

Integrerende verpleegkunde op nieuwe paden

Terugblikken en vooruitkijken

Momenteel gaan er heel wat stemmen en ideeën op om het concept van de integrerende verpleegkunde te actualiseren. We spraken erover met Tarsi Windey, sectorcoördinator ouderenzorg bij Zorgnet Vlaanderen en docent aan de kaderopleiding van het NVKVV, die er nagenoeg vanaf het prille begin actief bij betrokken was.

tekst en foto: Koen Mortelmans

'Toen ik in 1972 aan het Sint-Jansinstituut in Brugge afstudeerde als verpleegkundige waren mannelijke verplegers in Vlaanderen nog een zeldzaamheid. De hele zorg kaderde nog in een sterk congregatieve sfeer. Heel wat ziekenhuizen en rusthuizen werden beheerd door kloosterorden, met kloosterlingen in het management. Toch was er al een evolutie op gang gekomen, in de jaren zestig, in de tijd van het Tweede Vaticaans Concilie. Maar aan het toelaten van de eerste mannelijke studenten verpleegkunde gingen heel wat verhitte debatten vooraf, niet alleen bij de religieus geïnspireerde instellingen, maar ook in de openbare sector. De weerstand stoelde vooral op traditie, niet op praktische of ideologische motieven.'

De eerste leken-managers hadden toen al hun opwachting gemaakt in de christelijke ziekenhuizen en rusthuizen. 'Dat was onder meer te danken aan de Leuvense professoren Jan Blanpain en André Prims. Ze slaagden erin een aantal vakken ziekenhuismanagement te bundelen tot een nieuwe opleiding ziekenhuiswetenschap-

pen. In die opleiding werd een bestaande school voor verpleegkundige kaders geïntegreerd. Dat zorgde voor een stevige basis.' Blanpain was goed op de hoogte van de evolutie van het onderwijs en het onderzoek in de Verenigde Staten. Hij slaagde erin van de overheid een meerjarenbudget los te peuten om het functioneren van verpleegkundigen in ziekenhuizen te analyseren.

Industriële aanpak

'Zo liep er in het Maria Middelaarsziekenhuis in Deurne een tijdsmeting van zorghandelingen, in de beste rationele tradities van het industrieel management. In Nederland laat die zienswijze nog altijd sterke sporen na. Wij kijken meer naar de hele sociale context. Dat lijkt nu vanzelfsprekend. Maar vergeet niet dat de jaren zeventig heel anders waren. De Wet op de uitoefening van de geneeskunde dateert uit 1967. Verpleegkundigen speelden daarin een zeer ondergeschikte rol, zonder autonomie. In die tijd domineerden figuren als de toenmalige premier Paul Van-

den Boeynants en dokter André Wynen, de oprichter van het eerste Belgische artsensyndicaat, het speelveld. De organisatie van de zorg vertrok vanuit de geneeskunde en had heel wat corporatistische trekjes.' Maar dit model werd al meteen in vraag gesteld. De Wet op de verpleegkunde kwam er na heel wat actie in 1974 en zorgde voor een meer complementaire beroepsidentiteit. Een van de mensen die toen als lesgever indruk op me maakte was de latere minister van onderwijs Daniël Coens. 'Hij liet me kennismaken met de medische sociologie en verbreedde zo mijn visie op de verpleegkunde. Ook het onderzoek in Deurne verzette bakens. Zo kwamen er functiebeschrijvingen uit voort die de puur medische invalshoek overstegen. Indertijd was dat een erg delicate oefening.'

De huidige vragen gaan veel verder. 'Sinds de jaren zeventig is er veel veranderd. We zijn dan ook verplicht alles te inventariseren en te actualiseren. Zo buigen we ons over de positie en de rechten van de patiënten, over de patiënt als klant, over palli-



▲ Sinds Tarsi Windey afstudeerde is er veel veranderd in de verpleegkunde ... maar nog niet genoeg.

atieve zorg en euthanasie, thema's die in de jaren zeventig nog niet de betekenis hadden die ze nu hebben.' Intussen raakte ook aanvaard dat een ziekenhuis geen diagnostisch en therapeutisch eiland mag zijn, maar een helende omgeving, in een breder geheel. Een ziekenhuis moet niet alleen medische zorg verstrekken, maar ook multidisciplinariteit en dienstenkwaliteit op hotelniveau aanbieden. Een verblijf in een ziekenhuis moet als een persoonlijk beleefd verhaal optimaal begeleid worden. De tevredenheid van patiënten hangt niet alleen af van de kwaliteit van de medische zorg, maar ook van de manier waarop die zorg wordt aangeboden. Het hedendaagse ziekenhuis mag geen verzameling cellen zijn waar je je als klant met je kleren onder de arm van de ene dienst naar de andere moet begeven of in een bed door de gangen wordt gereden en er soms gewoon te kijk staat.' De belevingswaarde is niet alleen voor de patiënten, maar ook voor de eigen mede-

werkers een focus. Ook zij voelen zich beter in aangepaste omgevingen. 'Het is goed dat verpleegkundigen ook inspraakkanalen hebben in ergonomische aangelegenheden, bijvoorbeeld om, als er verbouwd gaat worden, aan te kunnen geven dat zij graag over een vergaderlokaal met inval van natuurlijk daglicht zouden beschikken.'

Over de ziekenhuismuren

Bij de opmerkelijkste evoluties van de voorbije decennia behoren de sterke inkorting van de gemiddelde verblijfsduur en de toegenomen specialisaties en spits-technologie. 'Zelfs ernstige ingrepen gebeuren tegenwoordig in dagkliniek. Dit brengt wel met zich mee dat er een goede opvolging moet zijn en een uitgebreide communicatie met de verpleegkundigen die achteraf instaan voor de nazorg bij de patiënten thuis. En de specialisatie raakt niet alleen de artsen, maar ook de verpleegkundigen. Vroeger kon je teams

samenstellen met daarin mensen met allemaal vrijwel dezelfde vaardigheden. Vandaag is het al multidisciplinariteit wat de klok slaat, ook over de ziekenhuismuren heen. Bovendien zien we sterke verschuivingen van acute problemen naar chronische kwalen, zelfs bij ziekten zoals kanker, mucoviscidose of aids. De betekenis van thuisverpleging blijft dan ook toenemen.'

Windey wijst erop dat 60 tot 70% van de ziekenhuisklanten tegenwoordig ouderen zijn. 'Met daarin een groeiend aandeel van de 80-plussers. Die trend zorgt voor nieuwe uitdagingen. Een ziekenhuis is in staat om een accurate diagnose te stellen over dementie en de evolutie ervan, maar wat met de behandeling ervan? Er bestaat eigenlijk nog niets. Eigenlijk zijn onze ziekenhuizen niet in staat om kwaliteitszorg te leveren die het volledige zorgtraject omvat: men is in de hulpverlening en de mantelzorg sterk afhankelijk van anderen.' De vergrijzing, de verschuiving van acute naar chronische zorgbehoefte en grotere technologische specialisering zijn alle drie factoren met zware gevolgen voor het zorgverlenend personeel. 'We onderzoeken nu welke sporen we kunnen

Dubbele hiërarchie is een belemmering

volgen. In elk geval is duidelijk dat er naast "cure" ook even complexe "care" moet zijn.

Gezondheidswerkers moeten meer hun bijdrage leveren en integreren in een keten van zorg. De ziekenhuizen moeten zich in dit totaaltraject inpassen. Hun prioritaire taken zijn diagnoses en inter-

venties. Maar de hamvraag is wie in dit traject de coördinerende rol moet spelen? Het is een te gemakkelijke conclusie dit aan de huisarts over te laten. Een ziekenhuis draait 24 uur per dag, 7 dagen per week. Huisdokters hebben hun beperkingen en professionele grenzen, zelfs wanneer ze in een groepspraktijk werken. Dat geldt trouwens ook voor zelfstandige verpleegkundigen. Gelukkig komen er praktische oplossingen uit de bus die de goede richting van samenwerking uitgaan. De overheid stimuleert dit trouwens. Solo-hulpverleners schakelen zichzelf meer en meer in wachtdienstsystemen. Groepspraktijken maken het gemakkelijker om expertise te delen.'

Verschuivende taken

Windey vindt het eveneens een positieve evolutie dat er naast verticale loopbanen voor verpleegkundigen ook horizontale trajecten mogelijk zijn. 'In de jaren zeventig en tachtig was er een overaanbod aan verpleegkundigen. Toen bestonden er afdelingen die uitsluitend bevrouwd en bemand werden door verpleegkundigen. Nu neemt het aantal verpleegkundigen wel opnieuw toe, maar teams zijn toch veel meer samengesteld uit personen met verschillende opleidingen en expertise. Dat bevordert de uitbouw van loopbanen door specialisatie. Vroeger was de enige manier waarop een verpleegkundige na verloop van jaren variatie in zijn of haar taken kon brengen verticaal doorgroei-

in de hiërarchie. Nu komt er al op het niveau opleiding differentiatie tot stand, bijvoorbeeld voor diabetesverpleging of voor vertrouwenspersonen dementie. Maar op universitair niveau is er nog werk aan de winkel. De verpleegkundige taken zijn heel uiteenlopend en omvatten technische en relationele componenten. De subjectieve beleving van de patiënt moet een centrale focus vormen. Een nieuwe

Mannelijke verplegers waren een zeldzaamheid

taak van verpleegkundigen is daarnaast bijvoorbeeld het coachen van zorgkundigen. Vroeger hadden de verzorgers een marginale functie. De medische opleidingen waren immers helemaal gefocust op ziekenhuizen. We moeten de opleiding meer afstemmen op thuiszorg, op chronische zorg en op het begeleiden van familieleden. "Dat moet ik/je aan de dokter vragen" mag niet te dikwijls het antwoord zijn op een vraag. Daarom is bijkomende opleiding wenselijk, versterkt door een universitair geschoold kader dat voldoende voeling blijft hebben met de prak-

tijk. Op die manier moeten we naast biomedische inzichten ook veel meer uit de gedragswetenschappen kunnen integreren in het werk van verpleegkundigen. Ze kunnen veel meer bijdragen dan alleen maar de uitvoerders te zijn van wat de geneesheren aanbrenge.

Remmingen

De klassieke organisatie van ziekenhuizen bevat volgens Windey veel remmingen. 'Verpleegkundigen zijn doorgaans mensen die zich graag persoonlijk en professioneel engageren, maar botsen op de beperkingen van hun bevoegdheden. Daarom stappen ze soms over naar een andere bedrijfssector. Een van de oorzaken is de dubbele hiërarchie in de ziekenhuizen, die van het management en die van de dokters. Verpleegkundigen moeten hun werk continu afstemmen op de hectische werkorganisatie van geneesheren. Daarbovenop komt het dagritme van ondersteunende diensten zoals de logistiek, de schoonmaak en de keuken, met hun eigen routines en logica's. Dat brengt permanent verstoringen in de organisatie van de patiëntenzorg. Ziekenhuizen zijn bijzonder complexe organisaties en verschillen in de wijze waarop ze deze spanning organisatorisch beheersen. Jammer genoeg bevatten de verpleegopleidingen weinig bruikbare managementinzichten en bijvoorbeeld onderhandelingsvaardigheden om goede afspraken te leren uitwerken.'

Docent kaderopleiding

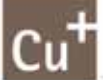
Tarsi Windey draait als docent al ruim twintig jaar mee in de kaderopleidingen van het NVKVV. 'Die kaderopleiding heeft zich altijd al een promotor getoond van nieuwe ontwikkelingen en vele honderden verpleegkundigen klaargestoomd om leidinggevende functies op zich te nemen. Persoonlijk heb ik me altijd gesterkt gevoeld door

de wisselwerking met de cursisten. Op die manier kon ik nauw contact onderhouden met wat er op de werkvloer leeft. Een enorm voordeel vind ik ook dat de docenten uit veel verschillende richtingen komen, tot en met de architectuur. Samen brengen ze inzichten aan die helemaal zouden ontbreken in een te sterk op verpleging gefocust curriculum.'

Koper beschermt gezondheid



Antimicrobial
Copper



8 vragen en antwoorden

1. Waarom koper gebruiken als bescherming voor ziekenhuisinfecties (Nosocomiale infecties)?

Antibacteriële oppervlakken kunnen helpen om het risico van besmetting te verkleinen. Het is wetenschappelijk bewezen dat koper het meest doeltreffende antibacteriële oppervlak is (laboratoriumtests bewijzen dat 99,9 % van de bacteriën binnen de 2 uur sterven).



2. Waar kan koper geplaatst worden?

Naar schatting 80 % van de besmettingen gebeurt door aanraking. Het is dus belangrijk gebruikelijke metaaloppervlakken alsook oppervlakken als deurkrukken met koper in te richten. De besmetting tussen schoonmaakbeurten verkleint, en zo ook het risico op verspreiding.

3. Zijn legeringen van koper even doeltreffend?

Koper is een stevig materiaal voor hygiënische apparatuur en ander toebehoren. Ook koperlegeringen als messing en brons hebben bewezen antibacteriële eigenschappen. Vele kleurschakeringen zijn te verkrijgen, gaande van zilver, goud en brons tot de gewone koper tinten.



4. Werd koper in klinische proeven getest?

Laboratoriumproeven tonen aan dat antibacteriële koper na twee uur blootstelling meer dan 99,9% van de volgende bacteriën doodt: MRSA, Staphylococcus aureus, Enterobacter aerogenes, Pseudomonas aeruginosa, E. Coli O157:H7, en Vancomycin-resistent Enterococcus faecalis.

5. Hoe doodt koper ziekteverwekkers?

Koper is een essentiële voedingsstof voor de mens als voor bacteriën. In hoge concentraties brengen koperionen een reeks negatieve ontwikkelingen teweeg in bacteriën. Het precieze mechanisme is nog niet achterhaald. Er zijn een aantal theorieën, die van naderbij worden onderzocht.



6. Wat kan ik concreet ondernemen?

Door bestaande contactoppervlakken te vervangen door "Antimicrobial Copper" doodt u continu microben die oorzaak zijn van infecties. Contactoppervlakken zouden continu –ook dag en nacht en tussen twee aanrakingen en schoonmaakbeurten door – microben moeten doden.

7. Is koper ook een esthetische oplossing?

De keuze uit nagenoeg 300 verschillende legeringen "Antimicrobial Copper" resulteert in een waaier van kleuren en oppervlaktetexturen. Er is beslist een oplossing voor handen die perfect past. Legeringen van antimicrobieel koper mogen niet gevernist of geboend worden.

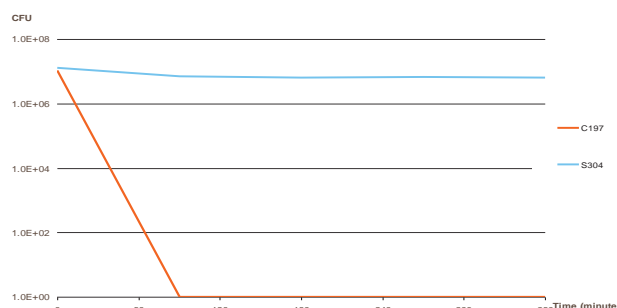


8. Hoe zich uitrusten, hoe omschakelen naar "Antimicrobial Copper"?

Lokaliseer fabrikanten van ziekenhuismateriaal die Antimicrobial Copper gebruiken. Deze vindt u op de "Antimicrobial Copper" website, en contacteer het lokale "Copper"-centrum. Heel wat installaties en accessoires die ziekenhuizen vandaag gebruiken kunnen worden vervangen.

"Antimicrobial Copper" vernietigt meer dan 99,9% van de bacteriën binnen een periode van 2 uur. Geen enkel ander materiaal bekomt dergelijke resultaten.

MRSA Viability on Copper & Stainless Steel @ 20°C



Meer info: mail naar paul.becquevort@copperalliance.be
Meer recent nieuws en onderzoeksresultaten: www.antimicrobialcopper.com/uk.
Inschrijven voor de newsletter: www.antimicrobialcopper.com/uk/news-and-download-centre.aspx

Copper Benelux
Tervurenlaan 168 bus 10
B- 1150 BRUSSEL
Tel. 00 32 27 77 70 90
www.copperbenelux.org

