



Aan tafel met wijkverpleegkundigen

Gesprekken over de veranderingen in het beroep in 2015





INHOUD

April 2015

- 3** Voorwoord
- 5** Interview met Margriet van Iersel: "Leg de rode loper uit"
- 8** Wijkverpleegkundige Judith van Hoof: "We mogen van ons laten horen"
- 14** Wijkverpleegkundige Gert Jan Bolt: "Wij zijn de satéprikker"
- 20** Wijkverpleegkundige Anita Kreuk: "Wij zijn een wijkteam pur sang"
- 26** Wijkverpleegkundige Marianne Smits: "Meer diepgang in mijn vak"

Meer informatie over Zichtbare schakel op www.zichtbareschakel.nl

Meer informatie over Zichtbare schakel: Opleidingsimpuls wijkverpleegkundigen op www.opleidingsimpulswvp.nl





VOORWOORD

Voorjaar 2009 ging het ZonMw-programma *Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt* van start. In bijna honderd projecten deden wijkverpleegkundigen ervaring op met de zogenaamde vrije regelruimte: de ruimte, de tijd en de vrijheid om die activiteiten uit te voeren die nodig zijn om als wijkverpleegkundige weer zichtbaar aanwezig te zijn in de wijk voor bewoners en samenwerkingspartners. Zij hebben netwerken opgebouwd, de samenwerking met huisartsen, het sociale domein en de informele zorg versterkt en vooral ook zorg en ondersteuning verleend aansluitend bij de behoefte van cliënten/patiënten en hun mantelzorgers. Het feit dat de wijkverpleegkundigen met enthousiasme deze manier van werken hebben opgepakt, in de volle breedte van het vak, heeft bijgedragen aan de rol die zij hebben gekregen in de transitie van de langdurige zorg.

Cliënten/patiënten zullen steeds vaker en langer thuis blijven wonen. Vanaf 2015 zijn de wijkverpleegkundigen weer verantwoordelijk om samen met de cliënten/patiënten in kaart te brengen wat zij en hun naasten zelf kunnen en wanneer professionele verpleging en verzorging nodig is. Daarover vertellen de wijkverpleegkundigen Judith van Hoof, Gert Jan Bolt, Anita Kreuk en Marianne Smits in deze brochure op een inspirerende wijze. Het zijn sterke en gedreven professionals die hun mooie vak met verve uitdragen. Ze zijn blij met het nu zelf kunnen indiceren, met de regie die ze toebedeeld krijgen en de kans om ook naar leefstijl en de vraag achter de vraag te kijken.

De transitie van de langdurige zorg heeft ook gevolgen voor de opleiding van de hbo-verpleegkundigen. Er zijn meer hbo-verpleegkundigen nodig voor de wijk, maar de meeste studenten kiezen nog steeds liever voor het ziekenhuis. Margriet van Iersel, docent/onderzoeker en voorzitter van de hbo v-curriculumcommissie van de Hogeschool van Amsterdam, vertelt in deze brochure over haar onderzoek naar de beeldvorming van studenten. Ook geeft zij praktische voorbeelden voor de inrichting van de opleiding, zodat er meer aandacht wordt besteed aan het werken in de wijk. Haar pleidooi is dat er goede en zichtbare rolmodellen zijn in de school en in de praktijk. De verhalen van de verpleegkundigen in deze brochure geven alvast mooie voorbeelden hiervan.

In 2015 wordt vanuit het programma *Zichtbare schakel fase 2: Opleidingsimpuls wijkverpleegkundigen* een impuls gegeven om de samenwerking tussen hbo v-docenten en wijkverpleegkundigen te bevorderen. Met elkaar kunnen zij onderwijs en praktijk verbinden, van elkaar leren en studenten en nieuwe wijkverpleegkundigen opleiden en begeleiden voor de uitdagingen van het werken in de wijk.

Ik wens u veel leesplezier toe met deze boeiende verhalen uit een praktijk die volop in beweging is.

Ineke Voordouw | [programmasecretaris Zichtbare schakel](#)



Dynamiek en variëteit in samenwerking

In de lokale samenwerking tussen wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam bestaat een enorme dynamiek, maar ook een grote variëteit. Welzijn en (wijkverpleegkundige) zorg zijn beide, onafhankelijk van elkaar, sterk in beweging. Elk werkveld moet zijn zaken opnieuw regelen. Toch is men ook op zoek naar integratie van zorg en maatschappelijke ondersteuning om efficiënter integrale ondersteuning te kunnen bieden aan mensen die dat nodig hebben.

In ons land worden sociale wijkteams op verschillende manieren georganiseerd. Er is geen blauwdruk en die wordt over het algemeen ook niet gewenst. De opdracht en doelstellingen van sociale wijk teams variëren, evenals de professionals die er als kernlid in werken. Een en ander is sterk afhankelijk van kenmerken van de wijk, de accenten die de gemeente legt en de sturing die zij voorstaat. Soms is het sociale wijkteam er voor iedere wijkbewoner met een vraag, soms alleen voor bewoners met multiproblematiek. Daartussenin zijn allerlei variaties mogelijk.

Of de wijkverpleegkundige (kern)lid is van het sociale wijk team, is steeds punt van discussie. Op dit moment bepalen een paar onderwerpen het denken over de invulling van de relatie tussen sociaal wijkteam en wijkverpleegkundige. Daarbij gaat het ook over haar rol in de wijk, haar onafhankelijkheid, de integraliteit van haar functie (voortkomend uit de nieuwe bekostiging) en haar positionering. Verschil in visie van zorgaanbieders hierop, betekent ook verschil in de invulling van de relatie tussen wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam. Over het algemeen worden de competenties uit het Expertisegebied wijkverpleegkundige als uitgangspunt genomen. Dit document stelt de rol als zorgverlener centraal.

Deze Handreiking is voor professionals en beleidsmedewerkers, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars. Wat laat de praktijk van samenwerking tussen wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam op dit moment zien? Welke handreikingen kunnen we bieden bij de lokale invulling van deze samenwerking?



SAMENWERKING WIJKVERPLEEGKUNDIGE EN SOCIAAL WIJKTEAM HANDREIKINGEN VOOR LOCALE INVULLING

Deze publicatie uit november 2014 is te downloaden van www.opleidingsimpulswvp.nl onder Publicaties.



“Meer studenten hbo verpleegkunde beter opleiden voor de wijk”

Werken in de wijk vinden veel studenten hbo-verpleegkunde niet aantrekkelijk. Dat komt doordat ze geen realistisch beeld hebben van het beroep van wijkverpleegkundige. “Dat de zorg complexer wordt, en dus uitdagender, is tot hen nog niet voldoende doorgedrongen”, zegt Margriet van Iersel, voorzitter van de curriculumcommissie van de Hogeschool van Amsterdam.

Een wijkverpleegkundige doet vrijwel niets anders dan insuline spuiten en steunkousen aantrekken. Het is eenvoudig werk en avonturen zul je in de thuiszorg niet beleven. Dat is wat studenten doorgaans denken. Als wijkverpleegkundige werken is de laatste decennia niet erg in trek geweest bij studenten. “Dat komt omdat de thuiszorg minder aantrekkelijk is geworden, doordat deze in de jaren tachtig van de vorige eeuw flink is uitgekleed. Maar dat is nu verleden tijd: doordat de zorg aan mensen thuis steeds complexer wordt en de wijkverpleegkundige een spilfunctie heeft gekregen, zowel in de uitvoering als in de organisatie van de zorg, is het een heel interessant beroep geworden”, stelt Van Iersel.

Voor het algemeen ziekenhuis heeft een aantrekkingskracht op studenten. De Hogeschool van Amsterdam, waar Van Iersel aan verbonden is, bevindt zich naast het AMC. “Dat speelt een rol, dit academische ziekenhuis trekt veel studenten. Dat is ook goed, want ook verpleegkundigen die in een ziekenhuis willen werken, blijven we nodig hebben. Maar we moeten ons best doen om de studenten goede en aantrekkelijke alternatieven te bieden.”



Margriet van Iersel doet promotieonderzoek naar de beeldvorming van studenten over de wijkverpleegkundige in de thuiszorg, en de invloed van een nieuw curriculum op deze beeldvorming. Ze is verbonden aan de opleiding hbo-verpleegkunde, Amsterdam School of Health Professions, Hogeschool van Amsterdam. Het onderzoek loopt vanuit het kenniscentrum ACHIEVE aldaar. Het promotieonderzoek van Margriet van Iersel is mede mogelijk gemaakt door ZonMw.



STUDENTEN ONDERSCHATTEN HET BEROEP

Van invloed is ook hoe media verpleegkundigen neerzetten. Van Iersel: "Er is onderzocht hoe op YouTube verpleegkundigen in beeld komen. Als een sexy nurse, een onhandig type of een stoere aanpakker. In de media komen deze stereotyperingen duidelijk naar voren en wordt het verpleegkundig beroep als een beroep met weinig status neergezet. Het strookt niet met het groeiende zelfbewustzijn van de huidige beroepsgroep. Studenten onderschatten het beroep. Als ze aan de opleiding beginnen, weten ze vaak niet dat verpleegkundigen klinisch redeneren en dat zij actieve gebruikers zijn van wetenschappelijke kennis uit hun eigen vakgebied."

BEPERKT BEELD VAN MOGELIJKHEDEN

Tijdens de opleiding verpleegkunde gebeurt er van alles met studenten. Ze moeten zich oriënteren op het vak van verpleegkundige en kiezen voor een werkveld. "Studenten hebben een beperkt beeld van de mogelijkheden van het vak. Dat heeft te maken met hoe ze bij de opleiding binnen zijn gekomen, wat ze weten van het vak en hoe dat beeld tijdens de opleiding wordt gevuld. Gevoel en kennis spelen een rol bij hoe dat beeld tot stand komt. Dat moeten we niet onderschatten: de beeldvorming is niet altijd op feiten gebaseerd", constateert de onderzoekster. Aan de hand van een vragenlijst onderzoekt Van Iersel hoe studenten denken over de wijkverpleegkundige. Ze meet zowel het affectieve als cognitieve aspect, op meerdere momenten tijdens de opleiding, om te beginnen bij de start. Ze volgt gedurende vier jaar een cohort studenten.

DE EERSTE RESULTATEN

In totaal hebben 1060 studenten van zes hogescholen bij deze eerste meetafname de vragenlijst ingevuld. Met de geografische spreiding van de hogescholen, hun signatuur en de mate van urbanisatie is rekening gehouden. Studenten konden onder meer aangeven welke ervaring ze met thuiszorg hebben, wat ze vinden van werken in de thuiszorg, hoe ze denken dat een stage in de thuiszorg is en waar hun voorkeur naar uitgaat bij het kiezen van een werkveld. "Uit de eerste data kan ik afleiden dat iets meer dan vijf procent op dit moment kiest voor werken in de thuiszorg en meer dan zeventig procent voor het ziekenhuis."

EEN GEMÊLEERD BEELD

Van Iersel heeft focusgroepen georganiseerd om bij de eerstejaars studenten uit te vragen welke beelden er bij hen bestaan over de wijkverpleegkundige. "Dat is een gemêleerd beeld. Voor de thuiszorg geldt dat de een het juist aantrekkelijk vindt om autonoom en bij patiënten thuis, in hun persoonlijke levenssfeer, te kunnen werken. Maar sommige studenten denken dat je in de thuiszorg alleen met ouderen te maken hebt en dat je weinig technische vaardigheden kunt toepassen. Voor andere studenten imponeert juist de ziekenhuisomgeving, een medische omgeving met veel technologie, waar je een witte jas draagt, samen koffie drinkt en erbij hoort."

GOEDE ROLMODELLEN BEÏNVLOEDEN BEELD POSITIEF

Studenten denken meer vanuit de context dan vanuit het type patiënt waarmee ze in de zorg te maken kunnen krijgen. "Ze missen



“Doordat de zorg aan mensen thuis steeds complexer wordt en de wijkverpleegkundige een spilfunctie heeft gekregen, zowel in de uitvoering als in de organisatie van de zorg, is het een heel interessant beroep geworden”

uitdaging bij het beeld van de wijkverpleegkundige in de thuiszorg, maar dat komt omdat nog te weinig zichtbaar is wat dit werk in de wijk als verpleegkundige inhoudt. De thuiszorg wordt complexer, maar dat hebben ze niet in de gaten. “Goede rolmodellen in de school of in de praktijk kunnen het beeld bijstellen en positief beïnvloeden, blijkt uit onderzoek. “Enthousiaste mensen die dicht bij de dagelijkse praktijk staan en diepgaande kennis goed kunnen overbrengen, dat is wat we nodig hebben”, denkt Van Iersel.

CASUÏSTIEK OOK AANPASSEN

Van Iersel neemt ook het curriculum onder de loep. Het gaat om de vraag: hoe kunnen we het curriculum zodanig aanpassen dat we de studenten goed toerusten voor het nieuwe beroep? “Onze opleiding speelt daar al op in. Neem bijvoorbeeld de casuïstiek die we studenten aanbieden, die hebben we geanalyseerd. Het blijkt dat van de honderd casussen slechts zes over de thuiszorg gaan; de overige zijn vooral gericht op hoge technische verpleegkunde in de context van een ziekenhuis. De casuïstiek hebben we inmiddels aangepast voor de studenten in dit nieuwe cohort.” De opleiding consulteert ook experts. Op deze manier gaat het curriculum meer elementen van wijkverpleegkunde in de thuiszorg bevatten. Dit moet leiden tot een realistischer, dus positiever beeld.

EEN GEWONE WONING

Ook de 'skillslabs' van de opleidingen kunnen worden aangepast. “Die zien er meestal nog uit als een ziekenhuis. Wij hebben gezorgd voor een huiskamer en maken gebruik van een praktijkhuis in ons gebouw, dat er uitziet als een gewone woning.” De docenten

lopen stage in de wijk, om zo een beter beeld te krijgen van de wijkverpleegkundige. Het effect van het nieuwe curriculum meet Van Iersel ook. Na vier jaar vergelijkt ze de eerdere cohorten afstuderende studenten met het cohort dat het nieuwe onderwijs heeft gehad. Dat doet ze onder meer door de casestudies die studenten schrijven, te analyseren. De uitkomsten moeten uitwijzen of het competentieniveau van de studenten goed aansluit op het nieuwe opleidingsprofiel van alle hbo-v's in Nederland.

IN DE BREDTE PROMOTEN

Hoe krijgen we meer hbo-v'ers in de wijk? Om dat voor elkaar te krijgen, ziet Van Iersel voor de hogescholen zeker een rol weggelegd, en de scholen zijn hier ook actief mee bezig. “Wij brengen in het curriculum een lijn aan die naar het werkveld van de thuiszorg toe leidt, zodat studenten na een brede oriëntatie in de eerste twee jaar verdiepend onderwijs krijgen over thema's die spelen bij het werken in de wijk. Mijn advies is: rol de rode loper uit voor de studenten.” Van Iersel benadrukt dat aan een goede keuze een goede oriëntatie voorafgaat. Tegen studenten zegt ze daarom: “Zorg dat je het vak beter leert kennen, overweeg überhaupt of werken in de wijk bij je past en denk na over welk werkveld voor jou aantrekkelijk is.” Uiteraard wil ze graag de uitkomsten van haar onderzoek delen met de andere 16 hbo-v opleidingen in Nederland. “We hebben er allemaal belang bij om een goed beleid te kiezen voor een passend curriculum, zodat meer en goed opgeleide studenten hbo-verpleegkunde kunnen uitstromen naar de wijk.”

A portrait of a young woman with brown hair tied up, wearing a denim jacket and a patterned scarf. She is smiling and looking towards the camera. In the background, there is a bulletin board with papers and a computer monitor in the foreground.

JUDITH VAN HOOF

Wijkverpleegkundige bij Surplus Zorg in Zevenbergen, West-Brabant

“We mogen van ons laten horen”

“Mijn brede blik is mijn kenmerk”

“De grenzen van ons vak goed bewaken”

“We mogen van ons laten horen”

Wijkzuster Judith van Hoof werkt ruim drie en een half jaar in het Brabantse dorp Zevenbergen, onder de rook van Moerdijk. “Wijkzuster klinkt vertrouwd en bekend.”

Judith is een wijkverpleegkundige in hart en nieren. Dit vak past heel goed bij haar. “Al tijdens mijn opleiding zat ik in een leerteam in de thuiszorg. Ik heb daar veel geleerd. Na mijn opleiding heb ik even in een ziekenhuis gewerkt om te ervaren hoe dat is. Toen kwam de vacature voor wijkzuster. Ik voel me hier thuis. Zevenbergen ken ik goed, dat is voor mij precies groot genoeg. Het mooie van mijn vak is dat je bij cliënten thuis komt, je bouwt een vertrouwensband op. Je bent bij iemand te gast. Iedereen heeft zijn normen en waarden. De ene cliënt is joviaal en open, de ander meer serieus. Bij onze kennismaking probeer ik erachter te komen waar een cliënt behoefte aan heeft en wat iemand zelf kan regelen.”

INVENTARISEER WAT NODIG IS

Judith (27) is in dienst van Surplus Zorg, een regionale organisatie voor welzijn, zorg, comfort en wonen, en werkt onder regie van de Regionale Kruisvereniging West-Brabant (RKV). “Vijf jaar geleden lieten leden van deze kruisvereniging weten dat zij de wijkzuster terug wilden. Omdat een kruisvereniging geen mensen in dienst kan nemen, gaat het via Surplus en andere organisaties”, legt Judith uit. Kern van het concept ‘De wijkzuster is weer terug’ is dat de wijkzuster zich naast de zorgvrager opstelt, in overleg met die cliënt de behoefte aan steun bepaalt en in de gaten houdt of de zorg geleverd wordt. “Ik inventariseer wat nodig is. Die ‘keukentafelgesprekken’ deden wij altijd al. Nieuw is dat ik informeer wat iemand zelf kan, of waar mantelzorg kan helpen. Het is niet meer zorgen voor, maar zorgen dat. Ik heb er plezier in om creatieve oplossingen te bedenken.” In een groot aantal wijken zijn de wijkzusters actief. RKV bewaakt het concept en coördineert de inzet van de wijkzusters. “Wijkzuster, dat klinkt vertrouwd en bekend. Het spreekt ook gemakkelijk aan”, zegt Judith tevreden.

ZELF DOEN

Het gesprek aangaan, luisteren, vragen wat iemand nodig heeft. Daar gaat het om. Maar ook om cliënten in beweging te krijgen. “Soms is het lastig om ergens doorheen te breken. Eenzaamheid is toch een taboe, merk ik. Het is voor sommige cliënten een grote stap om bijvoorbeeld naar een van de Pluspunten te gaan waar activiteiten worden georganiseerd. Ik benoem het probleem van sociaal isolement, maar leg het terug bij de cliënt. Iemand moet het grotendeels zelf doen, met mogelijke ondersteuning. Ik stimuleer, geef praktische informatie of een folder, stuur zo nodig door en kom er later weer op terug. Maar het is een lastig punt.”

VRAAGVERLEGENHEID

Judith vraagt ook vaker aan cliënten en mantelzorgers wat zij kunnen doen. “Soms kijken ze me aan of ze vuur zien branden. Ik begrijp dat het niet gemakkelijk is, mantelzorgers of burens hebben werk, een gezin, weinig tijd. Toch kunnen ze veel kleine dingen doen. We zijn dat helemaal niet gewend, vragen om steun of hulp. Dan zeggen mensen: ‘Maar onze burens zijn al tachtig.’ Waarop ik zeg: ‘U heeft me net verteld dat ze nog op vakantie gaan, dan kunnen ze u misschien ook helpen.’ Ik zie veel vraagverlegenheid.”



*“Het is niet zorgen voor,
het is zorgen dat”*

DRIE ZOENEN

Judith vertelt over een cliënt waar ze deze ochtend voor het eerst kwam. “Er was ineens in het weekeinde crisis, deze mevrouw kon niet meer uit bed, kon zich niet meer verplaatsen. Familie wilde een opname, want ze kon niet meer zelfstandig wonen. Dat is soms al snel het streven. Ik ben eerst gaan kijken wat nog wel mogelijk was, hulpmiddelen als een rolstoel bijvoorbeeld en vragen wat de familie kon doen. Bij het afscheid gaf deze mevrouw me drie zoenen. Dan weet ik waarom ik dit doe.”

“Ik durf het ook te zeggen als ik het ergens niet mee eens ben”

AMBASSADEUR

Judith werd een tijd geleden gevraagd om ambassadeur voor de wijkverpleegkundige te worden. Op dit leiderschapstraject van V&VN en ZonMw voor talentvolle wijkverpleegkundigen kijkt ze met plezier terug. “Ze vroegen dit aan mij omdat ik enthousiast en betrokken ben. Ik durf het ook te zeggen als ik het ergens niet mee eens ben. Ik heb veel geleerd van dit traject, van de lezingen en opdrachten. Hoe stel je jezelf voor, hoe presenteer je iets, hoe schrijf je een brief aan de wethouder, wat speelt er in de zorg, welke landelijke organisaties zijn er? Het heeft me ook zeker wat gebracht: we mogen van ons laten horen, binnen en buiten ons vak.” Voorlopig wil Judith niets anders. “Ik wil het contact met mijn cliënten niet kwijt. Ik word bij veel zaken betrokken. Dit is voor mij een mooie start van mijn loopbaan.”



“MIJN BREDE BLIK IS MIJN KENMERK”

Het zijn drukke weken voor wijkzuster Judith van Hoof, werkzaam bij Surplus Zorg in West-Brabant. Het (her)indiceren komt bovenop het dagelijkse werk. “Ik mag nu handelen vanuit mijn professie.”

Valt dit onder de Wmo of de Zvw? Is dit nu een palliatieve indicatie? Hoe schrijven we dat weg? Het zijn vragen waar Judith en haar collega's de afgelopen weken mee te maken hebben. De veranderingen in de zorg roepen ook bij cliënten vragen op. Waar moeten we zijn? “Op dit moment is het in het belang van de organisatie om mensen sneller ‘uit zorg’ te kunnen brengen: meer met minder. Daar waar het mogelijk is, denk ik dat dit ook kan. Mensen die door tijdelijke professionele ondersteuning geholpen zijn en daarna zelfstandig verder kunnen, daar waar het mogelijk is, is in mijn ogen een goed voorbeeld van participatie en zelfredzaamheid. Maar dit zal natuurlijk niet in alle situaties kunnen. Als wijkzuster blijf je alert of het verantwoord is dat zorg afgesloten kan worden en of de cliënt dit aankan, zo mogelijk samen met mantelzorg. Het is dus wel continu aftasten naar het meest haalbare. Dit doe je door goede zorgafspraken te maken met haalbare doelen. Het is soms nog een zoektocht. Gelukkig worden we door onze organisatie goed gefaciliteerd. We hebben wekelijks een vragenuurtje waar we het met de wijkzusters vooral over het nieuwe indicatie stellen hebben en over de diverse zorgwegen: Wmo, Wlz of Zvw. We hebben het ook over hoe de gesprekken met cliënten verlopen. Ik merk dat we daar veel behoefte aan hebben.”

HERINDICEREN HEEFT MEERWAARDE

Het herindiceren is tijdrovend maar heeft zeker een meerwaarde, vindt Judith. “Ik vind het plezierig om mijn cliënten weer allemaal te zien. Bij de een kom ik wat vaker dan bij de ander. Samen met de cliënt en de mantelzorg bespreken we de situatie. Waar staan we nu, wat hebben we bereikt, kunnen we nieuwe doelen afspreken en zorgafspraken maken?” Vroeger gaf het CIZ een eenmalige indicatie van de zorgbehoefte af voor een langere tijd of voor een minimum van drie maanden. “Ik doe nu een intake en probeer zo goed mogelijk in te schatten wat er speelt en wat iemand nodig heeft. Ik kan de indicatie na verloop van tijd bijstellen als het nodig mocht zijn. Ik kan nu nog beter monitoren om het zorgplan

up-to-date te houden. Soms is een aanpassing in huis voldoende om iemand zelfredzamer te maken. Het betekent wel intensiever samenwerken binnen het team en met de eerst verantwoordelijke verzorgende. Het is ook nog zoeken: hoe gaan we evalueren, hoe beschrijven we veranderingen in het zorg- en activiteitenplan? Het is plezierig dat ik nu echt mag handelen vanuit mijn professie en niet vanuit een elders gestelde indicatie.”

“Echt handelen vanuit mijn professie en niet vanuit een elders gestelde indicatie”

DIT IS ECHT ZORG OP MAAT

Judith benadrukt dat wijkverpleegkundigen zichzelf de tijd moeten gunnen om te leren denken en te werken volgens de nieuwe eenduidige beschrijvingen over de zorg voor cliënten (OMAHA). In dit systeem kunnen de vraag van de cliënt, acties die daaruit voortvloeien en resultaten worden vastgelegd. Het helpt wijkverpleegkundigen doelgericht te werken. “We denken nog steeds in termen van verpleging en verzorging. De indicatie van het CIZ zit nog in mijn achterhoofd: 30 minuten douchen bijvoorbeeld. Je bent zo gewoon om dat in te plannen. Maar misschien kan het ook in 25 minuten of is juist meer tijd nodig omdat een cliënt rustmomenten nodig heeft in de zorg. Je kunt er nu vanaf wijken en dat is echt zorg op maat.”

ALS REGISSEUR HANG IK BOVEN DE SITUATIE

Wat heb je nodig om goed te kunnen indiceren? “Ik heb een rol als regisseur. Ik hang als het ware boven de situatie: wat is er aan de hand en wie zijn er bij betrokken? Hoe ziet de woning eruit? Wat kan iemand nog zelf? Kan een cliënt bepaalde dagelijkse handelingen of hobby's niet meer? Het gaat over veel aspecten. Het is iedere keer maar weer zien wat je achter die voordeur treft. Ik heb een generalistische brede blik, dat is kenmerkend voor een wijkverpleegkundige. Je kijkt over de grenzen van de zorg heen,

je kijkt ook naar welzijn en sociale aspecten. Alle competenties waarover je als HBO-V verpleegkundige beschikt, komen aan bod."

MANTELZORGER KAN PARTNER IN ZORG ÉN ZORGVRAGER ZIJN

Een wijkverpleegkundige heeft te maken met het hele systeem rondom een cliënt. Samen met de cliënt stel je de zorgafspraken vast. Lang niet altijd makkelijk als er mantelzorg is, stelt Judith. "Hoe geef je goede ondersteuning? Bij de een is de emmer al overgelopen, bij de ander is luisteren voldoende. Hoe kom ik erachter wat ik het best kan doen? Een luisterend oor bieden zodat ze zich gehoord voelen, is heel belangrijk, heb ik gemerkt." De mantelzorg kan niet alleen partner in zorg zijn, maar zelf ook een zorgvrager. Al deze aspecten doen een extra appel op wijkverpleegkundigen, erkent Judith.

"Een luisterend oor bieden zodat ze zich gehoord voelen, is heel belangrijk"

MET BADGE DRAGEN WE UIT DAT CLIËNT DE REGIE HEEFT

Judith is te herkennen aan een badge met daarop het keurmerk van de wijkzuster. Als eerste zorgorganisatie in Nederland kreeg Surplus Zorg dit keurmerk, dat ontwikkeld is door CIO, de certificeerder voor professionele dienstverlening. Dit keurmerk heeft Surplus Zorg in de praktijk verdiend en geeft zekerheid over de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. "We kijken naar alle facetten, we dragen hiermee niet alleen onze brede blik uit, maar ook dat de cliënt de regie heeft. Ik kan echt onafhankelijk verwijzen, zolang dat ik werk als wijkverpleegkundige heb ik altijd zo mogen werken. We houden mensen niet onnodig lang in zorg of proberen hen juist uit de zorg te houden. Dat is niet altijd in het belang van de organisatie natuurlijk. Maar zorgverzekeraars kunnen onze zorgplannen ook op gaan vragen en dan moet ik mijn keuzen ook onderbouwd kunnen verantwoorden. Reken maar dat zorgverzekeraars dit gaan doen."



"DE GRENZEN VAN ONS VAK GOED BEWAKEN"

We zijn geen 'Duizend dingen Doekje' roept wijkzuster Judith van Hoof wel eens gekscherend. Iedereen trekt aan de wijkverpleegkundige. "Daarom bestaat het gevaar dat gedacht wordt dat wij overal een oplossing voor hebben", zegt ze.

Het eerste kwartaal van dit jaar zit er bijna op in West-Brabant. Op een goede manier indiceren, het kost nog veel tijd en energie, zegt Judith in het derde gesprek. "Vooral uitgebreid omschrijven wat er aan de hand is en wat iemand nodig heeft, vergt je aandacht. Het gaat om veel aspecten die we allemaal moeten nalopen. Het zal ook tijd schelen als we binnenkort gaan werken met een digitaal dossier. We proberen het indiceren ons zo snel mogelijk eigen te

maken, maar voelen de tijdsdruk van 1 mei. Op die dag moeten alle cliënten een herindicatie hebben. Het is een behoorlijke caseload."

WORSTELLEN MET ANTWOORDEN

Wat is in de praktijk lastig? Judith, in dienst van de organisatie Surplus Zorg, komt met het voorbeeld van terminale thuiszorg. "Ik vind het een mooi onderdeel van mijn beroep dat ik voor een cliënt



en diens naasten kan regelen dat iemand thuis kan overlijden. Het stelt me wel voor vragen als: Waar valt het onder? Hoeveel uur mag ik indiceren? Ik worstel soms met de antwoorden. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat ik in het wilde weg met uren ga strooien. Bij iedere zorgvraag doe ik mijn uiterste best om zorg op maat te leveren."

SPIN IN HET WEB

Een wijkverpleegkundige is de verbindende factor, de spin in het web. Judith heeft nauw contact met het team verzorgenden. Iedere cliënt krijgt een eerst verantwoordelijke toegewezen. Dat is meestal degene die het meest bij de cliënt over de vloer komt. "Dat kunnen verzorgenden prima doen. Verzorgenden zijn onze oren en ogen. De coördinatie van zorg voor alle tweehonderd cliënten die momenteel in zorg zijn, kunnen we als wijkzusters niet alleen. Dit doen we in nauwe samenwerking met de eerst verantwoordelijke verzorgende."

"Het is voor de patiënt zelf vaak een geruststelling als hij weet dat de wijkzuster bereikbaar is"

WE WORDEN ERG OPGEHEMELD

Judith vindt dat ze nog steeds alle professionele ruimte krijgt om haar vak goed uit te oefenen. Maar ze plaatst een kanttekening: iedereen trekt aan de wijkverpleegkundige. "We worden nu wel erg opgehemeld. Omdat we generalist zijn, bestaat het risico dat gedacht wordt dat wij alles kunnen oplossen. Maar ik weet ook niet alles. Ik vind dat we de grenzen van ons vak goed moeten bewaken. We moeten goed beoordelen of een vraag bij de professie van wijkverpleegkundige hoort of niet."

"Bij iedere zorgvraag doe ik mijn uiterste best om zorg op maat te leveren"

TWEE VOORBEELDEN

Ze geeft een voorbeeld dat te maken heeft met dagbesteding. "Een WMO-consulent bezoekt een cliënt en beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor dagbesteding. De cliënt kiest bij welke zorgorganisatie hij naar de dagbesteding wil. Bij Surplus hebben wij deze zorg en dan moet ik vervolgens bij de cliënt langs om het aantal uren hiervoor te indiceren. Zo staat het in ons draaiboek. De cliënt moet opnieuw zijn verhaal doen. Is hier voor ons geen sprake van dubbel werk?" Een ander voorbeeld heeft te maken met de casemanager dementie. "Ik weet niet hoeveel tijd deze casemanager nodig heeft, hoe moet ik dat indiceren? Ik kan het nergens nakijken. Dan wordt gezegd dat ik dat vanuit mijn professie hoor te weten. Een goede oplossing weet ik nog niet, in ieder geval nauw samenwerken en direct overleg voeren met de verschillende disciplines."

GEEN 'FIETSENDE CIZ'

Haar collega Sanne die een blog bijhoudt voor V&VN, zei laatst dat wijkverpleegkundigen geen 'fietsende CIZ' moeten worden. "We zijn nog zo gewend om met een bepaalde oogopslag naar de zorgvraag te kijken en met standaarden te werken: 20 minuten douchen, enzovoort. Daar kunnen we niet in een keer van afwijken. Dat vergt meer tijd."

Hoe belangrijk is het dat ze naast haar coördinerende taak ook zelf zorg blijft verlenen? "Heel belangrijk. Je komt in het contact met cliënten zoveel te weten, of iemand nog zelf boodschappen kan doen bijvoorbeeld. Op dit moment zitten we veel achter ons bureau. Ik hoop dat dit binnenkort verandert. We moeten geen bureaufunctionaris worden. Onze veelzijdigheid en het zorgen, coördineren en signaleren, dat is de kracht van ons mooie vak."



A portrait of Gert Jan Bolt, a middle-aged man with short, light brown hair and glasses. He is wearing a dark grey coat and a thick, dark grey scarf. He is standing outdoors in front of a building with blue and white structural elements. A black metal railing is in the foreground, partially obscuring the view. In the top left corner, there is a blue square with a white speech bubble icon and the name 'GERT JAN BOLT' in white text.

GERT JAN BOLT

**Wijkverpleegkundige bij TSN
Thuiszorg en sociaal team in
Hoogezand, Groningen**

“Wij zijn de satéprikker”

“Op de grens tussen zorg en zelfstandigheid”

“Er is vaak meer aan de hand”

“Wij zijn de satéprikker”

“Huisartsen, psychologen, fysiotherapeuten, maar ook maatschappelijk werkers die een heel andere invalshoek hebben: ze verlenen prima zorg binnen hun discipline. Wij prikken daar dwars doorheen, verbreken de versnippering en zorgen voor verbinding, kijken met een generalistische blik naar de patiënten en benaderen ze holistisch.”

Gert Jan Bolt, wijkverpleegkundige in een van de drie sociale teams in Hoogezand-Sappemeer, maakt geregeld de vergelijking met de satéprikker. “We integreren zorg, wonen en welzijn.” Hij werkt ook bij het project ‘Nait Soezen’ voor de inzet van extra wijkverpleegkundigen in de stad Groningen en Hoogezand, dat ‘Niet zeuren maar doen’ als lijfspreuk heeft. Gert Jan heeft 20 jaar in het westen gewoond, werkte in de thuiszorg in Zoetermeer, studeerde theologie en ging voor in jongerendiensten. Sinds zeven jaar is hij weer ‘thuis’ in de provincie Groningen, in dienst bij TSN Thuiszorg. “Het Gronings hoefde ik me dus niet eigen te maken. Na een periode als coördinerend wijkverpleegkundige, coach van diverse teams, transitie verpleegkundige en twee jaar Nait Soezen, kwam ik in Hoogezand al in 2013 in het eerste sociale team. Het is opgericht om de vernieuwing in de wijk Gorecht-West te begeleiden.” Het sociaal team West werkt vanuit de pastorie van de Vredekerk en beschikt over een brede expertise: maatschappelijk werk, ouderenadvies, opbouwwerk, sociale activering, verstandelijke beperkingen, werk en inkomen, WMO, GGD, wijkverpleegkunde, jeugdzorg.

DE PROBLEMEN NIET VERSTOPPEN

Gert Jan is als wijkverpleegkundige duidelijk een generalist. “Dat neem je mee van de HBO-V opleiding. Je leert met mensen te praten over min negen maanden tot de dood, je leert kritisch te kijken, de problemen achter de zorgvraag op te sporen. Een migraine los je niet op als je niet weet dat de persoon grote schulden heeft. Je ziet de versnippering in de zorg, je staat naast de huisarts in de wijk, maar jij kunt ook achter de voordeur kijken. Waar mensen zich kunnen verstoppen voor de problemen. Veel klachten die op het eerste gezicht lichamelijk zijn, gaan eigenlijk over sociale problemen. De huisarts kan onmogelijk met alle daarbij betrokken instanties contact onderhouden. Als wijkverpleegkundige heb ik dat contact wel, terwijl ik toch de taal van de huisarts spreek. Met de korte lijnen kunnen we efficiënt en effectief werken. We zien op veel terreinen problemen, ook door de ongezonde leefstijl. Dan moet je daarin niet blijven hangen, maar het vertrouwen winnen en oplossingen aanreiken. Voordat de problemen escaleren. Mensen in hun eigen kracht zetten, de zelfredzaamheid verbeteren. Dat is velen vreemd geworden, maar meer dan ooit nodig in 2015.”

***“Mensen in hun eigen kracht zetten,
de zelfredzaamheid verbeteren”***

ZORG EN SOCIALE DOMEIN INTEGREREN

Nait Soezen kun je wel als een voorloper van de nu populaire sociale teams beschouwen. “Vanaf de oprichting in 2010, toen vanuit het ZonMw-programma ‘Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt’ budget beschikbaar kwam voor de inzet

Het hele Jaarrond **shoppen!**

www.DeHoogeMeeren.nl



“De wijkverpleegkundigen zijn professionals die volwaardige collega’s van de huisartsen zijn.”

van wijkverpleegkundigen in achterstandswijken, staat hier voor ogen om de gezondheidszorg en het sociale domein te integreren. Vanaf het begin kregen de wijkverpleegkundigen een grote mate van zelfstandigheid, hadden geen toestemming nodig van het CIZ of een teamleider, konden ter plekke de zorg verlenen en zij namen huisartsen veel administratieve taken uit handen. De wijkverpleegkundigen zijn professionals die volwaardige collega’s van de huisartsen zijn.” Toen de ZonMw-subsidie voor Nait Soezen eindigde, is het project voortgezet onder een stuurgroep van huisartsen, de zorgverzekeraar en de gemeenten Groningen en Hoogezand. “Hier is de gemeente al vanaf 2013 gewend dat zij een belangrijke rol in de financiering van de zorg speelt.”

VERBINDEN BIJ VERANDEREN

Dan komen we aan bij 2015. “Ja, er verandert veel. Mijn wijk is vijf maal zo groot geworden. Het werk was beloopbaar, nu is de auto nodig. We hebben in het sociaal team de jeugdzorg erbij gekregen, de WMO is vele malen groter geworden en de nieuwe, formele rol in zorgindicatie vereist bij veel wijkverpleegkundigen een extra opleiding. Tegelijk moeten we de verbinding met de thuiszorgteams behouden. Het is echt prachtig werk, fantastisch dat de wijkverpleegkundige functie is versterkt en dat dit ook nog eens een besparing in de zorgkosten oplevert. Ik kan me best voorstellen dat zorgverzekeraar Menzis zich zorgen maakt over het budget voor wijkverpleging dat in Groningen 20 procent boven het landelijk gemiddelde ligt. Maar dan is het goed om te realiseren dat we in achterstandswijken werken.”

“OP DE GRENS TUSSEN ZORG EN ZELFSTANDIGHEID”

“Veel sterker dan in voorgaande jaren sturen we nu aan op meer zelfstandigheid. Je hebt de verantwoordelijkheid om dat als wijkverpleegkundige in het zorgplan in te bouwen. Zelfstandigheid betekent uitgaan van de mogelijkheden van de patiënt en het stukje dat hij/zij zelf nog kan, niet afnemen. Dat hoeft beslist geen slechtere zorg op te leveren.”



Het blijkt ook deze maand nog erg druk in het Sociaal team West, waarvan hij als wijkverpleegkundige deel uitmaakt. “Het is soms best ingewikkeld om een zorgvraag goed weg te zetten. We zijn nog aan het zoeken waar het geld voor de zorg vandaan moet komen: de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de WMO. Het kost soms nog even tijd, maar daar komen we wel uit. Voor de ‘ouderwetse’ verpleging en verzorging is dat wel duidelijk: dit wordt namelijk via de Zvw gefinancierd. Voor voorzieningen en begeleiding moet je echter bij de gemeente zijn, bij het sociale team. Regelmatig is beide nodig of is niet helemaal duidelijk waar je moet zijn. Je moet verbanden kunnen leggen, omdat problemen van burgers complex zijn. Je wilt zo efficiënt mogelijk oplossingen vinden die je niet vond binnen enkel het gemeentelijk domein of het verpleegkundig domein. Daar loopt nu nog eens de Participatiewet doorheen, terwijl ook Jeugdzorg op het bordje van de gemeente ligt. Verbanden maken is dus ook een van de aspecten van het werk van het sociale team geworden. De transitie is dan wel afgerond, we zitten nu midden in de transformatie.”

ELKE WIJK IS ANDERS

Tot 1 januari zat Gert Jan Bolt met het sociale team in een compacte renovatiewijk van Hoogezand, nu heeft hij een gebied dat een derde deel van deze Groningse gemeente omvat. “Ik moet een nieuw netwerk opbouwen, uitzoeken welke problemen er zijn en wie ik kan inschakelen. Hiervoor bestaat geen vast recept. Overal in het land wordt nu gewerkt vanuit sociale teams, maar elke wijk is anders. Je kunt wel aangeven wat in de basis aanwezig moet zijn voor een brede zorgverlening, maar omdat de wijken zo sterk verschillen, zal de uitvoering niet uniform zijn. Een blauwdruk bestaat niet.”

MENSEN UITEN ZICH MINDER GEMAKKELIJK

Het imago dat de zorg momenteel heeft gekregen, mist zijn invloed niet op wat wij doen, constateert Gert Jan Bolt. “Ontslagen

bij de huishoudelijke hulp, wel of geen vrije artskeuze, het hoge eigen risico, zorgverleners die een contract van een verzekeraar niet willen tekenen: de mensen hebben een beeld van een met zichzelf worstelende zorg gekregen. Dat weerhoudt hen er soms van om hulp te zoeken. Mensen vertellen niet meer zo gemakkelijk waarmee ze echt zitten. Bovendien is er heel vaak meer dan één ding aan de hand. Ik wou dat het waar was dat wij in een half uurtje de juiste diagnose kunnen stellen en een indicatie voor zorg kunnen afgeven. Soms lukt het, mede ingegeven door mijn ervaring en generalistische blik, maar dat is niet de regel.”

“Ik kijk vanuit de zorgvraag en maak dan een plan”

PROBLEMEN IN SAMENHANG AANPAKKEN

Toch zitten we aan tafel met een zeer gemotiveerde en enthousiaste wijkverpleegkundige. “We moeten wel eens oppassen voor het zogenaamde Messias syndroom, zorgverleners zijn soms geneigd de wereldproblemen op de schouders te nemen. Dan zeg ik: als mensen het zelf kunnen, niet mee bemoeien. Daarbij moet je de inzet van de omgeving van de patiënt meenemen. Vroeger belde je naar het CIZ en hoorde met hoeveel uren je aan de slag kon. Nu kun je in het zorgplan rekening houden met mantelzorgers, familie en burens. Ik vind dat erg motiverend. Ik kijk vanuit de zorgvraag en kan en mag van daaruit zelfstandig een plan maken. Met de verpleegkundige aspecten, zoals het aanleggen van een infuus of het maken van een goed schema voor de medicatie, tot en met alle verzorgende aspecten, zoals het ondersteunen bij een wasbeurt. Thuiszorg vult met het wijkteam de verpleegkundige en verzorgende kant in. Als er sociale problemen spelen, bijvoorbeeld schulden of verslaving, dan overleg ik met het sociale team. Ik ben blij dat de

WMO-consulent nu in dit team zit. Het gebeurt geregeld dat je de problemen in samenhang moet aanpakken; hierin probeer je als wijkverpleegkundige zoveel mogelijk de samenwerking op te zoeken."

“Een blauwdruk voor het werk van een sociaal team bestaat niet”

IK LOOP ELKE WEEK EVEN LANGS

"Natuurlijk kunnen we geen zorgplannen maken tot in Utopia. We ervaren wel degelijk een druk op de budgetten. Het is dan de kunst om goede afwegingen te maken. Daarbij kun je geregeld voor het dilemma komen te staan hoe lang je intensieve zorg kunt verlenen

aan mensen die zelfstandig wonen. Je kunt ook te maken krijgen met mensen die zorg mijden. Ik heb in mijn wijk bijvoorbeeld een 'kluizenaar': die moet ik zijn zelfstandigheid gunnen, ook al is zijn gezondheidstoestand problematisch. Ik ga elke week even langs om te zien of het nog redelijk loopt, dat biedt deze patiënt tegelijk een stukje zekerheid. Om de twee maanden ga ik samen met de huisarts op bezoek. Ik heb dan het vertrouwen opgebouwd bij de man dat we zijn situatie op medisch gebied goed kunnen doornemen. Bij dit type mensen vat de gedachte nog wel eens post 'van het sociale team kom je nooit meer af'. Dat is absoluut niet de bedoeling. Dat ik mensen in hun eigen kracht kan zetten en de zelfredzaamheid kan bevorderen, dat vind ik mijn hoofdtaak en levert een heel tevreden gevoel op."



“ER IS VAAK MEER AAN DE HAND”

"In de verpleging en verzorging aan huis krijgt de sociale dimensie een belangrijker rol. Dat is een proces, een transformatie die is ingezet nu de schotten zijn weggehaald. Het vak wordt er rijker van en de cliënt krijgt de zorg en de hulp die noodzakelijk zijn."

"Het wordt eigenlijk zoals we dat in de opleiding hebben geleerd: richt je op de hele mens. Als je bij een cliënt komt waar de post zich heeft opgestapeld en het huis aan het vervuilen is, dan weet je dat er meer aan de hand is. Ik zie ook bij de MBO-collega's in mijn team voor verpleging en verzorging (VVZ) dat deze signalen worden opgepakt. In ons zorgteam ben ik dan degene die daarin de weg weet, via mijn deelname aan het sociaal team van de gemeente."

PLANBARE ZORGVERLENING, FLEXIBELE HULPVERLENING

Gert Jan Bolt vertelt in dit derde interview de taakverdeling in het VVZ-team en de verhouding tot zijn sociaal team. "Het is nog zoeken, we zijn aan het pionieren. In het VVZ-team van

TSN Thuiszorg heeft de regisserend wijkverpleegkundige de eindverantwoordelijkheid. Binnen het team worden de uitvoerende taken verdeeld over HBO- en MBO-verpleegkundigen en verzorgenden. Ik werk een aantal uren per week in het VVZ-team en doe daar allerlei taken. Maar ik merk wel een verschil in dit werk en de eisen die het werken in een sociaal team stelt: de thuiszorg is meestal planbaar, of het moet om een patiënt gaan die opeens moet worden opgenomen, terwijl het sociaal team om een enorme flexibiliteit vraagt. Daar gaat het er vaak in eerste instantie om sowieso contact met een cliënt te krijgen en duurt het even voordat er een intake of een gedetailleerd zorgplan gemaakt kan worden. De hulpverlening is veel minder planbaar."



HET KAN TEGEN HET ZERE BEEN ZIJN

Is het dan eenvoudiger om met een indicatiestelling te werken?, leggen we Gert Jan Bolt voor. "De werkelijkheid is altijd weerbarstiger," merkt hij direct op. "Als ik voor het eerst bij een mevrouw kom die om hulp bij het aantrekken van steunkousen heeft gevraagd, stel ik meteen de vraag hoe dat dan eerder ging. Als de partner haar daarbij hielp, kan ik moeilijk zomaar een indicatie voor hulp bij het kousen aantrekken afgeven, tenzij de partner er niet meer toe in staat is. Dat wil wel eens tegen het zere been zijn. Ik verwacht eigenlijk dat een andere thuiszorgorganisatie als cliënten zich daar oriënteren, dan deze zorgindicatie niet gaat afgeven omdat daar ook verpleegkundige professionals werken. Het grootste probleem is echter dat mensen bang zijn om zorg niet meer te krijgen. Onterecht, maar die gedachte heeft postgevat door alle berichtgeving over bezuinigingen in de zorg. Als je twee maal per week recht hebt op hulp bij het wassen, dan blijft die zorg ook in 2015 behouden. Als wij vinden dat deze zorg drie maal per week nodig is en dat onderbouwen, dan gebeurt dat ook."

"Mensen zijn bang om de zorg kwijt te raken. Onterecht, maar die gedachte heeft door de bezuinigingen postgevat"

SCHAARSE MIDDELEN EERLIJK VERDELEN

"Dit betekent niet dat je als patiënt overal recht op hebt," voegt Gert Jan Bolt er direct aan toe. "Bij een aanvraag voor een scootmobiel wil ik de werkelijke zorgvraag weten en kan ik natuurlijk geen genoeg nemen met een antwoord als 'mijn buurman heeft er ook eentje'. De schaarse middelen moeten eerlijk worden verdeeld, die inzet mag men van wijkverpleegkundigen verwachten. Als iemand slaapproblemen heeft, kan ik elke avond een glas warme melk met honing erin adviseren, maar ik kan ook verder kijken. Ik zie dat de medewerkers van ons VVZ-team dit steeds vaker doen. Ze vragen bijvoorbeeld of iemand voor de administratie zorgt en of in deze tijd van het jaar de belastingaangifte wordt gedaan. Die taken nemen ze niet over, maar ze weten steeds beter de weg om de juiste hulp te vinden. Dat is een mooie ontwikkeling."

OVERZICHT HOUDEN EN VERANTWOORDING AFLEGGEN

In vrijheid je beroep uitoefenen dus. Maar hoe verhoudt zich dat tot de toenemende vraag om verantwoording en om cijfertjes? Gert Jan Bolt noemt Nederland een controlerend land. "Bestuurders en managers willen overzicht houden. Alles moet zijn ingedekt. De wethouder moet zich in de gemeenteraad verantwoorden voor de uitgaven aan het sociaal team, dat begrijp ik. En ook de verzekeraar wil cijfers zien. Dat is de paradox: je hebt vrijheid nodig om je beroep goed uit te oefenen, maar tegelijk moet je de keuzes die je maakt met cijfers onderbouwen en weten waar het geld vandaan komt."

"De paradox: in vrijheid je beroep uitoefenen maar keuzes met cijfers onderbouwen"

DEZELFDE TAAL SPREKEN

Hij vervolgt: "Dat raakt aan je onafhankelijkheid als wijkverpleegkundige. Juist onze zelfstandigheid en de vrijheid die je nodig hebt om je beroep uit te kunnen oefenen, wordt door huisartsen hoog gewaardeerd. Huisartsen en gemeente communiceren niet altijd goed. Ze kennen elkaar slecht, de informatie over patiënten wordt vanwege privacy overwegingen niet gemakkelijk gedeeld. Bovendien heeft de huisarts vaak een voorkeur met welke thuiszorgorganisatie hij/zij in zee wil gaan." Gert Jan Bolt prijst zich gelukkig dat de wijkverpleegkundigen in het Groningse Zichtbare schakel-project 'Nait Soezen' met de huisarts in de wijk aan de slag zijn gegaan. "In Hoogezand is het daardoor gemakkelijker om de huisartsen bij het bij het sociale team te betrekken. Een belangrijke reden is dat er een wijkverpleegkundige in dat team zit die hun taal spreekt, weet hoe druk ze het hebben en begrijpt hoe zij reageren. Een sociaal team heeft de huisarts en het VVZ-team nodig, omgekeerd kan een VVZ-team niet meer om de sociale dimensie heen. Vaak is er in de thuissituatie immers meer aan de hand."



ANITA KREUK

Wijkverpleegkundige bij Omring in Medemblik, Noord-Holland

“Ik heb mijn vak weer terug”

“Wij zijn een wijkteam pur sang”

“We hebben meer grip op de situatie”

“Ik heb mijn vak weer terug”

Anita Kreuk werkt als wijkverpleegkundige bij Omring en hoort bij het wijkteam Oost in Medemblik. Een combinatie die voor haar vanzelfsprekend is. “Door mijn brede blik kan ik snel schakelen.”

Anita wist altijd al dat ze iets in de zorg wilde. “Eerst twijfelde ik of ik kapster of kraamverzorgende wilde worden, maar ik koos voor een dynamisch beroep. Ik ben opgegroeid in een klein dorpje en daar zag ik vrouwen in witte jassen bij het verpleeg- en verzorgingshuis. Dat vond ik kenmerkend voor de verzorgende cultuur van het dorp.” Anita deed eerst de opleiding tot doktersassistente en daarna HBO-V. Na haar stage kon ze bij Omring blijven als vliegende keep om collega’s te vervangen wegens ziekte of zwangerschap. Daarna kreeg ze een contract aangeboden.

WEINIG TE ZEGGEN

Anita komt momenteel om in het werk. “Voor 1 mei moeten 80% van de herindicaties klaar zijn. We hebben dat nog niet helemaal in de vingers. We moeten dat nu nog handmatig doen: het zoeken naar de juiste verpleegkundige diagnose, de interventie erbij zoeken en de uitkomsten aangeven.” Maar Anita is blij dat ze nu zelf mag indiceren. Ze herinnert zich de gang van zaken bij het CIZ en de voorloper daarvan, het Regionaal Indicatie-Organ (RIO). “Ik had toen niet veel voor het zeggen. Ik diende een aanvraag voor een indicatie in en het CIZ bepaalde welke zorg een cliënt kreeg. Ik speelde soms advocaat voor de cliënt en moest veel uitleggen over een bepaald ziektebeeld of discussie voeren over een tabletje. Naar beste kunnen vroeg je een indicatie aan. Vaak trok het CIZ dit in twijfel; er werd veel vanuit protocollen en standaarden gekeken en vanuit een andere deskundigheid. Ik heb meegemaakt dat iemand over een cliënt met psoriasis opmerkte dat deze huidaandoening wel weer over zou gaan.”

LASTIGE POSITIE

Als wijkverpleegkundige had Anita in die tijd een lastige positie rondom het aanvragen van een indicatie bij het CIZ. “Ik heb veel moeten praten, bewijzen als een medicatieverklaring moeten opsturen om ervoor te zorgen dat iemand het juiste aantal uren zorg kreeg wat hij nodig had.” Anita vertelt dat ze cliënten ook leerde wat te zeggen als er iemand belde van het CIZ. “Het is hier gewoon om niet te laten merken dat het niet goed met je gaat. Mensen hangen niet graag de vuile was buiten en doen zich sterker voor dan ze zijn. Ik zei dan: benoem u aller-slechtste dag. Die tijd is nu voorbij. Ik heb mijn vak weer terug.”

“Ik heb ze gestimuleerd om zichzelf te vertegenwoordigen”

MEEPRATEN OVER INHOUD VAK

Anita heeft net de training Vakbekwaam Indiceren achter de rug. Ze heeft hierbij geleerd te werken met het classificatiesysteem NANDA-NIC-NOC. “Dat is nog wennen. De bedoeling is dat er een classificatiesysteem wordt ingebouwd in het elektronisch cliëntendossier.” De wijkverpleegkundigen praten mee over de definitieve keuze van het classificatiesysteem. “Dat is goed ook, wij moeten er straks mee werken en wij hebben er ook verstand van. Ik zie het als een uiting van professionaliseren. Dat wij meepraten over de inhoud van ons vak, zodat we samen onderbouwde en verantwoorde keuzen kunnen maken.”



“We brengen samen met de cliënt het netwerk in kaart”

WAT WIL DE CLIËNT?

Via een speciale vraagtechniek komen er bij een cliënt verpleegkundige problemen naar boven. Nieuw is dat de cliënt nu zelf aangeeft wat hij als eerste wil aanpakken. “Iemand met een wond die niet geneest, geeft aan dat zij graag snel mobiel wil worden, zodat zij met haar dochter boodschappen kan blijven doen. Dan heeft ze tenminste invloed op wat ze eet. Vroeger was ik hier heel geprotocolleerd te werk gegaan: eerst die wond dicht. Nu gaat het veel meer om wat de cliënt wil.”

VAN ONTZORGEN NAAR OMZORGEN

Anita voelt zich net Baantjer als ze bij een cliënt thuiskomt. “Ik zie snel hoe het huis eruit ziet, in wat voor systeem iemand leeft.” Kwam ze vroeger ontzorgen, nu is het omzorgen. “We kijken waar de zorg minder kan, bijvoorbeeld door de inzet van mantelzorg, getrainde vrijwilligers of hulpmiddelen. Dat leggen we vast in het zorgleefplan. We brengen samen met de cliënt het netwerk in kaart.” Vooral voor bestaande cliënten is dit een moeilijke omslag. Ze zijn gewend om zorg te krijgen. Voor Anita is het ook een verandering, want vroeger voerde ze geen omzorggesprekken. Ze vertelt over een vrouw die thuis herstelt van een zware operatie. “Er was hulp aangevraagd bij het douchen. Anita weet haar en haar

dochter zover te krijgen dat de vrouw het zelf probeert. Dat lukt. Vroeger was het: we helpen graag. Maar ook dan probeerden we iemand snel uit de zorg te krijgen. We zijn er nu wel, maar meer op de achtergrond.”

“Bewust geen scheiding tussen verpleging, verzorging en sociale domein”

SAMENWERKEN MET SOCIALE DOMEIN

Bij Omring is bewust geen scheiding aangebracht tussen verpleging en verzorging en het sociale domein. Anita maakt sinds vorig jaar deel uit van het wijkteam Oost. “Als wijkverpleegkundige heb je beide rollen. Vroegsignalering is een belangrijke taak, net als ergens instappen waar het nodig is. Dat hele pallet zit in je takenpakket. Je mist anders het hele netwerk, het contact met de huisarts en feeling met de wijk. Ik zou niet weten hoe je als wijkverpleegkundige ergens nieuw in een wijk aan de slag moet voor alleen de taken in het sociale domein. Dan word je een soort supermaatschappelijke werker. Ik kan nu gemakkelijk iets inbrengen in het wijkteam en snel schakelen.”

“WIJ ZIJN EEN WIJKTEAM PUR SANG”

Anita Kreuk merkt dat haar dagelijkse werk als wijkverpleegkundige in het zorgteam verandert. Daarnaast werkt ze sinds vorig jaar al in een sociaal wijkteam. Dat wijkteam kan snel handelen, problemen bij de bron aanpakken en zo erger voorkomen. “We werken op basis van expertise en vertrouwen.”



Het is een overgangsjaar en zo ervaart Anita dat ook. In dit tweede gesprek met haar vertelt ze dat ze moet leren kijken met een nieuwe bril op. “Je wilt eigenlijk graag direct zorg bieden, dat ben je zo gewend. Nu moet ik eerst proberen of mantelzorgers zorgtaken over kunnen nemen. Lukt dat niet, dan kom ik pas in beeld. Ik vind dat nog lastig: alleen voor de noodzakelijke zorg langskomen. Vanochtend was ik bij een cliënt die zei dat ze niets kon vanwege pijn aan haar handen. Ze heeft geen kinderen of een sociaal netwerk waar ze een beroep op kan doen. Haar schoonzus wil wel helpen met het ontbijt, maar niet met douchen. Het bleek dat ze geen pijnmedicatie nam. Dat ze haar medicijnen wél inneemt, daar ga ik nu eerst voor zorgen. Ik ben ook strenger dan vroeger, ik organiseer een week professionele zorg en hoop dat deze cliënt, als uit de evaluatie blijkt dat de medicijnen werken, het daarna zelf weer kan.”

PROFESSIEEL BEWUSTZIJN GROEIT

Anita heeft het gevoel dat ze wordt losgelaten. “Vroeger moest ik onderhandelen met het CIZ, maar ik heb nu meer vrijheid en ben de regisseur van de situatie. Ik zie kansen nu ik zelf mag indiceren. Ik kijk breder, ook naar leefstijl en naar de vraag achter de vraag.” Ze gebruikt de Zelfredzaamheidsmatrix. Dat helpt om helder te krijgen wat er aan de hand is. Ze stuit bijvoorbeeld op financiële problemen. “Dat is belangrijk om te weten, want die problemen kunnen een behandeling of goede verzorging in de weg staan. Soms wil iemand het eigen risico niet aanspreken en geen verband aanschaffen of zo.” Maar het (her)indiceren is veel werk, er komen ook nog nieuwe cliënten bij. “Het is soms lastig om te bepalen waar het verpleegkundig probleem thuishoort. Wel leuk om te melden, vind ik, dat ik mezelf er laatst op betrapte dat ik in contacten met collega’s uit de eerste en tweede lijn sprak over de interventies die ik heb ingezet. Voorheen zou ik gesproken hebben over acties of activiteiten, maar nu sluit ik meer aan bij de terminologie die mijn collega’s uit de eerste en tweede lijn gebruiken. Er groeit een professioneel bewustzijn, lijkt wel.”

HOE KRIJGEN WE HELPENDEN MEE IN DIT PROCES?

De bedoeling is dat Anita en haar collega’s binnenkort starten met intervisie. “Dan kunnen we tips en trucs van elkaar leren, kennis doorgeven en bespreken hoe we een bepaalde situatie kunnen aanpakken. Daar kijk ik naar uit.” Anita doet haar best om ook de helpenden mee te nemen in de veranderingen en de nieuwe aanpak. “Ik leg steeds weer uit waarom het anders moet en hoe we dat kunnen doen.”

DESKUNDIGHEID LIGT BIJ DE PROFESSIONAL

Anita Kreuk maakt deel uit van het sociaal wijkteam Oost. Dit bestaat uit professionals van diverse moederorganisaties die al jaren in dit gebied werken. Dat draait al een jaar en het gaat heel goed. “Onze neuzen staan dezelfde kant op, het bespaart ons veel werk. We werken op basis van vertrouwen en expertise. Ik kan mijn collega van de WMO vragen of hij voor een cliënt meer uren huishoudelijke hulp kan in plannen. Hij reageert dan als volgt: ‘Als jij zegt dat het nodig is, regel ik dat. Ik ga niet eerst zelf kijken.’ Dat is een wijkteam pur sang: heel pragmatisch, de deskundigheid ligt bij de professional. Dit bespaart de cliënt een hoop tijd en dubbel werk. Doordat we in hetzelfde gebied werken, dat we ook nog goed kennen, zijn we daadkrachtig.”

GOED BEKEND IN DE WIJK

“Contacten met de huisarts zijn er al zo lang ik werk als wijkverpleegkundige. Ze zien me echt als een schakel en weten dat ik met een medische bril op kan kijken. Voor mijn collega’s van het maatschappelijk werk en het welzijnswerk ligt dat toch iets anders. Zij kunnen niet snel met de huisarts schakelen of praten over cliënten. Ik kan dat als wijkverpleegkundige wel. Ik merk dat we een bekend gezicht zijn in de wijk, omdat we er al zo lang komen. We kennen sommige families goed. We zijn een vooruitgeschoven post, kunnen snel in actie komen om erger te voorkomen, ook met inschakeling van de huisarts.”



“WE HEBBEN MEER GRIP OP DE SITUATIE”

Wijkverpleegkundige Anita Kreuk van Omring merkt dat de nieuwe situatie voordelen heeft. Zij en haar collega's volgen cliënten beter. Met als resultaat dat cliënten eerder dingen weer zelf kunnen of niet langer zorg nodig hebben. Maar er wordt meer van haar verwacht: een preventieplan maken. “Soms wil ik studenten hbo verpleegkunde gaan vertellen dat wij een breed vak hebben.”

“Een cliënt met Parkinson kun je niet in een half uur douchen. Als ik van tevoren uitleg dat we daarvoor drie kwartier uittrekken, gaat het veel beter, want dan is deze cliënt rustiger en ontspannender.” Het gesprek gaat over indiceren, een onderwerp dat in de vorige twee interviews al ter sprake kwam. Een nieuwe taak voor de wijkverpleegkundige, waar Anita helemaal achter staat. Vroeger werd door het CIZ vanuit een andere deskundigheid en vanuit protocollen en standaarden gekeken, een situatie die lang niet altijd recht deed aan wat een cliënt echt nodig had. “Dat is nu anders. We stellen gezamenlijk met de cliënt doelen op. Tussentijds evalueren we hoe het gaat met de cliënt en waar deze tegenaan loopt. Soms kan iemand zelf weer dingen doen of is een wond geheeld en kan de zorg worden afgesloten. We zitten nu veel dichterbij het proces. Ik overleg met collega's, we informeren elkaar en rapporteren over de situatie van een cliënt. We hebben meer grip op de situatie en dat vind ik echt een pluspunt vergeleken met hoe het vroeger ging met indicaties. Cliënten merken nu zelf ook dat we samen naar iets toe werken, dat ze zelf weer iets kunnen.”

WAT GAAN ZORGVERZEKERAARS DOEN?

Zullen zorgverzekeraars niet gaan letten op de zorg die wijkverpleegkundigen indiceren en die misschien inperken? “Dat gevoel heb ik wel ja. Ze krijgen nu goed inzicht in welke zorg en hoeveel zorg we indiceren. Gaan ze dat ook standaardiseren, of laten ze er een prestatieclausule op los? Misschien moeten we straks weer met de zorgverzekeraars voor onze cliënten gaan soebatten. Over een jaar zullen we het zien.”

Het (her)indiceren levert – behalve de tijd die het kost – geen grote problemen op. “Maar het budget dat we hebben is natuurlijk eindig. Bij cliënten met dementie werd altijd relatief veel zorg ingezet, ook omdat begeleiding vanuit de AWBZ kwam. Dat is nu anders:

we moeten uitkomen met het budgetplafond dat we hebben toegewezen gekregen. En we zijn afhankelijk of - en zo ja wat - de gemeente aan begeleiding indiceert. Er zijn cliënten die in een grijs gebied zitten, zoals mensen die nog geen indicatie hebben voor een opname.”

“De wijkverpleegkundige regelt het allemaal voor u! Dat deden we vroeger niet en kunnen we nu ook niet altijd.”

OOK VROEGER LOSTEN WE NIET ALLES OP

Ook Anita vindt dat veel van wijkverpleegkundigen wordt verwacht. “De spotjes van het ministerie die begin dit jaar werden uitgezonden, hebben dat beeld versterkt. De wijkverpleegkundige regelt het allemaal voor u! Dat deden we vroeger niet en kunnen we nu ook niet altijd. Wij hebben ontzorgen hoog in ons vaandel staan. We kijken bijvoorbeeld of een cliënt met een hulpmiddel goed kan worden geholpen. Maar ondersteuning en hulp lukt niet altijd zo snel en goed als de spotjes doen vermoeden.” Anita geeft een voorbeeld en vertelt over een gezin met twee kinderen met diabetes type 1. “De ouders wilden iets in het persoonsgebonden budget veranderen. Het was me niet duidelijk wie dat doet. Je komt letterlijk aan de portemonnee van iemand, ik vond dat een lastige situatie. Je hebt dan ook te maken met boze ouders.”

TIMING BEROERD VOOR MAKEN PREVENTIEPLAN

Anita kreeg het verzoek van zorgverzekeraar VGZ voor het maken van een preventieplan voor de wijk waarin ze voor Omring werkt. Het moest klaar zijn voor 1 april. “We hebben onze wijk geanalyseerd, gekeken welke mensen er wonen en met welke



“Als de stagiaire na haar opleiding bij ons een baan krijgt, is dat voor mij de kers op de taart!”

specifieke problemen. Het kan gaan om hoge werkloosheid, te dikke kinderen of veel ouderen. Wat kan onze bijdrage zijn? Samen met de gemeente hebben we een folder gemaakt over veilig thuis blijven wonen voor bewoners ouder dan 65. We geven informatie over bijvoorbeeld een verhoogd toilet of een traplift. Ook staat in de folder dat een ergotherapeut thuis kan langskomen en samen kan kijken welke aanpassingen nodig zijn om thuis te kunnen blijven wonen.” Het maken van zo'n preventieplan vindt Anita niet vervelend. “Maar het komt nu beroerd uit, omdat we druk bezig zijn met de deadline voor het vaststellen van de indicatie rond de aanspraak wijkverpleging bij bestaande cliënten.”

HET IS EEN BREED VAK

Er zijn in de nabije toekomst veel wijkverpleegkundigen nodig, maar hbo-studenten verpleegkunde staan niet te trappelen. Ze hebben een beeld van het werken als wijkverpleegkundige dat niet strookt met de werkelijkheid. Hoe kunnen we hen enthousiast maken? “Besteed er meer aandacht aan in de opleiding”, reageert Anita direct. “Tijdens mijn opleiding heb ik anderhalf uur een hoorcollege gehad over de wijkverpleging, terwijl ik wist dat ik die kant op wilde. Ik heb zelf een leerboek aangeschaft. Soms denk ik: ik moet gaan vertellen hoe mooi dit vak is. Studenten willen meestal in een ziekenhuis of in de psychiatrie gaan werken. Maar wij hebben ook een breed vak: wij komen cliënten met een beperking of een psychische ziekte tegen. Ik ben blij als ik een goede stagiaire heb. Als die dan na de opleiding bij ons een baan krijgt, is dat voor mij de kers op de taart!”





MARIANNE SMITS

Kinderverpleegkundige bij kinderThuisZorg in Den Haag en West Zuid-Holland

“Aan zelf indiceren zitten twee kanten”

“Ook voor kinderen thuis de goede zorgomgeving creëren”

“Meer diepgang in mijn vak”

“Aan zelf indiceren zitten twee kanten”

Marianne Smits werkt als kinderverpleegkundige bij KinderThuisZorg, een landelijke organisatie die vindt dat (ernstig) zieke kinderen ook moeten kunnen rekenen op verpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis. “Prachtig om te zien dat een kind met alleen maar tegenslag ook thuis kan zijn.”

Marianne is gespecialiseerd in het leveren van kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis. Dat hoeft niet altijd thuis te zijn, ze gaat bijvoorbeeld ook naar een kind in een kinderdagverblijf. “Ik zie het als mijn rol om ouders te ondersteunen bij de zorg voor hun kind, want die zorg voor een ziek kind hakt erin. Meedraaien in het gezin gaat vaak heel natuurlijk, ik vraag wat de ouders willen en probeer hun vertrouwen te winnen. De ondersteuning kan tijdelijk of structureler zijn. Ik kom soms wel een jaar bij een kind. Ik ben er voor verpleegkundige handelingen, zoals antibiotica toedienen via een infuus, of een kind met een tracheacanule verzorgen. Soms hebben de ouders ondersteuning bij de zorg voor hun kind nodig om op adem te komen.”

ouders in een moeilijke situatie ondersteunen

Werken met kinderen geeft haar veel voldoening. “Ik heb HBO-V gedaan en daarna pedagogiek gestudeerd. Na een verblijf in Canada waar ik in een kinderziekenhuis heb gewerkt, ben ik naar het AMC op de kinderafdeling gegaan. Ik was toen inmiddels kinderverpleegkundige. Na de verhuizing met mijn gezin naar Pijnacker ben ik gaan zoeken naar een baan waarbij ik met thuis wonende kinderen kan werken. Ik vind het heel fijn dat ik ouders in een moeilijke situatie kan ondersteunen. Dat is wat mij drijft. Dat ik bij een ziek kind kom dat onder de spuug en snottebellen zit, maar dat heel vrolijk een liedje neuriet. Daar doe ik het voor.”

Veranderingen in het nieuwe jaar

Voor kinderen in de zorg, hun ouders en kinderverpleegkundigen is er in 2015 ook wat veranderd in de zorg. Het komt er kort gezegd op neer dat alle kinderverpleegkundige zorg nu via de Zorgverzekeringswet wordt geregeld. Tot 1 januari van dit jaar gebeurde dat voor een deel ook via de AWBZ. Voor kinderen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg per dag in de nabijheid vanwege een ernstige verstandelijke handicap geldt een uitzondering. Zij vallen vanaf uiterlijk het vijfde levensjaar onder de Wet langdurige zorg. Hiervoor is wel een indicatie van het CIZ nodig.

“Zelf indiceren is een verbetering maar soms ook lastig”

Zien wat behoefte aan zorg en ondersteuning is

Voor de andere kinderen vervalt de indicering door het CIZ. Voortaan mag Marianne samen met het gezin in kaart brengen wat er aan zorg nodig is en wie dat het beste kan doen. “Ik zie het als een verbetering. Ik kom immers thuis bij het gezin, praat met de ouders en



“Ik leg uit dat we gaan proberen het zo te organiseren dat de ouders het zelf kunnen”

zie wat de behoefte aan ondersteuning en zorg is. Het heeft twee kanten. Ik voel dat ook als een verantwoordelijkheid: wie ben ik om te bepalen wat iemand nodig heeft? Of om te zeggen dat de zorg stopt en wordt afgebouwd. Aan de andere kant geeft het me vrijheid om mijn vak als zelfstandig professional te kunnen uitvoeren. Ik kan nu zelf bepalen of er zorg bijmoet. Vroeger voelde ik me wel eens machteloos tegenover het CIZ.”

WEL IN HET GEZIN MAAR SNELLER ERUIT

Hoe gaat dit nu in de praktijk? “Ik kom om ondersteuning te geven, maar streef ernaar dat de ouders hun kind, met eventuele hulp van anderen, zo snel mogelijk zelf kunnen verzorgen. Ik leg uit dat we gaan proberen het zo te organiseren dat de ouders het zelf kunnen. We stellen samen doelen vast. Hoe kunnen de ouders of het kind meer zelfredzaam worden? Bij het ene gezin lukt dit beter dan bij het andere gezin. Kijk, vroeger kregen ouders een brief waarin bijvoorbeeld stond dat hun kind een indicatie kreeg voor een bepaald aantal uren zorg voor een jaar. Ga je in gesprek over

zelfredzaamheid dan zeggen ze: we hebben er recht op. Zo'n brief roept dat op, want er staat niet bij dat verwacht wordt dat ouders het zelf gaan doen.”

ZELFREDZAAMHEID GEZIN VAN GROOT BELANG

Marianne vertelt dat er een tool, de MKS-app, wordt ontwikkeld. Dat is een app waarmee kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis kan worden geïndiceerd. MKS staat voor Medisch Kindzorg Systeem. De behoefte aan zorg en begeleiding wordt met hulp van de Hulpbehoeftescan Kind & Gezin op basis van de vier kinderleefdomeinen geïnventariseerd. “Hiermee kan ik straks samen met het kind en het gezin de behoefte aan hulp bepalen. In deze app draait het niet alleen om de ziekte van het kind, maar wordt ook rekening gehouden met onder meer de ontwikkeling, veiligheid en het sociale leven van het kind en gezin. Ook de zelfredzaamheid van het gezin is van groot belang. Ik ben erg benieuwd naar deze tool.”

“OOK VOOR KINDEREN THUIS DE GOEDE ZORGOMGEVING CREËREN”

Het streven is dat iedereen die bij een ziek kind betrokken is, meer gaat samenwerken. Marianne Smits, kinderverpleegkundige van KinderThuisZorg, is daar ook voorstander van. De nieuwe manier van werken zal wennen zijn. “Nu is het zorgplan nog van ons, straks van alle betrokken disciplines.”



KinderThuisZorg wil de zorg voor zieke kinderen en het gezin nog beter organiseren. “Dat doen we vanuit de gedachte dat ernstig zieke kinderen, hun ouders, broertjes of zusjes moeten kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg. Dat is zorg waarin oog en aandacht is voor de specifieke behoeften en wensen van het kind en het gezin. Het gaat al beter, maar de zorg in Nederland is op het moment vooral gericht op volwassenen. Voor het geven van een injectie staat bijvoorbeeld tien minuten. Bij een kind ligt dat wel anders. Ik kom binnen, het kind heeft zich verstopt, heeft misschien prikangst en dan heb ik echt meer tijd nodig”, legt Marianne uit tijdens het tweede gesprek met haar in de serie over wijkverpleging.

THUIS DE KUUR AFMAKEN

Niet alleen de langdurende zorg moet goed geregeld worden, maar ook de kortdurende zorg, stelt Marianne. Ze illustreert dat met een voorbeeld. “Een kind krijgt in het ziekenhuis een antibioticakuur, intraveneus. Op een gegeven moment kan het kind naar huis, maar daar moet de kuur wel worden afgemaakt. Dat kan een kinderverpleegkundige prima doen in de thuissituatie, maar deze zorg moet wel geregeld worden en er moet budget voor zijn. Dat kan gelukkig tegenwoordig.”

TOENEMENDE VRAAG

Steeds vaker krijgen zieke kinderen zorg thuis. “Net als kinderen die antibiotica krijgen, worden ook kinderen met een sonde bijvoorbeeld eerder uit het ziekenhuis ontslagen dan voorheen. Dat is een goede ontwikkeling, want thuis is ook voor een kind de beste omgeving.” Daardoor neemt het werk toe. “Sinds begin deze maand hebben we ons kinderteam, dat bestond uit zestien (kinder) verpleegkundigen, gesplitst in twee teams. Dat was nodig om efficiënter te kunnen overleggen en snel beslissingen te kunnen nemen. Het stelt ons ook beter in staat om op dezelfde manier te werken en kwaliteit te kunnen blijven leveren.”

NIEUWE SYSTEMATIEK VAN ZORG

KinderThuisZorg heeft samen met een groot aantal partijen die betrokken zijn bij de zorg voor ernstig zieke kinderen het rapport ‘Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstig zieke kinderen’ opgesteld. In dit rapport, een concrete uitwerking van het Integraal Kwaliteitsmodel Intensieve Kindzorg, beschrijven deze partijen een nieuwe systematiek van zorg buiten het ziekenhuis voor kinderen die onder de eindverantwoordelijkheid van de kinderarts of een andere medisch specialist staan. Ze hebben deze nieuwe systematiek bedacht, omdat het huidige zorgsysteem niet aansluit bij de zorg voor ernstig zieke kinderen en omdat de zorg verschuift van ziekenhuis naar thuis. In dit Medische Kindzorgsysteem gaat het om een integrale aanpak, waarbij het kind, het gezin en hun behoeften centraal staan. Deze behoeften worden gescand met hulp van de Hulpbehoeftecan kind & gezin, waarna er een Zorgplan kind & gezin wordt opgesteld. En er wordt afgesproken wie de functie van zorgcoördinator op zich neemt.

“Het gaat om een integrale aanpak, waarbij het kind, het gezin en hun behoeften centraal staan”

NOG MEER SAMENWERKEN

Staatssecretaris Van Rijn (VWS) vindt dat het rapport goede aanknopingspunten biedt om deze zorg zo goed mogelijk vanuit het ziekenhuis naar huis plaats te laten vinden (zie Kamerbrief d.d. 23 februari 2015). Ook Marianne kan zich vinden in de uitgangspunten. “Het is goed dat we nog meer gaan samenwerken met iedereen die bij het kind betrokken is. We moeten dit nu in de praktijk handen en voeten gaan geven. Het is de bedoeling dat in het ziekenhuis al de behoefte aan hulp voor het kinderleefdomein Medisch wordt geïnventariseerd. De overige drie domeinen

“Medische problemen hangen vaak samen met andere problemen”

Ontwikkeling, Veiligheid en Sociaal worden geïnventariseerd door de zorgcoördinator. De bedoeling is dat de hoofdbehandelaar dit plan accordeert. Vaak is dat de kinderarts of een andere medisch specialist. Dit is nog even wennen. Het verschil met vroeger is dat het zorgplan alleen van ons was; nu wordt het iets dat alle betrokken disciplines kunnen raadplegen. De Hulpbehoeftecan zal deels in het ziekenhuis ingevuld worden, de rest vult de zorgcoördinator in. Dit zal vaak de kinderverpleegkundige van KinderThuisZorg zijn als het kind met zorg naar huis gaat. Het is de bedoeling dat daarna gezamenlijk met de ouders het zorgplan opgesteld wordt. Zoals het er nu uitziet, neem ik aan dat we voldoende onze bevindingen hierin kunnen verwerken. De praktijk zal uitwijzen of dit inderdaad zo is.”

ZORGCOÖRDINATOR VOORKOMT OVERLAP

De afspraak is ook dat het kind en de ouders een zorgcoördinator krijgen toegewezen. “Dat is degene die de meeste zorg levert: dat kunnen wij zijn, maar ook iemand van het medisch kinderdagverblijf of een verpleegkundig specialist uit het ziekenhuis. Voor de ouders is dit prettig: zij hebben een aanspreekpunt en hoeven niet steeds hetzelfde verhaal te vertellen. Daarbij heeft een zorgcoördinator goed in beeld wie wat doet en waarvoor verantwoordelijk is. Dat voorkomt dat we zaken dubbel doen.” Vooral bij kinderen met problemen op meerdere gebieden trekt Marianne aan de bel. “Medische problemen hangen vaak samen met andere problemen. Ik neem soms contact op met het consultatiebureau, het maatschappelijk werk van het ziekenhuis of het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), als er bijvoorbeeld opvoedingsproblemen zijn.”

MINDER CONTACT MET HUISARTS

De huisarts is minder in beeld. “Een ziek kind dat naar huis komt, blijft onder behandeling van de kinderarts. De huisarts komt eigenlijk alleen in beeld als een kind naar huis komt om te overlijden. Bij vragen over medicatie neem ik contact op met de huisarts en die consulteert ook vaak weer de kinderarts of medisch specialist. De huisarts heeft dan de eindverantwoordelijkheid.” Het hangt natuurlijk helemaal van het gezin en diens situatie af of Marianne een coördinerende rol heeft. “Sommige ouders redden zich prima, anderen hebben hulp nodig. Wat kan ik nog meer doen, vraag ik mezelf dan af. Het is heel fijn als ik op basis van mijn ervaring mijn ondersteuning kan inzetten en ouders kan wijzen op allerlei mogelijkheden





“MEER DIEPGANG IN MIJN VAK”

Kinderverpleegkundige Marianne Smits denkt dat haar rol in de nabije toekomst zal verschuiven. “Mijn verwachting is dat we ouders van zieke kinderen meer gaan begeleiden. We zullen steeds goed bekijken wat ouders zelf kunnen doen en kritisch beoordelen welke zorg een kind echt nodig heeft en wie deze zorg het beste kan verlenen.”

Tijdens het derde gesprek vraagt Marianne zich af of zij de meest aangewezen persoon is om zorg te verlenen bij dit zieke kind thuis. Het is een vraag die zij zich gewetensvol en bewust stelt. “Als het echt gaat om verpleegkundige handelingen bij een kind dat voor korte duur bij ons in de zorg is, dan is dat duidelijk. Dat kunnen wij doen. De vraag speelt vooral bij kinderen die voor langere tijd in zorg zijn en die persoonlijke verzorging nodig hebben. Daar moeten we nu kritisch naar kijken: hebben zij echt een kinderverpleegkundige nodig of kan een andere professional of het gezin zelf deze zorg ook op zich nemen? Ik maak nu mee dat ik ouders moet vertellen dat iemand anders de zorg moet overnemen of dat ze het voortaan zelf ook kunnen. Daar moet ik hen dan van zien te overtuigen. Ik vind het belangrijk dat we ouders daarin begeleiden, we kunnen hen niet zomaar laten vallen. We streven ernaar om de verzorging met een gerust hart over te dragen.”

“Duidelijke afspraken zorgen ervoor dat deze kinderen goede zorg kunnen krijgen”

ZORG ZONDER MUREN

Zorg voor het zieke kind vindt steeds vaker buiten de muren van het ziekenhuis plaats. Het is een ontwikkeling die alle betrokken zorgverleners toejuichen. Maar het vergt nog wel het nodige overleg en het maken van samenwerkingsafspraken. Een kinderarts, eindverantwoordelijk voor de kindergeneeskundige zorg thuis, moet erop kunnen vertrouwen dat die zorg veilig, kindgericht en van goede kwaliteit is. Dat begrijpt Marianne heel goed. “We hebben meer oog voor kwaliteit. Het Medische Kindzorgsysteem is een belangrijke stap voorwaarts om de kwaliteit te borgen. Maar we moeten afspreken hoe we met elkaar communiceren over veranderingen in het beleid rond het kind bijvoorbeeld. Wij houden een digitaal dossier bij en de ouders kunnen de hoofdbehandelaar

machtigen voor inzage in dit dossier. Gaan de kinderartsen dit ook doen? Gaan we het zorgplan samen bespreken? Wat spreken we daarover af? Duidelijke afspraken zorgen ervoor dat deze kinderen goede zorg kunnen krijgen: goede zorg zonder muren.”

Samenwerking begint met elkaar leren kennen. Marianne vertelt dat ze van plan zijn om de relaties met de kinderartsen in het ziekenhuis te verstevigen. “We willen presentaties gaan houden voor de kinderartsen en hen uitleggen wat wij allemaal mogen en kunnen.”

“Ik verwacht dat we meer een coachende rol krijgen”

ZELF DOEN

Marianne en haar collega's werken in zelfsturende teams. “Dat houdt in dat we een aantal zaken zelf doen, zoals de planning en kijken of we nieuwe collega's nodig hebben. De sollicitatiegesprekken voeren we ook zelf. Het bevalt me goed, al zijn er natuurlijk voor- en nadelen. We hebben korte lijnen, het werkt efficiënter, je kunt elkaar snel bereiken en elkaar helpen. Je leert er veel van. Ik vind het goed dat we dit zelf in handen hebben. Wij zijn per slot van rekening degenen die bij de ouders en hun kind thuiskomen en weten wat zij nodig hebben. Soms missen we een leidinggevende, bij moeilijke gesprekken met ouders bijvoorbeeld. Dan moet er wel een beslissing worden genomen. We bespreken dan in het teamoverleg hoe we deze situaties kunnen oplossen en vragen hierbij soms ook nog ondersteuning van kantoor.”

MEER DIEPGANG

Marianne merkt op dat de kindergeneeskundige zorg zich steeds verder ontwikkelt. “We mogen nu zelf indiceren en we gaan nog meer en intensiever samenwerken met andere zorgverleners. Daar komt bij dat ik verwacht dat we meer een coachende rol krijgen. Dat tezamen zorgt voor meer diepgang in mijn vak.”





Dit is een uitgave van het ZonMw-programma Zichtbare schakel: Opleidingsimpuls wijkverpleegkundigen.

Adres: Laan van Nieuw Oost-Indië 334, 2593 CE Den Haag

Email: opleidingsimpulswvp@zonmw.nl

Internet: www.opleidingsimpulswvp.nl



Interviews:	Corina de Feijter, Kees Kommer
Fotografie:	Studio Oostrum, Jurgen Moorlach
Vormgeving:	De Vormstrateeg
Productie:	Zorgenz, Waddinxveen

De interviews verschijnen eerder op www.zorgenz.nl.

Zorg
enZ...
Zorg in de praktijk