

Een krachtige positie, profilering en beroepstrots van de
jeugdverpleegkundige in het CJG Rijnmond.



“Individually, we are one drop.
Together we are an ocean”.

- Ryunosake Satoro-

Jeannette Cloosterman-van Heeren
HBOV/MGZ 2008
Haagse Hogeschool
Juni 2011

VOORWOORD

Het gemeentebestuur van Rotterdam heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond gevraagd een plan van aanpak op te stellen voor de herinrichting van de uitvoering Jeugdgezondheidszorg (JGZ) -9 maanden tot 23 jaar. Zodat alle kinderen in beeld zijn binnen de Centra voor Jeugd en Gezin en vroegsignalering beter plaats kan vinden. Belangrijk hierbij is, dat gezonde kinderen voldoende en passende zorg krijgen en er meer tijd en aandacht worden besteed aan de signalering en interventies bij risicogedrag. Door zorg op maat aan te gaan bieden krijgt ieder kind de zorg waar het behoefte aan heeft. Zorgcoördinatie wordt mogelijk één van de taken van de jeugdverpleegkundigen. De toekomstige nieuwe werkwijze heeft consequenties met betrekking tot het takenpakket van de jeugdverpleegkundigen. Ik zie deze overgangsfase als een "kans" voor de jeugdverpleegkundigen. Een kans om mee te denken over waar de Jeugdgezondheidszorg voor staat, de "inhoud" van het vak jeugdverpleegkundigen en hoe zij zich in de toekomst kunnen positioneren binnen het CJG Rijnmond en op de scholen Voortgezet Onderwijs. In dit afstudeerwerkstuk beperk ik mij tot het positioneren op het Voortgezet Onderwijs omdat ik momenteel alleen op deze scholen werkzaam ben als jeugdverpleegkundige. Ik ben van mening dat, wanneer jeugdverpleegkundigen zich duidelijk gaan profileren binnen de organisatie, zij een positieve wending kunnen geven aan hun positionering binnen het CJG en de professionele standaard voor hun deskundigheidsborging. Jeugdverpleegkundigen voelen zich nauw verbonden met hun gekozen deskundigheidsgebied en laten graag zien dat zij deskundig zijn. Een veel gehoorde klacht van de jeugdverpleegkundigen is, dat de organisatie momenteel veel nadruk legt op de productie, alsof de kwantiteit belangrijker is dan de kwaliteit van de geleverde zorg. De consequentie hiervan is, dat de jeugdverpleegkundigen minder beroepstrots ervaren.

De jeugdverpleegkundige wordt in dit afstudeerwerkstuk ook JGZ verpleegkundige genoemd. Waar de JGZ verpleegkundige als "zij" wordt aangeduid, kan ook "hij" gelezen worden.

Met het schrijven van dit afstudeerwerkstuk hoop ik jeugdverpleegkundigen aan te moedigen zich in de toekomst duidelijker te positioneren en profileren zowel binnen als buiten het CJG. In deze scriptie omschrijf ik welke aspecten belangrijk zijn om het profileringsproces en beroepstrots in gang te zetten en waarom het belangrijk is om van de Beroepsvereniging V&VN lid te zijn en geregistreerd te staan in het kwaliteitsregister.

Mijn dank gaat uit naar mijn begeleider Jolanda van Westen. Haar colleges, enthousiasme, ervaring binnen het JGZ werkveld en stimulerende opmerkingen hebben mij enorm geholpen bij het schrijven. Maar ook de prikkelende bijeenkomsten van de V&VN Fractie Jeugd waar ik als stagiaire bij aanwezig mocht zijn en het Atelier Beroepstrots in Zwolle hebben mij nieuwe inspiratie gegeven.

Graag spreek ik ook mijn dank uit aan alle collega's van het CJG Delfshaven. Mede door de beroepsinhoudelijke discussies met mijn mentor Annelies Bruning en collega's heb ik met enthousiasme aan dit afstudeerwerkstuk kunnen werken.

Ik wil benadrukken, dat mijn uitgangspunt bij het schrijven van dit afstudeerwerkstuk is, het zoeken naar nieuwe kansen, denken in mogelijkheden, elkaar inspireren en daardoor met elkaar op een hoger plan komen. Met als doel de missie van het CJG Rijnmond namelijk, "Alle kinderen groeien gezond en veilig op" met elkaar gepassioneerd voor ogen te houden. Ik ervaar het CJG Rijnmond als een dynamische organisatie. De gezamenlijke CJG Rijnmond medewerkerbijeenkomsten bevorderen de betrokkenheid en het enthousiasme van de medewerkers. Er zijn zeker positieve ontwikkelingen binnen het CJG Rijnmond. Maar ik ben wel van mening dat de invloed van jeugdverpleegkundigen binnen de organisatie op dit moment onvoldoende is. Van alle professionals binnen het CJG Rijnmond is zestig tot zeventig procent jeugdverpleegkundige. Door de hoge werkdruk zijn zij onvoldoende in de gelegenheid om mee te denken over beleidsmatige zaken. Mijns inziens kunnen zij een belangrijke bijdrage leveren aan het tot stand komen en de uitvoering van werkplannen voor de komende jaren.

Tot slot wil ik mijn man Marcel, dochter Linde en zoon Elmar bedanken voor hun morele steun, geduld en belangstelling tijdens het schrijven van deze scriptie. En mijn lieve vriendin Anneke Tan, die de nodige puntjes op de i heeft gezet.

Veel inspiratie toegewenst!

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	5
1.1.1	Probleembeschrijving	5
1.1.2	Probleemanalyse	6
1.1.3	Probleemstelling	6
1.1.4	Leeswijzer	7
2	DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN	8
2.1	INLEIDING	8
2.1.1	Visie en uitgangspunten van de Jeugdgezondheidszorg	8
2.1.2	Het doel van het basistakenpakket JGZ	9
2.1.3	De opbouw van het basistakenpakket JGZ	9
2.1.4	De ontwikkelingen in de Jeugdgezondheidszorg	9
2.1.5	Centra voor Jeugd en Gezin en de Zorg Advies Teams	10
2.2	BESTUURLIJK KADER, LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID EN REGIEROL GEMEENTE	11
2.2.1	Het bestuurlijke kader	11
2.2.2	Lokaal gezondheidsbeleid	11
2.2.3	Regierol gemeente	11
3	PROFESSIONALITEIT EN IDENTITEIT, PROFILERING EN POSITIONERING VAN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE	13
3.1	INLEIDING	13
3.1.1	Professionaliteit en Identiteit	13
3.1.2	Zicht op je identiteit: middels zelfkennis	13
3.1.3	Reflectie	13
3.1.4	Zicht op het omringende kader	14
3.1.5	Normatieve ontwikkelingsproces	14
3.1.6	Zicht krijgen op je identiteit	14
3.2	PROFESSIONALISERING	16
3.2.1	Het professioneel perspectief	16
3.2.2	Medisch model en professionalisering	16
3.2.3	Kenmerken van een professie	16
3.2.4	De verpleegkundige beroepsgroep	16
3.2.5	Het verpleegkundig beroepsprofiel	16
3.2.6	Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden	17
3.3	PROFILERING	18
3.3.1	De profilering van de JGZ verpleegkundige	18
3.3.2	Beeldvorming	18
3.3.3	Verpleegkunde, een rijk verleden en een uitdagende toekomst	20
3.3.4	Lidmaatschap V&VN jeugdverpleegkundigen	21
3.3.5	Beroepsvereniging en internationalisering	21
3.4	INTERNATIONALE BEROEPSVERENIGINGEN	22
3.4.1	European Federation of Nurses Associations (EFN)	22
3.4.2	Royal College of Nurses (RCN)	22
3.4.3	International council of Nurses (ICN)	23
4	DE JEUGDVERPLEEGKUNDIGE	24
4.1	INLEIDING	24
4.1.1	Profiel van de JGZ verpleegkundige in de maatschappelijke context	24
4.1.2	De kerntaken van de jeugdverpleegkundige	24
4.1.3	Competentieprofiel en rollen van de jeugdverpleegkundige	25
4.1.4	Modellen waar de jeugdverpleegkundige gebruik van maakt	27
4.1.5	Het balansmodel van Bakker (bijlage 7)	27
4.2	HET NEUMANS SYSTEMS MODEL, HET PREVENTIEMODEL VAN CAPLAN EN DE METHODE COMMUNITIES THAT CARE (CTC)	28
4.2.1	Het Neuman Systems Model (bijlage 8)	28
4.2.2	Het preventiemodel van Caplan (bijlage 9)	28
4.2.3	Communities that Care (CtC)	29

4.2.4	Jeugdplan / Jeugdkansenzone Deelgemeente Rotterdam 2010-2014	30
4.2.5	De jeugdverpleegkundige op het voortgezet onderwijs	30
4.2.6	De jeugdverpleegkundige in het Zorg advies Team.....	32
4.3	ZORGCOÖRDINATIE	33
4.3.1	Zorgcoördinatie: de toekomst van de jeugdverpleegkundige	33
4.3.2	Zorgcoördinatie omschreven door CJG Rijnmond.....	34
4.3.3	Product, Doel en Doelgroep zorgcoördinatie binnen het CJG Rijnmond.....	35
4.3.4	Organisatie en werkwijze van zorgcoördinatie binnen het CJG Rijnmond.....	35
4.3.5	Ontwikkelingen met betrekking tot de geleverde zorg binnen het CJG Rijnmond	35
4.3.6	KIEN komt eraan!	36
4.4	DE JEUGDVERPLEEGKUNDIGE ALS VERBINDENDE SCHAKEL	37
4.4.1	De Jeugdverpleegkundige als verbindende schakel	37
5	VERPLEEGKUNDIGE VISIE, VERPLEEGKUNDIGE METHODIEK, COMMUNICATIE STIJLEN, MARKETING FUNDAMENTALS EN BEROEPSTROTS.....	38
5.1	INLEIDING.....	38
5.1.1	Mijn verpleegkundige visie	38
5.1.2	Het effect van een visie	38
5.1.3	Verpleegkundige methodiek.....	39
5.1.4	Verpleegkundige methodiek bij effectieve communicatie	40
5.2	DENKEN IN MARKETING FUNDAMENTALS.....	41
5.2.1	Personal branding van de jeugdverpleegkundige	41
5.2.2	SWOT - analyse	42
5.2.3	Beroepstrots	42
5.2.4	De tijd is rijp voor beroepstrots	43
5.2.5	Doelen en werkwijze van de V&VN fractie jeugdverpleegkunde	44
5.2.6	Het V&VN kwaliteitsregister.....	45
6	DISCUSSIE.....	47
6.1	REGIEROL GEMEENTE EN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE.....	47
6.2	PROFESSIONALITEIT VAN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE.....	47
6.3	PROFESSIONALITEIT, IDENTITEIT EN POSITIONERING VAN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE.....	47
6.4	VERPLEEGKUNDIGE VISIE	48
6.5	COMMUNICATIE EN PRESENTATIE VAN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE.....	48
6.6	BEROEPSTROTS	48
6.7	V&VN FRACTIE JEUGD EN HET KWALITEITSREGISTER	49
7	CONCLUSIES.....	50
8	AANBEVELINGEN.....	51
8.1	AANBEVELINGEN OP MACRONIVEAU	51
8.2	AANBEVELINGEN OP MESONIVEAU	51
8.3	AANBEVELINGEN OP MICRONIVEAU	52
	NAWOORD.....	53
9	BRONNENOVERZICHT.....	54
9.1	BOEKEN.....	54
9.2	ARTIKELN, BROCHURES, PUBLICATIES.....	54
9.3	GEBRUIKTEWEBSITES.....	54
9.4	ANDERE BRONNEN.....	55
10	BIJLAGEN.....	56

1 INLEIDING

1.1.1 Probleembeschrijving

De JGZ verpleegkundigen werkzaam voor de leeftijdsgroep 4- 19 jaar, profileren zich onvoldoende. Er is onduidelijkheid over de positionering van de JGZ verpleegkundigen binnen het CJG Rijnmond. Ook de positie die de jeugdverpleegkundigen innemen op de scholen lijkt niet altijd duidelijk waardoor de samenwerking tussen de JGZ verpleegkundige en de scholen soms niet optimaal verloopt. Een ander knelpunt is, dat de organisatie geen collectieve overeenkomst heeft met de V&VN- de beroepsvereniging die het kwaliteitsregister voor JGZ verpleegkundigen beheert. Hierdoor ontbreekt een professionele standaard voor de deskundigheidsborging van de jeugdverpleegkundigen. Terwijl de jeugdverpleegkundigen zich nauw verbonden voelen met hun deskundigheidsgebied dat zij hebben gekozen en graag laten zien dat zij deskundig zijn. Een veel gehoorde klacht van de jeugdverpleegkundigen is, dat de organisatie veel nadruk legt op de productie, alsof de kwantiteit belangrijker is dan de kwaliteit van de geleverde zorg. De consequentie hiervan is dat de JGZ verpleegkundigen minder beroepstrots ervaren.

Motivatie

Hoe de JGZ verpleegkundigen zich uiteindelijk zullen positioneren binnen het CJG is nog niet duidelijk. Op dit moment is er onzekerheid over de inhoud van het takenpakket van de jeugdverpleegkundigen binnen het CJG Rijnmond. Vanwege de overgang van GGD naar CJG worden er nieuwe functietaakomschrijvingen ontworpen. Ik maak mij ernstige zorgen over de uitholling van het takenpakket van de JGZ verpleegkundigen binnen het CJG Rijnmond. Door de hoge werkdruk werken de JGZ verpleegkundigen op dit moment onvoldoende klant- en servicegericht op de scholen. Wanneer interne begeleiders op scholen hun zorgen uitspreken over een leerling is het voor de JGZ verpleegkundige niet altijd mogelijk om direct een onderzoek op indicatie uit te voeren. Hiermee worden het contact en vertrouwen tussen de scholen en de JGZ verpleegkundige aangetast. Dit terwijl onze prioriteit ligt bij de primaire preventie. De JGZ verpleegkundigen geven ook aan dat de organisatie onvoldoende aandacht schenkt aan de deskundigheidsbevordering van de Jeugdverpleegkundigen. Nu is het moment aangebroken dat de jeugdverpleegkundigen laten zien waar zij voor staan! Belangrijk hierbij is, dat de JGZ verpleegkundige stil staat bij de kern van het beroep en dicht bij haar "eigen" verpleegkundige visie blijft. Wanneer zij hierop blijft focussen is het mogelijk om vanuit een krachtige positie een waardevolle professionele discussie aan te gaan binnen de organisatie.

Ik ben van mening dat (JGZ) verpleegkundigen onvoldoende hebben geleerd hun vak te verkopen. Ik denk dat de beroepsvereniging V&VN hierin een belangrijke rol zou kunnen spelen. Een andere factor die ik graag wil benoemen, is de wijze waarop de JGZ verpleegkundigen binnen de organisatie communiceren over genoemde knelpunten. Naar mijn mening zou er door de JGZ verpleegkundigen meer aandacht geschonken kunnen worden aan het effect van de verschillende communicatieve stijlen. Meer bewustwording van communicatiemodellen en gedragsstijlen zal effectieve communicatie bevorderen met het oog op een krachtige positie. Het gebruik maken van de "De Roos van Leary" een verpleegkundige methodiek bij effectieve communicatie, zie ik hierbij als een belangrijk instrument.

Wanneer JGZ verpleegkundigen hun krachten gaan samenbundelen, kunnen zij een positieve wending geven aan de onduidelijke positie die zijn nu binnen het CJG innemen.

1.1.2 Probleemanalyse

JGZ verpleegkundigen ervaren uitholling van hun takenpakket:

- Er wordt geen methodische opvoedingsondersteuning aan ouders gegeven.
- Er worden geen collectieve GVO activiteiten uitgevoerd.
- JGZ verpleegkundigen kunnen niet altijd de gewenste service op scholen verlenen.
- Functie en positie van de JGZ verpleegkundigen is op de scholen niet altijd duidelijk.
- Er is geen samenwerking met de preventie medewerkers van de Gezonde School.
- JGZ verpleegkundigen 4-23 jaar gaan niet op huisbezoek.
- JGZ verpleegkundigen zijn niet aanwezig bij het casuïstiekoverleg binnen het CJG.
- Er ligt veel nadruk op productie.
- Er is onduidelijkheid over de rol van de jeugdverpleegkundige met betrekking tot zorgcoördinatie.
- JGZ verpleegkundigen ervaren onvoldoende beroepstrots.

Probleemanalyse m.b.t. het beleid van de organisatie

- HBO competenties van de JGZ verpleegkundigen worden onvoldoende benut door de organisatie.
- JGZ verpleegkundigen zijn geen lid van de V&VN/ fractie Jeugd, collectief lidmaatschap is niet mogelijk.
- Registratie in het V&VN kwaliteitsregister is geen voorwaarde binnen de organisatie.
- JGZ verpleegkundige draagt onvoldoende bij aan de beroepsontwikkeling, er is onvoldoende ruimte om congressen en symposia te bezoeken.

Probleemanalyse m.b.t. de oplossingsgerichtheid van de JGZ verpleegkundigen

- JGZ verpleegkundigen staan onvoldoende stil bij hun verpleegkundige visie en eigenheid.
- Door het innemen van een zwakke positie vervaagt haar spilfunctie binnen het CJG.
- Zij oefent onvoldoende invloed uit op het samenwerkingsgerichte werken met de andere professionals binnen het CJG.
- JGZ verpleegkundigen denken geen invloed uit te kunnen oefenen op beleidsmatige zaken.
- JGZ verpleegkundigen zijn onvoldoende assertief.
- JGZ verpleegkundigen denken niet in marketing Fundamentals.
- JGZ verpleegkundigen hebben niet geleerd hoe zij hun vak kunnen verkopen.

1.1.3 Probleemstelling

Bovenstaande motivatie, probleembeschrijving en –analyse heeft ertoe geleid dat ik in dit afstudeerwerkstuk mij wil richten op de volgende probleemstelling:

Hoe kan de JGZ verpleegkundige zich beter profileren en haar positie versterken, zowel binnen als buiten het CJG Rijnmond en op de VO scholen, en welke bijdrage kan de organisatie leveren aan de beroepstrots van de JGZ verpleegkundige?

1.1.4 Leeswijzer

Om antwoord te geven op de vragen in mijn probleemstelling zal ik in deze scriptie in hoofdstuk 2 ingaan op de visie, uitgangspunten en uitgangswaarden van de Jeugdgezondheidszorg en de maatschappelijke ontwikkelingen. Vervolgens omschrijf ik het doel en de opbouw van het JGZ Basistakenpakket en het RIVM standpunt over profilering door de Jeugdgezondheidszorg ten aanzien van het actuele onderwerp beweegstimulering.

In hoofdstuk 3 zal ik stil staan bij professionalisering & identiteit en profilering van de jeugdverpleegkundige. Tevens zal ik de beeldvorming van de verpleegkundige beroepsgroep omschrijven. Aansluitend ga ik in op de geschiedenis van de verpleging en de profilering van de verpleegkundigen in relatie tot beroepsverenigingen. Met betrekking tot de beroepsverenigingen heb ik een kijkje over de grens genomen in het kader van Internationalisering en Professionalisering. Hoofdstuk 4 beschrijft het profiel van de jeugdverpleegkundige in de maatschappelijke context, de rollen en HBO competenties van de jeugdverpleegkundige. Vervolgens worden verpleegkundige modellen benoemd waar jeugdverpleegkundigen gebruik van kunnen maken. Deze verpleegkundige modellen worden gerelateerd aan het Jeugdplan van de deelgemeente Delfshaven. Tevens wordt in dit hoofdstuk de taken van de jeugdverpleegkundige binnen de Voortgezet Onderwijs scholen en haar samenwerking beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een verdieping in de zorgcoördinatie en de rol van de jeugdverpleegkundige met betrekking tot zorgcoördinatie.

In hoofdstuk 5 omschrijf ik mijn verpleegkundige visie en het belang van uitdragen van visie. Hierna leest u een omschrijving van de verpleegkundige methodiek die als instrument bij effectieve communicatie toegepast kan worden. Aansluitend leest u aspecten van marketing Fundamentals gerelateerd aan de positionering en profilering van de jeugdverpleegkundige. In dit hoofdstuk maakt u tevens kennis met "beroepstrots" als ongekende kracht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de doelstelling van de V&VN Fractie Jeugd en het belang van het kwaliteitsregister.

In hoofdstuk 6 "discussie", kom ik terug op de geformuleerde probleemstelling. Ik zal door middel van een samenvatting antwoord geven op de hierin gestelde vragen met daarbij mijn eigen mening.

Na al deze informatie en het literatuuronderzoek kunnen er verschillende conclusies ten aanzien van de professionalisering, profilering en beroepstrots genoemd worden. Daarmee sluit ik deze scriptie dan ook af, maar niet voordat ik enkele aanbevelingen heb gedaan ten aanzien van de geformuleerde conclusies.

Zoals gebruikelijk zal ik met een nawoord afsluiten hoe ik het schrijven van deze scriptie heb ervaren. Als laatste vindt u de literatuurlijst en bijlagen vermeldt.

2 DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal ik een beschrijving geven over de Jeugdgezondheidszorg in Nederland. Het geeft inzicht in het doel, de ontwikkelingen en de taken in de Jeugdgezondheidszorg zoals deze op dit moment in 2011 plaats vinden. Tevens zal ik het standpunt van de RIVM over profilering door de Jeugdgezondheidszorg met betrekking tot beweegstimulering beschrijven.

2.1.1 Visie en uitgangspunten van de Jeugdgezondheidszorg

De Jeugdgezondheidszorg is het deel van de gezondheidszorg dat gericht is op het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid, groei en lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen en jeugdigen. De centrale vraag daarbij is steeds hoe dat het beste kan c.q. welke mogelijkheden er zijn om de gezondheid van kinderen en jongeren (verder) te verbeteren. Dat vereist, naast het afleveren van kwalitatief goed werk, analytisch kijken naar de (volks)gezondheid van de kinderen en de mogelijkheden om die te verbeteren.¹ Het was de Canadese minister van Volksgezondheid Lalonde die in 1974 een nieuw model (model van Lalonde, zie bijlage 1) voor de (volks)gezondheid introduceerde.² In het Gezondheidskundig Model worden de volgende principes weergegeven:

- Niet ziekte maar gezondheid is het uitgangspunt.
- Gezondheidsbeleid gaat uit van een analyse van de gezondheidstoestand van de bevolking en de factoren die de gezondheid bedreigen/beïnvloeden; "de determinanten". De analyse van deze determinanten is gebaseerd op epidemiologisch onderzoek. Hierin kunnen dus grote verschillen bestaan tussen landen, steden en wijken.
- Gezondheidsbeleid moet zich richten op het tegengaan van de negatieve invloed van deze determinanten. Afhankelijk van de determinanten kan gekozen worden voor verschillende instrumenten.
- Men kan kiezen voor primaire preventie zoals Gezondheidsbevordering.
- De gezondheidsvoorwaarden moeten afgestemd zijn op de specifieke gezondheidsproblemen per land, stad of wijk.
- Gezondheidsbeleid moet streven naar gezondheidswinst, uitgedrukt in concrete, meetbare doelen.

Het Basistakenpakket JGZ kan worden gezien als een pakket interventies die zijn gericht op gezondheid en de determinanten in het model van Lalonde. Het door Nederland ondertekende Verdrag inzake de rechten van het kind 1989 (zie bijlage 2) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vormde de grondslagen bij de totstandkoming van het Basistakenpakket.

Met behulp van het "stroomdiagram gezondheidsbeleid" kan men komen tot een planmatige en effectieve manier om aan preventieve interventies te werken en zodanig determinanten die de gezondheid van de bevolking bedreigen aan te pakken.³ (zie voor verdere uitleg bijlage 3)

Het Primary Health Care concept dateert oorspronkelijk uit 1977, toen de World Health Organisation (WHO) haar "Health for All in 2000" programma presenteerde.⁴ De kenmerken van Primary Health Care zijn de volgende:

- Recht op zorg die aansluit, gebaseerd op rechtvaardigheid en solidariteit.
- Zorg moet daadwerkelijk toegankelijk en bereikbaar zijn voor degenen voor wie de zorg bedoeld is.

¹ Boudewijns ea. : Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, Deel A, 6^e druk, Uitg. Koninklijke van Gorcum, Assen, 2005

² Sibbing H. : Verpleegkundige modellen en concepten in de JGZ, Interne uitgave Macro reader Post Hbo Jeugdgezondheidszorg, Haagse Hogeschool, Den Haag, maart 2010

³ Boot J.M. ea. : De Nederlandse gezondheidszorg, 11^e druk, Uitg. Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2005

⁴ Sibbing H.: Primary Health Care (PHC) en de JGZ in de JGZ, Interne uitgave Macro reader Post Hbo Jeugdgezondheidszorg, Haagse Hogeschool, Den Haag, maart 2010

- Als de doelgroep vanuit hun eigen referentiekader, vanuit hun eigen leefwereld, het belang inzien van de waarde van adviezen, voorlichting, interventies zullen zij gemotiveerd zijn om daaraan mee te werken.
- Hoe meer de doelgroep zelf betrokken is, zelf actief is bij activiteiten zullen zij een actieve bijdrage leveren.
- Om een brug te slaan naar de doelgroep zijn intermediairen noodzakelijk.

De kenmerken van het Primary Health Care concept zijn als uitgangswaarde voor de jeugdgezondheidszorg uitermate geschikt en geven een waardevolle invulling.

2.1.2 Het doel van het basistakenpakket JGZ

Het Basistakenpakket JGZ is in 2001 formeel vastgesteld door de staatssecretaris van VWS, mevrouw M. Vliegenthart en ligt wettelijk verankerd. Met het opstellen van het Basistakenpakket beogen zorgverleners en beleidsmakers meerdere doelen. Ten eerste moet het Basistakenpakket leiden tot uniformiteit in heel Nederland en waarborgen voor kwaliteit. Ten tweede moet er meer samenhang komen in het aanbod van de Jeugdgezondheidszorg op lokaal niveau en het takenpakket moet goed aansluiten op de uitkomst van het lokale epidemiologisch onderzoek.

2.1.3 De opbouw van het basistakenpakket JGZ

In het Basistakenpakket is de preventieve gezondheidszorg voor elk in Nederland woonachtig kind omschreven. Binnen het basistakenpakket is gedifferentieerd naar een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel bestaat uit de activiteiten die volgens een binnenkort vast te stellen protocol aan alle kinderen en jongeren op een bepaalde leeftijd worden aangeboden. In deze protocollen wordt rekening gehouden met een mogelijk specifieke zorgbehoefte van sommige kinderen/jongeren. Het ingaan op deze zorgbehoefte is geen onderwerp van gemeentelijke besluitvorming. Deze verantwoordelijkheid hebben gemeenten wel voor het maatwerkdeel. Gemeenten moeten daarin het zorgaanbod afstemmen op de zorgbehoeften van groepen kinderen en op de gezondheidssituatie van de kinderen in de gemeentelijke regio. Die gezondheidssituatie wordt in beeld gebracht bij de monitoring van de jeugd in het uniforme deel van het Basistakenpakket JGZ.

Het Basistakenpakket JGZ bestaat uit zes productgroepen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

- 1 monitoring en signalering;
- 2 inschatten zorgbehoefte;
- 3 screeningen en vaccinaties;
- 4 voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- 5 beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen;
- 6 zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

Per productgroep is een aantal producten beschreven. Deze producten zijn ingedeeld in uniform of maatwerkdeel. Het Basistakenpakket JGZ is tot het niveau van de productengroepen wettelijk verankerd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Uitzonderingen hierop vormen het Rijksvaccinatieprogramma en de PKU; phenylketonurie, CHT; congenitale hypothyroidie / AGS; androgenitaal - screeningen. Deze blijven in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregeld. De afzonderlijke producten zijn als uitwerking van de WCPV vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Door de producten niet in de wettekst zelf op te nemen kunnen deze zonodig geactualiseerd worden zonder dat bij elke inhoudelijke wijziging van een product de wet hoeft te worden aangepast.⁵

2.1.4 De ontwikkelingen in de Jeugdgezondheidszorg

Met het gros van de Nederlandse Jeugd gaat het goed. Toch groeit het gebruik van de gespecialiseerde zorg in ons land onrustbarend. Het is zaak om die groei duurzaam in te dammen.

⁵ Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, uitgegeven door het Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002

Dan kan door de ondersteuning van gezinnen te versterken en de hulp aan jeugdigen dusdanig te verbeteren dat kinderen en jongeren niet doorgeschoven worden naar steeds zwaardere - specialistische – zorg.

Het kabinet Rutte zet in op een totale reorganisatie van het huidige stelsel. Het Nederlands Jeugdinstituut vindt dat dit moet gebeuren vanuit een inhoudelijke visie op het doorgroeien en opvoeden van jeugdigen en de rol die voorzieningen daarin moeten spelen. Volgens de visie van het Nederlands Jeugdinstituut moet die stelselwijziging op twee pijlers berusten.

De eerste pijler betreft verbetering van de pedagogische kwaliteit van de leefomgeving van kinderen en jongeren. Dit gebeurt door:

- Nadruk leggen op jeugdbeleid waarin de gewone, positieve ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen centraal staan en
- Een goede opvoedingsondersteuning te realiseren

De tweede pijler bestaat uit de opbouw van een samenhangende zorgstructuur in het stelsel die erop gericht is:

- De opvoeding en de opvoedingsondersteuning niet over te nemen, maar zoveel mogelijk te versterken
- Als de overname van de opvoeding nodig lijkt, veel aandacht te besteden aan een goede besluitvorming over die overname en een optimale kwaliteit van de zorg.

Alle activiteiten bij de stelselwijziging zijn erop gericht de effectiviteit van het stelsel te verhogen. Om die visie in de praktijk handen en voeten te geven verzamelt, ontwikkelt en bundelt het Nederlands Jeugd Instituut allerlei informatie en handreikingen en helpt bij de implementatie hiervan in de praktijk. Het Nederlands Jeugdinstituut meent dat er voor de normale ontwikkeling van jeugd in positieve zin te weinig aandacht is, dat er te weinig attentie is om de 'gewone' ontwikkeling, het 'gewone' opvoeden en opgroeien te optimaliseren. Daardoor mist het gros van de ouders de kans het beste uit zichzelf naar boven te halen om de ontwikkeling van jeugdigen in goede banen te leiden en daarmee een positieve bijdrage aan de samenleving te leveren. De nadruk moet niet liggen op risico's en problemen van jeugdigen. Maar op mogelijkheden en kansen, een gezonde, positieve opvoeding, een succesvolle schoolloopbaan, talentontwikkelingen het actief participeren in school en de samenleving. Door hier in te investeren wordt het fundament gelegd voor welzijn, economische zelfstandigheid en democratisch burgerschap.⁶

2.1.5 Centra voor Jeugd en Gezin en de Zorg Advies Teams

Voor de ondersteuning van gezinnen is onder meer het Centrum voor Jeugd en Gezin verantwoordelijk, een samenwerkingsverband van lokaal opererende voorzieningen. Het CJG bevordert de algemene gezondheid en ontwikkeling van kinderen en jongeren en voert de basistaken van de jeugdgezondheidszorg uit, zoals screenings, vaccinaties en het monitoren van de ontwikkeling van alle kinderen. Het CJG ondersteunt ouders bij de opvoeding. Het geeft gratis informatie en voorlichting. Daarnaast proberen de Centra problemen bij gezondheid, ontwikkeling, opgroeien en opvoeden te voorkomen via algemene en preventieve opvoedingsondersteuning. CJG-professionals doen dit door tijdig problemen te signaleren, voorlichting, advies en desgewenst lichte hulp te bieden en ouders en kinderen tijdig door te verwijzen naar (gespecialiseerde)hulp. Versterking van het zelfoplossend vermogen van jeugdigen en (beroeps)opvoeders staat daarbij centraal. Er wordt gewerkt vanuit de eigen kracht van ouders, kinderen en hun sociale omgeving.⁷

Het Zorg en adviesteam (ZAT) is een multidisciplinair samenwerkingsverband van alle partners die de zorg in en om de school moeten realiseren. Dat verband moet sterk, maar ook goed geolied zijn. Daarom is versterking nodig van de professionals in het ZAT en de verbinding met de andere velden, in het bijzonder met de lokale voorzieningen die ook in de Centra voor Jeugd en Gezin deelnemen.⁸

⁶Nederlands Jeugdinstituut Nederland, visiedocument, Pijlers voor een nieuw jeugdbeleid; naar een versteviging van de pedagogische leefomgeving van jeugdigen en meer samenhang in de aanpak van jeugdproblematiek, www.nji.nl 2010

⁷ idem

⁸ idem

2.2 BESTUURLIJK KADER, LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID EN REGIEROL GEMEENTE.

2.2.1 Het bestuurlijke kader

Het kabinet Rutte heeft besloten dat de jeugdzorg bestuurlijk en financieel onder de verantwoordelijkheid van de gemeente komt te vallen. In veel Europese landen wordt al met dit model gewerkt. Het Nederlands Jeugdinstituut reikt voor de stelselwijziging die in Nederland zal plaatsvinden enkele aandachtspunten aan:

- De provincies zijn sinds 1989 verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de jeugdzorg. Het zijn dan ook belangrijke partners om de stelselvernieuwing goed te laten verlopen.
- Met de overname van de jeugdzorg krijgt de gemeente er een grote verantwoordelijkheid bij. Voor de afstemming met aanbieders met aanbieders van intensievere zorg, het onderwijs en de veiligheidsregio's en de spreiding van financiële risico's is met name voor de kleinere gemeenten een regionale of provinciale samenwerking onontbeerlijk.
- Het Nederlands Jeugdinstituut waarschuwt voor een te snelle invulling van het CJG als een voorziening die intensieve hulp in kan zetten. Zorg er eerst voor dat de CJG's hun taak van het geven van voorlichting en preventie en pedagogische ondersteuning solide gestalte geven, zodat van daaruit de signaleringsfunctie en de taken voor de inzet van intensievere hulp op gang kan komen. Doe je dat niet, dan bestaat de kans dat de centra verwijsmachines worden, met een verdere groei van de gespecialiseerde zorg tot gevolg.

2.2.2 Lokaal gezondheidsbeleid

De Jeugdgezondheidszorg is één van de van de terreinen van de collectieve preventie volksgezondheid, het domein van de Wcpv; Wet collectieve preventie volksgezondheid. Voor de gemeente is de jeugdgezondheidszorg dan ook geen beleidsterrein op zich, maar onderdeel van een groter geheel. De JGZ maakt deel uit van de Openbare Gezondheidszorg. Het is kenmerkend voor de Openbare Gezondheidszorg dat de activiteiten zijn gericht op populaties en niet afhankelijk zijn van een hulpvraag. Ook de JGZ is in principe populatiegericht. Preventie is een belangrijke doelstelling van de Openbare Gezondheidszorg. In de Wcpv staat het begrip 'collectieve preventie' centraal. De Wcpv verplicht gemeenten om elke vier jaar een lokale nota volksgezondheidsbeleid op te stellen gebaseerd op een epidemiologische analyse van de gezondheidssituatie van de inwoners.

2.2.3 Regierol gemeente

De rol van de gemeente wordt vaak omschreven als een regierol. Gemeenten beseffen dat zij niet de regie kunnen voeren zonder de professionele deskundigheid van instellingen. Die instellingen zijn zelfstandige organisaties met een eigen taak, een eigen deskundigheid en eigen beroepsopvattingen. De gemeente zal deze organisaties moeten bewegen om mee te werken aan het bereiken van de doelstellingen van het lokale beleid. Regie omvat verschillende soorten activiteiten zoals richting geven, initiatieven nemen, opereren in netwerken en draagvlak creëren. Als het gaat om jeugdgezondheidszorg, is de gemeente verantwoordelijk voor het tot stand komen van het beleid.¹¹ Het zou logisch zijn dat ook jeugdverpleegkundigen uit het werkveld gesprekspartner zijn bij de ontwikkeling van het lokale jeugdbeleid.

Zo stelt het RIVM in het standpunt met betrekking tot beweegstimulering door de Jeugdgezondheidszorg het volgende;

De JGZ moet zich veel meer en duidelijker profileren als deskundige op het gebied van groei en ontwikkeling van kinderen in relatie tot bewegen. Veel partijen in de wereld van sport en bewegen, ook binnen het gemeentehuis, zullen niet goed op de hoogte zijn van de kennis en taken van de JGZ. De JGZ heeft zich tot nu toe terughoudend opgesteld bij alle activiteiten ter bevordering van het bewegen, vaak door tijdgebrek. Mogelijkheden voor een betere profilering op gebied van bewegen zijn bijvoorbeeld deelname aan het lokale sport- en beweegoverleg en het geven van voorlichting op

9 Nederlands Jeugd instituut, visiedocument, Pijlers van een nieuw jeugdbeleid; naar een versteviging van de pedagogische leefomgeving van jeugdigen en meer samenhang in de aanpak van jeugdproblematiek, www.nji.nl 2010

¹¹Sibbing H. Gemeentelijk gezondheidsbeleid, interne uitgave post HBO Jeugdgezondheidszorg, Haagse Hoge school, den Haag, maart 2010

scholen/ ouderavonden over het belang van bewegen. De JGZ moet veel meer samenwerken met lokale partijen om kinderen tot bewegen te stimuleren. In ieder geval is regelmatig overleg en samenwerking met de vakleerkracht Lichamelijke Opvoeding zeer gewenst. Er zijn al veel lokale/regionale samenwerkingsverbanden met scholen, gemeenten en beweegaanbieders maar de JGZ is daar vaak niet bij betrokken. De tijd die hiervoor nodig is zou gevonden kunnen worden in het maatwerkdeel productgroep 6 van het Basistakenpakket JGZ, te weten overleg en samenwerking met als doel beleidsontwikkeling en afstemming op instellingsniveau. Ook binnen de eigen organisatie kan de JGZ veel baat hebben bij meer samenwerking. Zo zou er samen gewerkt kunnen worden met een afdeling Gezondheidsbevordering binnen de gezonde school aanpak. Tevens heeft deze afdeling vaak veel materialen waar de JGZ gebruik van kan maken (leskisten, voorlichtingsmateriaal).¹²

Hoe JGZ verpleegkundigen zich kunnen versterken en duidelijker kunnen profileren leest u in het volgende hoofdstuk.

¹² Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, rapport standpunt beweegstimulering door de Jeugdgezondheidszorg, 295002001/2009, www.rivm.nl

3 PROFESSIONALITEIT & IDENTITEIT, PROFILERING EN POSITIONERING VAN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE.

3.1 INLEIDING.

In dit hoofdstuk zal ik ingaan op de begrippen professionaliteit & identiteit en een beeld schetsen van de positionering en profilering van de JGZ verpleegkundige. Tevens sta ik stil bij de stand van zaken rond de beeldvorming van en over verplegen en verzorgen, toen en nu. Het hoofdstuk sluit ik af met een kijkje over de grens naar een aantal beroepsverenigingen in relatie tot professionalisering, profilering en internationalisering.

3.1.1 Professionaliteit en Identiteit

Een belangrijke voorwaarde om bij te kunnen dragen aan de professionaliteit van het verpleegkundige beroep is dat verpleegkundigen zichzelf positief kunnen identificeren met de groep verpleegkundigen. De Raad Volksgezondheid en Zorg verstaat onder professionaliteit het volgende:

"De specifieke combinatie van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos, noodzakelijk om in een bepaald beroep te kunnen functioneren".¹³

Identiteit wordt gevormd door de feitelijke wijze waarop iets (of men) zich manifesteert, profileert en onderscheidt van anderen. Identiteit zegt iets over de werkelijkheid.¹⁴ Wanneer we over de ontwikkeling van identiteit praten, wordt duidelijk dat identiteit geen statisch fenomeen is. We komen hiermee op het gebied van de zelfontplooiing en het zijn vooral de humanistische psychologen die identiteit en ontplooiing aan elkaar hebben gekoppeld. Voor het kunnen ontwikkelen van een verpleegkundige identiteit is het van belang dat er samenhang is tussen de persoonlijke en beroepsidentiteit. In het beroep moeten de "eigen" persoonlijke kenmerken tot uiting kunnen komen.

3.1.2 Zicht op je identiteit: middels zelfkennis¹⁵

Al in de vijftiger jaren van de vorige eeuw pleitte de Duitse psychoanalyticus, socioloog en filosoof Erich Fromm ervoor dat mensen na dienden te denken over zichzelf. Zijn bezorgdheid betrof de opmars van het marktmechanisme in die tijd. Volgens Fromm richtte de moderne mens zich te veel op wat anderen, c.q. 'de markt' van iemand verwachtte. Vervolgens paste de moderne mens zich aan die verwachtingen aan, waarbij hij vergat om te toetsen of datgene wat er van hem verwacht werd wel overeenkwam met datgene wat hij aan mogelijkheden bezat of wat hij van betekenis vond. Als men dat zou vergeten te doen, zou volgens Fromm de kans zeer groot zijn dat iemand het contact zou verliezen met datgene wat werkelijk van waarde is. Met als gevolg dat er maar weinig betekenis ervaren kon worden en de deur wagenwijd open zou staan voor onverschilligheid ter bescherming tegen die gevoelens van betekenis- en zinloosheid. Het is een absolute behoefte van mensen om te ervaren dat hetgeen wat zij doen door henzelf als betekenisvol ervaren wordt. Als alles je maar weinig meer kan schelen, dan zal je leven en je werk in het bijzonder je maar weinig voldoening geven.

3.1.3 Reflectie

Reflectie op wat nu eigenlijk van belang is voor jou, is een voorwaarde om erachter te komen waar je in de toekomst naar toe wilt. Daarnaast is het van belang dat je die doelen kiest die voor jou van betekenis en haalbaar zijn. Dit resulteert in de volgende vragen:

- Wie ben ik, dit is reflectie.
- Wat wil ik, wat zijn je doelen. Het kiezen hiervan hangt nauw samen met het mens en ideaalbeeld.
- Dit behoort je te toetsen aan de zelfkennis die je middels de eerste vraag hebt gekregen en die je zicht geeft op je (on)mogelijkheden. Via die zelfkennis en het weten wat je wilt, zal je doelen kiezen die meer binnen jouw mogelijkheden liggen.

¹³ Raad voor Volksgezondheid&Zorg, Advies Professionals in de zorg (RVZ advies 99/15), 2000, www.rvz.nl

¹⁴ Bakens P. Professionalisering en Identiteit, interne uitgave HBOV/ MGZ-opleiding Haagse Hogeschool, Den Haag, 2008

¹⁵ Diepstraten A. auteur, uit doctoraalscriptie 'Met het oog op een nieuwe zorgcultuur', Utrecht, 2003, interne uitgave HBOV/MGZ opleiding, ed. Diepstraten A. Haagse Hogeschool, Den Haag 2006

- Hoe wil ik zijn, dit betreft het morele ideaalbeeld en valt uiteen in twee delen; extrinsiek: hoe hij door anderen gezien wilt worden en intrinsiek; welke deugden en waarden jijzelf belangrijk vindt.

3.1.4 Zicht op het omringende kader

- Wat: zijn de verwachtingen die aan mij gesteld worden. Dit kan klein of ruim gezien worden. Wat de samenleving betreft zie je de verwachtingen terug in allerlei regels, morele code's en wetten. Ook de morele codes van de afdeling of instelling waar je werkt vallen hieronder, die impliciet of expliciet kunnen zijn. Deze codes zijn een onderdeel van de cultuur die heerst op de afdeling of instelling waar je werkt.
- Hoe: wordt geacht dat jij aan die verwachtingen kan voldoen. Hier zijn het gedrag en de competenties omschreven die noodzakelijk zijn om aan die verwachtingen te voldoen. Ook vinden wij de verwachtingen terug in taakfunctieomschrijvingen. Het is raadzaam te letten op of er ook daadwerkelijk een vertaalslag is gemaakt naar de dagelijkse praktijk van het werk.
- Wie: nu kom jijzelf in beeld. Hier gaat het om de verhouding die jij hebt ten opzichte van bovenstaande twee vragen. Je motivatie en je uiteindelijke gedrag is afhankelijk van deze verhouding. Als jij hetgeen er van je verwacht wordt helemaal niets vindt, dan zal je ook niet gemotiveerd zijn om aan die verwachtingen te voldoen. Het 'niets' vinden hangt weer samen met 'hoe' jij wilt zijn: datgene wat jij van betekenis vindt. Wanneer datgene wat er van jou verwacht wordt, samenvalt met datgene wat jij van betekenis vindt, ben je intrinsiek gemotiveerd om aan die verwachtingen te voldoen. Wanneer je jouw motivatie alleen maar laat afhangen van wat anderen van je verwachten keert deze motivatie om in frustratie wanneer dat eindelijk haalbaar blijkt te zijn voor je ingaat tegen datgene wat jij zelf van waarde vindt.

Wanneer je –wat- helderheid hebt over deze drie vragen, kan je vervolgens gaan kijken 'wat jij moet doen' om zover te komen dat je aan die verwachtingen kan voldoen, rekening houdend met datgene wat voor jou van betekenis is en 'hoe jij wilt zijn'. De eerste twee vragen vormen meer het voorbereidende denkproces. Bij het laatste aandachtsgebied gaat het om de uitvoering als vervolg van dat denkproces.

3.1.5 Normatieve ontwikkelingsproces

- Welk deel van mijn gedrag heeft er nog ondersteuning nodig om dat gewenste gedrag te bereiken?
- Waarvoor en waarom het ik dat nodig?
- Hoe en op welke manier ga ik het aanpakken om uiteindelijk dat gewenste gedrag te bereiken?
- Waartoe en welk doel: wat wordt er van mij verwacht? De vraag die hierbij gesteld kan worden, is of datgene wat er van je verwacht wordt in overeenstemming is met datgene wat jij van waarde vindt. Wanneer datgene wat er van jou verwacht wordt totaal geen overeenstemming heeft met jouw persoonlijke waarden dan zal dat negatieve consequenties hebben. Je hart is uit je werk verdwenen en alleen als je hart iets heeft, dan heb je ook de moed om voor dingen te gaan die voor jou van betekenis zijn.

3.1.6 Zicht krijgen op je identiteit

Samengevat richt de filosofie van de levenskunst zich op de volgende aandachtsgebieden:
De oefening van de geest in de vorm van het denken waardoor je zicht krijgt op je identiteit:
Wie ben jij en waarom doe je zoals je doet? Wat is belangrijk voor jou? Wat zijn je (on)mogelijkheden? Zicht op deze vragen helpt je bij het maken van belangrijke keuzes en hebben direct indirect invloed op je gevoel van zelfvertrouwen.
De oefening van de normativiteit in de vorm van authenticiteit, ook wel trouw aan jezelf of zorg voor jezelf genoemd: waardoor wordt jouw handelen aangestuurd?
Welke waarden zijn dat precies en wat zijn daarbij kernwaarden voor jou? Lukt het jou om in ieder geval die waarden in je handelen tot uitdrukking te brengen?
Wanneer je dat lukt, zal je handelen hoogstwaarschijnlijk als betekenisvol worden beleefd. Wanneer dat niet het geval is loop je kans op burnout(achtige) gevoelens.

Zorgen voor jezelf houdt in dat je trouw bent aan jezelf, door zorg te dragen dat hetgeen voor jou echt van waarde is, terug te vinden in datgene wat je doet. Dan is er sprake van echtheid. De oefening in daadkracht voor het verkrijgen van integriteit: dit ligt in het verlengde van authenticiteit, waarbij het de (be) trouw (baarheid) naar jezelf toe betreft. Bij integriteit gaat het erom hoe betrouwbaar je naar anderen toe kan en durft te zijn. Hierbij is je houding, datgene wat je zegt en wat je doet in overeenstemming met elkaar. Bovengenoemde morele overwegingen zijn nauw verweven met ethiek.¹⁶ Als uitgangspunt neem ik de breed geaccepteerde definitie van ethiek; "Ethiek is bezinning op moraal." Ethiek van de verpleegkunde is bezinning op de moraal van de verpleegkunde. Verpleegkundigen worden geacht bepaalde dingen te doen (en andere dingen niet). Zij dienen zich aan bepaalde maatstaven te houden en een professionele standaard te houden. Zo worden verpleegkundigen geacht hun persoonlijke deskundigheid te bevorderen, hun vakliteratuur bij te houden en actief bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen moeten aan al die verwachtingen beantwoorden en kunnen daarvoor ter verantwoording worden geroepen. Kortom, het is hun beroepsverantwoordelijkheid. Dit is ten diepste een morele verantwoordelijkheid; het welzijn van anderen is ermee gemoeid. Het verpleegkundig gedrag wordt gestructureerd door waarden (datgene waar men naar streeft) en normen (datgene waaraan men zich houdt). Het is de beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen de waarden en normen van hun beroep zo goed mogelijk in praktijk te brengen. Bij morele beraadslaging is het zinvol gebruik te maken van het stappenplan voor ethische besluitvorming. Dit zijn meestal probleemoplossende cycli, vergelijkbaar met het verpleegkundig proces. Aan de hand van een drievoudige indeling kunnen verpleegkundigen makkelijker begrijpen welke factoren hun morele handelen en beslissen beïnvloeden. De uitkomst van een morele beraadslaging wordt altijd bepaald door drie soorten factoren:

1. Structurele factoren; de beroepsuitoefening en ook de morele beraadslaging die daar deel van uitmaakt, is altijd opgespannen tussen twee dimensies. Ten eerste het resultaat dat wordt nagestreefd, het product, de taak of de zaak. Ten tweede de mensen met wie de verpleegkundige te maken heeft. In de meeste gevallen zal de aandacht uit gaan naar de zakelijke kant van het werk. Kenmerkende vragen zijn: Welke afspraken zijn er? Wat is het wettelijk kader? Wie heeft de leiding? Welke resultaten worden verwacht? Wat is er mogelijk? De kernvraag is: wat is haalbaar of wat kan wanneer wij een moreel verantwoord besluit moeten nemen? We noemen dit de structuur waarin één en ander plaatsvindt. Deze structuur bestaat uit de vastgelegde beleidsdoelen, de meetpunten, de overlegvormen, de werkafspraken, de contracten, de statuten, en zo verder.
2. Culturele factoren; Er zijn situaties denkbaar waarin de aandacht meer uitgaat naar de menselijke kant van het werk. Met welke mensen en manieren van omgaan met elkaar hebben we rekening te houden als we een besluit moeten nemen? De kernvraag is: Wat is houdbaar? Wat is toelaatbaar? Wat mag? Dit is doorgaans niet in structuren neergelegd, maar vormt wat we onder de noemer van cultuur kunnen brengen. Het gaat dan om de toon die mensen tegen elkaar aanslaan, de steun en loyaliteit, de openheid die er heerst, de gewoonten, de sfeer, de gedragscodes, en zo meer.
3. Persoonlijke factoren; De beroepsuitoefening kent altijd twee dimensies; een taakgerichte structuur en een mensgerichte cultuur. De kwaliteit van de beroepsuitoefening en het omgaan met morele spanningen wordt bepaald door de verhouding tussen de beide dimensies. De beroepsuitoefening en beraadslaging zijn optimaal wanneer hoog gescoord wordt op dimensies, niet op één van de twee. Om een optimale verhouding tussen de taakgerichte en mensgerichte dimensie te bereiken zijn vaardigheden nodig zoals: gesprekstechnieken, onderhandelingen, het analyseren en verwoorden van gedachtegangen. Maar minstens zo belangrijk zijn de idealen van de verpleegkundigen en de waarden en normen die zij hanteren, hun verpleegkundige identiteit.

Naar mijn mening is morele beraadslaging voor verpleegkundigen essentieel voor het vormen en zicht houden op de verpleegkundige identiteit. Omdat persoonlijke factoren niet altijd aan de oppervlakte komen, vereist professionaliteit dat verpleegkundigen elkaar hiervoor ter verantwoording roepen.

¹⁶ Hunink G.H. ea. Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening, 1^e druk, Uitg. Thieme Meulenhoff, Utrecht, 2000

Dit is een zeer belangrijk onderdeel van de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid: de onvoorwaardelijke bereidheid om te verantwoorden waarom je als verpleegkundige doet wat je doet en waarom je het doet zoals je het doet.

3.2 PROFESSIONALISERING

3.2.1 Het professioneel perspectief¹⁷

Het professioneel perspectief is de zienswijze van de professionals op de zorgverlening.

De professional is een competente beroepsbeoefenaar die tot een professie behoort. Professie kan gedefinieerd worden als een beroep dat verbonden is met waarden waaraan door de samenleving groot belang wordt toegekend, en met een eigen kennis- en bekwaamheidsdomein ten aanzien van deze centrale waarden. Binnen de verpleegkundige professie is er in toenemende mate sprake van professionalisering.

3.2.2 Medisch model en professionalisering

De opkomst van het medisch model vond plaats in het begin van de twintigste eeuw onder invloed van differentiëring en specialisering. Nog steeds komen er nieuwe beroepen bij die op basis van specifieke kennis hun bestaansrecht claimen en hun waarde willen bewijzen. In het denken over professionalisering (Van der Krogt, 1981) wordt ervan uitgegaan dat de leden van een beroepsgroep, op basis van kennismacht, trachten een machtspositie te verwerven. De medische discipline staat nog altijd model voor de beroepsgroep die het best geslaagd is in haar streven naar professionaliteit. De gehanteerde werkwijze van het medisch model kenmerkt zich door een wetenschappelijke, rationele manier van denken. Dit komt tot uiting in het stellen van een (objectieve) diagnose en behandeling.

3.2.3 Kenmerken van een professie

Een professie is de eigenaar van een exclusief kennis- en bekwaamheidsdomein ten aanzien van de voor de professie geldende centrale waarden. Dit verschaft hen een zekere machtspositie en autonomie om te handelen naar eigen professionele inzichten. De samenleving is daarmee niet volledig van de professie. Ze zal voor zover mogelijk bepaalde waarborgen eisen, zoals;

- Het handelen dient gebaseerd te zijn op wetenschappelijke kennis
- Het handelen dient gericht te zijn en bij te dragen aan de waarden en belangen van de samenleving:
- De beroepsgroep dient zorg te dragen voor zelfregulatie en controle op de kwaliteit van de geboden zorg.

3.2.4 De verpleegkundige beroepsgroep

De verpleegkundige beroepsgroep heeft lange tijd sterk aangeleund tegen het medisch model. Dat is niet verwonderlijk omdat er tot de jaren zeventig van de vorige eeuw nauwelijks sprake was van professionalisering. Onder invloed van ontwikkelingen in de verpleegkundige beroepsgroep in de Verenigde Staten en in Groot-Brittannië kwam daarna de professionalisering in Nederland langzaam op gang. Binnen de medische discipline werd er aanvankelijk met enige argwaan naar gekeken. De arts was min of meer gewend de verpleegkundige in alle opzichten als de 'verlengde arm' te zien.

3.2.5 Het verpleegkundig beroepsprofiel 18

In 1988 is het Verpleegkundig Beroepsprofiel van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NVR) verschenen waarin het beroep van verpleegkundige is beschreven in termen van taken, verrichtingen, kennis en vaardigheden met daaraan gekoppeld de verantwoordelijkheden. In het beroepsprofiel wordt uitgegaan van de "essentie" van het verpleegkundig beroep en de belangrijkste kenmerken van de verpleegkundige beroepsuitoefening.

¹⁷ Schoot T. ea. De verpleegkundige als zorgverlener, 1^e druk, 2^e oplage, Uitg. Thieme Meulenhof, Utrecht/Zutphen, 2006

¹⁸ Landelijk expertisecentrum Verpleging&Verzorging, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Beroepsprofiel van de verpleegkundige, 1^e druk, uitgeverij Elsevier/ De Tijdstroom, Maarsen 1999

Tevens geeft het Beroepsprofiel een weergave van de noodzakelijke competenties om als professional blijvend te kunnen inspelen op de veranderde vraag in alle zorgsituaties. In de Wet BIG wordt extra nadruk gelegd op het behoud van de eigen deskundigheid. Onbekwaam is immers onbevoegd. Dit vereist een permanente investering van de verpleegkundige om zich op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen op haar vakgebied en deze toe te passen. Naast haar eigen ontplooiing als professioneel beroepsbeoefenaar, levert zij een bijdrage aan de kwaliteit van de zorgverlening en de professionalisering van het verpleegkundig beroep. In het Beroepsprofiel worden de volgende kerntaken met betrekking tot professionalisering onderscheiden:

- **De eigen deskundigheid bevorderen;** de verpleegkundige is ervoor verantwoordelijk de eigen deskundigheid op peil te houden. Hierdoor kan zij de kwaliteit van haar beroepsbeoefening garanderen en een bijdrage leveren aan professionalisering van het verpleegkundig beroep.
- **De kwaliteit van verpleegkundige zorg bevorderen;** de verpleegkundige spoort op systematische wijze knelpunten op in de verpleegkundige zorgverlening en onderneemt stappen om deze aan de orde te stellen en op te lossen. Het is belangrijk dat zij kritisch is ten aanzien van haar eigen handelen en dat van collega's.
- **De beroepsuitoefening professionaliseren;** professionalisering heeft betrekking op het ontwikkelen van opvattingen over taken, houding en verantwoordelijkheden van de verpleegkundige. De beroepsuitoefening wordt zo afgebakend van andere disciplines.

Het Verpleegkundig Beroepsprofiel heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de professionalisering en profilering van het verpleegkundig beroep. Beroepen staan echter niet stil: ze worden voortdurend beïnvloed door tal van ontwikkelingen die gevolgen hebben voor de wijze waarop het beroep wordt uitgeoefend. Om die reden is het aan te bevelen op gezette tijden de essentie en identiteit van het beroep opnieuw tegen het licht te houden. Dit kan resulteren in een vernieuwd beroepsprofiel. Op verzoek van het ministerie van VWS moeten de huidige profielen aangepast worden omdat de profielen zijn gedateerd. Een omvangrijk project "Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020" zal gaan uitmonden in nieuwe beroepsprofielen van verpleegkundigen en verzorgenden. De aanpassingen zullen door de beroepsgroep V&VN zelf uitgevoerd worden.¹⁹

Verpleegkundigen en verzorgenden uit het werkveld krijgen van de V&VN een uitnodiging om aan te schuiven bij de rondetafelgesprekken zodat zij een bijdrage kunnen leveren bij het tot stand komen van de nieuwe Verpleegkundige Beroepsprofielen.

3.2.6 Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden

De beroepscode benoemt de uitgangswaarden bij het professioneel handelen binnen de beroepsgroep V&VN. De Nationale Beroepscode is geformuleerd tegen de achtergrond van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, het Verdrag inzake de rechten van het kind en de Nederlandse Grondwet. Ook zijn de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling uit het Burgerlijk Wetboek, Boek 7, Titel 7, afdeling 5 (WGBO), de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en de Kwaliteitswet zorginstellingen gebruikt.

De code betreft de volgende aspecten:

- De uitgangspunten met betrekking tot de beroepsuitoefening
- De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot de zorgvrager
- De verpleegkundige in relatie tot andere zorgverleners
- De verpleegkundige in relatie tot de samenleving

Met betrekking tot het professionaliseren van de verpleegkundigen wil ik het inhoudelijke uitgangspunt behorende bij de beroepsuitoefening benadrukken.

Als verpleegkundige houd ik kennis en vaardigheden, die nodig zijn voor een verantwoorde beroepsbeoefening, op peil. Dat betekent voornamelijk:

- Dat ik mijn vakliteratuur bijhoud.
- Dat ik me oriënteer op en deelneem aan deskundigheidsbevorderende activiteiten.
- Dat ik ervoor zorg dat mijn zorgverlening aansluit bij de actuele wetenschappelijke, beroepsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen.

¹⁹ Ledenblad van beroepsvereniging verpleegkundigen & verzorgenden Nederland (V&VN) jaargang 6, nummer 1, februari 2011

De Nationale Beroepscode is een leidraad voor het handelen met betrekking tot de volgende belangrijke waarden; respect, vertrouwelijkheid, eerlijkheid, weldoen, geen schade toebrengen, autonomie en rechtvaardigheid.

Tevens is de Nationale Beroepscode van belang voor de zorgvragers, andere zorgverleners, zorgaanbieders en de samenleving als geheel. Vanuit de beroepscode kunnen zij hun verwachtingen opmaken.

3.3 PROFILERING

3.3.1 De profilering van de JGZ verpleegkundige

Vanuit het algemene verpleegkundige beroepsprofiel van de verpleegkundige is het beroepsdeelprofiel jeugdverpleegkundige ontstaan. Het beroepsdeelprofiel is een verbijzondering van een beroepsprofiel, waarin de specifieke taakgebieden en competenties voor de beroepspraktijk in een werkveld of specialisatie herkenbaarder worden beschreven. In hoofdstuk 4 kunt u deze lezen. Vanuit het beroepsdeelprofiel kan de jeugdverpleegkundige haar werkterrein verklaren en zich krachtig profileren. Nu de jeugdgezondheidszorg onder gemeentelijke regie tot een Integrale JGZ uitgroeit, is de positionering van jeugdverpleegkundigen in dit veld aan herijking toe. De jeugdgezondheidszorg bevindt zich in een sterk veranderde omgeving. De landelijke ontwikkelingen vragen een voortdurende heroriëntering: welke positie willen wij als JGZ verpleegkundigen innemen en hoe willen wij ons profileren? Geconstateerd mag worden dat het van groot belang is dat jeugdverpleegkundigen het eigen verpleegkundig vak verder professionaliseren; er moet meer aandacht komen voor de sociale omgeving en de kracht van voorlichting en advies kan meer benut gaan worden. Participerend op de maatschappelijke ontwikkelingen dient de opvoedingsondersteuning en de gezinscoachingsrol verder uitgebouwd te worden zodat de jeugdverpleegkundigen als zorgcoördinator op kunnen gaan treden.

De Fractie Jeugdgezondheidszorg van de V&VN is de beroepsgroep van en voor jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg. De Fractie Jeugdgezondheidszorg is een samenwerkingsverband van jeugdverpleegkundigen van de V&VN afdeling Eerstelijnsverpleegkundigen en de V&VN afdeling Verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg (VOGZ). De Fractie Jeugdgezondheidszorg inventariseert ideeën en meningen van haar leden, komt tot een standpuntbepaling en peilt deze zoveel mogelijk bij de achterban. Vervolgens draagt de Fractie Jeugdgezondheidszorg de bevindingen uit in notities, op symposia, in workshops, in commissies en in landelijke overleggen met het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Inspectie gezondheidszorg, Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM), Nederlands jeugd instituut (NJI), ActiZ; brancheorganisatie voor zorgondernemers, GGD-Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De leden van de Fractie Jeugdgezondheidszorg coördineren en houden overzicht. Zij vertegenwoordigen de jeugdverpleegkundige beroepsbelangen bij de rijksoverheid, gemeentelijke overheid, politieke partijen en landelijke partijen (o.a. het beroepsgroepen overleg), hebben overleg met de afdelingen eerstelijns en openbare gezondheidszorg van de V&VN en reageren op actuele landelijke ontwikkelingen.

3.3.2 Beeldvorming

Het LCVV (Landelijk Centrum Verpleging&Verzorging) heeft een inventariserende literatuurstudie laten verrichten naar de stand van zaken rond de beeldvorming van en over verpleging en verzorging.²⁰ Uit de literatuurstudie blijkt dat er geen eenduidig beeld van de verpleegkundige/verzorgende bestaat. Beeldvorming is een complex begrip. Een beeld wordt gevormd door ervaring gekoppeld aan een referentiekader. Het is een gegeven dat een ieder, bewust of onbewust een beeld heeft. Op grond van een beeld hebben mensen verwachtingen. Aan beeldvorming zijn verschillende aspecten te onderscheiden; de identiteit, het imago en het gewenste beeld. Een van de oorzaken van het ontstaan van een ongewenst, negatief imago is dat de identiteit niet goed of slechts gedeeltelijk is overgebracht. Het is niet eenvoudig om een negatief imago om te zetten in een positief beeld.

²⁰ Zwaard J. Beeldvorming Verpleging en Verzorging, uitgave van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1999

Het imago kan wel genuanceerd worden door uitstraling van identiteit en in mindere mate, door persoonlijke en maatschappelijke factoren. Maatschappelijk gezien wordt er veel belang gehecht aan goede zorg. Er is evenwel maatschappelijk gezien een lage waardering voor het werken in de zorg.

Uit de literatuurstudie door het LCVV zijn de volgende conclusies ten aanzien van de identiteit getrokken:

1. Verpleegkundigen willen zichzelf graag als professional zien, maar stralen dat niet uit. Zij twijfelen aan hun eigen identiteit en rolopvatting en vinden het moeilijk om het beroepseigene te verwoorden.
2. Verpleegkundigen hebben een bescheiden zelfbeeld. Hierdoor worden zij door anderen, bijvoorbeeld andere hulpverleners, niet gelijkwaardig behandeld, serieus genomen of op hun waarde geschat.
3. Jongeren die kiezen voor een baan in de zorg kiezen vaak vanuit ideële motieven. In hoeverre hebben degene die kiezen voor het vak het zorgen nodig als vervulling van bepaalde persoonlijke behoeften?

Conclusies ten aanzien van het imago van verpleegkundigen en verzorgenden:

4. Beide beroepsgroepen bestaan voor het grootste deel uit vrouwen. Het traditionele vrouw-beeld is van grote invloed op hoe er tegen verpleegkundigen en verzorgenden wordt aangekeken. Een gevolg hiervan is dat zorgtaken als behorend bij het vrouw-zijn beschouwd worden. Persoonlijke eigenschappen worden daardoor als vanzelfsprekendheden gezien en niet als vaardigheden en competenties, zowel door anderen als door zichzelf.
5. Er is sprake van wederzijdse beïnvloeding tussen de eigenwaarde van verpleegkundigen en verzorgenden enerzijds en maatschappelijke waardering anderzijds.
6. Verpleegkundigen en verzorgenden proberen hun beroep op te waarderen door zich te spiegelen aan andere beroepen, bijvoorbeeld het medische beroep. Daarmee wordt de waardering van beroepseigen taken tekort gedaan.
7. Opleidingen zijn bepalend voor het aanleren van professionele beroepshouding. Het grote percentage ongeschoolde werknemers in thuis- en ouderenzorg draagt niet bij aan een positief imago.
8. Verpleegkundigen zijn ambivalent in hun houding ten opzichte van hun vak. Dit is niet bevorderlijk voor het ontstaan van beroepstrots.
9. Het beeld over verpleegkundigen wordt bepaald door persoonskenmerken, de manier waarop het werk wordt uitgevoerd; bij verzorgenden betreft het de aard van het werk.

Conclusies ten aanzien van het gewenste beeld:

10. Communicatie is een belangrijk middel om over te brengen wat je over wilt laten komen. Uit de literatuur komt naar voren dat men meer waardering voor elkaar heeft als men beter op de hoogte is van elkaars taken.
11. Het gewenste beeld kan richting geven aan ontwikkelingen van het beroep en het beroepsbeeld. De vraag is echter of men binnen de beroepsgroepen op een lijn zit. Verschillende belangen komen tot uitdrukking in de waarde die gehecht wordt aan het vak.

In de beeldvorming over verpleegkundigen en verzorgenden speelt de manier waarop tegen vrouwen aangekeken werd een grote rol. Van oudsher wordt concrete zorg in verband gebracht met het vrouwzijn en de vanzelfsprekende zorgtaken binnen het gezin.

Kernwaarden met betrekking tot de rol van de vrouw; dienstbaarheid, zelfopoffering en zelfverloochening worden nu nog steeds met de 'zuster' en de verpleging geassocieerd.²¹

De meeste verpleegkundigen zijn vrouwen. Opkomen voor hun eigen behoeften en daarvoor vechten is iets wat de vrouwelijke verpleegkundigen in onze samenleving niet of onvoldoende geleerd hebben.

In de volgende paragraaf neem ik u mee in de geschiedenis van de verpleging en zoals het nu is.

²¹ Stapel J. en Keukens R., Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde, 6^e druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2004

3.3.3 Verpleegkunde, een rijk verleden en een uitdagende toekomst

De geschiedenis van de verpleging werd traditioneel verteld als een gestage en onvermijdelijke voortgang vanuit de vroegere donkere periode naar de huidige tijd, waarin sprake is van een wetenschappelijke, professionele discipline.²² Langzamerhand komen historisch onderzoekers er achter dat de geschiedenis van de verpleegkundige veel rijker is.

Paleontologisch onderzoek laat ons zien dat verpleegkundige zorg reeds in de prehistorie plaatsvond: onze voorouders slaagden er in om in een vijandige omgeving ziektes en breuken te overleven.

Paleontologen en archeologen menen uit hun bevindingen te mogen afleiden dat "verpleegkunde" in de betekenis van geven van zorg aan zieken en gewonden ouder is dan de "geneeskunde" in de vorm van medisch-technisch handelen. De eerste vorm van verplegen lijkt te zijn ontstaan vanuit de zorg voor het huis en de familieleden. Het hoorde bij de taak van de moeder, een vrouwelijke verwante of een huisslaaf.

In de Griekse en Romeinse cultuur, die zich onder andere kenmerkten door het maken van onderscheid tussen vrije burgers en slaven en tussen mannen en vrouwen, gingen verpleegkunde en geneeskunde zich echter gaandeweg onafhankelijk van elkaar ontwikkelen. Vrouwen bleven echter de zorg houden voor zieken die de geneeskunde niet konden betalen of er door hun burgerlijke staat niet voor in aanmerking kwamen, evenals voor diegenen die een te groot infectiegevaar voor de hulpverlener met zich meebrachten. De moed, toewijding en inzet van vrouwen bij de zorg voor met name lepraleiders en slachtoffers van pestepidemieën vormden onder andere de aanleiding voor het oprichten van de begijnengenootschappen in 1184.

Tijdens de middeleeuwen vormden begijnen en abdijzusters autonome vrouwengroepen, die de verpleegkunde als "helend zorg verlenen" voortdurend ontwikkelden. Zij gingen daarbij empirisch te werk: observeerden wat werkte en wat niet, wat heelde en wat dat juist niet deed, en gaven de aldus ontwikkelde kennis door aan de volgende generatie vrouwen.

Aan het eind van de middeleeuwen was de kennis, opgeslagen in de verhalen, zo veelomvattend dat deze "vrouwenhelers" grote invloed konden uitoefenen op de boerenbevolking. Volgens sommige historisch onderzoekers vormden hun kennis een bedreiging voor de geneesheren. Met behulp van de gevestigde orde hebben ze getracht om deze vrouwenhelers aan zich te onderwerpen. Waar dat niet lukte, werden deze vrouwen het slachtoffer van een heksenjacht en eindigden als tovenaresses op de brandstapel. Met deze vrouwen ging heel wat verpleegkunde kennis letterlijk en figuurlijk in vlammen op. In de periode die we in de geschiedenis als de Verlichting bestempelen, viel aldus de duisternis in voor de verpleegkunde. De bekende donkere tijden van de verpleegkunde, waarin de zorgverleners verdwijnen en de oppassers komen, zouden duren tot de tweede helft van de 19^{de} eeuw.

Een nieuw verhaal begint wanneer in het midden van de 19^{de} eeuw een jonge vrouw een lamp aansteekt en haar licht laat schijnen over de kwaliteit van de gezondheidszorg, specifiek op de rol die de verpleegkunde vervult. Wat zij zag verbijsterde haar dusdanig, dat ze besloot zich persoonlijk in te zetten om de volgens haar broodnodige veranderingen te bewerkstelligen.

Florence Nightingale, ook wel "the lady with the lamp" genoemd, pakte een en ander grondig, humaan en wetenschappelijk aan: ze ging de praktijk van de ziekten- en gewondenverzorging in en verrichtte haar werkzaamheden zodanig, dat de evaluatie van de resultaten van haar zorg de basis konden vormen voor het begin van het moderne verpleegkundig verhaal.

Florence Nightingale werd op 12 mei 1820 in Florence geboren als tweede dochter van een aristocratische familie.²³ Daarmee was zij voorbestemd voor een leven van tea-party's, handwerken en liefdadigheidswerk. Florence was bijzonder intelligent. Op haar 16^e voelde ze letterlijk een roeping om zieken te verplegen. Dat was voor haar familie een nachtmerrie: verplegen was iets voor keukenmeiden, alcoholisten en prostituees. Echter, niets kon haar weerhouden. In tegenstelling tot de beeldvorming van verpleegkundigen omschreven in bovenstaande paragraaf was Florence Nightingale een moedige en zeer strijdbare vrouw. Zo weigerde zij haar ouders te gehoorzamen. Florence wees een huwelijk met "goede vooruitzichten" af en nam een hevige en langdurige ruzie op de koop toe. Het speet haar weliswaar dat zij haar moeder daarmee verdriet deed, maar ze dreef haar zin door. Haar levensmotto was; "Als je met vleugels geboren bent, moet je er alles voor doen om die te gebruiken om te vliegen."²⁴

²² Dam van H. ea. Jaarboek 2000, Thema positionering, Uitg. Kavanah, Dwingeloo, 2000

²³ Suurmond J.J. Mystieke passie en wetenschappelijk denken, TVZ, april 2011 pp.37

²⁴ Ehrhardt U. Brave meisjes komen in de hemel, brutale overal, 14^e druk, Uitg. Elmar, Rijswijk 2009

Anders dan haar middeleeuwse voorgangers besloot ze de opgedane kennis niet alleen via mondelinge overdracht door te geven, maar vast te leggen in wat de eerste verpleegkundige handboeken zouden worden. Een belangrijk hoofdstuk hierin wordt geschreven door Virginia Henderson. Als geen ander slaagt zij er in de verpleegkunde, maar vooral de verpleegkundigen, woorden te geven om het unieke verpleegkundige aandeel in de zorg voor de zieke mens te beschrijven. Haar definitie van verplegen verovert in de tweede helft van de 20^{ste} eeuw de wereld. Daar waar de artsen in het begin van de vorige eeuw de Nederlandse verpleegkundige er nog van kon overtuigen dat ze er beter aan deed hen te gehoorzamen dan het eigen kennisdomein uit te breiden, vindt het verhaal van Virginia Henderson nu ook hier een gretig luisterende beroepsgroep. Zowel opleidingen als praktijkvoeringen worden, gestoeld op haar visie, ingericht. Na vele jaren van vooral meepraten met het medisch verhaal, zien we ook in Nederland een beroepsgroep die haar maatschappelijke rol zelf wil neer zetten, die vanuit de eigen verpleegkundige ervaring wil aangeven wat ze de hulpvrager te bieden heeft, die haar eigen praktijkvoering wil onderzoeken en vanuit deze gegevens haar toekomst wil bepalen.

Dit jaar bestaat de V&VN vijf jaar; de beroepsvereniging telt 40.000 leden.²⁵ Het aantal geregistreerde verpleegkundigen per 1 juli 2003 is 216.146, waarvan 34.212 mannen en 181.934 vrouwen.²⁶ De V&VN is recentelijk gefuseerd met het LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging). V&VN heeft in de afgelopen jaren veel bereikt; bijvoorbeeld de invoering van het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden, wat een enorme impuls heeft gegeven aan de professionalisering van het verpleegkundige vak. Momenteel werkt de V&VN hard aan "excellente zorg", geïnspireerd door de Magnet Hospitals in Amerika. Verpleegkundigen in de Magnet Hospitals blijken over enorme beroepstrots te beschikken. De V&VN wil dat ook in Nederland bereiken. Een ander omvangrijk project is Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, dat zal uitmonden in nieuwe beroepsprofielen van verpleegkundigen en verzorgenden. De huidige beroepsprofielen zijn gedateerd en moeten op verzoek van het Ministerie van VWS worden veranderd. De V&VN nodigt verpleegkundigen en verzorgenden uit om deel te nemen aan de rondetafelgesprekken, zodat zij kunnen aangeven hoe zij denken dat het beroep de komende tien jaar zal veranderen.

3.3.4 Lidmaatschap V&VN jeugdverpleegkundigen

Volgens het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid zijn er in Nederland 3179 jeugdverpleegkundigen werkzaam. Volgens Mariska de Bont, beleidsmedewerker van het V&VN staan ongeveer 250 jeugdverpleegkundigen geregistreerd als lid van het V&VN. Het exacte aantal is niet te noemen, omdat een aantal jeugdverpleegkundigen hun deskundigheidsgebied niet correct hebben geregistreerd.²⁷ De meeste GGD instellingen en enkele thuiszorgorganisaties hebben een collectief lidmaatschap voor hun medewerkers afgesloten. Op dit moment voert de Fractie Jeugdgezondheidszorg een onderzoek uit om er achter te komen welke factoren bij jeugdverpleegkundigen een rol spelen om wel of geen lid te zijn van hun beroepsvereniging. De V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg wil in de toekomst meer gebruik maken van de professionaliteit van de jeugdverpleegkundigen. Ook onderzoekt de fractie hoe zij de jeugdverpleegkundige kennis beter kunnen ontsluiten door jeugdverpleegkundigen meer te betrekken bij de beroepsvereniging. Voor dit onderzoek zullen digitale vragenlijsten naar alle jeugdverpleegkundigen gestuurd worden.

3.3.5 Beroepsvereniging en internationalisering

Volgens Mariska de Bont, beleidsmedewerker van de V&VN heeft de V&VN contacten met het International Council of Nurses, deze contacten zijn op dit moment naar haar zeggen nog oppervlakkig. Over de grens kijken is populair in de Nederlandse gezondheidszorg. Een andere ontwikkeling die onze gezondheid in steeds sterkere mate gaat bepalen, is de internationalisering.

²⁵ Bron uit Ledenblad van beroepsvereniging verpleegkundigen & verzorgenden Nederland, V&VN magazine, Jaargang 6, Nr. 1, februari 2011. Interview met Voorzitter V&VN Marian Kaljouw.

²⁶ Bron: BIG-register 2003, Nationale Atlas Volksgezondheid, versie 3.10.1, 5 juli 2007, RIVM, Bilthoven, www.rivm.nl

²⁷ Bron: Mariska de Bont, beleidsmedewerker V&VN, Utrecht 1 april 2011

²⁸Steeds meer bedreigingen voornamelijk op het terrein van de `emerging infections` vragen de aandacht. Tegelijkertijd biedt deze internationalisering ook nieuwe mogelijkheden om de publieke gezondheid te bevorderen en te beschermen. Hoe de Public Health (PC) in andere landen is georganiseerd, is in Nederland maar beperkt bekend. Zo functioneren er in Engeland 3.500 Centra voor Jeugd en Gezin. ²⁹ Daarvan staan er 750 in arme wijken die een breed takenpakket hebben. Zij kunnen bijvoorbeeld ook gezinsbegeleiding inzetten. De 2750 overige CJG's hebben een veel smaller takenpakket. Dat zijn "political creations" die moeten voorkomen dat CJG's het stigma krijgen dat ze alleen in achterstandswijken staan. ³⁰

Ik ben van mening dat in het kader van Internationalisering en Professionalisering het voor verpleegkundigen belangrijk is om van internationale kennis gebruik te maken. In contact zijn met internationale verpleegkundige beroepsverenigingen maakt het mogelijk om internationale expertise uit te wisselen, elkaar te inspireren en van elkaar te leren. Tevens heeft het een belangrijke meerwaarde ten aanzien van het verwerven van competenties die nodig zijn om als HBOV verpleegkundige in een interculturele en internationale context te kunnen functioneren. ³¹ In het volgende onderdeel leest u meer over de;

European Federation of Nurses Associations, Royal College of Nurses en het International Council of Nurses.

3.4 EUROPEAN FEDERATION OF NURSES ASSOCIATIONS, ROYAL COLLEGE OF NURSES, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES.

3.4.1 European Federation of Nurses Associations ³²(EFN)

De Europese Federatie van Verpleegkundigen Verenigingen, voormalig Permanent Comité van Verpleegkundigen van de EU, werd opgericht in 1971 met als doel: het beroep van verpleegkundige en haar belangen te behartigen bij de Europese instellingen op basis van het verpleegkundig onderwijs en de richtlijnen die worden opgesteld door de Europese Commissie. De EFN vertegenwoordigt meer dan 1 miljoen verpleegkundigen in Europa. De missie van de EFN is; "status van de verpleegkundigen en hun professionele beroepsuitoefening versterken in het belang van de gezondheid van de burgers in Europa". De EFN leden zijn afkomstig van de Nationale Verpleegkundigen beroepsverenigingen uit 27 EU-lidstaten. Er worden door de EFN belangrijke verpleegkundige kwesties op Europees niveau besproken en besloten. Nederland wordt vertegenwoordigd door NU'91; Beroepsorganisatie van de verpleging en verzorging.

3.4.2 Royal College of Nurses ³³(RCN)

De Royal College of Nurses (RCN) is de grootste professionele beroepsvereniging in het Verenigd Koninkrijk.

Er zijn 400.000 verpleegkundigen lid. De Royal College of Nurses vertegenwoordigt en ondersteunt de verpleegkundigen binnen de National Health Service en de particuliere sector. RCN lobbyt bij de overheid en andere beroepsorganisaties en zorgt ervoor dat de standpunten van de verpleegkundigen gehoord worden. De missie van de Royal College of Nursing is dat de meningen en ervaringen van de verpleegkundigen bijdragen tot de ontwikkeling van toekomstig verpleegkundig beleid, zowel in United Kingdom als Internationaal. Verpleegkundige nemen deel aan gespecialiseerde forums waardoor er sprake kan zijn van een directe impact op de beïnvloeding van verpleegkundig beleid op lokaal en internationaal niveau.

²⁸ Bron: Raad voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Het preventieconcert, Signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid, www.rvz.net/dat/download/preventieconcert.pdf

²⁹ Bron: Nieuwsbrief voor kraamzorg en jeugdgezondheidszorg, nummer 6, jaargang, 15 september 2010,

³⁰ Bron: Nieuwsbrief Guus Schrijvers, Hoogleraar Public Health in het bijzonder structuur en functionering van de Gezondheidszorg, 2011, www.talent123.nl

³¹ Bron: Blackboard De Haagse Hoge school, Nursing: jouw paspoort voor een internationale carrière HBO-V-VPLK, <https://blackboard.hhs.nl>

³² Bron: European Federation of Nurses Associations, home and about efn, www.efnweb.org/version1/en/index.html

³³ Bron: Royal college of Nurses, www.rcn.org.uk/membership

3.4.3 International Council of Nurses ³⁴(ICN)

De International Council of Nurses (ICN) is een federatie van meer dan 130 verpleegkundige beroepsverenigingen wereldwijd en vertegenwoordigd verpleegkundigen in meer dan 128 landen. De ICN is opgericht in 1899 en is 's werelds eerste en grootste internationale organisatie voor professionals in de gezondheidszorg. ICN zet zich in om de kwaliteit van de verpleegkundige beroepsuitoefening te waarborgen en oefent sterke invloed uit op mondiale beleidsmaatregelen. De International Council of Nurses is een belangrijke samenwerkingspartner van de World Health Organization. Vanuit professioneel oogpunt is het interessant en leerzaam om WHO ontwikkelingen te volgen met betrekking tot ontwikkelingen binnen de Nederlandse jeugdgezondheidszorg. Op de site van de International Council of Nurses kunnen JGZ verpleegkundigen veel inspiratie op doen. Recentelijk heeft de World Health Organization bekend gemaakt op welke manier vanaf 2011-2015 de verpleegkundige en verloskundige zorg wereldwijd versterkt zou moeten worden door regeringen, non-gouvernementele organisaties en andere bij de zorg betrokken instituten.

In het Tijdschrift voor verpleegkundigen ³⁵ wordt in een artikel de WHO strategie voor versterken verpleegkundige zorg als volgt samengevat:

De "strategic directions" of Strengthening Nursing and Midwifery Services (SDNM) hebben als hoofddoel het verbeteren van de gezondheid van individuen, families en gemeenschappen door het aanbieden van competente, bij de cultuur passende en wetenschappelijk onderbouwde verpleegkundige en verloskundige zorg.

De "strategic directions" sluiten aan bij de millenniumdoelen; 8 afspraken die de landen van de Verenigde Naties met elkaar hebben gemaakt, onder meer:

Verpleegkundigen en verloskundigen moeten betrokken worden bij het ontwikkelen van het zorgbeleid in hun land; zij moeten dit beleid kunnen toetsen aan een professionele standaard voor hun beroep; zij moeten adequaat worden opgeleid en hun loopbaan verder kunnen ontwikkelen; beleidsmakers moeten er op toezien dat de beroepsgroep zich aanpast aan de veranderde omstandigheden, bijvoorbeeld door het delen van taken en het wisselen van werkgebied; overheden moeten de samenwerking zoeken met organisaties voor verpleegkundigen verloskundigen.

In het kader van professionalisering van de JGZ verpleegkundigen ben ik van mening dat het volgen van verpleegkundige ontwikkelingen wereldwijd een belangrijke meerwaarde kan hebben.

In hoofdstuk 5 zal ik nader ingaan op de doelstelling, werkwijze en samenstelling van de beroepsvereniging V&VN fractie Jeugd. In het volgende hoofdstuk omschrijf ik het profiel, de rollen, taken en competenties van de jeugdverpleegkundige.

³⁴ Bron: International council of Nurses, www.icn.ch/about-icn

³⁵ www.who.int / www.icn.ch, tevens omschreven in "WHO strategie voor versterken verpleegkundige zorg", TVZ april 2011 nr. pp 6

4 DE JEUGDVERPLEEGKUNDIGE

4.1 INLEIDING

Zoals ik in hoofdstuk 3 omschreven zijn de jeugdverpleegkundige taken vastgelegd in het beroepsdeel profiel. Deze taken zijn onderverdeeld in rollen en competenties. In dit hoofdstuk kunt u lezen wat deze inhouden. Aansluitend omschrijf ik modellen waarmee het professioneel handelen van de jeugdverpleegkundige in beeld gebracht kan worden. Tevens zal ik de samenwerking van de jeugdverpleegkundige met de Voortgezet Onderwijs scholen en haar rol in het Zorgadvies Team beschrijven. Vervolgens zal ik in dit hoofdstuk de zorgcoördinatie en ontwikkelingen binnen het CJG Rijnmond omschrijven. Tot slot sta ik stil bij de rol van de jeugdverpleegkundigen met betrekking tot zorgcoördinatie.

4.1.1 Profiel van de JGZ verpleegkundige in de maatschappelijke context.

In het beroepsprofiel van de verpleegkundige³⁶ staat aangegeven dat van de verpleegkundige in de maatschappelijke context het volgende verwacht mag worden:

"De verpleegkundige dient zich maatschappelijk (zowel methodisch, ethisch als normatief) te verantwoorden over de keuzen die ze maakt en de wijze waarop ze de beschikbare middelen inzet. Dit vraagt om een kritische houding van de verpleegkundige tegenover haar eigen handelen. De verpleegkundige zal zich inzetten voor recht op zorg voor iedereen en voor de rechtvaardige verdeling van de middelen en zorg. In de beroepscode, die onderdeel is van de professionele standaard, wordt dit nader toegelicht. De verpleegkundige zet zich er daarnaast voor in om de volksgezondheid te beschermen en te verbeteren. Zij signaleert gezondheidsbedreigende factoren en neemt zonodig passende maatregelen. Hierbij valt onder andere te denken aan gezondheidsbedreigende woon en werkomstandigheden en sociale onrechtvaardigheid. De verpleegkundige kan hierbij te maken krijgen met een spanningsveld tussen de maatschappelijke bereidheid, beperkingen en mogelijkheden enerzijds en de wensen en opvattingen van verpleegkundigen anderzijds".

Van een verpleegkundige op kwalificatieniveau 5 worden een aantal rollen en competenties verwacht. Als uitleg voor het woord competenties geeft het beroepsprofiel het volgende weer "Een samenstel van complexe vaardigheden in de context van een beroepssituatie. Competenties zijn contextueel. Een competentie is afhankelijk van een juiste inschatting en beoordeling van situaties om kennis en vaardigheden op het goede moment en op een goede manier te hanteren. Synoniem voor bekwaamheid."

De taakgebieden en kerntaken van de verpleegkundige volgens 'het beroepsprofiel van de verpleegkundige' kunt u vinden in bijlage 4.

4.1.2 De kerntaken van de jeugdverpleegkundige

Het Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg³⁷ formuleert de kerntaken van de jeugdverpleegkundige als volgt:

De jeugdverpleegkundige:

- Volgt de gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen, selecteert risicogroepen en indiceert risicokinderen;
- Signaleert potentiële of feitelijke bedreigingen in de groei en ontwikkeling van jeugdigen. Schat in, welke gevolgen deze bedreigingen hebben voor het individu, voor een specifieke doelgroep of voor de gehele groep jeugdigen;
- Past adequate interventies toe ter instandhouding of bevordering van de gezondheid van de jeugdigen;
- Verwijst indien nodig naar anderen;
- Is een belangrijke teamspeler in het hele netwerk rond kinderen en jeugdigen en coördineert de zorg.

³⁶ Liestra E.: "Beroepsprofiel van de verpleegkundige", blz.15, 1^e druk, De Tijdstroom 1999

³⁷ Boudewijnse H.B. ea. Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, Deel A, blz 69, 6^e druk, Uitg. Koninklijke van Gorcum, Assen, 2005

4.1.3 Competentieprofiel en rollen van de jeugdverpleegkundige

Wat betreft de basisrollen van het profiel van de jeugdverpleegkundigen zijn deze identiek aan het kernprofiel van de MGZ³⁸ verpleegkundige. Dit is de basis van de in te vullen competenties van de jeugdverpleegkundige. Deze rollen zijn als volgt:

1. Rol van de Zorgverlener:

De jeugdverpleegkundige signaleert en analyseert samen met de ouders hun opvoedingsvragen en problemen. Zij krijgt zicht op het evenwicht tussen draagkracht en draaglast binnen het gezin en maakt hierbij gebruik van het Balansmodel van Bakker. Op dit model kom ik later terug in sub-paragraaf 4.1.5 van dit hoofdstuk.

Zij stelt samen met de ouders de problemen met mogelijke oorzaken vast en stelt haalbare doelen op met de ouders. Dit doet de jeugdverpleegkundige op methodische wijze. Tevens zal zij de gezondheidsbedreigingen beïnvloeden. Hiermee bedoel ik het beïnvloeden van de volgende factoren: biologische factoren, de fysieke omgeving, de sociale omgeving, gedrag en leefstijl en tenslotte de gezondheidszorg (Model van Lalonde).

De jeugdverpleegkundige houdt bij het geven van adviezen en het opstellen van te bereiken doelen rekening met opvattingen van ouders die kunnen voortkomen uit verschillende culturen. Zij maakt indien nodig gebruik van tolken. De jeugdverpleegkundige kan GVO activiteiten zowel individueel als groepsgericht uitvoeren in de vorm van themabijeenkomsten en cursussen. Bij het signaleren van gezondheidsbedreigingen moet de jeugdverpleegkundige ook ongevraagde GVO- bemoeizorg kunnen toepassen.

2. Rol van Regisseur:

Om advisering of verwijzing optimaal te kunnen uitvoeren is nauw overleg en afstemming met andere instanties en personen van belang. De jeugdverpleegkundige onderhoudt hiertoe hechte contacten en werkt samen met alle verwante voorzieningen. Zij participeert in netwerken, multidisciplinaire overleg situaties, Zorg Advies Teams, buurtnetwerken, stedelijke netwerken en ad-hocnetwerken.

Wanneer er meerdere actoren zorg leveren stemt de jeugdverpleegkundige deze zorg op elkaar af.

3. Rol van Coach:

De jeugdverpleegkundige kan ervoor zorgen dat collega's beter gaan functioneren. Zij enthousiasmeert, motiveert en ondersteunt (nieuwe) collega's, stagiaires en andere beroepsbeoefenaren en geeft op professionele wijze feedback. Zij vertoont voorbeeldgedrag en is in staat om weerstanden op te sporen en te bespreken.

4. Rol van Ontwerper:

De jeugdverpleegkundige levert een bijdrage aan het ontwikkelen van protocollen, procedures en opvoedingsprogramma's. Als ontwerper is zij een verbeteraar en vernieuwer. De jeugdverpleegkundige is oplossingsgericht.

5. Rol van Beroepsbeoefenaar:

De jeugdverpleegkundige is vertegenwoordiger van de beroepsgroep en neemt haar verantwoordelijkheid in het op peil houden van haar professionaliteit. Tevens levert zij een bijdrage aan de deskundigheid van haar collega's. Zij volgt de maatschappelijke ontwikkelingen en anticipeert hierop. Zij draagt bij aan de beroepsontwikkeling van de beroepsgroep, zowel binnen de organisatie als binnen de samenleving.

V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg heeft een competentieprofiel opgesteld (Mast en Pool 2005) voor de verpleegkundige werkzaam in de jeugdgezondheidszorg. Hierin wordt beschreven waarom het een functie op HBO niveau (kwalificatieniveau 5) betreft.³⁹

Dit competentieprofiel is primair bestemd voor alle verpleegkundigen die in het JGZ veld werkzaam zijn bij Thuiszorgorganisaties, GGD'-en of CJG's in Nederland zodat zij hun eigen werkzaamheden en functioneren kunnen evalueren en zich professioneel kunnen ontwikkelen.

³⁸ Verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg, Studentenstatuut, interne uitgave HBOV/MGZ opleiding, Haagse Hogeschool, Den Haag 2008-2011

³⁹ Landelijke vereniging wijkverpleegkundigen LVW, www.lvwnl.nl. Oproep aan betrokkenen tot professionalisering beroepsgroep jeugdverpleegkundigen. V&VN Fractie jeugdgezondheidszorg, 17 april 2009

Tevens is het een erkenning van hun positie. Het is evenzeer belangrijk voor andere disciplines om inzicht te krijgen in het deelgebied jeugdgezondheidszorg, voor opleidingsinstituten als leidraad voor trainingen op maat en voor werkgevers ter ondersteuning van de kwaliteit van hun resultaatgebieden. Een jeugdverpleegkundige vervult vijf rollen: zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar. Een jeugdverpleegkundige biedt vanuit een aanbod gestuurd systeem gevraagd en ongevraagd zorg. Daarbij wordt de zorg gekenmerkt door individuele en collectieve preventie. De jeugdverpleegkundige werkt outreachend, waarbij de contacten met jeugdigen, ouders, opvoeders en intermediairs steeds verlopen langs twee sporen. Het gaat om de vertaling van individuele gezondheid naar collectieve gezondheid en van collectieve gezondheid naar individuele gezondheid. Gezondheid wordt opgevat als een totaal van lichamelijke, psychische en sociaal welbevinden en niet alleen als afwezigheid van ziekte en/of handicap (WHO).

De jeugdverpleegkundige:

- Volgt de groei en ontwikkeling van jeugdigen, selecteert risicogroepen en indiceert risikokinderen;
- Signaleert potentiële of feitelijke bedreigingen in de groei en ontwikkeling van jeugdigen;
- Signaleert potentiële of feitelijke bedreigingen in de sociale omgeving van jeugdigen (1^e, 2^e en 3^e milieu);
- Schat in welke gevolgen deze bedreigingen hebben voor het individu, voor een specifieke doelgroep of voor de hele groep jeugdigen;
- Past adequate interventies toe ter instandhouding of bevordering van de gezondheid van jeugdigen;
- Zij geeft preventieve opvoedingsondersteuning: individueel of in groepsverband;
- Coacht ouders /verzorgers in hun ouderrol;
- Verwijst indien nodig naar anderen;
- Is een belangrijke teamspeler in het hele netwerk rond kinderen en jeugdigen en coördineert de zorg.

Jeugdverpleegkundige competenties

Competentie is als volgt gedefinieerd:

"Een –continu te onderhouden en te ontwikkelen – combinatie van vaardigheden, kennis, attitude en persoonskenmerken, nodig om in een bepaalde werksituatie adequaat, effectief en efficiënt te handelen" AVVV (algemene vereniging verpleegkundigen verzorgenden)

In bijlage 5 kunt u de jeugdverpleegkundige competenties lezen, omschreven door de V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg.

In het boek Met het oog op de toekomst (Pool-Tromp e.a.)⁴⁰ begint iedere competentiebeschrijving met een kernzin, met daarin een werkwoord waarmee een mogelijkheid voor gedrag wordt uitgedrukt. Aan dat werkwoord worden steeds elementen toegevoegd, waarmee wordt weergegeven dat de jeugdverpleegkundige over eigenschappen beschikt waardoor zij in staat is het gewenste gedrag te vertonen als de situatie daarom vraagt. Deze eigenschappen zijn:

- geschiktheid
- benodigde kennis en kunde
- wil
- juiste houding

In het advies Professionals in de gezondheidszorg van de RVZ (2000)⁴¹ aan de minister van VWS staat:

"Door de vele veranderingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg verandert de rol van de professionals. In de visie van de Raad dient die rol op alle fronten prominent te worden. In het overheidsbeleid dienen professionals een voorname rol te spelen.

Zij beschikken over informatie uit de dagelijkse zorgpraktijk die voor het beleid onmisbaar is.

Tegelijkertijd moeten professionals laten zien dat ze de publieke zaak dienen. Ze handelen volgens de professionele standaard die transparant is.

⁴⁰ Pool A. ea. Met het oog op de toekomst, Elfde druk, Uitg.Vilans, Utrecht, 2008

⁴¹ Pool A. ea. Met het oog op de toekomst, Elfde druk, Uitg.Vilans, Utrecht, 2008

In organisaties hebben professionals een belangrijke rol bij het innoveren van zorg. Ze werken daarom nauw samen met het management en met andere disciplines. Ze zijn meer teamplayer dan individu.”

Beroepsinnovatie lijkt een voor de hand liggend onderdeel van de verpleegkundige deskundigheid. Verpleegkunde is niet statisch maar blijft zich steeds ontwikkelen. Voor de beroepsgroep als geheel ligt hier een belangrijk aandachtspunt.

De RVZ stelt dat professionals moeten laten zien dat zij een publieke zaak dienen. En het International Council of Nurses bepleit dat de verpleegkundigen hun waarde aantonen. Een van de mogelijkheden die individuele verpleegkundigen daartoe hebben is deelname aan de beroepsvereniging en het instellen van verpleegkundige adviesraden, waarin verpleegkundigen een inbreng hebben in het beleid en onderhandelingen. Gezien de nadruk op de beroepsinnovatie is levenslang leren voor een professional van wezenlijk belang. Daarom is het zaak dat verpleegkundigen door middel van scholing, zowel van zichzelf als van anderen, werken aan het opbouwen van kennis en modellen die hen steeds meer in staat stellen functies te vervullen in de gezondheidszorg die passen bij de maatschappelijke ontwikkelingen.

4.1.4 Modellen waar de jeugdverpleegkundige gebruik van maakt

Door gebruik te maken van bewezen, werkzame modellen wordt het professioneel handelen van de jeugdverpleegkundigen in beeld gebracht. Het kunnen toepassen van evidence-based modellen is een belangrijk criterium voor de kwaliteit van de zorgverlening. Naar aanleiding van deze stelling zal ik nu de meest bekende modellen omschrijven. Aansluitend kunt u lezen over het Jeugdplan / Jeugdkansenzone Deelgemeente Rotterdam 2010-2014 in relatie tot de omschreven modellen.

4.1.5 Het balansmodel van Bakker (bijlage 6)

Het Balansmodel van Bakker⁴² kijkt zowel naar de positieve als de negatieve kanten van de mens in zijn situatie. De mens wordt gezien als een eenheid van lichaam en geest in zijn omgeving, die voor elk mens uniek is. Elk mens heeft bepaalde positieve krachten in zich die hem kunnen helpen om situaties het hoofd te bieden. Bakker spreekt over het zoeken naar een balans tussen draagkracht en draaglast. Ouders en kinderen beïnvloeden elkaar in relatie met de specifieke omgeving van het gezin. Zowel kindfactoren, ouderfactoren als omgevingsfactoren hebben invloed op dit proces. Regelmatig worden één of meerdere van deze factoren bedreigd. Deze bedreigingen kunnen hun oorsprong vinden in het kind zelf, de ouder(s) of de omgeving. In het balansmodel van Bakker worden dit risicofactoren genoemd, die de kans op het ontstaan van problemen verhogen. Factoren die de opvoeding juist goed laten verlopen, kunnen ook hun oorsprong vinden in het kind zelf, de ouder(s) of de omgeving. Dit worden de beschermende factoren genoemd. Deze factoren versterken de draagkracht.

Om zinvolle uitspraken te kunnen doen over de invloed van risicofactoren en beschermende factoren, moet onderscheid worden gemaakt tussen factoren op micro-, meso- en macroniveau. Op het microniveau gaat het om ouder-, kind- en gezinsfactoren. Eigenschappen van de ouder(s), het kind en het gezinssysteem (opvoeding en gezinsinteracties) staan hier centraal. Op het mesoniveau worden sociale factoren, gezin- en buurtfactoren onderscheiden. Hierbij kan worden gedacht aan het sociale netwerk, sociale bindingen (bijvoorbeeld de school) en de kwaliteit van de buurt (sociale buurtcohesie). In het algemeen kunnen deze factoren als steunend beschouwd worden.

Op het macroniveau tenslotte bevinden zich de maatschappelijke achtergrondfactoren.

De culturele achtergrond en sociaaleconomische positie (opleiding, werk, inkomen et cetera) spelen hier een rol, het gaat hier dus om maatschappelijke en culturele condities die het gezinsleven bepalen. Sociale steun is hierbij een belangrijke beschermende factor.

Sociale en maatschappelijke omgevingsfactoren hebben een sterke invloed op condities waarbinnen de opvoeding plaatsvindt. Het balansmodel geeft dit samenspel op alle drie niveaus weer.

Naarmate het aantal problemen en stressfactoren toeneemt, neemt de draagkracht van ouders om deze problemen zelf aan te kunnen evenredig af. (Hierop zijn uitzonderingen, bijvoorbeeld in geval van ernstig lichamelijk en/of psychisch disfunctioneren).

⁴² Bron Nederlands Jeugd Instituut, I. Bakker ea. O&O perspectief, uitgave van het Nederlands Instituut voor Jeugd en Welzijn, NIZW 1998 Utrecht, www.nji.nl

Uit onderzoek is gebleken dat de invloed van risicofactoren gereduceerd kan worden indien er sprake is van beschermende factoren in de omgeving van het kind. De meest beschermende factor is in dit verband de sociale steun.

Een risicofactor op het ene niveau hoeft niet noodzakelijk door een beschermende factor op hetzelfde niveau te worden gecompenseerd: beschermende factoren op het macroniveau kunnen bijvoorbeeld tegenwicht bieden tegen bedreigende factoren op mesoniveau.

4.2 HET NEUMANS SYSTEMS MODEL, HET PREVENTIEMODEL VAN CAPLAN EN DE METHODE COMMUNITIES THAT CARE (CTC)

4.2.1 Het Neuman Systems Model (bijlage 7)

Het Neuman Systems Model is goed bruikbaar in de jeugdgezondheidszorg. Het heeft preventie als uitgangspunt en is gericht op zowel individuen als groepen mensen. De theorie van stresscoping sluit aan bij het principe van het inschatten van "draagkracht en draaglast" met behulp van het balansmodel. Het Neuman Systems Model heeft een holistische inslag. Tenslotte is de theorie van de gecreëerde werkelijkheid verhelderend voor mogelijke communicatieproblemen tussen verpleegkundigen en ouders. Medewerkers in de jeugdgezondheidszorg hebben immers vaak een andere werkelijkheid dan de cliënt.⁴³

De omgeving wordt door Neuman beschreven als alle interne en externe factoren of invloeden die het cliëntsysteem omgeven. Ze geeft een complexe beschrijving, met een interne, externe en een gecreëerde omgeving. De gecreëerde omgeving is de manier waarop het cliëntsysteem de werkelijkheid waarneemt. Dan kan voor elk systeem verschillend zijn en kan afwijken van de waarnemingen die anderen hebben van de werkelijkheid. Volgens Neuman kunnen alle invloeden uit de omgeving als stressoren gezien worden. Belangrijk daarbij is dat de reactie daarop zowel positief als negatief kan zijn. Het systeem staat in open verbinding met de omgeving en er vindt een voortdurende uitwisseling van materie, invloed op het systeem. Volgens Neuman is gezondheid het zelfde als welbevinden, zij definieert dat als optimale stabiliteit van het cliëntsysteem.

4.2.2 Het preventiemodel van Caplan (bijlage 8)

Caplan constateert dat blootstelling aan gezondheidsbedreigende factoren niet automatisch leidt tot ongezondheid.⁴⁴ Bijvoorbeeld; niet ieder kind wat geconfronteerd wordt met echtscheiding van de ouders ondervindt daarvan psychosociale problematiek. Caplan gaat uit van elkaar (in positieve of negatieve zin) beïnvloedende factoren die in onderlinge samenhang de gezondheid van mensen bepalen. Deze factoren kunnen wel of niet met elkaar in evenwicht zijn. Caplan maakt in zijn model een onderscheid tussen risicofactoren en de invloed van de zogenaamde interveniërende variabelen. De risicofactoren zijn al die factoren waarbij een verhoogd risico is op het ontstaan van een bedreiging van de gezondheid. Hierbij denken we aan de 4 determinanten uit het Gezondheidskundig model van Lalonde eerder genoemd in hoofdstuk 2.

Bij aanwezigheid van een of meer risicofactoren zal bij de een wel en bij de ander geen verstoring van de gezondheidstoestand optreden. Dit wordt veroorzaakt door de interveniërende variabelen.

Hieronder worden gerekend:

- A. De competentie van het individu
- B. De invloed van het ondersteunende systemen
- C. De perioden van crisis.

Wanneer het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid verstoord is, kan het evenwicht hersteld worden door ofwel de belasting van individuen of groepen te verlagen ofwel de belastbaarheid te verhogen. Refererend aan het model van Caplan kan preventie gericht zijn op:

- risicofactoren reduceren of elimineren
- competenties van het individu of groep verhogen
- ondersteunende systemen verhogen
- het interveniëren in crisissituaties

⁴³ Sibbing H. Verpleegkundige concepten en modellen in de JGZ, interne uitgave Macro reader Post HBO JGZ Haagse Hogeschool, Den Haag, maart 2010

⁴⁴ Sibbing H. Verpleegkundige concepten en modellen in de JGZ, interne uitgave Macro reader Post HBO JGZ Haagse Hogeschool, Den Haag, maart 2010

4.2.3 Communities that Care (CtC)⁴⁵

Communities that Care, afgekort als CtC, is een nieuwe manier om probleemgedrag bij kinderen en jongeren te voorkomen. De aanpak heeft tot doel grip te krijgen op de situatie in achterstandswijken om daarmee de leefomgeving van jongeren te verbeteren. Deze preventieve aanpak is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en is systematisch opgebouwd. Het idee erachter is dat jongeren sociale, stabiele volwassenen kunnen worden als ze opgroeien in een omgeving, waar zij niet worden blootgesteld aan risicofactoren. En waar zij gezonde opvattingen en duidelijke normen meekrijgen en binding hebben met de familie, de wijk en de school. Communities that Care is - met rijksfinanciering - in 1999 op vier locaties in Nederland van start gegaan, onder begeleiding van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW). Een van deze vier pilotlocaties is de wijk het Oude Noorden in Rotterdam. Hier is de aanpak, onder het motto "Veilig Opgroeien in het Oude Noorden", gestart onder verantwoordelijkheid van het Programmabureau Veilig van de gemeente.

Kort samengevat is Communities that Care een strategie om veilige en leefbare wijken te ontwikkelen waarin kinderen en jongeren op een gezonde manier kunnen opgroeien.

Ouders, bewoners, instanties en organisaties werken hierin eendrachtig met elkaar samen.

De strategie leidt tot gebiedsgerichte plannen om gezinnen te ondersteunen en te versterken, de betrokkenheid bij school te bevorderen en verantwoordelijk gedrag te stimuleren.

In de Communities that Care-aanpak worden vanuit een gezamenlijke visie:

- Prioriteiten gesteld;
- Beoogde resultaten benoemd en nagestreefd;
- Effectief gebleken interventiemethoden gebruikt;
- Bereikte resultaten geëvalueerd.

Centraal in de methodiek staat het tegengaan van veelvoorkomend probleemgedrag bij jongeren. Daarmee wordt bedoeld: criminaliteit, geweld, problematisch alcohol- en drugsgebruik, schooluitval en tienerzwangerschappen. Om deze vormen van probleemgedrag onder jongeren te voorkomen wordt vanuit Communities that Care ingezet op het verminderen van risicofactoren, die de kans op probleemgedrag aanzienlijk vergroten. Tegelijkertijd is er aandacht voor het versterken van beschermende factoren die de kans op probleemgedrag juist verminderen.

Het programma is in de Verenigde Staten ontwikkeld door twee preventie-wetenschappers; J. David Hawkins en Richard F. Catalano in Seattle. Sinds 1990 is het programma in de VS in meer dan 500 gemeenschappen ingevoerd. Evaluatieonderzoek laat hoopgevende resultaten zien, zowel ten aanzien van de kwaliteit van planning en besluitvorming als ten aanzien van het terugdringen van gezondheids- en gedragsproblemen bij jongeren. Eind 1999 is Communities that Care in het Rotterdamse Oude Noorden van start gegaan. De eerste stap was het onderzoeken van draagvlak voor het programma, het betrekken van belanghebbenden hierbij en het ontwikkelen van een organisatiestructuur. Dit leidde tot de oprichting van een preventieteam. In dit preventieteam werken de deelgemeente Noord en het Programmabureau Veilig samen met allerlei deelgemeentelijke en stedelijke organisaties in de wijk waaronder de Raad voor de Kinderbescherming, het Opbouwwerk en het Maatschappelijk Werk, de politie, het onderwijs en de GGD.

Het preventieteam stelde in 2001 een wijkprofiel van het Oude Noorden op met gegevens over probleemgedragingen, risicofactoren, beschermende factoren en bevindingen over het huidige aanbod. Dit wijkprofiel vormde de basis voor het ontwikkelde preventieprogramma. In dit programma staat beschreven hoe risicofactoren en beschermende factoren positief zijn te beïnvloeden en hoe er door de betrokken organisaties beter en efficiënter kan worden samengewerkt. Opvallend is dat er geen Jeugdverpleegkundigen vanuit het CJG betrokken zijn geweest bij het stand komen van het preventieprogramma. Ik ben van mening dat haar kennis van de eerder genoemde modellen door de deelgemeente benut zou moeten worden. In het vervolg van dit hoofdstuk breng ik de eerder genoemde modellen in relatie met het Jeugdplan binnen de deelgemeente Rotterdam 2010-2014.

⁴⁵ Bron: Gemeente Rotterdam: Werken aan een veiliger Rotterdam, de aanpak, De Communities that Care-methodiek, www.rotterdam.nl

4.2.4 Jeugdplan / Jeugdkanszone Deelgemeente Rotterdam 2010-2014

In het Jeugdplan / De Jeugdkanszone binnen de Deelgemeente Delfshaven waar ik werkzaam ben als jeugdverpleegkundige staat het volgende doel vermeld:

"Een overzichtelijke en sluitende keten van begeleiding creëren, integraal en wijkgericht, waarbij kinderen en jongeren centraal staan".

Echter voor de uitvoering van het Jeugdplan is het essentieel dat er afstemming is tussen de organisaties binnen de wijk. Wenselijk zou zijn dat jeugdverpleegkundigen een inbreng hebben bij het kiezen van preventieprogramma's en activiteiten binnen de wijk. Immers het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) is het centrale punt in de deelgemeente waar jongeren, ouders, verzorgers, aanstaande ouders en professionals terecht kunnen voor advies, begeleiding en hulp bij het opgroeien en opvoeden van kinderen in de leeftijd van -9 maanden tot 23 jaar. De gemeente heeft de regie maar zij kunnen de regie niet uitvoeren zonder gebruik te maken van de professionele deskundigheid van instellingen. De jeugdverpleegkundige zou vanuit haar rol regisseur de (deel)gemeente duidelijk kunnen maken dat zij een constructieve bijdrage kan leveren aan het beleid.

Immers, de jeugdverpleegkundige beschikt over kennis en competenties om de doelstellingen van het PHC-concept uit te dragen en te realiseren.

4.2.5 De jeugdverpleegkundige op het voortgezet onderwijs

De GGD Rotterdam-Rijnmond onderzoekt de lichamelijke en psychische gezondheid van kinderen en jongeren van 0 tot 19 jaar met de Jeugdmonitor Rijnmond (JMR). De informatie uit de Jeugdmonitor Rijnmond geeft een goed beeld van de gezondheid van individuele kinderen en jongeren, maar ook van bijvoorbeeld alle leerlingen van een bepaalde school of alle jeugd van dezelfde leeftijd uit één wijk. Dankzij die gegevens kan de GGD scholen helpen om extra aandacht aan bepaalde onderwerpen te besteden, of kan de gemeente ingrijpen bij (dreigende) problemen in een wijk.

De jeugdverpleegkundige of doktersassistente doen de digitale JMR afname op de Voortgezet Onderwijs scholen bij de leerlingen in de eerste en derde klas. In samenwerking met de afdeling JMR logistiek en de scholen worden de afname data gepland. De jeugdverpleegkundige is verantwoordelijk voor de JMR afname procedure op de scholen. De uitkomsten van de JMR afname worden door medewerkers van de Gezonde school met de schoolleiding besproken. De jeugdverpleegkundige is niet bij dit overleg aanwezig.

De Gezonde School Rijnmond medewerkers werken samen met de schoolteamleden, ouders en leerlingen aan een gezonde(er) leefklimaat op school door structureel en preventief aandacht te besteden aan gezondheidsthema's. Het team Gezonde School van de GGD Rotterdam-Rijnmond begeleidt en ondersteunt hen hierbij. Werken aan gezond gedrag is namelijk meer dan het aanbieden van een lessenreeks. Het uiteindelijke doel is de invoering van gezondheidsthema's in het schoolbeleid. Zo wordt stap voor stap toegewerkt naar een gezonde leer- en werkomgeving van leerlingen en medewerkers op de school.

Het gezonde School aanbod wordt zo veel mogelijk vastgelegd in een beleidskader voor de school en is gebaseerd op gegevens van bijvoorbeeld de Jeugdmonitor Rotterdam, leerkrachten en ouders. De GGD stimuleert, begeleidt en ondersteunt een school bij het maken van zo'n beleidsplan gezondheid. De GGD helpt hoofdonderwerpen te kiezen en die verder in te vullen met thema's en daarbij geschikte lesmaterialen en -methoden te vinden.

Een school die een meerjarenplan gezondheid opstelt waarin minimaal drie thema's zijn opgenomen waarvan er minimaal één in een spoor past en dit plan uitvoert, verdient het predikaat 'Gezonde School'. Momenteel zijn de Jeugdverpleegkundigen onvoldoende op de hoogte van het gezonde school aanbod en worden zij ook niet betrokken bij de ondersteuning die scholen krijgen.

Ik ben van mening dat de Jeugdverpleegkundigen een bijdrage moet kunnen leveren aan de invoering van de gezondheidsthema's in het schoolbeleid. Door de CJG Rijnmond jeugdverpleegkundige wordt op de Voortgezet Onderwijs scholen geen groepsgerichte voorlichting gegeven terwijl dit wel tot hun takenpakket hoort. De jeugdverpleegkundigen zouden een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan gezondheidsbevorderende activiteiten.

Preventieve Gezondheidsonderzoek (PGO)

De jeugdverpleegkundige van het CJG Rijnmond roept de leerlingen uit het eerste en derde leerjaar van het voortgezet onderwijs op voor een preventief gezondheidsonderzoek (PGO).

Dit onderzoek vindt plaats op school. Aan de hand van de vertrouwelijke Jeugdmonitor gegevens gaat de verpleegkundige in gesprek met de leerling. Het onderzoek door de jeugdverpleegkundige heeft voor een groot deel betrekking op de psychosociale gezondheid. Het lichamelijk onderzoek bestaat onder andere uit controle van het gewicht, de groei en de houding van de jongere. Daarnaast neemt de individuele gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) een grote plaats in binnen het verpleegkundige onderzoek om het gezondheidsbevorderend gedrag te stimuleren.

Met behulp van het Balansmodel van Bakker kan er een reële inschatting gemaakt worden van de verhouding draaglast en draagkracht. De jeugdverpleegkundige maakt een afweging van problemen en moeilijkheden die de jongere en/of ouders te verwerken krijgen (risicofactoren) tegen het vermogen om die problemen en moeilijkheden te incasseren en te verwerken (beschermende factoren). Het beoordelen van de jongere als geheel in zijn omgeving vereist overleg met de interne begeleiders van de VO scholen om een goede afstemming van begeleiding en zorgverlening te kunnen bereiken. Belangrijk hierbij is dat de jeugdverpleegkundige de privacywet respecteert en hier zorgvuldig mee omgaat. Alle onderzoeken, handelingen, overlegsituaties en doorverwijzingen en evaluaties worden geregistreerd in het Elektronisch Kinddossier wat zeer tijdrovend is voor de jeugdverpleegkundige.

Onderzoek op indicatie (OOI)

De jeugdverpleegkundigen werken in principe nauw samen met de Interne begeleiders, maatschappelijk werkers en leerplichtambtenaren op de Voortgezet Onderwijs scholen. De interne begeleiders en maatschappelijk werkers doen een beroep op de jeugdverpleegkundigen wanneer leerlingen zorgelijke signalen afgeven. Wanneer ouders toestemming hebben gegeven wordt er door de jeugdverpleegkundige een onderzoek op indicatie uitgevoerd. In de praktijk blijkt dat de jeugdverpleegkundigen vanuit het CJG Rijnmond onvoldoende klant en servicegericht kunnen werken op de scholen. De reden hiervoor is dat de jeugdverpleegkundigen overbelast zijn met hun “productie” preventieve gezondheidsonderzoeken. Wanneer interne begeleiders hun zorgen uitspreken over een leerling is het voor de jeugdverpleegkundigen niet altijd mogelijk om direct een onderzoek op indicatie uit te voeren. Hiermee wordt het contact en vertrouwen door de scholen in de jeugdverpleegkundigen aangetast. Dit terwijl onze prioriteit ligt bij primaire interventie!

Het is zeer wenselijk dat de jeugdverpleegkundigen door de organisatie in de gelegenheid gesteld worden om adequaat op zorgsignalen te kunnen reageren. Het zal de samenwerking tussen de jeugdverpleegkundigen en scholen ten goede komen en het zal de functie en positie van de jeugdverpleegkundige versterken. De scholen moeten kunnen bouwen op de jeugdverpleegkundigen van het CJG Rijnmond. Tevens zal een nauwere samenwerking tussen de jeugdverpleegkundige en de leerplichtambtenaar op het VO een belangrijke meerwaarde kunnen hebben met betrekking tot het verzuimprobleem van de jongeren. De leerplichtambtenaar is belast met het toezicht en de controle op de naleving van de leerplicht en de Regionale Meld- en Coördinatiefuncties (RMC) wet. In aanvulling op de leerplichtwet regelt de RMC-wet het registreren van niet-leerplichtige deelnemers tot 23 jaar die nog geen startkwalificatie hebben behaald. Daarnaast creëert de wet een regionale aanpak ter bestrijding van voortijdig schoolverlaten. De Regionale Meld- en Coördinatiefuncties (RMC's) hebben de taak het aantal jongeren dat uitvalt of dreigt uit te vallen in beeld te brengen en te houden.

Bovendien hebben ze tot taak voortijdig schoolverlaters via trajectbegeleiding terug te leiden naar het onderwijs, zodat alsnog een startkwalificatie kan worden behaald. Wanneer een leerling veel verzuimt neemt de leerplichtambtenaar contact op met de Jeugdverpleegkundige in het CJG.

Nadat de leerplichtambtenaar de leerplicht procedure heeft uitgelegd aan de opvoeders, heeft de Jeugdverpleegkundige overleg met de Jeugdarts. De Jeugdarts zal de leerling uitnodigen voor een onderzoek op indicatie. Alleen de Jeugdarts kan beoordelen of het verzuim van de leerling geoorloofd of ongeoorloofd is.

Wanneer de jeugdverpleegkundige ernstige problematiek signaleert bij een jongere maakt zij een ernsttaxatie op (risico status) die u kunt zien in bijlage 9. In de praktijk vallen 80% van de casussen onder enkelvoudige problematiek; opvoedingsvragen en opvoedingsspanning. 20% van de casussen is meervoudige problematiek; verhoogde opvoedingsspanning, opvoedingsnood en opvoedingscrisis (5 %). Bij meervoudige problematiek wordt de jongere multidisciplinair besproken binnen het CJG tijdens een casuïstiekbespreking.

De doelstelling is te komen tot gezamenlijke afspraken en beslissingen in het kader van 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Daarbij is tijdige en accurate inzet van de juiste professional en interventie een speerpunt.

Momenteel is het zo dat bij meervoudige problematiek de interventie- verpleegkundige in beeld komt en de jeugdverpleegkundige niet bij het casuïstiekoverleg aanwezig is. Mijns inziens dient de jeugdverpleegkundige in het kader van procescoördinatie en de rol regisseur aanwezig te zijn bij het casuïstiekoverleg zodat zij een accurate terugkoppeling kan geven naar de interne begeleider en maatschappelijk werker op de school. Kortere communicatielijnen leveren tijds winst op en het zal afstemming van de zorgverlening bevorderen.

Bij het signaleren van enkelvoudige problematiek; opvoedingsvragen en opvoedingsspanning geven de jeugdverpleegkundigen (4-19 jaar) in het CJG Rijnmond geen individuele en collectieve methodische opvoedingsondersteuning. De jeugdverpleegkundigen betreuren dit omdat zij bij uitstek dicht bij de gezinnen staan en een vertrouwensrelatie hebben waardoor de methodische opvoedingsondersteuning laagdrempelig kan blijven voor de ouders. Ik ben van mening dat methodische opvoedingsondersteuning aan ouders door de jeugdverpleegkundigen een belangrijke meerwaarde heeft. Het geeft de ouders ondersteuning, het voorkomt problemen en bespaart de kosten van intensieve hulpverlening.

Spreekuren

Wenselijk zou zijn dat de CJG Rijnmond jeugdverpleegkundigen regelmatig spreekuren houden op de Voortgezet Onderwijs scholen zodat leerlingen ook zélf hulp in kunnen roepen. Het effect zal zijn dat de jeugdverpleegkundige het "vertrouwde gezicht" op school gaat worden voor de leerlingen en dat zij zich duidelijk kan profileren. Het is van groot belang om in te kunnen spelen op de zorgbehoeften van de leerlingen en/ of ouders.

4.2.6 De jeugdverpleegkundige in het Zorg advies Team.

Sociaal-emotionele en soms ook medische problemen zijn steeds vaker de oorzaak van slecht functioneren van leerlingen in het normale onderwijsproces.

Wanneer de begeleiding die de mentor of interne begeleider kan bieden niet afdoende is, wordt een leerling besproken in het Zorg Advies Team en wordt de juiste hulp in gang gezet.

In dit team hebben zitting: de zorgcoördinator, leerplichtambtenaar, schoolmaatschappelijk werker, schoolarts of jeugdverpleegkundige, orthopedagoog en wijkagent. Vanzelfsprekend wordt een leerling slechts in overleg en met toestemming van de ouders/verzorgers aangemeld bij het ZAT.

Het ZAT leidt tot een laagdrempelige koppeling van de (zorg)mogelijkheden en expertise van de school met die van buitenschoolse professionals. Deze koppeling zorgt voor:

- snelle hulp aan kind en ouders;
- handelingsadviezen aan de leerkracht;
- taakverlichting bij de interne begeleider.

Een van de taken van de jeugdverpleegkundige is dat zij erop toe ziet dat de richtlijnen voor zorgvuldig handelen in de toeleiding van leerlingen nageleefd worden. De hieronder genoemde richtlijnen zijn opgesteld door het Landelijk Steunpunt ZAT, Nederlands Jeugdinstituut.⁴⁶

1. De ouders van het aangemelde kind zijn op de hoogte van de samenstelling en de werkwijze van het zorgteam op school of het bovenschoolse ZAT (info staat in de schoolgids en in een folder). Ook weten zij met welk doel, wanneer en op welke wijze hun kind besproken wordt. In het kader van een goed partnerschap met ouders kan het wenselijk zijn dat ouders aanwezig zijn bij de bespreking.
2. Alleen die informatie wordt besproken en gedeeld, die van belang is voor het doel van de bespreking.
3. De ouders geven 'ondubbelzinnige toestemming' om hun kind te bespreken door hun handtekening te plaatsen.

⁴⁶ Bron; Nederlands Jeugdinstituut, Landelijk Steunpunt ZAT, www.nji.nl

4. In het toestemmingsformulier is duidelijk aangegeven wie de deelnemers zijn in het zorgteam of ZAT, dus aan wie informatie wordt verstrekt en persoonsgegevens uitgewisseld.
5. Wanneer schriftelijke toestemming niet haalbaar is/likt, kan men ouders schriftelijk informeren. Indien zij vervolgens 'geen bezwaar maken' (en dus 'instemmen') kan van het kind de 'buitenkan informatie' (naam, geboortedatum, bekend bij hulpverlening, sinds wanneer) besproken worden.
6. Wanneer ouders geen toestemming geven/'bezwaar maken' kan het kind anoniem worden besproken (consultatie).
7. Wanneer het kind ernstig in zijn ontwikkeling wordt bedreigd door verwaarlozing, mishandeling of huiselijk geweld, gelden deze toestemmingsregels niet (uitzonderingssituatie). In de praktijk werkt men dan toe naar een 'zorgmelding' bij bureau jeugdzorg of een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).
8. Wanneer het zorgteam, ZAT of één van de deelnemers besluit tot het doen van een zorgmelding bij bureau jeugdzorg of melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), krijgen de ouders hiervan schriftelijk bericht.
9. Informatie uit contacten met de ouders en de gegevens vanuit de zorgteam-, ZAT bespreking worden verwerkt in een zorgdossier (wat onderdeel is van het leerling-dossier). De ouders hebben te allen tijde recht op inzage (na een afspraak).
10. De school beschikt over een basisprivacyreglement. Hiervan wordt melding gemaakt in de schoolgids en het schoolplan. Het zorg- en adviesteam beschikt over een convenant, een privacyreglement en -protocol.

Het is de taak van de jeugdverpleegkundige om de informatie; afspraken, voortgang van de leerlingen die tijdens het ZAT ter sprake is gekomen vast te leggen in het elektronisch kind dossier. Van de jeugdverpleegkundige mag een actieve inbreng worden verwacht in het ZAT. De richtlijnen van het Landelijk Steunpunt ZAT kunnen een basis vormen voor een krachtige positie van de jeugdverpleegkundige binnen het ZAT. Voorwaarde is wel dat de jeugdverpleegkundige voldoende tijd heeft om zich voor te bereiden. In de praktijk blijkt dit vaak niet het geval. Na het ZAT is er vaak op korte termijn geen gelegenheid om de informatie in het Elektronisch kind dossier vast te leggen.

4.3 ZORGCOÖRDINATIE

4.3.1 Zorgcoördinatie; de toekomst van de jeugdverpleegkundige

Samenwerkenvoordejeugd.nl, een gezamenlijke website van de Ministeries Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) heeft een handreiking ontworpen voor de zorgcoördinatie.⁴⁷

De uitgangspunten bij de zorgcoördinatie zijn:

- Versterk de zelfregulering van gezinnen

Ga uit van de eigen kracht van de gezinsleden en richt je op de versterking daarvan.

Gezinsleden dragen bij aan het opstellen van het gezinsplan, het gezinsplan ligt bij hen thuis "op de keukentafel". Ouders en jongeren regelen zoveel mogelijk zaken zelf, waarnodig met ondersteuning.

Ouders en jongeren zijn aanwezig bij rondetafelconferenties of andere vormen van afstemmingsoverleg tussen de betrokken professionals.

- Draag concreet bij aan het "herstel van het gewone leven"

Ga na wat jouw concrete bijdrage aan het herstel van het gewone leven van dit kind, deze jongere en dit gezin kan zijn.

Hulpverleners die heel concreet iets voor gezinnen in de knel kunnen betekenen verwerven gemakkelijker vertrouwen en gezag. Zowel bij de gezinsleden als bij de andere hulpverleners. "Regel dat de wasmachine wordt gerepareerd; en je verwerft enorm krediet bij die overspannen moeder met drie jonge kinderen"

⁴⁷ Bron; Programmaministerie voor Jeugd en Gezin en de Vereniging Nederlandse Gemeenten, Zorgcoördinatie, www.samenwerkenvoordejeugd.nl

- Werk multisystemisch

Neem zelf het initiatief om met een gezinsplan te werken of werk actief mee op het moment dat anderen daarom vragen.

De problemen van gezinsleden op de basale leefgebieden (wonen, werk, inkomen, psychische en fysieke gezondheid, opvoedingsvaardigheden) kunnen dan in samenhang worden gezien en aangepakt.

Dit onder het motto: "Zolang het huis is vervuild, de schulden torenhoog, moeder depressief en vader aan de drank, is de ruimte om opvoedingsvaardigheden te leren beperkt"

- Betrek en versterk het sociaal netwerk

Ga na welke krachten in het sociale netwerk van de gezinsleden kunnen worden versterkt; betrek deze mensen!

Voor kwetsbare gezinnen met een hoge draaglast en/of een beperkte draagkracht is steun vanuit de omgeving onontbeerlijk. Het versterken van het sociale netwerk vergroot de kans op herstel van het gewone leven en draagt bij aan het voorkomen van terugval na afronding van de zorg.

- Werk planmatig en doelgericht

Maak met de betrokkenen een gezinsplan met concrete doelen, acties en termijnen.

Gezinnen in de knel hebben behoefte aan duidelijkheid en overzicht. Ook de betrokken hulpverleners moeten weten wat er van hun verwacht wordt en wat zij van hun collega's kunnen verwachten. Een gezinsplan met concrete doelen, acties en termijnen vergroot de kans op succes.

- Zorg voor continuïteit

Doe wat je beloofd hebt: lever je aandeel op het juiste moment en spreek anderen daar ook op aan.

Een gezinsplan bevat meerdere interventies die naar inhoud en timing op elkaar zijn afgestemd. Indien de uitvoering van het gezinsplan toch stagneert, schakel je je leidinggevende in.

Draag zorg voor een zorgvuldige afronding en overdracht.

In bijlage 10 kunt u de instructies zorgcoördinatie lezen, samengesteld door het programmaministerie voor Jeugd en Gezin en de Vereniging Nederlandse Gemeenten.

4.3.2 Zorgcoördinatie omschreven door CJG Rijnmond

Het CJG Rijnmond omschrijft de zorgcoördinatie als volgt:

Coördinatie van zorg is de functie, die de afstemming van de hulp en zorg regelt, die vanuit verschillende voorzieningen aan een kind en diens gezin geboden wordt, zodat een op het kind en diens gezin geboden wordt, zodat een op het kind en gezin toegesneden samenhangend pakket van verschillende soorten hulp en diensten ontstaat waardoor gezinnen zoveel mogelijk zelfstandig en vanuit hun autonomie de verantwoordelijkheid voor de opvoeding dragen en de veiligheid van het gezin is gewaarborgd.

De coördinatie betreft zowel de zorg in en aan het gezin als de afstemming tussen de zorgaanbieders. Bij zorgcoördinatie behoort de bevoegdheid om de samenwerking van voorzieningen, die zorg leveren aan kind/gezin af te dwingen en de bestuurlijke verantwoordelijkheid en doorzettingsmacht om de medewerking van zorgaanbieders verplicht op te leggen als de gebruikelijke afstemming onvoldoende lukt en de zorg stagneert of wanneer er sprake is van een ernstig bedreigende situatie voor het kind.⁴⁸

⁴⁸ Bron Presentatie zorgcoördinatie CJG Rijnmond, mevrouw E. van 't Klooster, directeur uitvoering, oktober 2010

4.3.3 Product, Doel en Doelgroep zorgcoördinatie jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar binnen het CJG Rijnmond

Op de CJG Rijnmond site voor medewerkers wordt in het document producten de zorgcoördinatie als volgt omschreven:

Product Zorgcoördinatie is noodzakelijk in die gevallen waarin, behalve door de jeugdgezondheidszorg van CJG Rijnmond, ook door andere sectoren tegelijkertijd of achtereenvolgend zorg wordt verleend. Gezien de frequente contacten en de laagdrempeligheid treedt CJG Rijnmond regelmatig op als zorgcoördinator. Kenmerkend in dit geval is het individuele karakter van de contacten van de jeugdgezondheidszorg met aanpalende sectoren.

Bij elk individueel kind kunnen deze contacten kwantitatief en kwalitatief verschillen. In veel gevallen zal coördinatie volgen op een verwijzing. Het evalueren van een verwijzing wordt ook als een vorm van zorgcoördinatie gezien. Onder individuele zorgcoördinatie worden ook activiteiten gerekend die tot doel hebben ouders of kinderen, van wie het vermoeden bestaat dat zij een bepaald verhoogd risico hebben, op te sporen en weer in contact te brengen met de reguliere zorgverlening van de jeugdgezondheidszorg. Het gaat om kinderen die (nog) geen indicatie hebben voor jeugdzorg. Tenzij in overleg met jeugdzorg anders wordt besloten.

Doel Risicokinderen zijn in beeld. Teams weten welke risico's er spelen bij welke kinderen en zijn op de hoogte van de ingezette hulp door andere instanties. Er is contact met andere instellingen die hulp verlenen en er is afstemming tussen deze instellingen. Dit heeft als doel het wegnemen of het verminderen van risico's voor het kind.

Doelgroep Alle gezinnen waarbij tegelijkertijd of achtereenvolgend hulp wordt verleend (of moet worden verleend) door meerdere instanties waarbij een opeenstapeling van ernstige problemen wordt geconstateerd. Dit betreft ongeveer 5% van de populatie 0 tot 19-jarigen.

4.3.4 Organisatie en werkwijze van zorgcoördinatie binnen het CJG Rijnmond

Onder zorgcoördinatie vallen de volgende taken:

- Deelname aan integrale casuïstiek bespreking 0 tot 19 jaar.
- Het vaststellen van een coördinator voor betreffende gezin (JGZ).
- Verzamelen van gegevens.
- Vaststellen van voorlopige diagnose, samen met de ouders en/of jeugdige en andere betrokken partijen.
- Formuleren hulpvraag.
- Hulp realiseren.
- Opstellen plan van aanpak.
- Delegeren en coördineren.
- Versterken empowerment, aansluiten bij en stimuleren van de krachten van de gezinsleden en de sociale omgeving.
- Samen met cliënt en andere hulpverleners evalueren en bijstellen van het zorgplan.
- Registratie zorgcoördinatie in integraal dossier.

Resultaat Eén duidelijke coördinator.

- Plan van aanpak is opgesteld met daarin waarnaar toe wordt gewerkt met dit gezin.
- Evaluatie.

Prestatie-indicator

- Aantallen instroom gezinnen en de tijd hieraan besteed.
- Aantal uitstroom van gezinnen.

4.3.5 Ontwikkelingen met betrekking tot de geleverde zorg binnen het CJG Rijnmond

In het kader van bezuinigingen loopt op dit moment het project Flexibilisering/Zorg op Maat, de naam van dit project is KIEN en staat voor:

K= kwaliteit
I= ieder kind
E= Effectief & Efficiënt
N= Noodzakelijke gezondheidszorg.

Doelstelling van het project:

Meer tijd en zorg bieden aan risicokinderen, waarbij goede basiszorg wordt geboden aan alle kinderen. Aangezien dit gerealiseerd dient te worden met hetzelfde geld als het CJG momenteel beschikbaar heeft, zal de bestaande basiszorg op een andere wijze worden ingedeeld. Hierbij wordt tijd vrijgemaakt bij de gezonde kinderen. Deze vrijgemaakte tijd komt beschikbaar ten gunste van de risicokinderen. Deze doelstelling wordt gerealiseerd door middel van veranderingen in frequentie, tijdsduur, uitvoerende discipline, werkwijze en plaats van de huidige contactmomenten. Het nieuwe model dat hierdoor zal gaan ontstaan is het Zorg op Maatmodel.

De hoofdvraag is; bepalen wat dient het CJG minimaal een gezond kind te bieden om (primair) preventief te kunnen signaleren en monitoren op medisch, psychosociaal en pedagogisch gebied? In de discussiegroepen zitten een aantal Jeugdartsen, Jeugdverpleegkundigen, CJG managers en andere functionarissen die zich beraden over hoe er door de CJG's kwalitatieve primaire preventie verricht kan worden. De uitwerking en resultaten van de discussiegroepen zullen aan de directie voorgelegd worden. De organisatie gaat er van uit dat door Zorg op Maat te bieden ieder kind de zorg krijgt waar hij/ zij behoefte aan heeft. De individuele zorg die nodig is wordt bepaald aan de hand van (omgevings)factoren van het kind. Zo krijgt een kind extra zorg wanneer de (omgevings)factoren risicovol zijn. Dit betekent ook dat kinderen en gezinnen die geen zorg of ondersteuning nodig hebben in de opvoeding en ontwikkeling van het kind, hierin een minimaal aanbod vanuit het CJG krijgen. Minimaal betekent: voldoende zorg om preventief te kunnen blijven signaleren.

Hierbij gaat het voornamelijk om de primaire preventie (het voorkomen van problemen door vroegtijdige erkenning van risicofactoren). Om te kunnen signaleren en monitoren hoeft de ouder/ verzorger en het kind niet altijd gezien te worden door de CJG-professional. Mogelijk dat signalering en monitoring ook op andere wijzen kan worden uitgevoerd.

4.3.6 KIEN komt eraan! ⁴⁹

CJG Rijnmond heeft het streven om in januari 2012 haar hele organisatie KIEN te laten werken.

KIEN is het traject dat de basis van het werk van de jeugdgezondheidszorg een vernieuwende wending geeft. Het uitgangspunt is dat ieder kind en ouder door kind- en omgevingsfactoren andere behoeften heeft in ondersteuning en informatie van de Jeugdgezondheidszorg.

Door tijd vrij te spelen in het basisaanbod dat ieder kind ontvangt, kan extra ondersteuning en/of zorg geboden worden aan aandachtskinderen. Een aandachtskind is voor CJG Rijnmond een kind met een (tijdelijk) verhoogde kans op lichamelijke, cognitieve, emotionele, gedrags- en/of sociale ontwikkelingsproblemen vanwege kind-, gezin- en/of omgevingsfactoren. Er wordt onderscheid gemaakt in twee categorieën:

- Enkelvoudig: er is sprake van een licht verstoorde balans tussen de draaglast en draagkracht in de opvoedingscontext. De hulpvragen kunnen worden beantwoord door relatief lichte JGZ-interventies.
- Meervoudig: er is sprake van een zwaar verstoorde balans tussen de draaglast en draagkracht in de opvoedingscontext. De complete hulpvragen worden beantwoord door relatief zware interventies die worden uitgevoerd door professionals binnen en buiten het CJG. Zorgcoördinatie wordt standaard ingezet.

In het volgende onderdeel van dit hoofdstuk relateer ik de KIEN ontwikkelingen aan de jeugdverpleegkundige als verbindende schakel bij zorgcoördinatie.

⁴⁹ Factsheet KIEN, Kwaliteit voor Ieder Kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke Jeugdgezondheidszorg, Interne uitgave, CJG Rijnmond, maart 2011

4.4 DE JEUGDVERPLEEGKUNDIGE ALS VERBINDENDE SCHAKEL

4.4.1 De Jeugdverpleegkundige als verbindende schakel

Met betrekking tot de zorgcoördinatie vormt de Jeugdverpleegkundige naar mijn mening dé verbindende schakel. Momenteel ervaren veel jeugdverpleegkundigen dat zij hun spilfunctie zien vervagen. Belangrijk is dat de jeugdverpleegkundige zich als krachtige verbindende schakel gaat profileren en positioneren binnen en buiten het CJG! Zij is als gebruiker van het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg bij uitstek de zorgcoördinator die in de gaten kan houden of de diverse zorgverleners zich aan de afspraken houden. De jeugdverpleegkundige kan hierdoor veel invloed uitoefenen op positief samenwerkingsgericht werken binnen en buiten het CJG. Effectief samenwerken, goed op elkaar afgestemde zorgverlening is van essentieel belang om verantwoorde zorgverlening te kunnen garanderen. De professionals die aan het CJG verbonden zijn komen uit verschillende disciplines, de opleidingen en achtergronden kunnen uiteen lopen. Voor een duidelijke positionering is het nodig dat de jeugdverpleegkundige zich duidelijk neer zet. Tevens dient zij er op toe te zien dat de randvoorwaarden vanuit de organisatie aanwezig zijn en dat de deskundigheid met betrekking tot de zorgcoördinatie gewaarborgd is. De jeugdverpleegkundigen zullen hier over moeten communiceren binnen de organisatie.

De lichte JGZ interventies dienen in zo'n vroeg mogelijk stadium ingezet te worden. Hierbij is een nauwe samenwerking en een goed functionerende schakel met de Voortgezet Onderwijs scholen essentieel. Wanneer scholen zorgelijke signalen krijgen van leerlingen hoort de jeugdverpleegkundige hier direct op in te kunnen spelen. Door accuraat lichte interventies in te zetten kan er mijns inziens meervoudige problematiek worden voorkomen. Er zal voldoende tijd en ruimte gecreëerd dienen te worden voor de jeugdverpleegkundigen om de verbindende schakel met de scholen te versterken. Tevens zal het bijdragen aan duidelijke positionering op het Voortgezet Onderwijs. De scholen weten wat zij van de jeugdverpleegkundige van het CJG kunnen en mogen verwachten.

Jeugdverpleegkundigen denken binnen het CJG Rijnmond geen invloed uit te kunnen oefenen op beleidsmatige zaken en zijn onvoldoende "effectief" assertief. Mede door de hoge werkdruk wordt er binnen de organisatie onvoldoende door de jeugdverpleegkundigen gecommuniceerd waardoor zij een zwakke positie innemen binnen de organisatie. In het volgende hoofdstuk sta ik stil bij het belang van het uitdragen van de verpleegkundige visie en effectieve communicatie.

VERPLEEGKUNDIGE VISIE, VERPLEEGKUNDIGE METHODIEK, COMMUNICATIE STIJLEN, MARKETING FUNDAMENTALS EN BEROEPSTROTS

5.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk beschrijf ik mijn verpleegkundige visie, het uitdragen van visie en het effect. Vervolgens beschrijf ik de verpleegkundige methodiek die toegepast kan worden bij effectieve communicatie. Aansluitend ga ik in op een aantal aspecten van Marketing Fundamentals. Vervolgens leest u in dit hoofdstuk over beroepstrots, een "ongekende kracht". Het hoofdstuk sluit ik af met de doelstelling en werkwijze van de V&VN Fractie Jeugd en het belang van het kwaliteitsregister.

5.1.1 Mijn verpleegkundige visie

De jeugdverpleegkundige volgt de gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen; Zij kan risicogroepen selecteren en indiceren. Zij signaleert bedreigingen in de groei en ontwikkeling van jeugdigen en kan een inschatting maken welke gevolgen deze bedreigingen hebben. Zij kan adequaat reageren en handelen op scholen die zorgsignalen afgeven en stemt haar zorgverlening zorgvuldig af op de behoeften van jongeren en opvoeders. De jeugdverpleegkundige maakt daarbij gebruik van relevante verpleegkundige theorieën, visies en verpleegkundige modellen en erkende richtlijnen. Zij past effectieve jeugdinterventies zoals opvoedingsondersteuning toe ter instandhouding of bevordering van de gezondheid van jeugdigen en houdt rekening met de eigen kracht van de opvoeders en richt zich op empowerment. De verpleegkundige methodieken en haar methodische communicatie versterken de eigenheid van de jeugdverpleegkundige. In haar beroepsuitoefening blijft zij stil staan bij haar verpleegkundige identiteit en de kern van haar beroep. Immers, wanneer zij op de kern blijft focussen blijft zij krachtig. De jeugdverpleegkundige volgt nauwlettend maatschappelijke ontwikkelingen en levert een proactieve bijdrage aan de optimalisering van de zorgverlening door de jeugdgezondheidszorg. Zij neemt haar verantwoordelijkheid voor het op peil houden van haar eigen deskundigheid en staat geregistreerd in het kwaliteitsregister van het V&VN, het onderdeel deskundigheidsgebied jeugdverpleegkunde. Wanneer zij hiaten constateert in haar eigen deskundigheid communiceert zij hierover binnen haar organisatie. Wat de professionalisering van de jeugdverpleegkundige betreft dient zij gestimuleerd te worden door de organisatie ten aanzien van haar eigen kwaliteitsverbetering. Wanneer haar deskundigheidsborging niet toereikend is, dan zal de jeugdverpleegkundige hierover op een methodische, effectieve wijze moeten communiceren binnen de organisatie. De jeugdverpleegkundige is een belangrijke teamspeler in het hele netwerk rond de jongeren, tevens coördineert zij de zorg. Zij dient zich krachtig neer te zetten en te positioneren binnen het netwerk, zodat zij kan voorkomen buiten boord te vallen zowel binnen als buiten het CJG. De jeugdverpleegkundige kan in marketing Fundamentals denken en hierdoor haar herkenbaarheid van haar dienstverlening vergroten. Zij wordt door de organisatie in de gelegenheid gesteld om het netwerk met andere professionals te onderhouden, waardoor zij samenwerkingsgerichtheid positief kan beïnvloeden. De jeugdverpleegkundige is transparant in haar handelen en communiceren en is in staat om haar HBO denk- en handelingsniveau tot uiting te laten komen. Zij heeft beroepstrots omdat haar HBO competenties voldoende worden benut door de organisatie. De jeugdverpleegkundige houdt haar visie scherp en draagt deze krachtig uit zodat zij anderen kan inspireren. Zij heeft een brede kijk en vertoont reflectief gedrag. De jeugdverpleegkundige hecht waarde aan haar bijdrage aan de beroepsontwikkeling van de beroepsgroep, zowel binnen de organisatie als binnen de samenleving.

5.1.2 Het effect van een visie

Op de site van het ICN International Council of Nurses wordt het volgende over het effect van een visie gezegd: ⁵⁰

A vision is a compelling image of the preferred future that sets out a group's or organisation's highest aspirations in clear, powerful, confident language.

⁵⁰ Bron: International Council of Nurses, About ICN, Our vision, <http://www.icn.ch/>

It is what futurist Clement Bezold⁵¹ calls "a future for the heart." Is it more than an idea. When people really take a vision seriously, it becomes an inspirational "force" in their lives that pulls the present toward the envisioned future, acting as a self-fulfilling prophecy. A vision's power lies in its ability to motivate and align efforts.

When people are committed to a vision, they will stretch themselves and their organisations to make it happen. Visions raise people's personal aspirations and provide a focus for collective activity. They create a "big picture" of "where we are going" that makes day-to-day activity more meaningful. For a vision to truly be in force in people's hearts, it must:

- Be legitimate
- Be shared Express people's highest aspirations for what they want to create in the world
- Stretch beyond the limits of current realities
- Conceivably be achievable within a specific time frame.

Ik ben van mening, dat het uitdragen van een duidelijke visie van onschatbare waarde is en dat jeugdverpleegkundigen hier niet vaak genoeg bij stil staan. In het volgende deel van dit hoofdstuk leest u over de verpleegkundige methodiek. Het kunnen hanteren van methodieken is van groot belang bij het bereiken van doelen. Methodieken sluiten aan op een krachtige visie: waar gaan wij voor en hoe kunnen wij dat bereiken? Tevens bekrachtigt het methodisch werken de professionaliteit van de jeugdverpleegkundigen.

5.1.3 Verpleegkundige methodiek

Methodisch handelen is het handelen volgens een vaste, weldoordachte manier om daarbij op een zo effectief mogelijke wijze het doel te bereiken dan men voor ogen heeft of dat nagestreefd moet worden. Het methodisch handelen is een proces dat zowel het handelen als het denken omvat. In het boek "De verpleegkundige als zorgverlener" wordt het methodisch handelen als volgt omschreven: Verpleegkundig methodisch handelen is de methode van het probleemoplossend handelen, waarbij analyse, doelbepaling, interventiekeuze, uitvoering en evaluatie van elkaar onderscheiden worden. De methode wordt in het beroepsprofiel voor de verpleegkundige aangeduid als het primaire proces.⁵²

Bij methodisch handelen zijn de volgende aspecten herkenbaar:

- Doelgericht handelen: er wordt gewerkt in de richting van een doel.
- Bewust handelen: er wordt gewerkt vanuit een bewuste keuze.
- Systematisch handelen: de werkwijze kent een logische volgorde in stappen.
- Procesmatig handelen: er wordt rekening gehouden met het effect dat iedere stap op de andere stap heeft.

Het belang van methodisch handelen binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening:

- Het werkt systematisch.
- Het werkt inzichtelijk voor jezelf en voor anderen.
- Je maakt het handelen toetsbaar en overdraagbaar.
- Je maakt het efficiënt en effectief.

Methodisch handelen berust op probleemoplossend denken.

Het oplossen van een probleem verloopt als een proces waarin de volgende fases zijn te onderscheiden:

1. Huidige situatie.
2. Gewenste situatie.
3. Probleemstelling (diagnostische fase).
4. Maken van een planning ter oplossing van het probleem.
5. Strategie.
6. Uitvoering van een planning.
7. Evaluatie (t.a.v. product, proces en procedure).

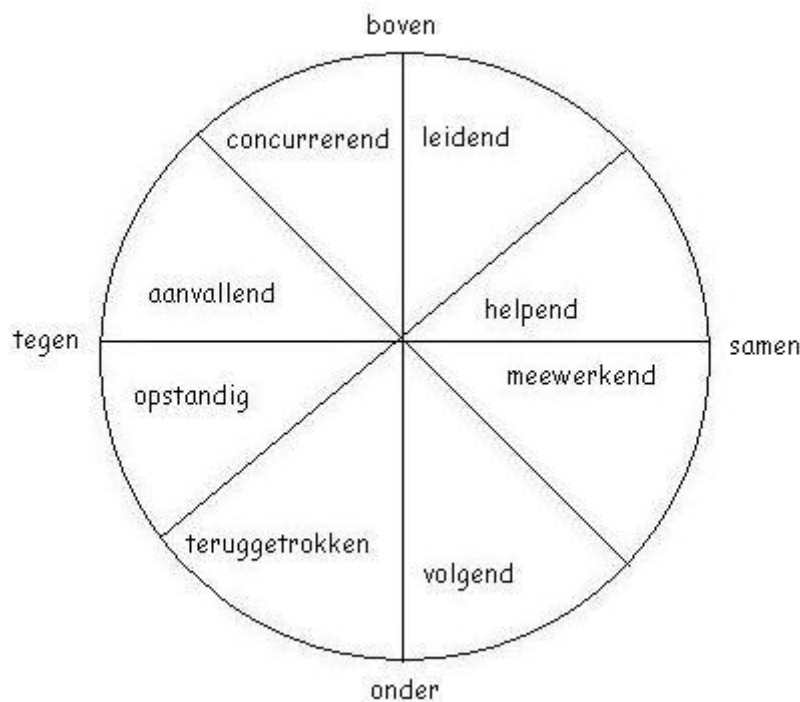
⁵¹ The Institute for Alternative Futures (IAF) was found by Clement Bezold in 1977. IAF has helped organisations with exploring future possibilities; World Health Organization, Department of Health and Human Service USA, <http://www.waltfutures.com/>

⁵² Schout T. ea. De verpleegkundige als zorgverlener, 1^e druk, Uitgeverij Thieme Meulenhoff, Utrecht/Zutphen, 2006

5.1.4 Verpleegkundige methodiek bij effectieve communicatie

De methodiek die op effectieve communicatie aansluit is de Roos van Leary. Kennis van de Roos van Leary kan effectieve communicatie bevorderen binnen het beroepsmatig handelen van de jeugdverpleegkundigen.

De Roos; een rollenschema is bedoeld het rollenevenwicht te doen ontdekken bij effectieve communicatie.⁵³



Het schema omvat niet alle denkbare rollen, maar gaat uit van twee belangrijke dimensies in de rollenstructuur. Deze dimensies zijn:

- Bovenschikking-onderschikking, het actief bepalen wat er in de groep gebeurt tegenover het zich laten bepalen; de bovenste en onderste helft in het schema.
- Tendens tot samenbinding en samenwerking aan de ene kant; aan de andere kant de tendens zich daar tegen af te zetten; in het schema rechts en links.

Dit levert acht sectoren op, die staan voor een teamrol;

1. Taakgericht leiden, structureren.
2. Samenbindend zorgen, steunen.
3. Waarderend meewerken.
4. Afhankelijk, volgend.
5. Teruggetrokken, wijfelend.
6. Opstandig weerstaan.
7. Kritiserend aanvallen.
8. Imponerend, concurreren.

Een juiste combinatie van teamrollen, op bewuste wijze gehanteerd, kan communicatie sterk maken.

⁵³ Vane S. Werken met de Roos van Leary, 1^e druk, Uitgeverij Nelissen, Soest, 2007

De Roos van Leary stelt het volgende:

- Menselijk gedrag verloopt via twee assen; de horizontale as (samen-gedrag versus tegen-gedrag) en de verticale as (boven-gedrag versus onder-gedrag).
- Mensen reageren voorspelbaar op elkaar; namelijk symmetrisch (samen-gedrag roept samen-gedrag op en tegen-gedrag roept tegen-gedrag op) en complementair (boven-gedrag roept onder-gedrag op en vice versa).
- Mensen zijn qua gedrag te beïnvloeden door gedrag van de ander te analyseren, te plaatsen en door bewust op een flexibele manier eigen gedrag aan te passen.

Het communicatiemodel van Timothy Leary geeft verduidelijking in de wisselwerking bij interpersoonlijke communicatie en geeft zicht op de eigen communicatie stijl. Ik zie de Roos van Leary als waardevol methodisch instrument waar de jeugdverpleegkundige gebruik van zou kunnen maken. Wanneer de jeugdverpleegkundige de Roos van Leary toepast zal zij effectiever communiceren en meer invloed uit kunnen oefenen binnen de organisatie.

5.2 DENKEN IN MARKETING FUNDAMENTALS

5.2.1 Personal branding van de jeugdverpleegkundige

Hoewel het vreemd lijkt om over marketing van de jeugdverpleegkundigen te denken wil ik toch stil staan bij de marketingterm positioneren. Door het duidelijk innemen van een positie kunnen jeugdverpleegkundigen zich kenbaar maken binnen en buiten het CJG. Hierbij is het van belang dat de jeugdverpleegkundige zich bewust is van haar Personal branding en hoe zij haar vak kan verkopen. Personal branding is het proces waarin een professional zichtbaar maakt waarin zij uniek en onderscheidend is in haar markt. Een Personal branding opbouwen vraagt om authenticiteit, het maken van keuzes en doorzettingsvermogen.⁵⁴ Tijdens de presentatie "Hoe maak jij je kenbaar in de buurt?" tijdens het JGZ symposium 2011 werden de volgende voordelen van Personal branding genoemd:

- Het geeft richting aan de professionalisering.
- Het vergroot de herkenbaarheid van je dienstverlening.
- Het leidt tot aantrekkingskracht in de markt.

Door jouw Personal branding te ontwikkelen is het van belang om bij de volgende aspecten stil te staan:

- Wat precies wil je kenbaar maken in de buurt?
- Wat zijn jouw unieke talenten?
- Welke kansen zie je in jouw omgeving?
- Wat wordt jouw persoonlijke aanpak?
- Wanneer ben je succesvol?
- Wat wil je als professional of als organisatie uitstralen naar de omgeving?
- Wat is jouw toegevoegde waarde binnen jouw organisatie?
- Wat of wie is jouw markt eigenlijk?
- Wat maakt jou tot een goede gesprekspartner?
- Van waaruit wil je werken?
- Wat kan succes in de weg staan?
- Welke criteria bepalen jouw mate van succes?

Mijns inziens kan de Personal branding van de jeugdverpleegkundige bijdragen aan een hoog niveau van professionaliteit. Ik zie de personal branding als een methode om de verpleegkundige visie uit te dragen. Tevens geeft de Personal branding zicht op de kernexpertise van de jeugdverpleegkundige. Het is van belang dat de jeugdverpleegkundige vanuit haar kernexpertise kijkt naar de expertise van de organisatie waar zij werkzaam is.

⁵⁴ Geïnspireerd door de presentatie Marketing: hoe maak jij je kenbaar in de buurt? Door Marie-Jose Roth en Lianne Selles tijdens het JGZ symposium 2011 te Ede.

Een handige methode om een organisatie beter te leren kennen is het gebruik van de SWOT – analyse. In het volgende onderdeel van dit hoofdstuk zal ik nader ingaan op de SWOT – analyse.

5.2.2 SWOT - analyse⁵⁵

De vier letters van de SWOT - analyse staan voor:

Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. Of: wat zijn de sterke en zwakke kanten van de organisatie, en welke kansen en bedreigingen zijn er? De sterke en zwakke kanten gaan over de 'binnenkant' van de organisatie, waar de professional goed in is, wat haar echte kracht is, waar zijn de medewerkers trots op, wat prijzen anderen als ze het over de organisatie hebben? Maar er wordt ook een analyse gemaakt van wat er niet goed loopt binnen de organisatie. Waar zijn de professionals niet goed in, wat loopt er niet lekker, waarover zijn de medewerkers ontevreden, boos of onverschillig? Welke kritiek hebben buitenstaanders op de organisatie?

Het in kaart brengen van de sterke en zwakke kanten heeft twee voordelen. Ten eerste is het heel belangrijk om zwart op wit te hebben waar de kracht van de organisatie ligt en waar de organisatie (nog) niet goed in is. Dat geeft zelfvertrouwen, terwijl het ook bescheiden en realistisch houdt. Ten tweede kunnen vanuit de analyse acties bedacht worden: zijn onze sterke punten ook de punten die we graag zouden willen hebben? Zo ja, hoe houden we onze sterke punten sterk? Zijn onze zwakke kanten het gevolg van het soort organisatie dat we willen zijn en dus niet bedreigend, of moeten we er echt iets aan doen, omdat anders de organisatie zal verdwijnen? En wat moet er in dat geval intern veranderen?

De kansen en bedreigingen gaan over de 'buitenkant' van de organisatie, welke positieve ontwikkelingen zijn er, welke mogelijkheden dienen zich aan en welke kan de professional zelf creëren? Welke negatieve ontwikkelingen zijn er? Wat kan het voortbestaan van de organisatie in gevaar brengen? Wat geldt voor de sterke en zwakke kanten, is ook van toepassing op de kansen en bedreigingen. Het kan verhelderend zijn om op een rijtje te hebben wat er goed en fout gaat in de omgeving van de organisatie. Bovendien kunnen concrete acties verbonden worden aan de uitkomsten van de analyse. Wat zijn onze grootste kansen, wat moeten we ervoor doen om die te benutten? Hoe draagt het benutten van die kansen bij aan het uitbouwen van onze sterke kanten of het verminderen van de zwakke punten? Welke bedreigingen zijn (potentieel) levensbedreigend, hoe pakken we de bedreiging aan, met wie willen we daarbij samenwerken, hoe kunnen we onze sterke kanten benutten in het bestrijden van de bedreiging?

Ik denk dat het van belang is dat de jeugdverpleegkundige naar de binnen- en buitenkant van de organisatie leert kijken en een relatie legt naar haar eigen sterke en zwakke kanten. Het hanteren van de SWOT – analyse is hierbij een geschikte methode. De jeugdverpleegkundige zal beter in staat zijn om krachtig mee te discussiëren over beleidsmatige zaken.⁵⁶ Tevens zal het de beroepstrots van de jeugdverpleegkundige verhogen. In het volgende onderdeel zal ik beroepstrots omschrijven.

5.2.3 Beroepstrots

In de Bundel Beroepstrots een ongekende kracht, wordt "wie beroepstrots heeft" als volgt omschreven:⁵⁷

Wie beroepstrots heeft, is terecht tevreden over zijn werk omdat het van belang en betekenis is, omdat het kwaliteit heeft, en deskundig en 'naar eer en geweten' is uitgevoerd. Werken vanuit beroepstrots betekent dat je zelf, openlijk en zelfbewust, de inzet en inhoud van je eigen beroepsuitoefening waardeert en dat ook anderen die op waarde weten te schatten.

⁵⁵ Bron; Landelijk kennisinstituut en adviesbureau voor maatschappelijke ontwikkelingen, Brochure SWOT analyse, www.movisie.nl

⁵⁶ Geïnspireerd door het bijwonen van een werkdag door de Fractie Jeugd V&VN, gefaciliteerd door Nutricia, te Utrecht, 2 september 2010

⁵⁷ Jansen T. ea. Beroepstrots een ongekende kracht, 1^e druk, Uitg. Boom, Amsterdam 2009

Het eigen goede gevoel over je werk wordt beantwoord door anderen met erkenning, ruimte en vertrouwen. Dit positieve antwoord motiveert enorm.

De geschetste trend van een opkomende beroepstrots is het antwoord op het beroepszeer dat de afgelopen decennia ervaren is op de werkvloer waar het 'echte werk' moet worden gedaan. Beroepszeer staat voor de miskenning en het gebrek aan waardering voor de inzet, motivatie, inspiratie en kwaliteit en prestaties die professionals dagelijks op de werkvloer leveren. Deze miskenning van beroepstrots en beroepszeer heeft samen gehangen met de volgende ontwikkelingen: Ten eerste moest er de afgelopen decennia steeds meer gebeuren met steeds minder ten gevolge van het strikte begrotingsbeleid in Den Haag. Een tweede ontwikkeling is geweest dat de status van verschillende professies veel lager is geworden. Ten derde was er in de afgelopen decennia een te smalle en te zwakke belangenbehartiging. De beroepsorganisaties die voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening zouden moeten opkomen, waren daarvoor in veel gevallen niet uitgerust. Ze waren zwak ontwikkeld omdat ze een smalle achterban hadden of helemaal niet meer bestonden. Ten vierde werden er vanuit de samenleving en de overheid steeds hogere kwaliteitseisen gesteld. De tolerantie bij de burgers voor slechte of matige dienstverlening is sterk afgenomen. Van de politiek wordt verwacht dat zij iets aan kwaliteitsverbetering doet. Dit leidt tot een streven naar een steeds grotere beheersing van de kwaliteit. Ten vijfde is er sprake van een afnemend vertrouwen in de werkenden. Tegenwoordig kan elk incident leiden tot nieuwe regelgeving, sancties en gezichtsverlies. Ten zesde is de handelingsruimte van professionals kleiner gemaakt door toename van toezicht en controle. Managers functioneren als aanjagers en bewakers van efficiënter werken en meer kwaliteit. De machtsuitoefening vindt plaats van boven naar beneden. Hoe hoger in de organisatiepiramide, hoe meer macht. Hoe lager, hoe minder macht en minder status. Om doelen als goedkoper werken, efficiency, effectiviteit te halen, wordt de handelingsruimte van de werkenden op de werkvloer ingeperkt door protocollen, richtlijnen, diagnose-behandelingscombinaties op outputsturing. De lagere, uitvoerende niveaus spelen geen rol meer in het debat over de doelstellingen en prioriteiten, maar hebben uitsluitend nog de keuze van de middelen. Intussen is er al veel over de kenmerken, de aanleidingen en oorzaken van beroepszeer geschreven. Het doel van het boek over beroepstrots is om voorbij de miskenning te komen en wegen te zoeken naar oplossingen.

5.2.4 De tijd is rijp voor beroepstrots

De tijd is aangebroken om actief te gaan inspelen op de beweging van beroepstrots. Beroepstrots kan een stevige bijdrage leveren aan het verlangen naar herkenbaarheid, eigenwaarde en verbondenheid met anderen.⁵⁸ Ik zie hier een geweldige uitdaging liggen voor de jeugdverpleegkundigen. Gezamenlijk zoeken naar een effectieve en overtuigende benadering die gericht is op werk waarop de jeugdverpleegkundigen trots kunnen blijven of weer trots kunnen worden.

In de bundel Beroepstrots een ongekende kracht staat een interview met Benjamin Heyl een inspirerende, oud verpleegkundige. Heyl heeft zich altijd ingezet voor de verbetering van de positie van de verpleegkundigen. In 2008 schreef hij het boekje *Zorg over de zorgverlening*. Daarin stelt hij de vraag of het niet de taak is van de medewerkers in de gezondheidszorg de klok te luiden als de zorg beneden de maat dreigt te worden. Heyl stelt in het interview dat de stem van de medewerkers te weinig gehoord wordt wanneer er gesproken wordt over het beleid binnen de gezondheidszorg. Dat hun stem niet gehoord wordt ligt aan de verpleegkundigen zelf. Hun organisaties werken langs elkaar heen en weten op cruciale momenten zich niet te bundelen en samen te werken. Ze proberen allemaal apart het wiel uit te vinden. Heyl; "Wij zijn de grootste groep in de gezondheidszorg. Wij zijn de machtigste, maar toch zijn wij de zwakste. Wij weten niet hoe wij onze eisen kunnen afdwingen en hoe wij onze krachten moeten bundelen. Wij trekken dus altijd aan het kortste eind, onder het motto: wij laten de patiënt niet in de steek. Dit klinkt heel mooi, maar op lange termijn verliezen wij, en dan wordt de patiënt toch in de steek gelaten". Heyl benadrukt in het interview dat wij leven in een maatschappij met normen en waarden die kunnen veranderen en die invloed hebben op de instellingen van de gezondheidszorg. Deze invloed wordt onvoldoende erkend door verpleegkundigen. Hij eindigt het interview met de volgende vragen? Hoe kritisch zijn wij eigenlijk?

⁵⁸ Jansen T. ea. Beroepstrots een ongekende kracht, 1^e druk, Uitg. Boom, Amsterdam 2009

Hoe reageren wij op politieke druk? Zijn er ethische grenzen die overschreden worden? Wat betekent optimale cliëntgerichte zorg als niemand aangesproken kan worden op wat dat inhoudt?

Naar mijn mening is het interview met Heyl een rake verwoording van de gevoelens van machteloosheid bij verpleegkundigen door het niet innemen van een krachtige positie.

Wanneer verpleegkundigen beroepstrots ervaren zullen zij verlangen naar eigenwaarde en verbondenheid met anderen. Wanneer krachten worden gebundeld worden is het niet langer nodig om met de stroom mee te gaan. Hier valt voor de jeugdverpleegkundigen nog een wereld te winnen.

Hierop aansluitend omschrijf ik in het volgende onderdeel van dit hoofdstuk de doelstellingen van de V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg en het belang van het kwaliteitsregister.

5.2.5 Doelen en werkwijze van de V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg⁵⁹

V&VN bestaat uit een dertigtal afdelingen. De Fractie Jeugdgezondheidszorg is een samenwerkingsverband van jeugdverpleegkundigen van V&VN afdeling Eerstelijnsverpleegkundigen en V&VN afdeling Verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg (VOGZ).

De V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg kent de volgende strategische doelstellingen:

- Richting geven aan en een visie ontwikkelen op de beroepsinhoudelijke ontwikkelingen van de verpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg -9 maanden tot en met 19jaar
- Invloed uitoefenen op landelijke ontwikkelingen op het gebied van de Jeugdgezondheidszorg
- Bevorderen van uitwisseling en uitdragen van kennis, informatie, materialen, ontwikkelingen en meningen tussen verpleegkundigen werkzaam in de JGZ -9 maanden tot en met 19 jaar.

De opbouw van de Fractie Jeugdgezondheidszorg is als volgt:

1. De fractie, een elftal dat functioneert als de kerngroep
2. Symposiumcommissie
3. Groep actieve leden
4. Netwerk verpleegkundig specialisten preventie
5. Commissie verplegingswetenschappers

De Fractie Jeugdgezondheidszorg bestaat uit enthousiaste jeugdverpleegkundigen afkomstig uit alle delen van het land met verschillende functies binnen de gezondheidszorg. De leden hebben affiniteit met of ervaring in collectieve preventie, organisatie Jeugdgezondheidszorg, bijscholing, publiciteit, wetenschap, onderzoek en politiek. De leden integreren verpleegkundige, emancipatoire en transculturele inzichten in hun werk. De Fractie inventariseert de ideeën en meningen van haar leden, komt tot een standpuntbepaling en peilt deze zoveel mogelijk bij de achterban. Vervolgens draagt de Fractie deze uit in notities, op symposia, in workshops, in commissies en in landelijke overleggen, zoals eerder omschreven in hoofdstuk 3. De leden van de Fractie coördineren en houden overzicht. Zij vertegenwoordigen de jeugdverpleegkundige beroepsbelangen bij de rijksoverheid, gemeentelijke overheid, politieke partijen en landelijke partijen en hebben overleg met de afdelingen eerstelijns en openbare gezondheidszorg van de V&VN en reageren op actuele landelijke ontwikkelingen.

De actieve leden zijn de leden die betrokken zijn bij specifieke inhoudelijke thema's en/of beleidsvormende zaken. Zij zetten hun expertise in op specifieke, afgebakende thema's.

Op deze manier vertegenwoordigen de actieve leden uit het netwerk regelmatig de beroepsgroep namens de Fractie JGZ als contactpersoon in landelijke commissies, werkgroepen, discussiebijeenkomsten, expertmeetings en andere externe vertegenwoordiging. De Fractie en de actieve leden komen één of twee keer per jaar bij elkaar voor terugkoppeling van hun activiteiten en inventariseren, bespreking en toetsing van nieuwe onderwerpen. Deze bijeenkomsten zijn voor zowel de Fractie als de actieve leden een belangrijke voedingsbron voor beleidswensen en –voorstellen en visievorming.

De V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg stimuleert de jeugdverpleegkundigen zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen beroepsontwikkeling waarbij zij gericht is op een vorm van "life long learning": een voortdurend leerproces in de praktijk en streeft ernaar dat alle jeugdverpleegkundigen zich inschrijven in het kwaliteitsregister deskundigheidsgebied jeugdverpleegkunde.

⁵⁹ Beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden, V&VN, Beleidsvoornemens, Jaarplan 2010-2012 V&VN fractie Jeugd, 20100314 JDV, Publicatiedatum 19-12-2010, <http://eerstelijns.venvn.nl/FractieJeugdverpleegkundigen.aspx>

5.2.6 Het V&V kwaliteitsregister⁶⁰

Het Kwaliteitsregister V&V is een online registratiesysteem, waarin verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bijhouden wat zij doen aan deskundigheidsbevordering. Het register is via internet altijd en overal bereikbaar. Het Kwaliteitsregister V&V heeft een belangrijke basis: de professionele standaard. Die professionele standaard is opgesteld door de beroepsgroep zelf, in samenwerking met patiëntenorganisaties, opleiders, werkgevers en zorgverzekeraars. Deze partijen hebben gezamenlijk bepaald wat je als verpleegkundige of verzorgende aan deskundigheidsbevorderende activiteiten moet doen, om steeds goede kwaliteit van zorg te kunnen blijven bieden. Eén van die eisen is bijvoorbeeld het vak bijhouden op verschillende gebieden. Deze gebieden vinden hun oorsprong in het beroepsprofiel voor verpleegkundigen en dat voor verzorgenden. Daarom dienen er voor het Kwaliteitsregister V&V zorgvragergebonden activiteiten, organisatiegebonden activiteiten en professiegebonden activiteiten gevolgd te worden. Zo wordt er deskundigheid over de hele breedte van het vakgebied gewaarborgd. Accreditatie is een belangrijke peiler van het register. Een deel van de punten die worden gehaald, komt voort uit het volgen van geaccrediteerde scholing. De aanbieders van deze scholing zijn door een onafhankelijke accreditatiecommissie beoordeeld. De scholing wordt voortdurend steekproefsgewijs gecontroleerd. Zo is ook de kwaliteit van de scholing in de catalogus van het Kwaliteitsregister V&V geborgd.

Waarom een kwaliteitsregister?

Het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden is een initiatief van de beroepsgroepen zelf. Daarmee voldoen ze aan de opdracht van de overheid om zelf zorg te dragen voor hun eigen kwaliteit. Het Kwaliteitsregister V&V is een aanvulling op de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Het BIG-register stelt voor herregistratie alleen een kwantitatieve eis: verpleegkundigen moeten in vijf jaar tijd een bepaald aantal uren werken om voor herregistratie in het BIG-register in aanmerking te komen. Maar werkervaring alleen is niet genoeg om patiënten en cliënten deskundig te kunnen helpen en kwaliteit te kunnen garanderen. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten actief werken aan deskundigheidsbevordering om op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen binnen hun eigen vak. Het Kwaliteitsregister is een eenvoudig en goedkoop hulpmiddel voor verpleegkundigen en verzorgenden om aan te tonen dat zij hun deskundigheid op peil houden en daarmee aan de eisen van de beroepsgroep voldoen. Registratie en herregistratie in het BIG-register zijn verplicht. Registratie en herregistratie in het Kwaliteitsregister V&V zijn nu nog op vrijwillige basis. Na vijf jaar te zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister V&V dient herregistratie plaats te vinden. Herregistratie in het Kwaliteitsregister V&V heeft niet direct te maken met je periodieke registratie in het BIG-register. De periodieke BIG-registratie wordt immers verleend op basis van de 2.080 werkervaringsuren over de afgelopen vijf jaar, en niet op basis van het onderhouden en vergroten van je deskundigheid. Herregistratie in het Kwaliteitsregister V&V is dus geen voorwaarde voor de periodieke herregistratie in het BIG-register. Het is echter wel zo dat de verpleegkundige in het BIG-register moet zijn ingeschreven om ingeschreven te kunnen blijven in het Kwaliteitsregister V&V.

Welke voordelen biedt het Kwaliteitsregister?

Verpleegkundigen en verzorgenden:

- Krijgen beter inzicht in hun bevoegdheden en bekwaamheden.
- Kunnen aan cliënten, collega's en werkgevers laten zien dat zij deskundig zijn en dat zij die deskundigheid op peil houden.
- Kunnen hun leidinggevers beter uitleggen welke bijscholing zij nodig hebben om de zorgverlening te verbeteren.
- Besparen tijd bij het zoeken naar geaccrediteerde cursussen en opleidingen.

Zorginstellingen:

- Hebben op elk moment zicht op de deskundigheid van hun medewerkers.
- Weten daardoor of zij voldoen aan de eisen uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen.
- Het kwaliteitsregister is relatief goedkoop door de grote aantallen deelnemers.

⁶⁰ Bron: Beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, V&VN, www.kwaliteitsregistervnv.nl

- Daarmee hebben zij een eenvoudig en relatief goedkoop instrument in handen om goede zorg te kunnen leveren.

Clënten/patiënten:

- Weten dat geregistreerde verpleegkundigen en verzorgenden hun vak bijhouden.

Mijns inziens laat de jeugdverpleegkundige door middel van registratie in het deskundigheidsgebied jeugdverpleegkunde van het Kwaliteitsregister V&V zien dat zij trots is op haar vak en haar vak serieus neemt. Uit onderzoek is gebleken dat individuele professionalisering voor verpleegkundigen van belang is.⁶¹ Op 13 april 2011 presenteerde de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) in het bijzijn van onder andere minister Schippers van VWS en V&VN voorzitter Marian Kaljouw het advies⁶² "Bekwaam is bevoegd, innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg". In dit advies stelt de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) dat het noodzakelijk is zorgprofessionals zoals artsen en verpleegkundigen anders op te leiden om ze voor te bereiden op de vraag naar de zorg van morgen. Dit geldt zowel voor de initiële scholing als voor de bij- en nascholing. Bevoegdheid tot het verrichten van handelingen moet niet langer voortvloeien uit een eenmaal verkregen beroepstitel, maar uit bewezen bekwaamheid. De beroepsvereniging V&VN is het volmondig eens met de wettelijke verplichting door deskundigheidsbevorderende activiteiten. De V&VN heeft daarin al een grote stap gezet in het Kwaliteitsregister. De Raad voor de Volksgezondheid stelt dat er meer flexibiliteit moet komen in de opleidingen om doorstroom naar andere functies (horizontaal en verticaal) te bevorderen. Leertrajecten moeten een leven lang leren mogelijk maken. Hierdoor kunnen professionals hun talenten optimaal ontplooien en krijgen zij een ruimer carrièreperspectief. Ook moet het systeem van bij- en nascholing minder vrijblijvend worden. Het moet een krachtig instrument worden om het beroep continu aan te passen aan wat cliënten/patiënten nodig hebben. Individuele beroepsbeoefenaren leren hierdoor nieuwe kennis en vaardigheden en blijven op de hoogte van ontwikkelingen.

Volgens Mariska de Bont, beleidsmedewerker V&VN staan er op dit moment 324 van de 3179 jeugdverpleegkundigen geregistreerd in het kwaliteitsregister. De V&VN fractie Jeugd roept alle jeugdverpleegkundigen op om zich in het deskundigheidsgebied jeugdverpleegkunde van het V&VN kwaliteitsregister te laten registreren. Per juni 2011 is de instapeis voor nieuwe jeugdverpleegkundigen: HBOV met een introductie cursus in de jeugdgezondheidszorg. Voor de jeugdverpleegkundigen die nu al werken in de jeugdgezondheidszorg geldt een dispensatieregeling.⁶³

Kosten V&VN lidmaatschap⁶⁴

Voor individuele leden bedraagt de contributie voor het basislidmaatschap van V&VN 62 euro per jaar. Voor dit bedrag kan er gebruik gemaakt worden van het complete producten- en dienstenpakket dat V&VN biedt, inclusief inschrijving in het kwaliteitsregister. Voor het aanvullende lidmaatschap van de afdeling Eerstelijnsverpleegkundigen; deskundigheidsgebied jeugdverpleegkunde betaald men 40 euro per jaar. Via werkgevers wordt er dikwijls 50% van de contributie terugbetaald. Instellingen die een collectieve overeenkomst afsluiten met V&VN betalen hiervoor 52 euro (exclusief BTW) per inschrijving in het kwaliteitsregister V&VN. Of 62 euro (geen BTW-heffing) voor de combinatie van het lidmaatschap van V&VN en inschrijving in het Kwaliteitsregister V&V. Deze tarieven gelden vanaf 1 januari 2010.

⁶¹ Bron: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, document Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk, Nivel 2004, www.nivel.nl

⁶² Bron: Raad voor Volksgezondheid & Zorg, publicatie Bekwaam is Bevoegd Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, www.rvz.net/publicaties/bekijk/bekwaam-is-bevoegd

⁶³ Bron: Beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden, V&VN, Nieuwsbrief april 2011 fractie Jeugd, <http://eerstelijns.venvn.nl/FractieJeugdverpleegkundigen.aspx>

⁶⁴ Bron: Beroepsvereniging van zorgprofessionals Lidmaatschap V&VN, www.v&vn.nl

6 DISCUSSIE

In dit discussiehoofdstuk zal ik mijn beoordeling geven over de resultaten van mijn literatuurstudie. Daarin zal ik stapsgewijs de resultaten van mijn bevindingen samenvatten en van een kritisch oordeel voorzien. Ik doe dit in de volgorde van de hoofdstukken in dit afstudeerwerkstuk.

6.1 REGIEROL GEMEENTE EN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE

Het kabinet zet in op een totale reorganisatie van het jeugdbeleid. De rol van de gemeente wordt omschreven als een regierol. Ten eerste ben ik van mening dat de gemeenten de JGZ verpleegkundigen moet betrekken bij het tot stand komen van het lokale jeugdbeleid. Gemeenten dienen te beseffen dat zij de regie niet kunnen voeren zonder de professionele deskundigheid van de JGZ verpleegkundigen uit het werkveld. Ten tweede zet de JGZ verpleegkundige zich er voor in om de volksgezondheid te beschermen en verbeteren. Zij kan, mede doordat zij weet wat er in de wijk afspeelt gezondheidsbedreigende factoren signaleren en meedenken over preventieve interventies. Echter, in de praktijk blijkt dat de JGZ zich veel meer en duidelijker moeten profileren als deskundige. De JGZ stelt zich te terughoudend op bij activiteiten ter bevordering van de gezondheid van jongeren. Mogelijk is dit te wijten aan tijdgebrek. Mijns inziens kan tijdgebrek niet als excuus worden gebruikt. Waarschijnlijk is het een kwestie van opgaan in de "waan van de dag". Niet stil staan bij de essentie van de kerntaken door de JGZ verpleegkundigen en onduidelijk profileren hebben nadelige consequenties ten aanzien van de uitstraling van de professionaliteit en resulteert in een zwakke positie. Van een verpleegkundige op kwalificatieniveau 5 mag worden verwacht dat zij overstijgend blijft kijken naar haar kerntaken.

6.2 PROFESSIONALITEIT VAN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE

Ik ben van mening dat de JGZ verpleegkundige verantwoordelijk is voor haar professionaliteit. Als beroepsgroep vonden wij het belangrijk dat onze professionaliteit opgenomen werd in het zogenoemde register van Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Daarmee wilden we ook meer eisen aan onze beroepsuitoefening stellen en laten zien wat we waard zijn. Deze professionalisering brengt de verplichting mee ons te blijven bijscholen en ontwikkelen. De verantwoordelijkheid voor professionalisering van de JGZ verpleegkundige hoort wel een gedeelde verantwoordelijkheid te blijven. Wanneer JGZ verpleegkundigen constateren dat zij onvoldoende bijdragen aan beroepsontwikkeling omdat er onvoldoende ruimte is voor bijscholing, congressen en symposia zullen zij hierover in discussie moeten gaan binnen de organisatie. Van de organisatie mag worden verwacht dat er een professionele standaard van de JGZ verpleegkundige gehanteerd wordt. Het verpleegkundig Beroepsprofiel heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de professionalisering en profilering van het verpleegkundig beroep. Echter, beroepen staan nooit stil, voortdurend is er beïnvloeding door maatschappelijke ontwikkelingen die gevolgen hebben op de beroepsuitoefening. Als rol van Beroepsoefenaar van het competentie profiel dient de JGZ verpleegkundige de maatschappelijke ontwikkelingen te volgen en hierop te anticiperen. Zij is mede verantwoordelijk voor het bijdragen aan de beroepsontwikkeling van de beroepsgroep. Mijns inziens is de JGZ verpleegkundige zich hiervan onvoldoende bewust.

6.3 PROFESSIONALITEIT, IDENTITEIT EN POSITIONERING VAN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE

Een belangrijke voorwaarde om bij te kunnen dragen aan de professionaliteit van het verpleegkundige beroep is dat de jeugdverpleegkundigen zichzelf positief kunnen identificeren met de beroepsgroep jeugdverpleegkundigen.

Bij professionaliteit gaat het om de specifieke combinatie van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos, noodzakelijk om in een bepaald beroep te kunnen functioneren. De identiteit wordt gevormd door de feitelijke wijze waarop men zich manifesteert, profileert en onderscheidt van anderen. Hierbij speelt ontplooiing een belangrijke rol. Voor het ontwikkelen van een verpleegkundige identiteit dient er een balans te zijn tussen de persoonlijke en beroepsidentiteit. Om een juiste balans te vinden zal de JGZ verpleegkundige zichzelf moeten bevragen. Verpleegkundigen zijn "masters" in het socialiseren, doen wat er van hen verwacht wordt.

Ook door een sterk verantwoordelijkheids gevoel voor werkprocessen en cliënten gaan zij op in de "waan van de dag". Zo vergeet men bij het voldoen van de verwachtingen zichzelf af te vragen of datgene wat er van haar verwacht werd wel overeenkwam met datgene wat zij aan mogelijkheden bezat of wat zij van betekenis vond. In tijden van hoge werkdruk en onzekerheid over het takenpakket is de kans groot dat de JGZ verpleegkundigen het contact verliezen met datgene wat voor hen werkelijk van waarde is. De consequentie is dat haar identiteit vervaagt en er onvoldoende professionaliteit wordt uitgestraald. Uit literatuurstudie (eerder genoemd in hoofdstuk 3) is gebleken dat verpleegkundigen zichzelf graag als professional zien maar dat niet uitstralen. Zij blijken te twijfelen aan hun eigen identiteit er roloppvatting en vinden het moeilijk om het beroepseigene te verwoorden. Van groot belang is dat de JGZ verpleegkundige toch de tijd neemt voor zelfreflectie: wie ben ik, wat wil ik, wat zijn mijn doelen? Morele beraadslaging zal meer zicht geven op haar eigenheid. Vanuit haar eigenheid kan zij zorg gaan dragen voor datgene wat echt van waarde is. Daadkracht en integriteit verkrijgen ligt in het verlengde van authenticiteit waarbij het trouw naar haar zelf toe betreft. Bij integriteit gaat het erom dat de JGZ verpleegkundige betrouwbaar naar anderen kan zijn. Haar houding en datgene wat zij zegt hoort met elkaar in overeenstemming te zijn, dan zal zij anderen kunnen overtuigen. Vanuit haar rol coach mag verwacht worden dat zij voorbeeldgedrag vertoont en andere collega's inspireert.

6.4 VERPLEEGKUNDIGE VISIE

Het uitdragen van de verpleegkundige visie is van onschatbare waarde. Maar het uiteindelijke doel is de gezamenlijke visievorming van de JGZ verpleegkundigen binnen en buiten het CJG. Visie zal fungeren als richtinggevend kompas en als bron van inspiratie voor anderen in de organisatie en de ketenpartners. Het kunnen hanteren van verpleegkundige methodiek bij effectieve communicatie zal er toe bijdragen dat de JGZ verpleegkundige kan over brengen wat voor haar van belang is.

6.5 COMMUNICATIE EN PRESENTATIE VAN DE JGZ VERPLEEGKUNDIGE

Communicatie; hét middel om over te brengen wat van waarde is voor de JGZ verpleegkundige. De Roos van Leary is een zeer geschikte methodiek maar zal alleen werken als de JGZ verpleegkundige zelfreflectie toepast. Zicht op eigen communicatiestijl heeft alleen meerwaarde als de JGZ verpleegkundige gemotiveerd is om haar communicatiestijl aan te passen om doelen te kunnen bereiken. Tevens zal zij zich "bewust" zichtbaar moeten maken binnen de organisatie. Het ontwikkelen van Personal Branding waarmee zij zich uniek en onderscheidend maakt zal haar nog krachtiger maken. Ik zie het als een hiaat dat er in de verpleegkundige opleidingen nauwelijks aandacht wordt geschonken aan het denken in marketing Fundamentals. Met behulp van de SWOT-analyse zal de JGZ verpleegkundige in staat zijn om naar de binnen- en buitenkant van haar organisatie te kijken in relatie met haar eigen sterke en zwakke kanten. Wanneer zij zich meer bewust is van haar valkuilen zal zij in staat zijn haar communicatiestijl en wijze van presenteren aan te passen. Mee discussiëren over beleidsmatige zaken zou iets vanzelfsprekends moeten worden.

6.6 BEROEPSTROTS

Werken vanuit beroepstrots betekent dat je zelf, openlijk en zelfbewust, de inzet en inhoud van je eigen beroepsuitoefening waardeert en dat ook anderen dat op waarde weten te schatten. Ik geloof dat het vormen van een zichtbare verpleegkundige identiteit, het uitdragen van een krachtige visie en het innemen van een krachtige positie beroepstrots creëren. De trend van opkomende beroepstrots is een gunstige ontwikkeling. Het zet het verlangen naar herkenbaarheid, eigenwaarde en verbondenheid met anderen in gang. Het CJG Rijnmond dient meer oog te krijgen voor factoren die beroepstrots van jeugdverpleegkundigen kunnen verhogen. JGZ verpleegkundigen moeten inspelen op de ontwikkeling beroepstrots.

6.7 V&VN FRACTIE JEUGD EN HET KWALITEITSREGISTER

De V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg; de inspiratiebron voor jeugdverpleegkundigen!

Door lid te zijn van de V&VN fractie Jeugd kunnen JGZ verpleegkundigen hun professionaliteit verder ontwikkelen en een inspirerende jeugdverpleegkundige blijven. De fractie is op zoek naar actieve leden voor versterking! Vanuit de rol beroepsbeoefenaar; bijdragen aan beroepsontwikkeling van de beroepsgroep zie ik het als een "must" voor JGZ verpleegkundigen om lid te zijn van de V&VN fractie Jeugd. Het lidmaatschap zal bijdragen aan betere zorgverlening, geïnspireerde en gemotiveerde JGZ verpleegkundigen. Naar mijn mening is het een onlogische zaak dat het niet voor alle organisaties vanzelfsprekend is dat JGZ verpleegkundigen lid zijn van de V&VN fractie Jeugd. Organisaties dienen mijns inziens JGZ verpleegkundigen in de gelegenheid te stellen om lid te zijn. De organisaties zullen er veel voor terug krijgen. Ik heb ook de indruk dat de voordelen van het kwaliteitsregister door organisaties worden onderschat. JGZ verpleegkundigen laten graag zien dat zij hun deskundigheidsgebied serieus nemen en organisaties willen toch ook trots zijn op JGZ verpleegkundigen die voldoen aan de professionele standaard?

7 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk zal ik op basis van de literatuurstudie voor dit afstudeerwerkstuk en discussie mijn conclusies samenvatten. Ik doe dit in de volgorde van de hoofdstukken in dit afstudeerwerkstuk. Terugblikkend op mijn probleemstelling kan ik het volgende concluderen:

1. Gemeente en het CJG Rijnmond dienen in het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid meer gebruik te maken van de professionele deskundigheid van de JGZ verpleegkundigen uit het werkveld om doelstellingen van het lokaal jeugdbeleid te bereiken.
2. De JGZ verpleegkundigen dienen zich veel duidelijker te profileren als deskundige op het gebied van preventieve maatregelen en moeten hun waarde aantonen.
3. De JGZ verpleegkundige heeft onvoldoende inzicht op haar verpleegkundige identiteit waardoor zij contact verliest met datgene wat voor haar werkelijk van waarde is. Door de hoge werkdruk nemen de JGZ verpleegkundigen onvoldoende tijd voor bezinning op het vak.
4. De JGZ verpleegkundige dient maatschappelijke ontwikkelingen nauwlettend te volgen en haar verpleegkundige visie hier op af te stemmen. Het effect van het uitdragen van een duidelijke visie versterkt de positionering binnen het CJG en haar netwerk waaronder de VO scholen.
5. Het hanteren van verpleegkundige methodiek bij effectieve communicatie zal er toe bijdragen dat zij pro-actief en beargumenteerd haar stellingen weet uit te spreken binnen de organisatie.
6. Vanuit de rol beroepsbeoefenaar is de JGZ verpleegkundige verantwoordelijk voor haar professionaliteit en het bijdragen aan de beroepsontwikkeling voor de beroepsgroep. De JGZ verpleegkundigen zijn zich van deze verantwoordelijkheid onvoldoende bewust.
7. De bijdrage van de JGZ verpleegkundigen aan beleidsontwikkelingen binnen het CJG Rijnmond is te beperkt.
8. Met betrekking tot de zorgcoördinatie binnen het CJG Rijnmond zal de JGZ verpleegkundige zich moeten profileren als dé verbindende schakel. Het beargumenteren van haar rol als de verbindende schakel zal haar positie versterken. De JGZ verpleegkundige dient er op toe te zien dat de randvoorwaarden vanuit de organisatie aanwezig zijn en dat de deskundigheid met betrekking tot de zorgcoördinatie gewaarborgd is.
9. Bij het duidelijk innemen van een positie binnen en buiten het CJG is het belangrijk dat JGZ verpleegkundigen een Personal Branding ontwikkelen.
10. Het "vormen" van een zichtbare verpleegkundige identiteit, het uitdragen van de verpleegkundige visie en innemen van een krachtige positie creëren beroepstrots. De ontwikkeling beroepstrots heeft tot gevolg dat organisaties meer oog zullen hebben voor factoren die beroepstrots van werknemers zullen verhogen. JGZ verpleegkundigen dienen op deze beroepstrots ontwikkeling in te spelen.
11. JGZ verpleegkundigen worden door het CJG Rijnmond niet gestimuleerd om lid te zijn van de V&VN fractie jeugd. Tevens worden de voordelen van registratie door JGZ verpleegkundigen in het kwaliteitsregister onderschat waardoor er geen inzicht is in de professionele standaard van de JGZ verpleegkundige.

Samenvattend kan er geconcludeerd worden dat JGZ verpleegkundigen onvoldoende stil staan bij hun verpleegkundige identiteit en visie. Een visie afgestemd op maatschappelijke ontwikkelingen en deze krachtig uitdragen zal haar positie en profilering versterken. Kritische reflectie, verpleegkundige methodiek en effectieve communicatie zijn belangrijke onderdelen om de persoonlijke effectiviteit, professionele ontwikkeling en beroepstrots van de jeugdverpleegkundigen te stimuleren. Met het V&V kwaliteitsregister kan de jeugdverpleegkundige haar professionele standaard zichtbaar maken. Aansluiting bij de beroepsgroep V&VN Jeugdgezondheidszorg is belangrijk om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verhogen. En door krachtenbundeling zal de gezamenlijke stem van de jeugdverpleegkundigen duidelijker gaan klinken.

8 AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zal ik een aantal aanbevelingen formuleren die voortvloeien uit mijn afstudeerwerkstuk. Ik zal deze aanbevelingen "adresseren", dat wil zeggen, ik zal ook aangeven wie met deze aanbevelingen naar mijn mening aan de slag moet.

Ik heb mijn aanbevelingen geordend naar macroniveau (de overheid, de beroepsgroep ed.), naar mesoniveau (de instellingen ed.) en naar microniveau (de individuele professional, de cliënt etc.)

8.1 AANBEVELINGEN OP MACRONIVEAU

1. Nederland ratificeerde in 1995 het internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Volgens dit verdrag heeft ieder kind recht op een veilige, evenwichtige en stimulerende opvoedingscontext. Nu is het in Nederland zo, dat deze rechten worden vertaald naar het individuele Recht op Jeugdzorg. Maar er zou veel meer aandacht moeten zijn voor preventieve maatregelen en lichte opvoedingsondersteuning door jeugdverpleegkundigen zodat intensieve jeugdzorg kan worden voorkomen!

Mijn aanbeveling is, dat gemeenten de deskundigheid van de jeugdverpleegkundigen gaat benutten om doelstellingen met betrekking tot preventieve maatregelen van het lokale jeugdbeleid te bereiken. Het CJG Rijnmond dient een betrouwbare en deskundige partner te zijn voor de gemeente; wethouder Onderwijs, Jeugd en Gezin voor het Rotterdamse college. Het CJG Rijnmond adviseert de gemeente in het versterken van het preventie beleid en zet vervolgens jeugdverpleegkundigen actief in. De gemeente communiceert met de Voortgezet Onderwijs scholen over het belang van open spreekuren door jeugdverpleegkundigen in het kader van vroegsignalering en zorgverlening die afgestemd is op de zorgbehoeften van leerlingen en opvoeders.

2. Hoge scholen schenken meer aandacht aan marketing Fundamentals en het ontwikkelen van Personal branding bij HBOV/MGZ studenten zodat verpleegkundigen hun vak positief leren verkopen.

3. V&VN bezoekt de jeugdverpleegkundigen in het werkveld en onderhoudt contacten met de organisaties waar de jeugdverpleegkundigen werkzaam zijn. Met als doel; actieve ledenwerving.

8.2 AANBEVELINGEN OP MESONIVEAU

1. Jeugdverpleegkundigen dienen meer invloed te krijgen op het beleid van het CJG Rijnmond. Mijn aanbeveling is, dat er binnen het CJG Rijnmond een Verpleegkundige Advies Raad (VAR) wordt opgericht. Een VAR adviseert vanuit beroepsinhoudelijke optiek aan de directie om de kwaliteit van zorg te waarborgen en te verbeteren binnen de organisatie. Daarnaast stimuleert de VAR beroepsinhoudelijke ontwikkelingen. De VAR kan verder bijdragen aan:⁶⁵

- Verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.
- Een beleid dat beter aansluit bij de professionele beroepsuitoefening.
- Een grotere betrokkenheid van de professionals bij de koers van de organisatie.
- Verbreiding van het draagvlak voor nieuw beleid.
- Een kwaliteitsimpuls door het optimaal benutten van de verpleegkundige expertise die aanwezig is in de organisatie.

Bij het oprichten van een Verpleegkundige Advies Raad kan een VAR-adviseur van de V&VN ondersteuning bieden.

2. CJG Rijnmond sluit een collectieve overeenkomst met de V&VN en maakt het mogelijk dat jeugdverpleegkundigen in het V&VN kwaliteitsregister kunnen registreren. Zo kan de jeugdverpleegkundige haar deskundigheid en kwaliteiten in kaart brengen en laten zien in haar organisatie. Tevens geeft registratie in het kwaliteitsregister houvast bij functioneringsgesprekken en/of coachinggesprekken.

3. Het CJG Rijnmond stimuleert de jeugdverpleegkundige zich professioneel te ontwikkelen zodat zij meer beroepstrots ervaart.

⁶⁵ Beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden V&VN, Verpleegkundige Advies Raad VAR, www.venvn.nl

Het beroepsdeelprofiel, de competentieprofielen en registratie in het V&VN kwaliteitsregister brengt de professionaliteit van de jeugdverpleegkundige in beeld. De ontwikkeling van de competenties wordt vastgelegd in een Persoonlijk Ontwikkelplan (hierna POP). Mijn aanbeveling is dat de CJG manager jaarlijks een functioneringsgesprek of coachinggesprek heeft met de jeugdverpleegkundige op basis van het POP.

Het persoonlijk ontwikkelplan geeft tevens inzicht welke kwaliteiten in een team aanwezig zijn, op basis hiervan kan een Team ontwikkelplan (hierna TOP) worden gemaakt. Het TOP geeft duidelijkheid in onder andere: aanwezige deskundigheid, sterke en zwakke kanten van het team, doelgerichtheid, samenwerkingsgerichtheid, gezamenlijke visie, krachtenbundeling en teamprofilering. Zo kunnen kwaliteiten van elkaar benut worden.

4. Jeugdverpleegkundigen met affiniteit coachen met betrekking tot "visieontwikkeling" krijgen bijscholing in coachen. Met als doel dat deze jeugdverpleegkundigen methodisch en doelgericht vorm kunnen geven aan het proces visieontwikkeling binnen het team.

5. CJG Rijnmond stelt jeugdverpleegkundigen in de gelegenheid om 1x per maand een open spreekuur op het VO te houden zodat leerlingen en/ of opvoeders zélf hulp in kunnen roepen. Met als doel dat de jeugdverpleegkundige het "vertrouwde" gezicht is op school en haar zorgverlening af kan stemmen op de behoeften van de leerling en/ of opvoeders. Door deze spreekuren profileert de jeugdverpleegkundige zich krachtig op de scholen.

8.3 AANBEVELINGEN OP MICRONIVEAU

1. Jeugdverpleegkundigen organiseren binnen het CJG Delfshaven intervisie bijeenkomsten. Tijdens deze thema intervisiebijeenkomsten worden "relevante" maatschappelijke ontwikkelingen, verpleegkundige identiteit, visieontwikkeling, positionering en profilering van de jeugdverpleegkundigen op methodische wijze besproken. Deze intervisiebijeenkomsten worden geïnitieerd door een jeugdverpleegkundige met affiniteit voor coachen. Op grond van de kernwaarden van het beroep worden er standpunten ingenomen ten aanzien van:

- Lichte opvoedingsondersteuning door jeugdverpleegkundigen.
- Rol van de jeugdverpleegkundige ten aanzien van de zorgcoördinatie.
- Gewenste service op scholen door de jeugdverpleegkundigen met nadruk op primaire preventie en zorgverlening die is afgestemd op de "zorgbehoeften" van de Voortgezet Onderwijs leerlingen en opvoeders.
- Samenwerking met preventiemedewerkers van de Gezonde School GGD met betrekking tot het gezondheidsbeleid op de Voortgezet Onderwijs scholen.
- Persoonlijke effectiviteit van de jeugdverpleegkundigen.

Ingenomen standpunten en stellingen worden door de jeugdverpleegkundigen overlegd met de CJG manager, teamleider en Ondernemingsraad van CJG Rijnmond.

2. De jeugdverpleegkundige hanteert verpleegkundige methodiek waardoor zij volgens een vaste, weldoordachte manier en op een effectieve wijze kan bereiken wat zij voor ogen heeft.

3. De jeugdverpleegkundigen maken gebruik van het methodisch instrument "de Roos van Leary" om zicht te krijgen op de eigen communicatiestijl zodat zij pro-actief en beargumenteerd stellingen kunnen innemen. Met effectieve communicatie kan de jeugdverpleegkundige tevens het samenwerkingsgericht werken positief beïnvloeden.

4. Jeugdverpleegkundigen streven naar autonomie in de zin van meer zeggenschap, meer controle krijgen over het eigene van het beroep en zo meer kracht krijgen als verpleegkundige beroepsgroep binnen en buiten het CJG Rijnmond. En spelen in op de beweging beroepstrots.

5. Vanuit de rol Beroepsbeoefenaar neemt de jeugdverpleegkundige haar verantwoordelijkheid voor haar professionaliteit en het bijdragen aan de beroepsontwikkeling voor de beroepsgroep V&VN deskundigheidsgebied jeugdverpleegkunde/ fractie Jeugd.

NAWOORD

Het was bijzonder inspirerend om dit afstudeerwerkstuk te schrijven. Vooral de verdieping in de verpleegkundige identiteit en het effect van visie vond ik een verrijkende ervaring.

Ik ben mij gaan realiseren hoe belangrijk het is om "altijd" zicht te blijven houden op de eigen verpleegkundige identiteit om zodoende krachtig en inspirerend te blijven. Het lijkt zo simpel maar in de praktijk blijkt het lastig. Opgaan in de waan van de dag is ook mijn valkuil.

Door het schrijven van dit afstudeerwerkstuk ben ik bewust stil gaan staan bij de kernwaarden van de jeugdverpleegkundige. De verdieping heeft mij verwonderd en energie gegeven en voelde als "back to the basics" of te wel terug keren naar de kern. Hierdoor werd het mogelijk om vanuit innerlijke kracht verbinding te maken met mijn verpleegkundige identiteit en visie.

Het was boeiend om stil te staan bij beroepsorganisaties over de grens en heel verleidelijk om hier diep op in te gaan. Wanneer ik dit echter gedaan zou hebben, zou ik te veel zijn afgeweken van mijn probleemstelling. Ik denk dat dit scriptieonderwerp een aanzet kan geven voor het schrijven van een nieuwe scriptie door toekomstige HBOV/(MGZ) studenten. Immers, het in contact zijn met internationale verpleegkundige beroepsverenigingen maakt het mogelijk om internationale expertise uit te wisselen, elkaar te inspireren en van elkaar te leren.

Hoe wij onze verpleegkundige visie gaan uitdragen is bepalend voor onze positionering binnen en buiten het CJG Rijnmond. Er zijn moed en daadkracht nodig bij de jeugdverpleegkundigen om te kijken naar wat beter kan en wenselijk is in de toekomst. Ik ben er van overtuigd dat jeugdverpleegkundigen hun positie kunnen versterken, maar de eerste stap "bezinning met elkaar" moet dan wel gezet worden.

Ik hoop door mijn afstudeerwerkstuk een bewustwordingsproces bij de jeugdverpleegkundigen in gang te zetten en spreek de wens uit dat velen zich zullen aansluiten bij de V&VN Fractie Jeugdgezondheidszorg om hun professionaliteit en positionering te versterken.

Met elkaar krijgen wij een krachtige stem!

9 BRONNENOVERZICHT

9.1 BOEKEN

- Bakens P. Professionalisering en Identiteit, interne uitgave HBOV/MGZ opleiding, Haagse Hogeschool, Den Haag, 2008
- Boots J.M. ea. De Nederlandse Gezondheidszorg, 11^e druk, Uitg. Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2005
- Boudewijns ea. Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, Deel A, 6^e druk, Uitg. Koninklijke van Gorcum, Assen, 2005
- Dam van H. ea. Jaarboek 2000, Thema Positionering, Uitg. Kavanah, Dwingeloo, 2000
- Diepstraten A. auteur uit doctoraalscriptie "Met het oog op een nieuwe zorgcultuur", Utrecht 2003, Interne uitgave HBOV/MGZ opleiding, ed. Diepstraten A, Haagse Hogeschool, Den Haag, 2006
- Ehrhardt U. Brave meisjes komen in de hemel, brutale overal, 14^e druk, Uitg. Elmar, Rijswijk, 2009
- Hunnink GH. ea. Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening, 1^e druk, Uitg. Thieme Meulenhoff, Utrecht 2000
- Jansen T. ea. Beroepstrots een ongekende kracht, 1^e druk, Uitg.Boom, Amsterdam, 2009
- Pool A. ea. Met het oog op de toekomst, 11^e druk, Uitg. Vilans, Utrecht, 2008
- Schoot T. ea. De verpleegkundige als zorgverlener, 1^e druk, 2^e oplage, Uitg. Thieme Meulenhoff, Utrecht/Zutphen, 2006
- Sibbing H. Studentenstatuut, Verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg, Interne uitgave HBOV/MGZ opleiding, Haagse Hogeschool, Den Haag, 2008-2011.
- Sibbing H. Interne uitgave Macro reader Post HBO Jeugdgezondheidszorg Haagse Hogeschool, Den Haag, 2010
- Stapel J. ea. Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde, 6^e druk, Uitg. Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2004
- Vane S. Werken met de Roos van Leary, 1^e druk, Uitg. Nelissen, Soest, 2007
- Zwaard J. Beeldvorming en Verzorging, uitgave van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht, 1999

9.2 ARTIKELLEN, BROCHURES, PUBLICATIES

- Landelijk expertisecentrum Verpleging & Verzorging, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Beroepsprofiel van de verpleegkundige, Uitg. Elsevier/ De Tijdstroom, Maarssen 1999
- Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen, Oproep aan betrokkenen tot professionalisering beroepsgroep jeugdverpleegkundigen, ed. Fractie jeugdgezondheidszorg, 17 april 2009
- Ledenblad van beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden Nederland, jaargang 6, nummer 1, februari 2011
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg, 2002
- Nederlands Jeugdinstituut Nederland, visiedocument, Pijlers voor een nieuw jeugdbeleid; naar een versteviging van de pedagogische leefomgeving van jeugdigen en meer samenhang in de aanpak van jeugdproblematiek, 2010
- Nederlands Jeugd Instituut, I.Bakker ea. O&O perspectief, uitgave NJI, NIZW, Utrecht, 1998
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, document Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk, Nivel 2004
- Nieuwsbrief voor kraamzorg en jeugdgezondheidszorg nummer 63, sept. 2010, jaargang 15
- Nieuwsbrief april 2011, Fractie Jeugd, V&VN
- Nieuwsbrief Guus Schrijvers, Hoogleraar Public Health in het bijzonder structuur en functionering van de Gezondheidszorg, 2011, bron; site: Talent 123, mensgerichte daadkracht
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin en de Vereniging Nederlandse Gemeenten, richtlijn zorgcoördinatie, 2010

- Raad voor Volksgezondheid & Zorg, RVZ, Advies Professionals in de zorg, 2000
- Raad voor Volksgezondheid & Zorg, RVZ, publicatie Bekwaam is Bevoegd Innovatieve en nieuwe beroepen in de zorg, 2011
- Raad voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Het preventieconcert, Signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid, pdf preventieconcert, 2005
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM, rapport standpunt beweegstimulering door de Jeugdgezondheidszorg, 2009
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid, Bigregister, 2003
- Tijdschrift voor verpleegkundigen, TVZ, Suurmond J.J. Mystieke passie en wetenschappelijk denken, april 2011
- Tijdschrift voor verpleegkundigen, TVZ, WHO strategie voor versterken verpleegkundige zorg, TVZ april 2011

9.3 GEBRUIKTE WEBSITES

- <https://blackboard.hhs.nl>
- <http://eerstelijnn.venvn.nl/FractieJeugdverpleegkundigen.aspx>
- www.cjg.rijnmond.nl en intranet CJG Rijnmond
- [www.efn](http://www.efn.nl)
- [www.icn](http://www.icn.nl)
- www.kwaliteitsregistervenv.nl
- www.lvw.nl
- www.movisie.nl
- www.nivel.nl
- www.nji.nl
- www.rcn.org.uk
- www.rivm.nl
- www.rotterdam.nl
- www.samenwerkenvoordejeugd.nl
- www.v&vn.nl
- www.who.int
- www.123.nl

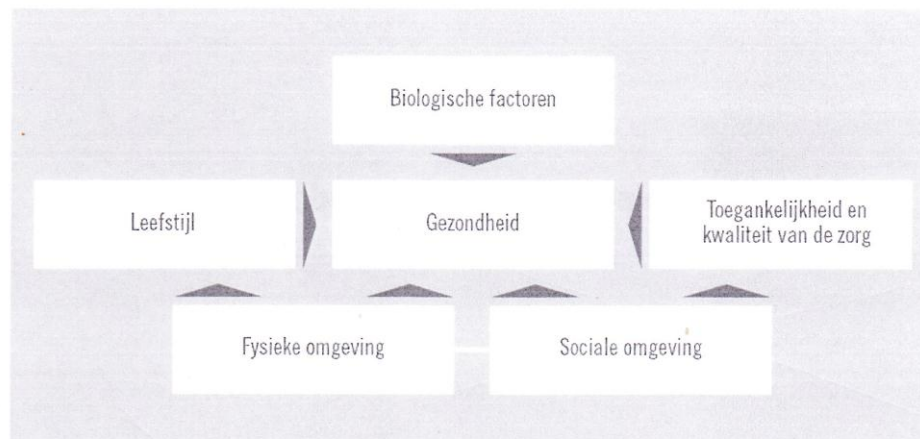
9.4 ANDERE BRONNEN

- Jaarplan Fractie Jeugdgezondheidszorg V&VN 2010-2012
- Presentatie zorgcoördinatie CJG Rijnmond, mevr. E. van 't Klooster, Directeur uitvoering, oktober 2010
- Factsheet project KIEN, Kwaliteit voor Ieder Kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke Jeugdgezondheidszorg, maart 2011
- Geïnspireerd door het JGZ Symposium 2011, Thema "De jeugdverpleegkundige verbindt", te Ede, 15 april, 2011
- Geïnspireerd door het bijwonen van een werkdag door de Fractie Jeugd V&VN, gefaciliteerd door Nutricia, te Utrecht, 2 september, 2010
- Geïnspireerd door het bijwonen van het Atelier Beroepstrots te Zwolle, georganiseerd door de Stichting Beroepseer, 24 januari, 2011

10 BIJLAGEN

10.1 BIJLAGE 1: HET GEZONDHEIDSKUNDIG MODEL VAN LALONDE

Het model van Lalonde



Het model van Lalonde

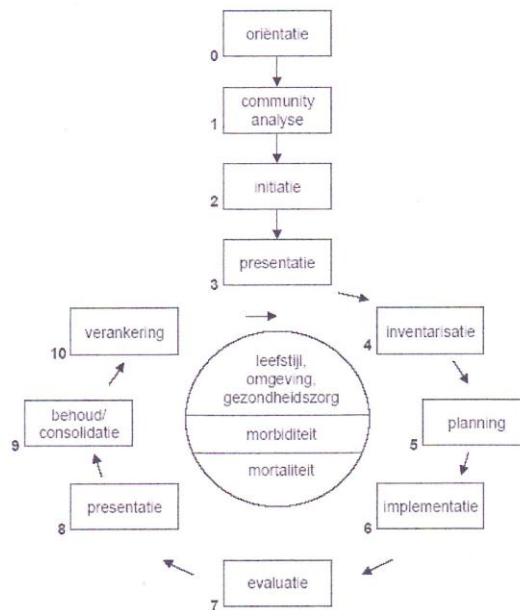
1. **Omgevingsfactoren: de fysieke en sociale omgeving:** wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten.
2. **Leefstijlfactoren:** het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).
3. **Gezondheidszorg:** de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen (inclusief preventie).
4. **Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.

10.2 BIJLAGE 2: RECHTEN VAN HET KIND

Hieronder zijn de regels van het Verdrag van de Rechten van het kind samengevat:

- Alle kinderen hebben recht op zorg, liefde en opvoeding.
- Alle kinderen hebben gelijke rechten.
- Ieder kind heeft recht op genoeg en gezond eten.
- Ieder kind heeft recht op onderwijs.
- Ieder kind heeft recht op gezondheidszorg.
- Ieder kind heeft recht op spel en ontspanning.
- Geen enkel kind mag gedwongen worden te werken.
- Geen enkel kind mag geestelijk of lichamelijk mishandeld worden.
- Geen enkel kind mag slachtoffer worden van oorlog en geweld.
- Geen enkel kind mag slachtoffer worden van seks.
- Kinderen mogen hun mening uiten: zeggen wat ze denken of voelen.
- Kinderen mogen hun eigen geloof hebben.
- Kinderen moeten zonder vooroordelen met elkaar om kunnen gaan.
- Kinderen hebben recht op informatie.
- Kinderen zonder familie hebben recht op voorrang.
- Kinderen die vluchteling zijn, hebben voorrang.
- Kinderen met een handicap hebben voorrang.
- Kinderen in conflict met de wet hebben voorrang.

10.3 BIJLAGE 3: STROOMDIAGRAM GEZONDHEIDSBELEID



Fase 0 Oriëntatie

De oriëntatiefase omvat een eerste en open oriëntatie op de community waar het probleem bestaat en op het probleem dat zich voordoet. Het doel van deze fase is om voeling te krijgen met de thematiek, met mogelijke oplossingen en met de community.

Fase 1 Community-analyse

Een uitgebreide analyse van de lokale situatie vindt plaats in de communityanalyse. Deze analyse brengt de lokale gezondheidssituatie en de potentiële doelgroepen in kaart. De analyse omvat zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens, een epidemiologisch onderzoek, een gedragsdiagnose en het opstellen van een sociale kaart. Door deze analyse ontstaat inzicht in mogelijke aangrijpingspunten voor preventie.

Fase 2 Initiatie

In de initiatiefase krijgen de community-structuren vorm. Belangrijk hierbij is het ontwikkelen van draagvlak en het polsen en werven van participanten in de community.

Fase 3 Presentatie

De eerste presentatiefase bestaat uit een verkenning van de regionale en lokale situatie door de initiator en de (potentiële) participanten. Dit leidt eventueel tot bijstelling van de oorspronkelijke community-analyse.

Fase 4 Inventarisatie

De inventarisatiefase is bedoeld om de mogelijkheden voor interventie op een rij te zetten. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn nieuwe activiteiten, bestaande

activiteiten, het betrekken van organisaties in de community, het aansluiten bij andere (lokale) initiatieven, specifieke doelgroepen en middelen.

Fase 5 Planning

In de planningsfase vindt prioritering van de mogelijke activiteiten plaats. Dit leidt tot een concreet plan en concrete actiedoelen. In het plan komen financiële middelen, menskracht, samenwerking, tijdsplanning en locatie aan de orde. Het plan wordt geformaliseerd en opgenomen in het lokale beleid.

Fase 6 Implementatie

De implementatiefase is een praktische fase. De uitvoering van activiteiten staat centraal. De verschillende participanten voeren gezamenlijk of afzonderlijk de community-activiteiten uit.

Fase 7 Evaluatie

De evaluatie beoordeelt de implementatie en de daaraan voorafgaande fasen voordat overgegaan kan worden tot behoud en consolidatie. Het betreft een evaluatie van de wijze waarop gewerkt is en als dat mogelijk is een effectmeting.

Fase 8 Presentatie

Participanten krijgen in de tweede presentatiefase, op basis van de evaluatie, inzicht in de eerste resultaten en terugkoppeling op de verrichte inzet. Dit levert inzicht in goede en minder goede onderdelen van het programma. Eventueel leidt dit tot het aanpassen van plannen. Tevens zal het bijdragen aan een goed draagvlak bij de community.

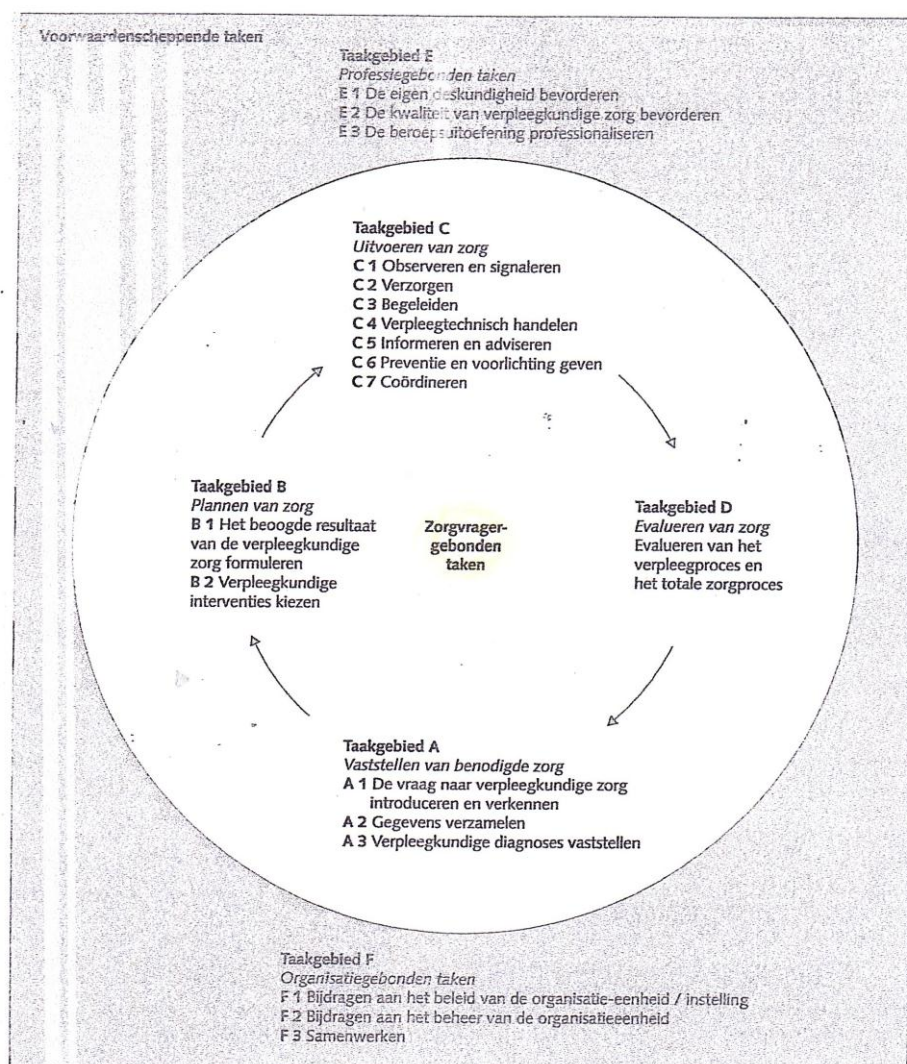
Fase 9 Behoud/consolidatie

In deze fase staat het traject dat moet leiden tot het verankeren van de ontstane samenwerking in de community centraal. Dit levert een consolidatieplan op waarin de consolidatietrajecten zijn uitgewerkt.

Fase 10 Verankering

Verankering betekent het voortbestaan van de samenwerkingstructuren in de community. In deze fase worden de consolidatietrajecten uitgevoerd. Deze fase regelt de noodzakelijke voorwaarden voor verankering, bijvoorbeeld de financiën, de menskracht, het vaststellen van samenwerkingspartners en de vorm van samenwerking (beleidsadviesorgaan, stichting of vereniging).

10.4 BIJLAGE 4: TAAKGEBIEDEN EN KERNTAKEN VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN VOLGENS "HET BEROEPSPROFIEL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE"



Figuur 4.1 De taakgebieden en kerntaken van de verpleegkundige.

10.5 BIJLAGE 5: COMPETENTIES JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN OMSCHREVEN DOOR DE V&VN FRACTIE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

1. Competentie rol zorgverlener 1, informatie verzamelen

Om een beeld te krijgen van de gezondheid van jeugdigen en de mogelijke risico's hiervoor, verzamelt de jeugdverpleegkundige systematisch gegevens, onderhoudt een cliëntdossier van alle individuele jeugdigen en werkt zij mee aan monitoring (voor een bepaald geografisch gebied).

2. Competentie rol zorgverlener 2, gezondheidsbedreigingen analyseren

Om de gezondheid en het gezond opgroeien van jeugdigen te beschermen en te bevorderen analyseert de jeugdverpleegkundige systematisch bedreigende factoren, het risico voor individu en groep en maakt de jeugdverpleegkundige een plan voor adequate preventieve interventies, zodat er een zo optimaal mogelijke balans ontstaat tussen de invloed van risicofactoren en beschermende factoren op het gezond opgroeien van jeugdigen.

3. Competentie rol zorgverlener 3, preventie interventies

Om kinderen en jeugdigen een optimale kans te geven om gezond op te groeien, beïnvloedt de jeugdverpleegkundige op een professioneel verantwoorde wijze de omgeving van jeugdigen door het toepassen van adequate preventieve interventies.

4. Competentie rol zorgverlener 4, epidemieën en ziekte voorkomen

Om bepaalde ziektes, stoornissen, afwijkingen en gezondheidsrisico's op te sporen en epidemieën van bepaalde ziekten te voorkomen, screent en vaccineert de jeugdverpleegkundige jeugdigen.

5. Competentie rol zorgverlener 5, programmatische voorlichting

Om een gezonde leefstijl bij jeugdigen te bevorderen geeft de jeugdverpleegkundige op basis van een programmatische aanpak informatie, voorlichting, advies en begeleiding aan individuen en groepen en opvoedingsondersteuning.

6. Competentie rol regisseur 1, zorgcoördinatie

Om de preventieve zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op de gezondheid en het welzijn van jeugdigen initieert en coördineert de jeugdverpleegkundige de zorg. Waar nodig verwijst de jeugdverpleegkundige naar derden.

7. Competentie rol regisseur 2, zorgketen

Om ervoor te zorgen dat de doelen van een preventie programma worden gerealiseerd, initieert, participeert en/of coördineert de jeugdverpleegkundige de afgesproken activiteiten.

8. Competentie rol ontwerper 1, invoeren nieuwe programma's

Om verpleegkundige deskundigheid te waarborgen bij de ontwikkeling van nieuwe preventie en opvoedingsprogramma's, werkt de jeugdverpleegkundige mee aan de ontwikkeling en vaststelling van deze programma's en de toepassing van landelijke programma's in de eigen regio.

9. Competentie rol ontwerper 2, verpleegbeleid

Om de primaire zorg aan jeugdigen en de collectieve preventie zo effectief, efficiënt en goed mogelijk te laten verlopen, levert de jeugdverpleegkundige een bijdrage aan het tot stand komen van het verpleegbeleid binnen de JGZ.

10. Competentie rol ontwerper 3, kwaliteitsbeleid

Om de kwaliteit van de zorg en van de preventie te bewaken en te waarborgen, participeert de jeugdverpleegkundige in het ontwerpen van kwaliteitszorg op wijk- c.q. school- , regionaal en landelijk niveau.

11, Competentie rol coach 1, collega's coachen

Om de doelen van de individuele en collectieve preventie en het verpleegbeleid binnen de afdeling te realiseren, kan de jeugdverpleegkundige, andere verpleegkundigen, assistentes en paraprofessionals helpen en steunen bij het uitvoeren van de vastgestelde taken en functies.

12, Competentie rol coach 2, nieuwe collega's en stagiaires coachen

Om stagiaires en collega verpleegkundigen te begeleiden en te steunen bij de uitoefening van hun beroep, hun groei en ontwikkeling hierin, is de jeugdverpleegkundige in staat als rolmodel te fungeren en de collega's met raad en daad bij te staan

13. Competentie rol beroepsbeoefenaar 1, beroep ontwikkelen

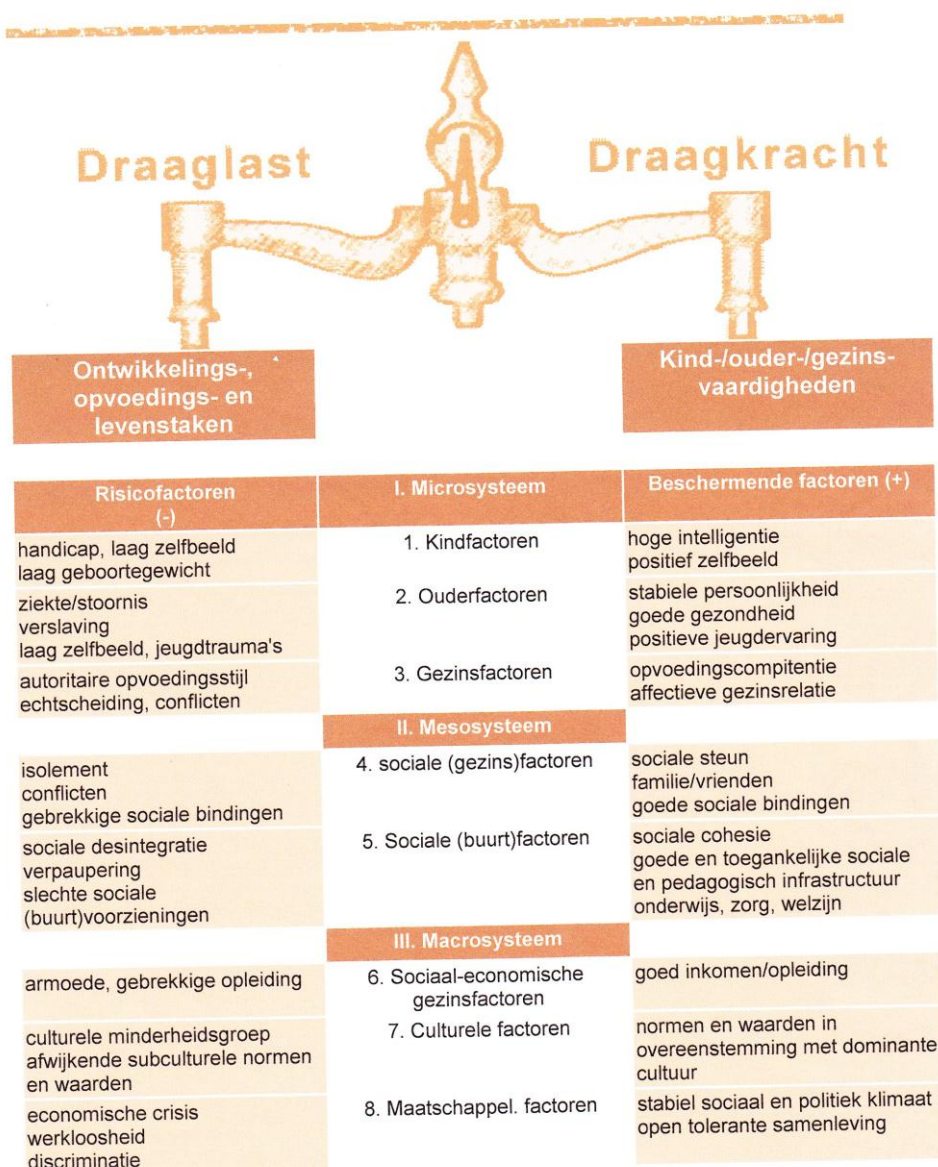
Om het beroep van jeugdverpleegkundige te ontwikkelen tot een professie die aansluit bij maatschappelijke ontwikkelingen van de eenentwintigste eeuw, vervult de jeugdverpleegkundige een actieve rol in de vernieuwing van het beroep, het bevorderen van het beroepsbewustzijn en is ze in staat een modelrol hieromtrent aan te nemen.

14. Competentie rol beroepsbeoefenaar 2, beroepsgroep ontwikkelen

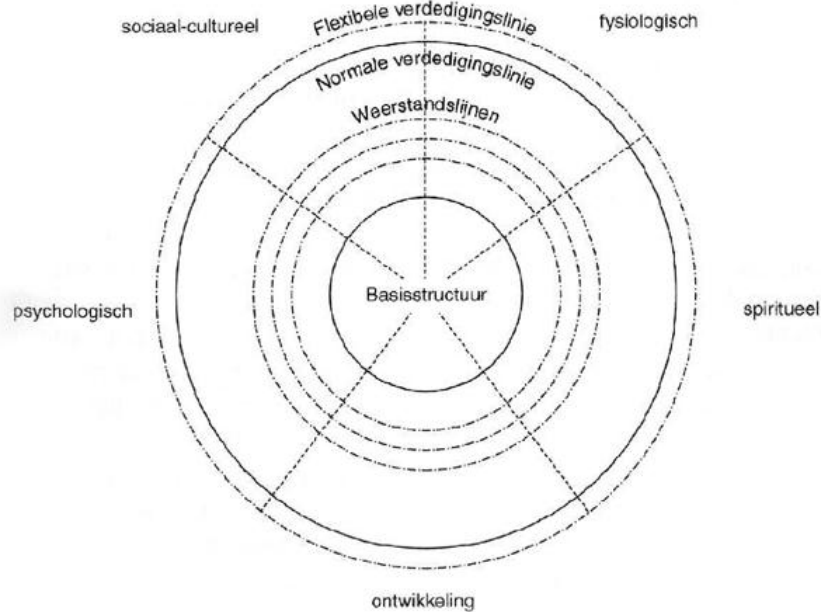
Om de kwaliteit van het jeugdverpleegkundige beroep op het vereiste peil te houden zodat het kan voldoen aan de maatschappelijke criteria, werkt de jeugdverpleegkundige actief mee aan het bevorderen van de deskundigheid van de beroepsgroep.

10.6 BIJLAGE 6: HET BALANSMODEL VAN BAKKER

Balansmodel



10.7 BIJLAGE 7: HET NEUMAN SYSTEMS MODEL



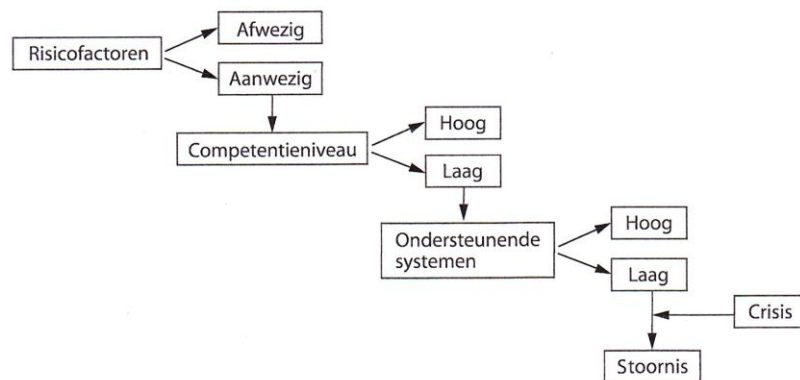
De kern van het cliëntsysteem is de basisstructuur, waarin alle energiebronnen en overlevingsfactoren zijn opgeslagen. De kern wordt omringd en beschermd door weerstandslijnen die beschermende factoren bevatten. Die factoren zijn opgebouwd uit de 5 onderlinge samenhangende al genoemde variabelen: fysiologische, psychologische, sociaal-culturele, ontwikkeling en spirituele. Per cliëntsysteem kan hun onderlinge communicatie over en weer van ontwikkeling variëren. Daaromheen ligt de normale verdedigingslinie. Volgens Neuman bestaat deze uit een patroon van reageren dat een systeem gedurende een langere periode heeft ontwikkeld. De buitenste lijn wordt gevormd door de flexibele verdedigingslinie en vormt een beschermende buffer, het vangt de stressoren uit de omgeving op. Deze flexibele verdedigingslinie kan in de loop van de tijd dikker of dunner worden en daarmee als buffer werken.

10.8 BIJLAGE 8: HET PREVENTIE MODEL VAN CAPLAN

Het denken van Caplan heeft de basis gevormd voor modellen die gebaseerd zijn op het 'belasting-belastbaarheids-model' (draaglast-draagkracht), zoals bijvoorbeeld bij het model van Betty Neuman. Immers, wanneer het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid verstoord is, kan het evenwicht hersteld worden door ofwel de belasting van individuen of groepen te verlagen, ofwel de belastbaarheid te verhogen. Refererend aan het model van Caplan kan preventie er op gericht zijn:

- risicofactoren te reduceren of te elimineren;
- de competenties van het individu of de groep te verhogen;
- de ondersteunende systemen te verhogen;
- het interveniëren in crisissituaties.

Model van Caplan:



Binnen de preventieve werkzaamheden van de sociaalverpleegkundige zien we de volgende interventies: het vaststellen van de determinanten die eventueel een bedreiging van de gezondheid kunnen zijn; het vaststellen van het competentieniveau en ondersteunende systemen van het individu of de groep, samen zorgend voor de draagkracht; het zoeken naar middelen die deze kunnen verhogen en het zonodig ingrijpen bij crises.

10.9 BIJLAGE 9: RISICO ERNST TAXATIE CJG RIJNMOND

CJG RIJNMOND ERNSTTAXATIE OPVOEDINGSPROBLEMATIEK					
ERNSTTAXATIE (risicostatus)		Enkelvoudige problematiek (80% casussen)			
		1	2	3	4
		Opvoedingsvragen	Opvoedingsspanning	Verhoogde opvoedingsspanning	Opvoedingsnood
		Lichamelijke ontwikkeling normaal	Vragen over lichamelijke ontwikkeling	Vragen over lichamelijke ontwikkeling	Zorgen over lichamelijke ontwikkeling
(1) Hoe gaat het met de ontwikkeling van het kind gelet op zijn mogelijk-heden?		Lichamelijke ontwikkeling normaal Kind gaat goed om met cognitieve uitdagingen	Vragen over lichamelijke ontwikkeling Vragen over cognitieve ontwikkeling	Kind presteert onder zijn cognitief niveau	Kind presteert onder zijn cognitief niveau
		Kind gedraagt zich overal normaal	Er zijn regelmatig gedragsproblemen in een ontwikkeldomein ¹	Altijd gedragsproblemen in tenminste een ontwikkeldomein	Aaneenschakeling van problemen in alle ontwikkeldomeinen
		Kind gaat goed om met eigen emoties	Af en tot vragen over de emotionele ontwikkeling	Duidelijke problemen in emotionele ontwikkeling	Merkwaardig sociaal gedrag of onbegrijpelijke emoties
(2) Hoe zit het met de basiszorg en de veiligheid van het kind?		Goede basiszorg	Adequate basiszorg	Meestal adequate basiszorg	Gebrek aan basiszorg brengt kind in gevaar
		Opvoeders spelen goed in op ontwikkelbehoeften kind	Opvoeders spelen meestal goed in op ontwikkelbehoeften kind	Opvoeders spelen onvoldoende in op ontwikkelbehoeften kind	Opvoeders hebben weinig pedagogisch besef en ouder-kind relatie is ernstig verstoord
(3) Hoe ervaren opvoeders de opvoeding?		Voldoende saamhorigheid tussen partners	Bepaalde steun tussen partners	Opvoeders hebben niet veel aan elkaar	Opvoeders hebben een destructieve relatie
		Opvoeders voelen zich competent en lossen opvoedingsvragen naar tevredenheid op	Opvoeders vinden de opvoeding vaak moeilijk en voelen zich onzeker	Opvoeders voelen zich tekort geschieten en ervaren chronische opvoedingsstress	Opvoeders hebben geen controle meer en geven het opvoeden op
(4) Wat zijn de gezins-omstandigheden?		Omstandigheden vormen geen belemmeren voor de opvoeding	Hoogstens een belemmerende omstandigheid	Enkele belemmerende omstandigheden	Escalerende aantal belemmerende omstandigheden
ZORGBEHOEFTE OPVOEDERS		Biedt voldoende steun	Biedt af en toe steun	Biedt geen oplossingen	Zelfs nu springt niet bij
		BEVESTIGING	BEVESTIGING EN PERSOONLIJK ADVIES	BEVESTIGING EN BEGELEIDING	ACUTE HULP EN INTENSIEVE BEGELEIDING

CJG Rijnmond, oktober 2010. Schema gebaseerd op Hermanns 2006, Kousemaker 1996, Belsky 1994

¹ Onder ontwikkeldomeinen wordt verstaan de omgevingen waarin het kind opgroeit en zich ontwikkelt, namelijk thuis, de kinderopvang/school/werkplek, de buurt/vrijtijdsongeving
² Onder basiszorg wordt verstaan medische zorg, voeding, kleding, huisvesting, sociaal contact, scholing en emotionele steun die samen cruciaal zijn voor de veiligheid en gezonde ontwikkeling

INSTRUCTIES ERNSTTAXATIE OPVOEDINGSPROBLEMATIEK

Dit ernsttaxatie schema is een hulpmiddel bij de professionele beoordeling van opvoedingssituaties, nadat de aanwezige risico- en beschermende factoren in kaart zijn gebracht. Het schema helpt bij het 'wegen' van het cumulatieve effect van de geïnventariseerde risico- en beschermende factoren, respectievelijk de 'draaglast' en de 'draagkracht' in de opvoedingssituatie. Er is sprake van opvoedingsproblematiek wanneer de draaglast zwaarder weegt dan de draagkracht, waardoor de opvoeders onvoldoende in staat zijn adequaat in te spelen op de ontwikkelbehoeften van het betreffende kind.

Stappen in de ernsttaxatie

- 1) **Taxeer de ontwikkeling van het kind** op lichamelijk, cognitief, en psychosociaal gebied. Zet een kruis door de uitspraak die van toepassing is in elke van de vier rijen die horen bij deze sectie. In iedere rij zou er altijd een kruis moeten staan. (Hetzelfde geldt voor secties 2 t/m 4).
- 2) **Taxeer de kwaliteit van de basiszorg** die het kind krijgt in deze opvoedingssituatie. Onder basiszorg wordt verstaan de zorg die nodig is om de rechten van het kind³ te garanderen. Dat wil zeggen, de medische zorg, voeding, kleding, huisvesting, sociaal contact, scholing en emotionele steun die samen zorgen voor een veilige opvoedingssituatie. Het **pedagogisch besef van de opvoeders** en de **kwaliteit van de partnerrelatie** zijn hierbij cruciaal elementen. Zet een kruis door de uitspraak die van toepassing is in elke van de drie rijen die horen bij deze sectie.
- 3) **Taxeer de beleving van de opvoeding van de opvoeders**. Als er twee opvoeders zijn die dagelijks met de opvoeding (zouden moeten) bemoeien, maar die daarbij een geheel andere beleving hebben, neem dan het gemiddelde van die twee.
- 4) **Taxeer de gezinsomstandigheden en de kwaliteit van het sociale netwerk**. Onder gezinsomstandigheden wordt bedoeld inkomen, huisvesting, verblijfsstatus, schulden, ziekte en/of verslaving van de primaire opvoeders, en de ingrijpende gebeurtenissen die het opvoeden kunnen bemoeilijken. Het netwerk bestaat uit alle personen die zich in de sociale omgeving van het gezin bevinden en die in principe steun zouden (of hadden) kunnen geven.
- 5) **Taxeer de ernst van de opvoedingsproblematiek als geheel** door te kijken in welke kolom de meeste kruizen staan. *Deze kolom geeft de ernst van de opvoedingsproblematiek, de risicostatus van het kind en de zorgbehoefte van de opvoeders aan.* Bij een gelijk aantal kruizen maakt u zelf een keuze tussen de kolommen. Na de ernsttaxatie het kind eventueel aanmelden bij de betreffende persoon/organisatie volgens onderstaand schema.

MELDINGEN

In het preventieve kader waarin CJG Rijnmond opereert moeten alle meldingen besproken worden met de betreffende opvoeders. Opvoeders moeten toestemming geven voor informatie-uitwisseling tussen de verschillende instanties, conform de privacyreglementen.

- 1) Bij ernstcategorie 2: overweeg in SISA te melden
- 2) Bij ernstcategorie 3: altijd melden bij CJG regisseur/coördinator; altijd melden in SISA; altijd melden bij AMK als u zorgen heeft over de veiligheid van het kind
- 3) Bij risicocategorie 4: altijd melden bij CJG regisseur/coördinator; altijd melden in SISA; altijd melden bij AMK als u zorgen heeft over de veiligheid van het kind
- 4) Bij risicocategorie 5: altijd melden bij CJG regisseur/coördinator; altijd melden in SISA; altijd melden bij AMK als u zorgen heeft over de veiligheid van het kind

³ Zoals vastgesteld in het VN Verdrag van de Rechten van het kind

10.10 BIJLAGE 10: INSTRUCTIES ZORGCOORDINATIE SAMENGESTELD DOOR HET PROGRAMMAMINISTERIE VOOR JEUGD EN GEZIN EN DE VERENIGING NEDERLANDSE GEMEENTEN

De handreiking zorgcoördinatie door het programmaministerie voor Jeugd en Gezin en de Vereniging Nederlandse Gemeenten geeft de volgende instructies:

Het gezinsplan ondersteunt de samenwerking met gezinnen waarbij meerdere instanties betrokken zijn. Het biedt houvast en overzicht aan de gezinsleden, de mensen uit hun netwerk, hulpverleners en diensverleners die allen een bijdrage leveren aan het plan. Het gezinsplan is beknopt. Waarnodig werken professionals hun aandeel uit in hun eigen zorgplannen. In die plannen kan ook meer gedetailleerde informatie over de gezinsleden, de achtergronden, diagnoses etcetera worden opgenomen. Het gezinsplan is geen vervanging van de zorgplannen maar fungeert als een overkoepelend en verbindend overzicht. De zorgcoördinator draagt er, samen met de gezinsleden, zorg voor dat er een gezinsplan komt.

Dit gezinsplan bestaat uit drie onderdelen (zie bijlage voor het format):

1. Gezinsdoelen:

Gegevens van de gezinsleden en de belangrijkste doelen die zij met het plan willen bereiken.

2. Betrokkenen:

Gegevens van mensen uit het netwerk, hulpverleners en dienstverleners die samenwerken met het gezin

Gegevens van de zorgcoördinator

Afspraken over de wijze waarop de onderlinge afstemming is geregeld (per mail of telefoon, afstemmingsoverleg of anders).

3. Afsprakenlijst:

Wie doet wat en wanneer.

Het gezin en alle betrokken professionals krijgen een exemplaar van het ingevulde gezinsplan (per mail of uitgeprint). Met de gezinsleden wordt besproken welke netwerkleden een exemplaar krijgen. De versterking van de eigen kracht van gezinsleden staat centraal bij het werken volgens *1Gezin1Plan*. Het is daarom van belang dat het plan van de gezinsleden zelf is, dat hun doelen centraal staan. Van professionals vraagt dit de vaardigheid om samen met ouders, kinderen en jongeren doelen te formuleren. Professionals behouden daarbij hun eigen verantwoordelijkheid wat betreft de ontwikkeling en de veiligheid van de kinderen en jongeren. Soms vraagt het extra stuurmanskunst om verbinding te maken tussen de doelen van de ouders en de eigen verantwoordelijkheid. Dit geldt in het bijzonder wanneer er sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling, een kind ondertoezicht is gesteld of een van de ouders zwakbegaafd is. De problemen van gezinsleden op de basale leefgebieden (wonen, werk, inkomen, psychische en fysieke gezondheid, opvoedingsvaardigheden) worden in samenhang gezien en aangepakt. Bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het gezinsplan werken alle betrokken hulpverleners (jeugd- en volwassenenzorg) en dienstverleners (woningbouw en schuldhulpverlening bijvoorbeeld) samen. Met elkaar, met de gezinsleden én met belangrijke leden uit het netwerk van het gezin. Voor kwetsbare gezinnen met een hoge draaglast en/of een beperkte draagkracht is steun vanuit de omgeving cruciaal. Alle bewezen effectieve programma's werken *community based*: het versterken van het sociaal netwerk vergroot de kans op herstel van het gewone leven en draagt bij aan het voorkomen van terugval na afronding van de zorg.

Van alle betrokkenen worden gegevens genoteerd:

- De relatie tot het gezin (bijvoorbeeld "buurman", "oma", "gezinsvoogd van Michael", "psychiater van vader").
- Van hulpverleners en dienstverleners wordt ook de naam van de instantie ingevuld.

- Vastgelegd wordt op welke dagen deze mensen goed bereikbaar zijn (de werkdagen van de professionals en wellicht juist de vrije dag van de buurman).
- Tot slot de telefoonnummers en mailadressen.

Onder aan het overzicht wordt ingevuld wie de zorgcoördinator is. Ook wordt hier vastgelegd op welke wijze de afstemming is geregeld.

Het kan zijn dat alle betrokkenen, inclusief de gezinsleden, een of meerdere malen bijeenkomen in een rondetafelgesprek. Dit is niet altijd nodig, wenselijk of mogelijk. Afstemming kan ook in bilaterale gesprekken, via de telefoon of de mail plaatsvinden. Maak in de afsprakenlijst het gezinsdoel concreet: noteer de doelen die gezamenlijk worden nagestreefd en leg erachter vast wie wat doet en wanneer. Hieronder volgen enkele tips bij het invullen van de afsprakenlijst:

Doelen:

Beperk het aantal doelen. Er moet overzicht ontstaan, in plaats van een lange waslijst. Prioriteer: in complexe situaties kan het helpen om te starten met concrete doelen en afspraken voor bijvoorbeeld de eerste drie maanden. Daarna komen minder urgente doelen aan bod.

Houdt de omschrijving simpel en kort. De uitwerking vindt plaats in de onderliggende zorgplannen. Houdt daarbij voor ogen dat gezinsleden moeten kunnen zeggen: "kijk dit zijn mijn doelen".

Formuleer de doelen positief: iets nieuws doen of aanleren is altijd gemakkelijker (en meer motiverend) dan iets afleren. Dus: "Jimmies bed is iedere ochtend droog in plaats van Jimmy plast niet meer in bed".

Wie doet wat:

Meerdere mensen (*Wie*) kunnen meerdere activiteiten (*Wat*) uitvoeren om een doel te bereiken.

Onder *Wie* komen de namen van degenen die een bijdrage leveren aan het bereiken van het doel. Dit kunnen gezinsleden zijn, leden uit hun netwerk, hulpverleners en dienstverleners.

Onder *Wat* komt te staan welke activiteiten de betrokkenen uitvoeren

Start, einde en evaluatie

Wees glashelder met elkaar over de termijnen en de wijze waarop wordt geëvalueerd. Dit schiet er in de praktijk vaak bij in!

Spreek af wanneer een activiteit wordt gestart en wanneer het doel moet zijn bereikt.

Dit is om twee redenen essentieel:

Indien na de afgesproken termijn het doel niet is bereikt moeten de betrokkenen zich afvragen of de interventies volgens plan zijn uitgevoerd.

Zo nee: waarom niet en hoe is dat te verbeteren.

Zo ja: waarom is effect uitgebleven en zitten we wel op de juiste weg?

Indien het doel wél is bereikt kan de activiteit en zomogelijk het gezinsplan worden afgerond. (Vergeet niet de successen met elkaar te vieren!).

De taken en bevoegdheden van de zorgcoördinator:

De zorgcoördinator werkt samen met de gezinsleden en voert met hen de volgende taken uit:

Inventariseren:

Inventariseren welke problemen er zijn en welke doelen de gezinsleden hierin willen bereiken.

Inventariseren welke hulpverleners en mensen uit het netwerk van het gezin al een rol spelen.

Inventariseren of, en zo ja welke, extra hulp nodig is om de doelen te realiseren.

Toetsen van de veiligheid van de kinderen. Indien aan de orde: het bespreken van zorgen over kindermishandeling, waarnodig worden hierover met ouders verplichtende afspraken gemaakt.

Gezinsplan samenstellen, uitvoeren en toetsen:

Op basis van de inventarisatie het gezinsplan samenstellen.

De benodigde afstemming met, en tussen, de hulpverleners en netwerkleden.

De uitvoering van het gezinsplan bewaken: toetsen of de afgesproken zorg wordt geleverd en de gestelde doelen zijn gerealiseerd.

Opschalen en afschalen:

Inschakelen van leidinggevenden op het moment dat de uitvoering van het gezinsplan stagneert.

Beslissen over opschalen of afschalen:

Afronding van de zorgcoördinatie.

Indien nodig de JGZ verzoeken om na afronding van de zorgcoördinatie nog extra vinger aan de pols te houden: de zogenaamde waakvlamconstructie.

Of indien nodig opschalen naar specialistische zorgcoördinatie

Informerende van de JGZ, en waar nodig BJZ, over start, voortgang en einde van de zorgcoördinatie.

De JGZ heeft een in Zuid-Holland Noord de formele eindregie over de zorgcoördinatie.

Ook het BJZ krijgt binnenkort een wettelijke taak om de zorg te coördineren, indien een van de gezinsleden een indicatie voor jeugdzorg heeft. Beide instanties behoeven deze taak in de praktijk niet altijd uit te voeren. De meest logische keuze van en voor het gezin staat voorop.

Wie?

Op het moment dat een van de hulpverleners constateert dat zorgcoördinatie nodig is bespreekt hij dit met de gezinsleden. Samen bespreken zij wie van de betrokken hulpverleners deze rol zou kunnen vervullen. Indien hij zelf de aangewezen persoon is maakt hij dit kenbaar aan de andere hulpverleners. Indien een andere hulpverlener de voorkeur heeft verzoekt hij, samen met gezinsleden, deze functionaris om de rol van zorgcoördinator op zich te nemen.