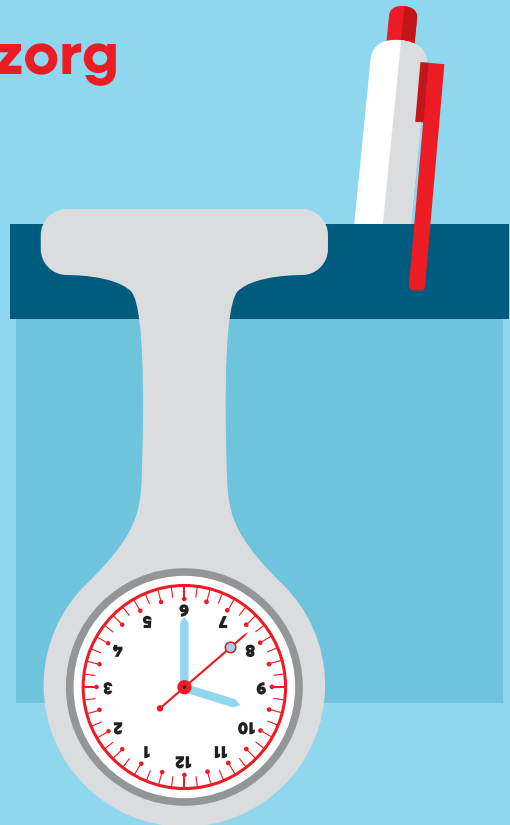


Jelle Reijngoudt
José van Dorst

Het verpleegkundig proces

BN
2030

Op weg naar
de best
passende zorg



UITGEVERIJ
COUTINHO

Het verpleegkundig proces

www.coutinho.nl/verpleegkundigproces

Met de code in dit boek heb je toegang tot je online studiemateriaal. Dit materiaal bestaat uit casussen, oefentoetsen en praktijkopdrachten, toegespitst op vier verschillende zorgdomeinen, en een algemene begrippenlijst.

Om je studiemateriaal te activeren heb je onderstaande code nodig. Ga naar **www.coutinho.nl/verpleegkundigproces** en volg de instructies.

‘Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all of our lives.’

Florence Nightingale

Het verpleegkundig proces

Op weg naar
de best
passende zorg

Jelle Reijngoudt
José van Dorst

UITGEVERIJ
COUTINHO
bussum 2024

© 2024 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor de readerregeling kan men zich wenden tot Stichting UvO (Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, www.stichting-uvo.nl). Voor het gebruik van auteursrechtelijk beschermd materiaal in knipselkranten dient men contact op te nemen met Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, www.stichting-pro.nl).

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

info@coutinho.nl

www.coutinho.nl

Omslag: studio Pietje Precies bv, Hilversum

Foto's p. 17: Alexandros Michailidis / Shutterstock.com

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

De personen op de foto's komen niet in de tekst voor en hebben geen relatie met hetgeen in de tekst wordt beschreven, tenzij anders vermeld.

ISBN: 978 90 469 0887 7

NUR: 180

Voorwoord

Verpleegkundigen vervullen een sleutelpositie in ons zorgsysteem en verpleegkundige zorgvragen staan steeds meer op de voorgrond: preventie, zelfmanagement, samen beslissen, meer zorg thuis, omgaan met de gevolgen van multimorbiditeit, herstel na (psychische) ziekte, familieparticipatie en palliatieve zorg. Allemaal zorgvragen die met verpleegkundige zorg te beïnvloeden zijn. De zorg in Nederland wordt daarom steeds verpleegkundiger!

Aan de basis van ons vak, waar je ook werkt, ligt het verpleegkundig proces. Door dit proces systematisch te doorlopen en te evalueren, werken we aan de best passende zorg voor cliënten of patiënten. Dat klinkt heel logisch en toch staat goede zorg onder druk door schaarste. Maar juist in tijden van schaarste biedt het verpleegkundig proces ons houvast. Door het verpleegkundig proces komen we namelijk beter te weten wat voor een cliënt belangrijk is en welke ondersteunings- of zorgvragen op de voorgrond staan. Dat vraagt een brede kijk op gezondheid, waarin niet alleen ziekten, maar ook functioneren, sociaal netwerk, zingeving en zelfmanagementvaardigheden meegenomen worden. Niet alleen in de wijk is dat essentieel, maar ook in het ziekenhuis, de ggz, de verpleeghuiszorg en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Door de brede kijk in de anamnese kun je verpleegkundige diagnoses voor ondersteuning en zorg identificeren en vervolgens met cliënten samen vaststellen welke doelen belangrijk zijn om te behalen.

Het verpleegkundig proces vraagt ook: uitgaan van wat iemand zelf nog kan – enorm belangrijk voor de autonomie van zorgvragers. Vaak nemen we zorg over, maar is dat altijd echt nodig? Het kost in het begin soms meer tijd om zorgvragers zelf handelingen of zorg aan te leren, maar eigenlijk is het de essentie van de verpleegkunde: ondersteunen bij zelfredzaamheid zodat iemand het straks zelf weer kan doen. Juist dat helpt ook om zorg voor iedereen toegankelijk te houden, want als iemand het zelf weer kan, dan is er ook weer ruimte om aan iemand anders zorg te bieden. Technologie of hulpmiddelen helpen in toenemende mate bij de zelfredzaamheid. Denk aan monitoring op afstand, de druppelbril, de dagstructuurrobot voor mensen met beginnende dementie. Daar is de coachende en ondersteunende rol van de verpleegkundige essentieel. We hebben nog stappen te zetten om die technologie of hulpmiddelen breed in te zetten.

Door systematisch het verpleegkundig proces te doorlopen en vast te leggen, kunnen we ons vak ook beter onderbouwen. Want met die gegevens zien we ook of ons handelen effect heeft. Niet alleen daar waar we werken, maar – als we op dezelfde manier onze gegevens vastleggen in het ziekenhuis, de wijk, de ggz of het verpleeghuis – ook in het netwerk van zorg dat een patiënt doorloopt. Dus als iemand sneller van het ziekenhuis naar huis gaat, is het herstel dan beter, treden

er minder complicaties op? En kan iemand met een ggz-vraag in de thuissituatie goed begeleid worden? Kan zo voorkomen worden dat een klinische opname nodig is? Ook voor preventie bieden data uit het verpleegkundig proces mogelijkheden. Door zicht op de belangrijke verpleegkundige vragen in een wijk kan wijkgerichte preventie worden ingezet, zoals het dementievriendelijk maken van de wijk, preventie van obesitas of ondersteuning bij toenemende psychische vragen.

Door het verpleegkundig proces kunnen we dus goede zorg leveren, zelfredzaamheid ondersteunen en blijvend leren en ontwikkelen. Het geeft ons eigenaarschap over het verpleegkundig vak en ook zeggenschap over wat er in een team of wijk nodig is en hoe we met schaarste kunnen omgaan. Een optie die steeds vaker van stal gehaald wordt, is taakgericht werken. Ik ben er zelf echt geen voorstander van. Veel liever zie ik dat we vanuit de verpleegkunde en het verpleegkundig proces zelf prioriteren en werken aan het ondersteunen van gezondheid en eigen regie. Daarmee verminderen we de zorgvraag en kunnen we ons vak in de volle breedte blijven uitvoeren.

Bianca Buurman

voorzitter V&VN en hoogleraar Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC

Inhoud

Inleiding	11
 Deel 1 Verpleegkundige zorg in een veranderende wereld	
1 Kwaliteit van zorg	16
1.1 Personeelstekort	18
1.2 De veranderende bevolkingssamenstelling	19
1.3 Technologische revolutie	21
1.4 Informele zorg	22
1.5 Take home messages	22
 2 Terug naar de basis	 24
2.1 Verandering van visie op gezondheid	24
2.1.1 Gezondheid volgens de WHO	24
2.1.2 Positieve Gezondheid volgens Machteld Huber	25
2.1.3 Gezondheid volgens Mildred Blaxter	27
2.2 Taakgerichte en integrale verpleging	29
2.2.1 Taakgerichte verpleging	29
2.2.2 Integrale verpleging	30
2.3 Zelfredzaamheid en eigen regie	31
2.4 Inspelen op de veranderingen in de zorg	32
2.4.1 Technologie in de zorg	32
2.4.2 Meer focus op het verpleegkundig proces	33
2.5 Take home messages	34
 3 Classificatiesystemen in het verpleegkundig proces	 36
3.1 Classificatiesystemen binnen de verpleegkunde	38
3.1.1 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	39
3.1.2 Omaha System	39
3.1.3 NANDA-I	40
3.1.4 Nursing Outcome Classification (NOC)	42
3.1.5 Nursing Intervention Classification (NIC)	44
3.2 Classificatiesystemen in dit boek	46
3.3 Take home messages	47

Deel 2 Het verpleegkundig proces

4	Anamnese	50
4.1	Het belang van een goede anamnese	50
4.2	Verzamelen	52
4.2.1	Observeren	52
4.2.2	Vragen stellen	53
4.2.3	De omgeving bevragen	54
4.2.4	Lichamelijk onderzoek	56
4.2.5	Een overdracht ontvangen	57
4.3	Verifiëren	58
4.4	Ordenen	60
4.5	Vastleggen	61
4.6	Meetinstrumenten en tools	62
4.6.1	Het ecogram	63
4.6.2	De Barthel-index	64
4.6.3	Anamnese volgens de dertien domeinen van NANDA-I	65
4.7	Valkuilen en misvattingen	69
4.8	Take home messages	71
5	Diagnose	72
5.1	Het belang van een goede verpleegkundige diagnose	72
5.2	Interpreteren	73
5.2.1	Klinisch redeneren, verpleegkundig redeneren en kritisch denken	74
5.3	Verifiëren	75
5.3.1	Empathie jegens de zorgvrager	75
5.4	Labelen	76
5.4.1	De PES-structuur	76
5.4.2	Problemdiagnoses, bereidheidsdiagnoses en risicodiagnoses	78
5.4.3	Diagnoses clusteren	78
5.5	Vastleggen	79
5.6	Zorgvrager in context	79
5.6.1	Eigen regie en zelfredzaamheid	79
5.7	Meetinstrumenten en tools	81
5.8	Valkuilen en misvattingen	83
5.9	Take home messages	86

6	Uitkomsten	88
6.1	Doelen	88
6.1.1	De SMART-methode	88
6.1.2	De RUMBA-methode	90
6.2	Prioriteren	91
6.2.1	Drie soorten doelen	92
6.3	Afstemmen	92
6.3.1	Afstemmen met zorgvragers en hun naasten	92
6.3.2	Afstemmen met andere zorgprofessionals	93
6.4	Vastleggen	93
6.5	Meetinstrumenten en tools	94
6.6	Valkuilen en misvattingen	94
6.7	Take home messages	97
7	Interventies	98
7.1	Het verpleegplan	98
7.2	Interventies	99
7.2.1	Evidence Based Practice (EBP)	100
7.2.2	Kosten-batenafweging	101
7.2.3	De (on)mogelijkheden verhelderen	102
7.3	Vastleggen	104
7.4	Meetinstrumenten en tools	104
7.5	Valkuilen en misvattingen	105
7.6	Take home messages	107
8	Uitvoering	108
8.1	Zelf uitvoeren	108
8.2	Delegeren	108
8.3	Verwijzen	110
8.4	Overleg binnen het zorgteam	111
8.5	Vastleggen	111
8.6	Meetinstrumenten en tools	113
8.7	Valkuilen en misvattingen	114
8.8	Take home messages	115
9	Evaluatie	116
9.1	Evaluatie van het zorgproces	116
9.2	Evaluatie van het zorgproduct	118
9.3	Evaluatie van de zorgstructuur	119
9.4	Het zorgplan bijstellen	120
9.5	Vastleggen	120

9.6 De verpleegkundige overdracht	121
9.7 Meetinstrumenten en tools	121
9.8 Valkuilen en misvattingen	122
9.9 Take home messages	123

Deel 3 Verpleegkundige zorg in tijden van schaarste

10 Verpleegkundige zorg en tekorten	126
10.1 Te weinig verpleegkundigen	127
10.2 Te veel zorgvragers	129
10.2.1 Acut overaanbod van zorgvragers	130
10.2.2 Pandemische paraatheid	131
10.3 Verpleegkundige verantwoordelijkheid bij schaarste	132
10.4 Multimorbiditeit en chronische zorg	133
10.5 Take home messages	134
Bijlage: Anamneseformulier NANDA-I	135
Begrippenlijst	143
Literatuur	151
Register	155
Over de auteurs	159

Inleiding

Waarom dit boek?

Geregeld zie je berichten in de media over het feit dat de zorg in Nederland onder grote druk staat. Niet alleen is er sprake van personeelstekort en wordt de zorg steeds duurder, ook de hogere verwachtingen van zorgvragers spelen een belangrijke rol. De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk.

Verpleegkundigen hebben een centrale en cruciale rol in de gezondheidszorg – in het algemeen, maar ook om deze toegankelijk te houden voor alle zorgvragers. De verpleegkundige beroepsgroep vormt de grootste groep zorgverleners in Nederland: er staan op het moment van schrijven (oktober 2023) bijna 217.000 verpleegkundigen ingeschreven in het BIG-register. Ter vergelijking: het aantal artsen – de tweede grootste groep zorgverleners – bedraagt ongeveer 78.000 (CIBG, 2023).

De kern van het verpleegkundig beroep is het initiëren, organiseren en uitvoeren van verpleegkundige zorg. Dit doen verpleegkundigen volgens een gestructureerde methodische benadering: het **verpleegkundig proces**. Met de stappen in het verpleegkundig proces kun je iedere zorgvrager op een vaste wijze benaderen en de juiste zorg voor de zorgvrager vaststellen. Overal waar verpleegkundigen werken, kun je het verpleegkundig proces toepassen: van ambulancezorg tot gehandicaptenzorg en van de gevangenis tot het ziekenhuis. Doordat verpleegkundigen de autonomie hebben om zelfstandig het verpleegkundig proces met een zorgvrager te doorlopen, hebben zij ook direct invloed op hoe de zorg tot stand komt en hoe deze georganiseerd wordt.

Door de toenemende druk op de zorg – niet alleen door personeelstekort, maar ook door overaanbod van zorgvragers – rijst echter steeds vaker de vraag of we als verpleegkundigen wel het juiste doen. Doen we misschien niet te veel voor onze zorgvragers? Hebben onze interventies wel het gewenste effect? Volgens de nationale en internationale Beter Laten-lijsten blijkt dat de verpleegkundige zorg verder geoptimaliseerd kan worden: op deze lijsten staan namelijk interventies die niet wetenschappelijk zijn onderbouwd, die achterhaald zijn of zelfs schadelijk zijn voor de zorgvrager. Oftewel: handelingen die je als verpleegkundige beter kunt laten. Daarnaast zijn er ook Beter Doen-lijsten in omloop, waarop handelingen staan die je als verpleegkundige juist beter wel kunt doen (ZonMw, IQ Scientific Center for Quality of Healthcare & V&VN, 2023; American Academy of Nursing, z.d.).

Om ongewenste en niet-noodzakelijke verpleegkundige zorg te reduceren, moet je als verpleegkundige kritisch durven kijken naar het eigen handelen. Daarom gaan we in dit boek terug naar de basis en beginnen we bij het begin: het verpleegkundig proces. Als je de verschillende stappen van dit proces juist en

systematisch doorloopt, kun je de zorgvrager de best passende zorg in de situatie van dat moment bieden. Dit doen we niet vanwege bezuinigingen en omdat we de zorg goedkoper willen maken, maar juist om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Want: hoe meer passende zorg, hoe meer tevredenheid bij de zorgvrager – en dat zorgt dan weer voor tevreden verpleegkundigen (Wendt et al., 2022).

Wat is dit boek wel en wat is het niet?

Het verpleegkundig proces vormt dus de basis voor de best passende verpleegkundige zorg voor de zorgvrager, maar de stappen uit het verpleegkundig proces zijn zeker niet nieuw. Het begon allemaal met Florence Nightingale.

Florence Nightingale

Florence Nightingale is de grondlegger van de huidige verpleegkunde. Tijdens de Krimoorlog (1853-1856) en in de jaren daarna legde ze verbanden tussen wat ze zag en de gezondheidsuitkomsten van de soldaten die ze verpleegde. Ze kwam erachter dat er een relatie was tussen de defecte riolering en het hoge sterftecijfer onder de soldaten. Door kennis van de verpleegkunde te combineren met observaties, wiskunde en statistiek wist ze de zorg structureel te verbeteren. In 1860 richtte ze de eerste verpleegstersschool op in Londen, een van de eerste opleidingen tot verpleegkundige en al snel ook de invloedrijkste (FNI, z.d.). Ida Jean Orlando was rond 1958 de eerste die het verpleegkundig proces vormgaf, waarbij ze geïnspireerd was geraakt door de ontdekkingen van Nightingale (Marriner-Tomey & Alligood, 2006).

Dit boek is een toevoeging op het al bestaande materiaal over het verpleegkundig proces. Dankzij de uitleg en aanwijzingen in dit boek ben je als (toekomstig) verpleegkundige in staat om het verpleegkundig proces uit te voeren in iedere denkbare zorgsetting. In dit boek ligt – in tegenstelling tot wat er tot nu toe is gepubliceerd over deze thematiek – de focus op het verpleegkundig proces als basis voor het reduceren van de overbelasting van de zorgsector. Ook gaan we uit van schaarste, iets wat in de huidige tijd voor verpleegkundigen helaas meer regel dan uitzondering is. De schaarste zal de komende jaren niet minder worden, dus verpleegkundigen zullen hiermee moeten leren omgaan.

Dit boek biedt zeker geen oplossing voor alle problemen in de verpleegkunde. Wel biedt het een realistische kijk op wat verpleegkundigen doen en tegen welke problemen zij in de praktijk aanlopen bij het doorlopen van het verpleegkundig proces. We focussen niet op een bepaalde zorgsetting, maar gaan uit van de zorg in de breedste zin van het woord. Dat is terug te zien in de voorbeelden.

Na het bestuderen van dit boek en het online studiemateriaal ben je in staat om het verpleegkundig proces toe te passen in de praktijk. Niet alleen wanneer de bezetting is zoals die zou moeten zijn, maar juist ook in tijden van schaarste, bij tekorten en wanneer er een overaanbod is van zorgvragers. Zo ben je als (toe-

komstig) verpleegkundige voorbereid op de toekomst en kun je – ook wanneer je onder grote druk komt te staan – de best passende zorg bieden.

Leeswijzer

Dit boek bestaat uit drie delen.

In het eerste deel schetsen we de context waarin wij als verpleegkundigen werken en de uitdagingen die daarbij komen kijken. In **hoofdstuk 1** gaan we in op de huidige problemen binnen de gezondheidszorg: we beschrijven de achtergrond en werpen er een eerste blik op. In **hoofdstuk 2** volgt een overzicht van de veranderingen die invloed hebben op de zorg, en dus ook op de verpleegkunde, in Nederland. In **hoofdstuk 3** geven we een beschrijving van verschillende verpleegkundige classificatiesystemen.

In het tweede deel doorlopen we stap voor stap het verpleegkundig proces: van de anamnese (**hoofdstuk 4**), via de diagnose (**hoofdstuk 5**), de uitkomsten (**hoofdstuk 6**), de interventies (**hoofdstuk 7**) en de uitvoering (**hoofdstuk 8**), tot de evaluatie van de verpleegkundige zorg (**hoofdstuk 9**). Dit is de basis van jouw (toekomstig) werk als verpleegkundige.

In het derde deel gaan we dieper in op het bieden van verpleegkundige zorg in situaties van schaarste. **Hoofdstuk 10** beschrijft de rol van de verpleegkundige zorg in de huidige situatie van de zorg. We werpen een blik op de toekomst, waarin multimorbiditeit en chronische zorg steeds verder zullen toenemen.

Ieder hoofdstuk start met de leerdoelen van dat hoofdstuk. Door het boek heen vind je reflectieopdrachten, zodat je zelf kunt reflecteren op in hoeverre je de kennis uit de hoofdstukken al toepast in de praktijk. We sluiten telkens af met een aantal *take home messages*: belangrijke punten uit het hoofdstuk die de moeite waard zijn om te onthouden.

Blauw gedrukte woorden kun je terugvinden in de begrippenlijst achterin het boek en op de website.

Terminologie

In dit boek bedoelen we met ‘zorgvrager’ degene aan wie de verpleegkundige zorg wordt verleend. In plaats van zorgvrager kun je ook patiënt, cliënt, bewoner, klant of een andere term gebruiken, afhankelijk van de zorgsetting.

Online studiemateriaal

Op www.coutinho.nl/verpleegkundigproces vind je het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat uit:

- casussen per zorgsetting
- oefentoetsen per zorgsetting
- praktijkopdrachten per zorgsetting
- een begrippenlijst

Als je het hoogste leerrendement wilt halen, is het online studiemateriaal een essentiële toevoeging aan dit boek. Hier kun je namelijk opdrachten maken die gerelateerd zijn aan de grootste sectoren in de zorg. Zo kun je de kennis die je opdoet via het boek direct toepassen in de zorgpraktijk of studiesetting. Het online studiemateriaal is daardoor onlosmakelijk verbonden aan de inhoud van dit boek.

Deel 1

Verpleegkundige zorg in een veranderende wereld

1 Kwaliteit van zorg

De maatschappij waarin we leven, verandert razendsnel. Dit heeft direct invloed op de gezondheidszorg zoals we deze in Nederland kennen – en dus op het werk van de verpleegkundige. Daarom is het belangrijk dat je op de hoogte bent en blijft van deze veranderingen. In dit hoofdstuk lees je meer over wat er de afgelopen jaren is veranderd en wat er de komende jaren nog gaat veranderen.

Na dit hoofdstuk kun je:

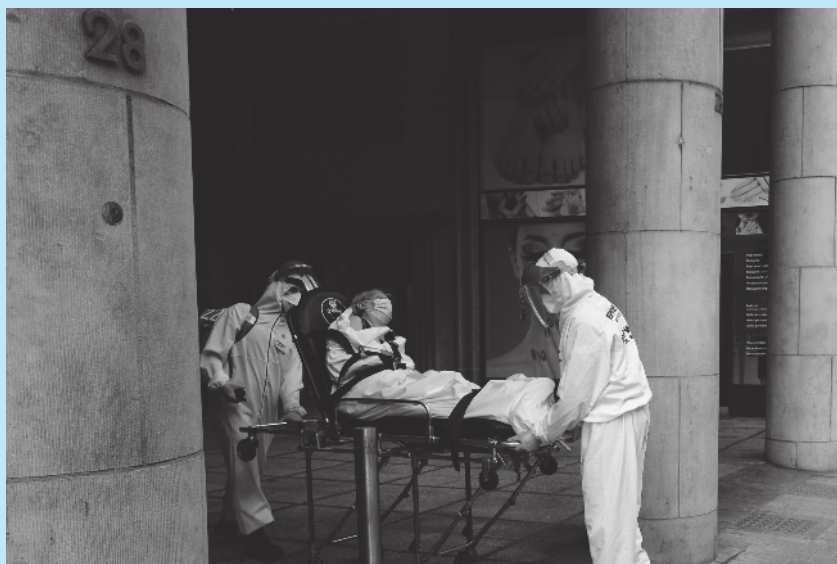
- de context van de gezondheidszorg waarin de verpleegkundige werkt benoemen;
- beschrijven waarom de zorg de afgelopen jaren is veranderd en de komende jaren nog verder zal veranderen;
- factoren benoemen die van invloed zijn op de veranderingen in de gezondheidszorg.

Het voert te ver om een achtergrond te schetsen van de gehele gezondheidszorg, maar achteraf gezien laat de coronapandemie in een notendop zien waar de gezondheidszorg de laatste jaren mee geconfronteerd werd.

Coronapandemie

Tijdens de coronapandemie kwamen regelmatig buitenlandse ziekenhuizen in de media. De beelden van Italië, waar de capaciteit van de ziekenhuizen zo laag was dat er gekozen moest worden tussen zorgvragers, schokten Nederland en de wereld (Bosa et al., 2021; zie figuur 1.1 en 1.2). Italië had slechts een capaciteit van negen intensivacarebedden per 100.000 inwoners (Chesal & Overkleeft, 2020). Het land was daarmee onvoldoende voorbereid op een grootschalige pandemie waarbij veel intensivacarebedden noodzakelijk zouden zijn. Italië werd als eerste Europese land getroffen door de pandemie. De impact was groot, omdat er wereldwijd nog onvoldoende bekend was over het ziektebeeld en behandelmogelijkheden. Men was gedwongen op basis van leeftijd te kiezen of behandeling op de intensive care wel of niet meer zou plaatsvinden. Zorgvragers van 70 jaar of ouder werden als eerste geweigerd en konden hierdoor niet de zorg krijgen die ze nodig hadden.

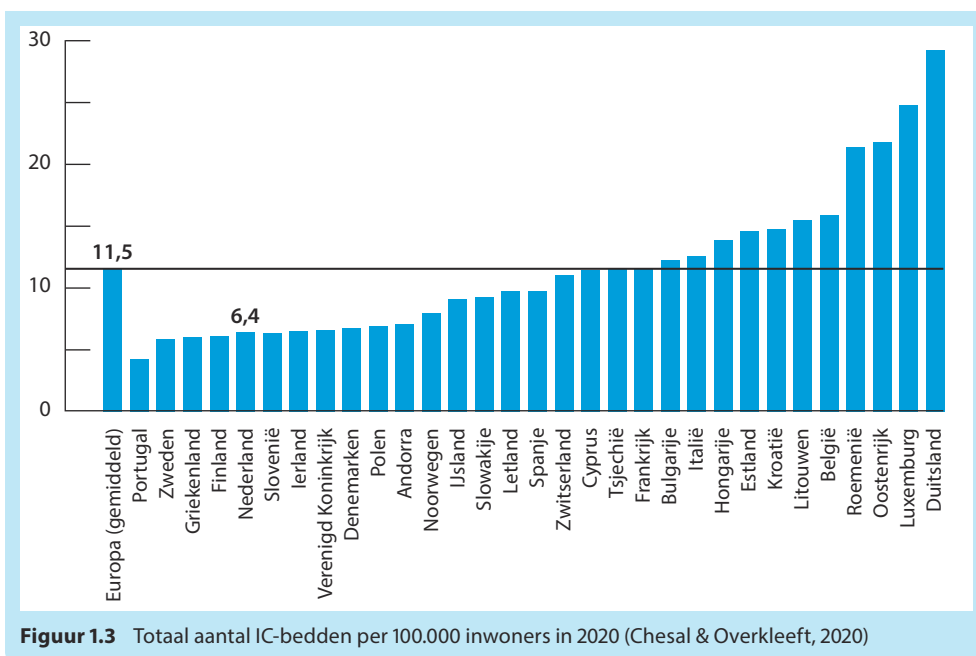
In Nederland was dit een wake-upcall. Met slechts 6,7 intensivacarebedden per 100.000 inwoners had Nederland een nog kleinere capaciteit dan Italië (zie figuur 1.3). Zodra de eerste coronapatiënt zich in Nederland aandiende werd hard ingrijpen noodzakelijk geacht: het land ging – net als vele andere landen in de wereld – op slot.



Figuur 1.1 Een patiënt met COVID-19 in Brussel



Figuur 1.2 COVID-19-zorg op de intensive care in Athene



De kwaliteit van de zorg wordt gemeten aan de hand van een aantal pijlers. Zo moet de zorg goed zijn, betaalbaar zijn en toegankelijk zijn voor eenieder die zorg nodig heeft. Als aan deze drie voorwaarden wordt voldaan, is de kans groot dat ook de zorgverlener voldoening haalt uit de geleverde zorg (Sikka et al., 2015). Hoe zit dat in Nederland?

1.1 Personeelstekort

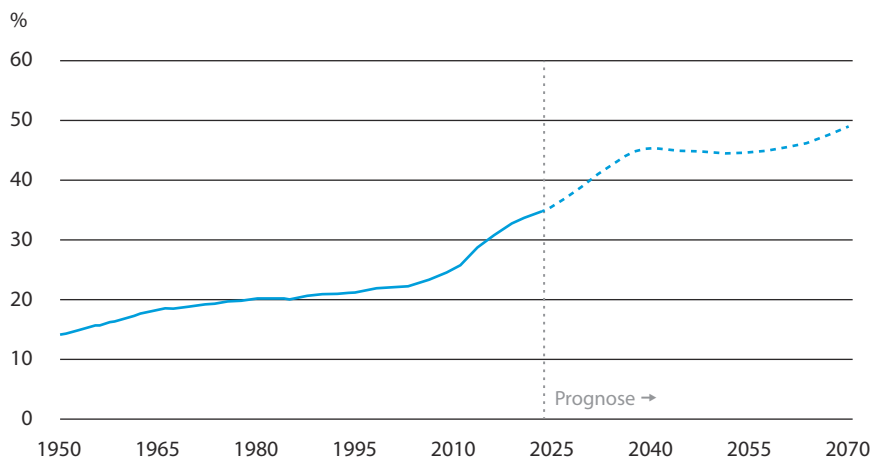
De capaciteit van de intensive care in Nederland is relatief laag in vergelijking met andere landen, door personeelstekorten en vanwege politieke keuzes rondom de benodigde capaciteit van de intensive care (Chesal & Overkleeft, 2020). Om de capaciteit uit te breiden ligt de uitdaging niet zozeer in het aanschaffen van de juiste apparatuur, maar veel meer in het tijdig opleiden van voldoende verpleegkundigen om het specialistische werk uit te voeren. En niet alleen op de intensive care is dit een groot probleem; in alle sectoren van de zorg is een groot *tekort aan zorgverleners*, waaronder verpleegkundigen. De gezondheidszorg staat meer dan ooit onder druk.

In 2020 werkte een op de zeven werkenden in Nederland in de sector zorg en welzijn. Als de organisatie van zorg en welzijn in Nederland niet ingrijpend verandert, zal in 2040 een op de vier werkenden in Nederland in de zorg moeten gaan werken (Sociaal-Economische Raad, 2020). Het is onrealistisch om te denken

dat er binnen vijftien jaar zo enorm veel meer mensen kiezen om in de zorg te gaan werken, zeker omdat steeds duidelijker wordt dat de sector een *tekort aan waardering* ervaart. Het is opvallend dat veel zorgverleners de sector verlaten. Zo verlaat 43 procent van de verpleegkundigen binnen twee jaar na hun afstuderen de zorg, laat onderzoek van Doekle Terpstra zien (NOS Nieuws, 2020).

1.2 De veranderende bevolkingssamenstelling

Door een verschuiving in de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking is duidelijk zichtbaar dat er sprake is van **dubbele vergrijzing**: mensen worden steeds ouder en tegelijkertijd neemt het percentage werkenden in Nederland af. Dit zie je goed in figuur 1.4.

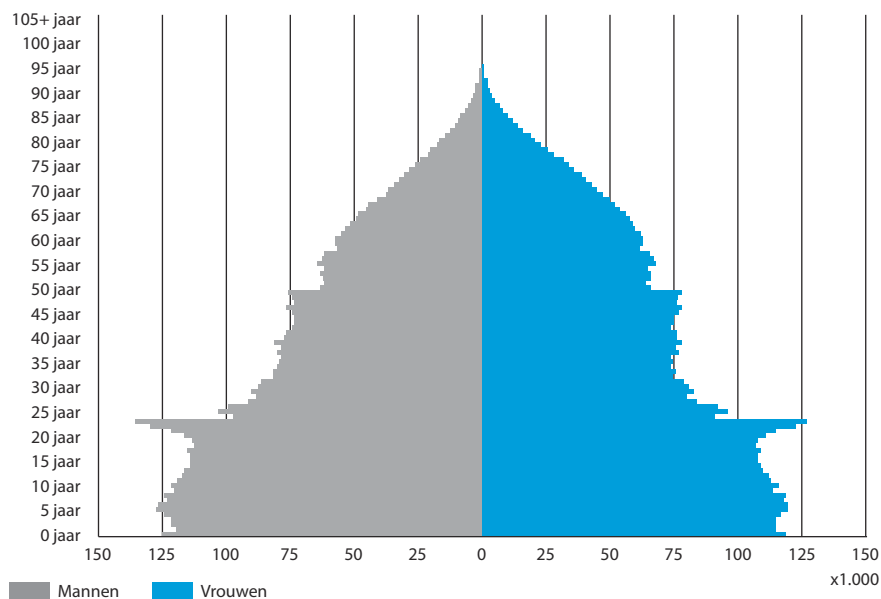


Figuur 1.4 Aantal 65-plussers t.o.v. aantal 20- tot 65-jarigen (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.-a)

In 1950 was 6,7 procent van de inwoners van Nederland 65 jaar of ouder en slechts 1 procent 80 jaar of ouder. In 2020 is dit reeds gestegen naar 15 procent (65 jaar of ouder) en 4,8 procent (80 jaar of ouder). Het stijgend aantal ouderen in de samenleving komt boven op een daling van het aantal jongeren. Hierdoor stijgt het aantal ouderen procentueel nog sterker. In figuur 1.5 zie je de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking in 1970 en de prognose van de leeftijdsopbouw van 2030. De totale bevolking in Nederland is in deze periode met bijna vijf miljoen inwoners gestegen.

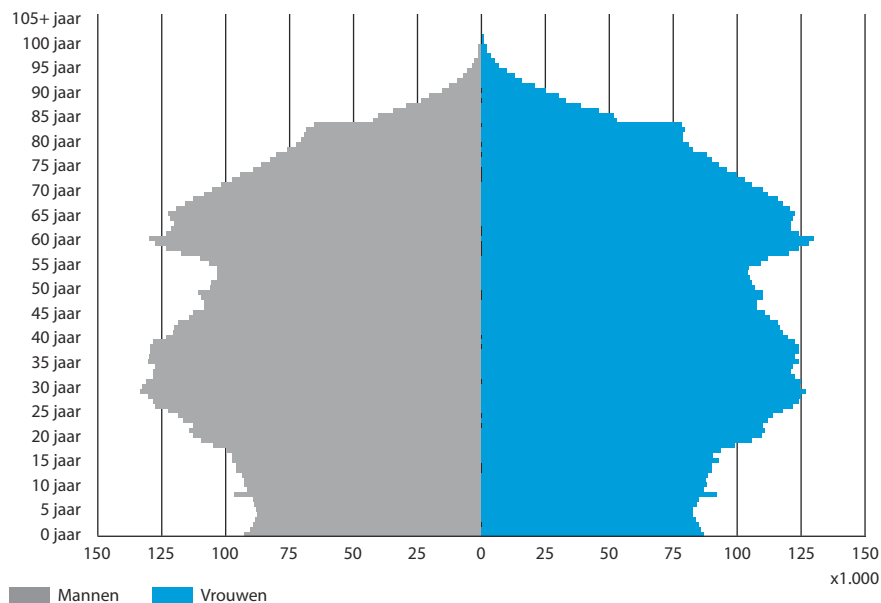
Leeftijdsopbouw Nederland 1970

Totaal: 12.958.000 inwoners



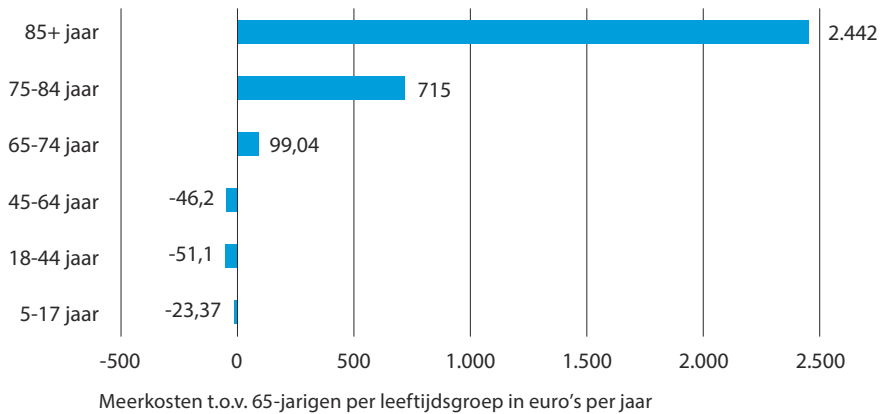
Leeftijdsopbouw Nederland 2030 (prognose)

Totaal: 18.475.000 inwoners



Figuur 1.5 De bevolkingspiramide van Nederland in 1970 en de prognose voor 2030 (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.-b)

Het aandeel van de werkende Nederlanders (18 tot 67 jaar) is in 2030 procentueel sterk verminderd vergeleken met 1970. Hierdoor zijn er ook relatief minder mensen werkzaam in de zorg, terwijl het aandeel zorgbehoevenden juist is gestegen. Figuur 1.6 laat de relatieve stijging in zorgkosten per leeftijdscategorie zien. Er is in deze grafiek gecorrigeerd op geslacht, sociaaleconomische status en de aanwezigheid van chronische aandoeningen. Uit de grafiek blijkt dat een leeftijd van 65 jaar en ouder samenhangt met hogere zorgkosten dan onder deze leeftijd.



Figuur 1.6 Het verband tussen leeftijd en kosten per zorgvrager binnen de verpleging en verzorging tussen 2015 en 2017 (Zorginstituut Nederland, 2021)

Het staat dus vast dat de bevolkingssamenstelling de komende jaren een flinke impact zal hebben op de zorgzwaarte en de hoeveelheid zorgvragers. Tevens heeft de bevolkingssamenstelling een negatieve impact op de hoeveelheid beschikbare zorgverleners. Om de zorg houdbaar te maken, en in 2030 passende zorg te kunnen blijven verlenen, is verandering dus noodzakelijk. Maar hoe gaan we dat doen? En welke keuzes hebben we daarin?

1.3 Technologische revolutie

De dubbele vergrijzing zet de betaalbaarheid van de zorg onder druk. Maar belangrijker nog is de *technologische revolutie* in de afgelopen decennia (ICT & Health, 2018). Doordat er technisch steeds meer mogelijk is, worden ook de verwachtingen van zorgvragers en hun naasten steeds groter. Er worden bijvoorbeeld steeds vaker robots ingezet om te opereren. Deze ontwikkeling levert een hogere kwaliteit van zorg op; de zorg wordt veiliger en steeds meer ziektebeelden zijn behandelbaar. Hier hangt echter ook een prijskaartje aan.

1.4 Informele zorg

De overheid heeft de afgelopen jaren ingespeeld op de toenemende zorgvraag, onder andere door stappen te zetten om Nederland zelfredzamer te maken (NIVEL, 2014). Er wordt meer eigen verantwoordelijkheid van de burger verwacht. Als je ouders ziek worden, word je geacht om voor hen te zorgen. De inzet van **informele zorg**, zoals mantelzorg en burenhulp, wordt niet alleen steeds normaler, maar ook steeds meer noodzakelijk. Het Sociaal en Cultureel Planbureau publiceerde in 2019 een onderzoek waaruit blijkt dat 35 procent van de Nederlanders boven de 16 jaar **mantelzorg** verleent aan een naaste. Dit komt neer op vijf miljoen Nederlanders. Bovendien verleent ongeveer 16 procent van de Nederlanders intensieve en langdurige mantelzorg; meer dan acht uur per week en meer dan drie maanden lang. De maatschappelijke waarde van mantelzorg wordt geschat op tussen de 32 en 44 miljard euro per jaar (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2019). Dit zijn kosten die gemaakt zouden moeten worden wanneer alle mantelzorgers vervangen zouden worden door formele zorgverleners. De verwachting is dat er de komende jaren een nog groter beroep gedaan zal moeten worden op mantelzorgers om de zorg in stand te houden. De politiek wil daarom meer inzetten op de ondersteuning van mantelzorgers, om overbelasting te voorkomen en tegen te gaan.



Reflectieopdracht

Ga op zoek naar andere relevante (maatschappelijke) veranderingen die invloed hebben (gehad) op de zorg in Nederland. Beschrijf de verandering en waarom de verandering invloed heeft gehad op de verpleegkundige zorg.

1.5 Take home messages

Het is duidelijk dat er iets ingrijpends moet veranderen in de zorg. Het is simpelweg niet mogelijk om zorg van dezelfde kwaliteit te blijven bieden met hetzelfde aantal zorgverleners aan meer zorgvragers. Omdat het niet aannemelijk is dat het aantal zorgverleners significant zal toenemen of dat het aantal zorgvragers voldoende zal afnemen, kunnen we niet dezelfde zorg blijven leveren. De schaarste zal de komende jaren alleen maar toenemen, door met name de dubbele vergrijzing en de afname van mantelzorgers. We staan voor een grote uitdaging om de zorg anders te organiseren en alle zorgvragers in 2030 (en daarna) passende zorg te bieden.

De toenemende zorgvraag, stijgende kosten en terugloop in het aantal zorgverleners zorgen voor extra druk op de huidige en toekomstige verpleegkundigen. Van hen wordt veel gevraagd en er wordt creativiteit verwacht in het omgaan met schaarste. Ook vergt dit veel aanpassingsvermogen en kritische zelfreflectie

van verpleegkundigen, met als kernvraag: doen we op dit moment het goede voor deze zorgvrager?

In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de veranderingen in de zorg, de veranderende visie op gezondheid en op goede verpleegkundige zorg en op mogelijke oplossingsrichtingen.

2 Terug naar de basis

Er zijn veel veranderingen gaande die een sterke invloed hebben op de gezondheidszorg in de hele wereld, dus ook in Nederland. Daarom moeten we als verpleegkundigen kritisch kijken naar wat we doen. Terug naar de basis dus. In dit hoofdstuk bespreken we waarom het vanuit verpleegkundig perspectief van belang is om terug te gaan naar de basis en hoe dit eruit kan zien.

Na dit hoofdstuk kun je:

- meerdere visies op gezondheid en hun voor- en nadelen benoemen;
- het verschil uitleggen tussen taakgericht en integraal verplegen;
- de rol van zelfredzaamheid en eigen regie voor de zorgvrager toelichten;
- de voordelen van het verpleegkundig proces kort toelichten;
- ingaan op de rol van technologie in de zorg.

2.1 Verandering van visie op gezondheid

Zoals we in hoofdstuk 1 hebben gelezen, is de zorg de afgelopen jaren sterk veranderd. Daarom is het van belang om de basis van verplegen en verzorgen opnieuw te verkennen. Wat is dat eigenlijk, gezondheid? De visie op gezondheid is in de loop der jaren veranderd. We bespreken hier drie verschillende definities van 'gezondheid': die van de World Health Organization (WHO), die van Machteld Huber en die van Mildred Blaxter.

2.1.1 Gezondheid volgens de WHO

In de reguliere definitie van gezondheid, geformuleerd door de WHO in 1948, wordt bij gezondheid uitgegaan van een complete staat van welbevinden en de afwezigheid van ziekten (World Health Organization, z.d.):

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van aandoening of handicap.

In de huidige samenleving is het niet meer realistisch en haalbaar om te streven naar gezondheid voor alle mensen volgens deze definitie. Vroeger waren infectieziekten namelijk de grootste doodsoorzaak, waardoor de gemiddelde levensverwachting ook niet hoog was. Inmiddels hebben kanker en hart- en vaatziekten de infectieziekten verdreven als grootste doodsoorzaak. De levensverwachting is hierdoor gestegen en er zijn meer mensen die met een chronische ziekte leven.