

Zorg met passie

Vier typen zorgprofessionals in vizier

Rien Brouwer

Lectoraat HRM en Persoonlijk Ondernemerschap

Colofon

Deze publicatie is een uitgave van het Lectoraat HRM en Persoonlijk Ondernemerschap van de Hogeschool Inholland, 2019

<https://www.inholland.nl/onderzoek/publicaties>

Auteur: Rien Brouwer

Mede mogelijk gemaakt door: Petra Biemans (Lector aan het Lectoraat HRM en Persoonlijk Ondernemerschap van de Hogeschool)

Met dank aan: Marlot Hendriks, Lorenzo Donkers, Sanne van den Bos en Martijn Bakker

Afbeeldingen: <https://www.shutterstock.com> en eigen materiaal.

Vormgeving: Marjolijn Bodewes

Zorg met Passie: Vier typen zorgprofessionals in vizier van Rien Brouwer is in licentie gegeven volgens een Creative Commons Naamsvermelding-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie.



Zorg met Passie

Vier typen zorgprofessionals in vizier

RIEN BROUWER



Ik draag dit werk op aan de meer dan één miljoen medewerkers die in de sector zorg en welzijn met passie dagelijks zorgdragen voor de zorg van de ander. Ik wil graag mijn vrouw Ineke van de Warenburg en mijn lector Dr. Petra Biemans danken voor hun zorg om mij als mens te laten groeien.

Rien Brouwer

Voorwoord

Rien heeft in de periode begin 2016 tot eind 2018 bijgedragen aan het onderzoek van het lectoraat HRM en Persoonlijk Ondernemerschap. Hij heeft een belangrijk rol gespeeld bij de ontwikkeling van het onderzoek dat we samen met studenten hebben uitgevoerd naar de verandering van werk. Dit heeft geresulteerd in de publicatie: “Werk verandert: 21st Century Skills in de praktijk”. Een publicatie die we samen met onderzoekers van het lectoraat Duurzame Talentontwikkeling van De Haagse Hogeschool hebben uitgevoerd en die in 2017 de Inholland Onderzoeksprijs heeft verworven.

Fantastisch dat Rien tot zijn pensionering (en ook nog erna) zo actief en lerend heeft bijgedragen aan het onderzoek van het lectoraat! Want na zijn pensionering eind 2018 is Rien gewoon doorgegaan met het analyseren van data en het schrijven van deze publicatie waarin vier functies in de zorg onder de loep zijn genomen: de kern van de verandering is in beeld gebracht en de skills die nodig zijn, zijn benoemd. De beschrijving hiervan geeft een goed beeld van de complexiteit in de sector: een voorbeeld van een ‘wicked problem’: een veelheid van factoren die spelen en die op elkaar inwerken, zonder één eenvoudige oplossing. Het geeft ook een goed beeld van de kracht van de sector: het mooie mensenwerk dat er plaats vindt en de vele gepassioneerde medewerkers die het werk dag in dag uit doen!

De laatste jaren van zijn carrière heeft Rien zich ontwikkeld van docent en begeleider van afstudeeronderzoek, naar onderzoeker: het zelf onderzoek uitvoeren in samenwerking met studenten. Een mooie kroon op zijn werk. Tijdens zijn werk in de kenniskring hebben we Rien leren kennen als een mensen-mens: altijd geïnteresseerd in mensen en wat hen beweegt. Warm en hartelijk. Dol op speculaasbrokken. Als er iemand is die voor de menselijke maat staat(het thema van onze onderzoeksgroep BRC) is het Rien! Vandaar dat een publicatie over de zorgsector naadloos bij hem aansluit. Bedankt Rien voor je bijdrage aan ons onderzoek en onze kenniskring en veel succes met je nieuwe carrière als actieve pensionado!

September 2019

Petra Biemans

Lector HRM en Persoonlijk Ondernemerschap

Business Research Centre (BRC)

Domein BFL, Inholland

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Inleiding	7
Bronnen	9
2. Verpleegkundige ouderenzorg	10
2.1 Inleiding ouderenzorg	10
2.2 Wat doet een verpleegkundige ouderenzorg?.....	12
2.3 Welke competenties worden gevraagd van de (toekomstige) professional?.....	13
De top drie competenties!	13
Andere genoemde competenties.....	15
2.4 Wat is de kern van de transitie in het beroep?	17
2.5 De toekomst van het beroep van V.O.?	19
Bronnen	21
3. De medisch beeldvormings- en bestralingsdeskundige <i>medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken</i>	22
3.1 Inleiding MBB	22
3.2 Welke veranderingen vinden plaats in de werkomgeving van het beroep van een MBB 'er?	23
3.3. Wat doet een MBB'er?	25
3.4. Welke competenties worden gevraagd van de (toekomstige) professional?.....	27
3.5 Wat is de kern van de transitie van het beroep	29
Bronnen	32
4. Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige	33
4.1 Inleiding sociaal psychiatrisch verpleegkundige	33
4.2. Welke veranderingen vinden plaats in de werkomgeving van het beroep van sociaal psychiatrisch verpleegkundige?	34
4.3 Wat doet een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige?.....	36
4.4. Welke competenties worden gevraagd van de (toekomstige) professional?.....	38
4.5. Wat is de kern van de transitie van het beroep?	40
4.6 Hoe ziet de toekomst van het beroep eruit?	41
Bronnen	42
5. Maatschappelijk werker	44
5.1 Inleiding	44

5.2. Welke veranderingen vinden nu plaats in de werkomgeving van het beroep van maatschappelijk werker?.....	45
Nieuwe wetgeving.....	45
Op weg naar een participatie samenleving.....	46
5.3 Wat doet een Maatschappelijk werker?	48
5.4 Welke competenties worden gevraagd van de toekomstige professional?	50
5.5. Wat is de kern van de transitie van het beroep?	54
5.6. Hoe ziet de toekomst van het beroep van maatschappelijk werker eruit?	56
Bronnen	58
6 Conclusies	60
6.1. Trots op het zorgberoep!	60
6.2 Conclusies beroepen zorgsector	61
De contextuele veranderingen in de omgeving	62
De dominante skills	64
Opmerkelijke rol van HR.....	65
6.5 Tenslotte.....	66

1. Inleiding

Werken met passie in de veranderende zorgsector

De zorgsector is de grootste bedrijfstak van ons land geworden. De cijfers liegen er niet om. In de sector zorg en welzijn werken begin 2019 maar liefst 1,4 miljoen mensen. Dit betekent dat maar liefst 1 op de 6 werknemers in zorg en welzijn werkt (CBS, 5 februari 2019). Het aantal werknemers zou nog hoger kunnen liggen, want er zijn veel openstaande vacatures. Dat aantal bedroeg in 2018 naar schatting 130.000 (UWV, 2019). De verwachting is dat de tekorten in de zorg, net als in veel andere sectoren, verder zullen oplopen.

De zorg is een omvangrijke sector waar veel geld mee gemoeid is. De totale zorguitgaven stijgen in 2020 naar meer dan 82 miljard waarvan de helft naar ouderen (65+) gaat. Alleen al in 2019 wordt 2 miljard extra in de zorg gepompt waarvan een substantieel deel wordt uitgegeven aan nieuw personeel en extra stageplaatsen met name in de geestelijke gezondheidszorg.

De sector is volop in beweging. Voortgaande (robot)technologisering en digitalisering heeft een grote



Een vorm van nieuwe technologie. Een pc die wordt gebruikt bij patiënten de 'COW' (Computer on Wheels). Gegevens worden gescand bij patiënt en vervolgens geanalyseerd. Berichten worden doorgegeven aan medici.

impact op de wijze van werken en bedrijfscultuur van organisaties.

Een andere visie op zorg waarbij zelfredzaamheid een rol speelt. De cliënt wordt in zijn eigen kracht gezet. Deze visie is leidraad geworden en wordt ook gestimuleerd vanuit de overheid via wet- en regelgeving. De invloed van de overheid op het terrein van wetgeving is groot, denk daarbij aan de implementatie van de WMO en BIG-registratie. Eerdergenoemde digitalisering en introductie van nieuwe wet- en regelgeving heeft verder voor een grotere administratieve last gezorgd, efficiency trajecten ten spijt. Een ander aspect is de toegenomen protocollering, procedures en regels waardoor werknemers steeds meer voor (ethische) keuzen komen te staan. Het oplopende tekort aan deskundig (verplegend)

personeel en de sterk toegenomen vraag naar (specialistische) zorg heeft consequenties voor de kwaliteit van haar dienstverlening naar cliënten maar zet ook druk op het werken in de zorg. En toch... ondanks hoge werkdruk en toegenomen regelgeving, twee zaken die veelvuldig werden genoemd door vele geïnterviewde professionals, zeggen ze allemaal bijna zonder uitzondering *“Het is een mooi beroep”*. Je moet er hard voor werken maar je krijgt er zoveel dankbaarheid en waardering voor terug. *Zorg met passie*; daarvoor doe je het uiteindelijk!

Er bestaat een grote variatie in beroepen in zorg en welzijn waarbij bovendien voortdurend veranderingen plaatsvinden in rol en/of functie-inhoud. Wat niet verandert is dat uiteindelijk de mens als cliënt centraal staat. De zorg voor mensen vormt de belangrijkste motivatie om er te gaan werken. Ook voor de toekomst blijft de vraag naar toegeruste en vooral gemotiveerde “zorg” professionals ongekend groot. Kortom, een boeiende en interessante bedrijfstak om voor te kiezen.

In vervolg op onze eerdere publicatie “Werk verandert” (Biemans, Sjoer, Brouwer en Potting, 2017) waarin wij een beeld gaven over het toekomstig werk als verpleegkundige geven wij in deze publicatie een impressie van de ontwikkelingen die spelen bij een viertal specialistische beroepen in zorg en welzijn. Deze vier beroepen zijn achtereenvolgens: de verpleegkundige ouderenzorg, medisch beeldvormings- en bestralingsdeskundige (hierna MBB’er), psychiatrisch verpleegkundige en de maatschappelijk werker.

Alle genoemde beroepen hebben te maken met de grote veranderingen in hun werk. Zo is het werk van de verpleegkundige ouderenzorg complexer geworden en speelt de voortschrijdende techniek bij de MBB ‘er een steeds grotere rol. De vraag naar beide laatste functies is groot. Daarentegen is de kans groot dat de sociaal psychiatrische verpleegkundige in haar huidige vorm van het toneel zal kunnen verdwijnen. Tot slot, zoekt de maatschappelijk werker voortdurend een balans tussen de zelfredzaamheid van de cliënt en zijn kwetsbaarheid tegen de achtergrond van een veranderende omgeving waar hij mee moet dealen.

Deze publicatie is mede tot stand gekomen door het werk van vier studenten van de hogeschool Inholland die vele interviews hebben gehouden met in hoofdte genoemde professionals en met experts en managers in deze branche. Deze studenten waren Merlot Hendriks, Lorenzo Donkers, Sanne van den Bos en Martijn Bakker. Zij hebben alle gesprekken getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd. Essentiële vragen in die interviews waren: *Welke veranderingen doen zich voor in de werkomgeving van het beroep? Wat doe je, wat maakt het leuk en welke (21st) skills heb je nodig om je werk te kunnen doen?* Maar ook komen vragen aan bod als *Wat zijn de grootste veranderingen in het beroep?* en *Hoe ziet de toekomst van het beroep er nu uit?* De volgorde van de vragen geven gelijktijdig ook de opbouw aan van ieder hoofdstuk over het beroep.

Deze publicatie wordt afgesloten met een conclusie.

Ik wens u veel leesplezier!

Rien Brouwer

Bronnen

Biemans, P., E. Sjoer, R. Brouwer, C. Potting, Werk verandert: 21st century skills in de praktijk, 2017, via <https://www.inholland.nl/onderzoek/publicaties/werk-verandert>, bezocht op 20 maart 2019.

CBS: Groei werknemersbanen in zorg en welzijn bovengemiddeld, via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/06/groei-werknemersbanen-in-zorg-en-welzijn-bovengemiddeld> bezocht op 20 maart 2019

UWV, Zorg Factsheet arbeidsmarkt, 11 maart 2019 via werk.nl, bezocht op 20 maart 2019.

Biemans, P., E. Sjoer, Beroepen in Transitie: Drie beroepen in beeld: kapitein, wijkverpleegkundige en operations manager ICT, 2018, via <https://www.inholland.nl/onderzoek/publicaties/beroepen-in-transitie>, , bezocht op 20 maart 2019.

2. Verpleegkundige ouderen(zorg) (VO)

WAT IS EEN VO VERPLEEGKUNDIGE OUDERENZORG HBO?

De verpleegkundige Ouderenzorg (VO) HBO onderscheidt zich van andere (wijk) verpleegkundigen en verzorgenden door met meer kennis de complexe zorgvragen van de meest kwetsbare oudere cliënt, waaronder mensen met dementie tegemoet te treden.

2.1 Inleiding ouderenzorg

De ouderenzorg is de laatste tijd vaak in het nieuws. Helaas lang niet altijd op een positieve wijze: verpleegkundigen die protesteren dat er te weinig persoonlijke aandacht voor hun cliënten is, de hoge werkdruk, de vele vacatures die niet in te vullen zijn, de toenemende groep ouderen, de groeiende vraag van kwetsbare ouderen naar goede zorg op maat en de hoge kosten die met de toenemende vraag gepaard gaan. De kengetallen liegen er niet om.

Relevante kerngetallen			
Toename ouderen > 65 jaar ¹	2018	3,2 miljoen	
	2041	4,7 miljoen	(26 % bevolking)
Toename zorguitgaven 65+ ²	2017	28 miljard	(50% totale zorguitgaven)
	2040	103 miljard	(59% totale zorguitgaven bij ongewijzigd beleid)
Dementie ³	2016	270.000	
	2040	538.000	
Toename ouderen verpleegtehuizen ⁴	2017	110.000	
	2025	141.000	
Toename multimorbiditeit ⁵	2018	2,4 miljoen	
	2040	3,3 miljoen	

Geluiden variëren van niet goed functionerende verpleegtehuizen, maar ook het feit dat steeds minderen jongeren voor het beroep van verpleegkundige ouderenzorg kiezen.

¹ CBS (feb 2019)

² www.vtv2018.nl/zorguitgaven

³ www.alzheimer-nederland.nl

⁴ RTL nieuws 5-9-2017

⁵ www.mijngezondheidsgids.nl

Toch zijn er ook positieve geluiden: zo krijgen de verpleegtehuizen de komende jaren extra geld en wordt er werk gemaakt van de vele vacatures die open staan. Zo worden er extra stageplaatsen gecreëerd die bovendien langer duren. In de praktijk is gebleken dat name langdurige stages in deze sector effectief zijn door het feit dat er een “band” ontstaat tussen de stagiaire en cliënt. Juist die relatie en het zorgen voor ouderen staan centraal in het beroep van verpleegkundige zoals uit onderstaande citaten blijkt. Dat is wat het zo’n mooi beroep maakt!



De belangstelling vasthouden van hbo'ers kan alleen als zij tijdens hun stage genoeg tegenkomen waar ze niet alleen hun handen maar ook hun hersenen voor nodig hebben.

Trouw, 3 maart 2017

“In het ziekenhuis vond ik de technische handelingen heel erg interessant maar ik miste het zorgen. Het zorgen voor de ouderen en de verantwoordelijkheid. Niet dat je alles voor ze bepaalt. ”

(Verpleegkundige ouderenzorg)

“Maar het trok me gewoon het zorgen en er voor iemand zijn met een levensverhaal die iets te vertellen heeft”

(Verpleegkundige ouderenzorg)

Deze citaten geven weer waarom verpleegkundigen bewust kiezen voor de ouderenzorg en met passie hun werk doen. Het werk en ook de omgeving waarin je dat doet zijn de afgelopen jaren veranderd en complexer geworden. Maar nog steeds staan vele verpleegkundigen ouderenzorg klaar voor onze ouderen en ze verrichten hun zorg met hart en ziel! Je kunt op hun zorg rekenen!

2.2 Wat doet een verpleegkundige ouderenzorg?

Wij kwamen verpleegkundigen ouderenzorg niet alleen tegen in verpleeg- en verzorgingstehuizen of thuiszorg maar ook in ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg.

Het is ook mogelijk dat zij met hun specialisme in gevangenissen werken of bijvoorbeeld in hospices. Aan de hand van de gesprekken in de praktijk en vacatureprofielen hebben wij een beknopt functieprofiel opgesteld, waarin de belangrijkste beroepshandelingen zijn opgenomen.

	Kerntaak	Toelichting kerntaak
1	Verpleegtechnische handelingen	<i>Wonden behandelen, katheters plaatsen, medische controles en medicatie toedienen (afhankelijk van werkplek).</i>
2	Zorg cliënt	<i>Luisteren naar en voeren van gesprekken gericht op verbetering fysieke gesteldheid en mentale weerbaarheid; soms ook wassen en verschonen van cliënten.</i>
3	Communicatie netwerk	<i>Onderhouden contacten met artsen en collega en , derden. Vooral het contact met mantelzorgers en familieleden is van belang voor samenwerking naar optimale zorg cliënt.</i>
4	Administratieve werkzaamheden	<i>Opstellen rapportages (zorgleefplannen van cliënten en patiëntendossiers). Veel administratie is gedigitaliseerd. Veel werk wijzigingen met name in zorgleefplannen.</i>
5	Huishoudelijke taken	<i>Bedden verschonen en tafels dekken en afruimen.</i>

Het wassen en verschonen en het verrichten van huishoudelijke taken zijn zaken die formeel niet tot het takenpakket van de ouderen verpleegkundige behoren, maar die soms door personeelsgebrek door de verpleegkundige ouderenzorg worden verricht. Aan de andere kant beiden dergelijk taken de gelegenheid om met zijn cliënt te praten over zijn of haar zorg.

Bij binnenkomst van een nieuwe cliënt in het verpleegtehuis dient conform de regels binnen 6 weken een zorgleefplan te worden opgesteld.

‘Dus dan heb ik zes weken de tijd om iemand te leren kennen en kijken wat hij wil,’

(Verpleegkundige)

Op de website van wijkgerichte zorg wordt het profiel van de Verpleegkundige Ouderenzorg als volgt beschreven⁶

De verpleegkundige Ouderenzorg (VO) onderscheidt zich van andere (wijk) verpleegkundigen en verzorgenden door met meer kennis de complexe zorgvragen van de meest kwetsbare oudere cliënt, waaronder mensen met dementie tegemoet te treden. Hij/zij maakt daarbij gebruik van haar kennis van de normale veroudering en de pathologische veroudering. De VO houdt het overzicht op snel veranderende situaties, onderneemt gepaste activiteiten en past gerichte interventies toe, voor extramuraal verblijvende kwetsbare ouderen (in de wijk). De VO denkt proactief en verleent zorg vanuit het levensloopperspectief van de cliënt. Het accent van de functie ligt op het snijvlak van de medische-, psychosociale-, psychiatrische en psychogeriatrische complexe verpleegkundige activiteiten waar specifieke kennis en kunde voor nodig is.

Naast de explicitering van de intensiteit van de relatie met de cliënt wordt het eerdergenoemde snijvlak hier verwoord als *“Opbouwen vertrouwensband en geven van intensieve begeleiding aan ouderen met psychische, psychogeriatrische of sociale problemen”*

Dit laatste is het belangrijkste voor de ouderen verpleegkundige. Dit raakt de kern van het beroep en bevat de belangrijkste motivatie om voor het beroep te kiezen.

Kortom, het is juist de verpleegkundige oudere die niet alleen een deel van verpleegkundige zorgtaken voor haar rekening neemt maar vooral de zorg als een spin in het web rondom de ouderen goed kan regelen. Deze laatste taak zal door de groei van vooral kwetsbare ouderen in de toekomst alleen maar belangrijker worden.

2.3 Welke competenties worden gevraagd van de (toekomstige) professional?

De top drie competenties

Op onze vraag aan de respondenten *“Welke 21st skills zijn nu van belang om te kunnen blijven functioneren als verpleegkundige ouderen zorg?”* kwamen de drie competenties in volgorde van genoemde relevantie; **kritisch denken, communicatie, samenwerken** sterk vooral naar daarnaast werden **probleemoplossend vermogen, verantwoordelijkheid durven nemen** en **flexibiliteit** genoemd. Opvallend ook was dat kritisch denken en communicatie vaak in één adem worden genoemd door de ondervraagden bovendien kan het goed kunnen samenwerken ook niet los worden gezien van het adequaat kunnen communiceren met ander woorden deze drie competenties zijn op een natuurlijke wijze geïntegreerd in het werk van de Verpleegkundige ouderen zorg.

Top vijf:

⁶ <http://wijkgerichte-zorg.nl/wat-is-een-vo-verpleegkundige-ouderen-zorg/>

1. Kritisch denken
2. Communicatie en samenwerken
3. Probleemoplossend vermogen
4. Verantwoordelijkheid nemen
5. Flexibiliteit

Door de toename van de groep ouderen met meervoudige ziektebeelden is het voortdurend noodzakelijk een juiste adequate interpretatie en analyse te geven van hun leefsituatie. Dit vraagt om een kritisch denken van de V.O. Kritisch denken zal in de toekomst nog belangrijker worden door de progressie in complexiteit in én uitbreiding van die groep mensen waarvoor zij verantwoording dragen maar ook door werken in (zelfsturende) teams.

Door de zelfsturende teams zal de verpleegkundige een meer sturende en coachende rol krijgen.

'Het samenwerken wordt anders door het fenomeen zelfsturende teams.'

(Verpleegkundige)

In hun rol als teamlid zullen zij vanuit een kritisch denkvermogen in staat moeten zijn hun meningen te onderbouwen om op die manier een adequate sparringpartner te zijn voor collega's maar ook door hun kundige communicatie en samenwerken vereiste doelen/gemaakte afspraken te kunnen behalen c.q. te kunnen nakomen.

'Je moet ook goed samenwerken met je arts van wat wil die cliënt of wat is nog toereikend? En een goede samenwerking tussen verschillende disciplines. Van wat kunnen we nog doen of wat wil iemand nog doen? Ook in samenwerking met de familie en de cliënt van wat willen we nog en wat is nog haalbaar?'

(Verpleegkundige)

De verpleegkundigen zijn ook continu aan het bemiddelen tussen de cliënt en groepen als mantelzorgers en (mede voor de cliëntenzorg verantwoordelijke) instanties. Een relevante reden hiertoe is de verschuiving die heeft plaatsgevonden van taakgerichte zorg naar persoonsgerichte zorg. Het is immers belangrijk dat er op een juiste en prettige manier gecommuniceerd, geluisterd en om gegaan wordt met zowel cliënten, mantelzorgers als collega's.

Bij de 21 st skills probleemoplossend vermogen werd vaak toegelicht dat *"je meer buiten kaders moest denken"* om zo te kunnen laveren tussen behoeften en rechten van de cliënt op en de mogelijkheden van de organisatie



‘Sociale vaardigheden zijn ook heel erg belangrijk. Je werkt wel met mensen.’

(Zorgmanager)

De continue stroom van veranderingen in de ouderenzorg op allerlei gebieden van nieuwe regels, de invloed van zorgverzekeraars, de implementatie van robotica maar vooral ook de wisselende cliënten met steeds veranderende en complexe ziektebeelden, doen een groot beroep op de **flexibiliteit** van de V.O.

‘Als je vandaag de dag niet flexibel bent, loop je vast. Er zijn constant veranderingen op de werkvloer, rooster, collega’s. Als je hier niet tegen bestand bent dan kan het zwaar worden voor je.’

(Verpleegkundige)

‘Je moet altijd schakelen in dit beroep.’

(Verpleegkundige)

De competentie **verantwoordelijkheid durven nemen** zal in importantie groeien; immers alle aspecten van het verlenen van zorg op maat kan echter niet door protocollen, regels en procedures geheel worden afgedekt. In bepaalde gevallen zal de verpleegkundige binnen haar professie eigen verantwoordelijkheid moeten durven nemen als het om het belang van de zorg van de cliënt gaat.

Andere genoemde competenties

Naast de top vijf worden ook **inlevingsvermogen, procedure gericht kunnen werken, coördineren, maatschappelijk handelen, integriteit en digitale geletterdheid** als essentiële competenties genoemd voor het goed kunnen functioneren in dit beroep.

'Als je dit beroep wilt uitoefenen moet je een flinke dosis inlevingsvermogen hebben. Probeer te voelen hoe de cliënt zich voelt. En uit dit ook naar de cliënt. Maak je bewust van wat de cliënt voelt. Als je dit niet hebt kun je ook geen medeleven tonen voor de cliënt.'

(Verpleegkundige)

Inlevingsvermogen van de verpleegkundige ouderenzorg beperkt zich overigens niet uitsluitend tot haar cliënt waarvoor zij verantwoordelijk is maar is ook van invloed op haar contact met de mantelzorgers en familieleden van de cliënt. Integer handelen om kwaliteit te leveren aan én in het werken met zo 'n kwetsbare doelgroep is daarbij een vanzelfsprekendheid.

'Je bent als verpleegkundige vooral heel erg bezig met kwaliteit op de afdeling.'

(Verpleegkundige)

Tot slot, digitale geletterdheid is een gegeven voor de verpleegkundige. De laatste jaren is er al veel gedigitaliseerd in het werkveld van de ouderenzorg zoals het EPD, zorgleefplannen, rapportbevindingen cliënten, medicaties, werkroosters etc. Het gebruik van social media behoort langzamerhand tot de gewoonste zaken van de wereld. Cliënten en familieleden maar ook de verpleegkundigen zelf (zie onderstaande praktijkvoorbeeld) maken tegenwoordig steeds meer gebruik van verschillende soorten (social)media met behulp van tablets en smartphones.

'Vorige week heb ik een foto gemaakt van iemand die onder de uitslag zat en doorgestuurd via de app naar de arts.'

(Verpleegkundige)

Verpleegkundigen in de ouderenzorg zullen bewust moeten zijn van de gevolgen en effecten van het (kunnen) omgaan met deze (social)media in hun werk zoals het beschermen en respecteren van de privacy van cliënten.

'Weet waar je mee bezig bent, zet geen dingen op (social) media die geen meerwaarde hebben of waarmee je de cliënt schaadt.'

(Verpleegkundige)

Wat het werk zo aantrekkelijk maakt en in de interviews telkenmale naar voren komt is dat naast de verdieping van de functie-inhoud dat de verpleegkundigen daadwerkelijk een relatie met de cliënt

opbouwen. Vanuit HRM wordt dan ook aangedrongen om stages van studenten die voor dit beroep willen kiezen langer te laten duren waardoor zij kennis maken met de verhalen van mensen.

'Ik vind het meer cliënt gericht geworden. Voorheen was het meer wassen, verschonen en klaar. Tegenwoordig wordt er meer gekeken naar de persoon er achter en wordt er beter geluisterd naar de bewoner zelf.'

(Verpleegkundige)

2.4 Wat is de kern van de transitie in het beroep?

De grootste veranderingen die zich voordoen in het beroep van de verpleegkundige ouderenzorg zijn:

1. Begeleiding van mantelzorgers en vrijwilligers
2. Ontwikkeling naar een meer coördinerende rol
3. Meer verpleegkundige taken
4. Voortgaande digitalisering en robotisering

Mantelzorgers en vrijwilligers zijn niet meer weg te denken in het werkproces van de V.O. zeker nu de zorg van taakgericht naar cliëntgericht is verschoven waarin de zelfredzaamheid van de cliënt centraal staat. Door hun ondersteuning (toezicht houden, helpen bij eten geven) hebben verpleegkundigen niet alleen meer tijd om de juiste zorg te kunnen verlenen maar neemt ook de werkdruk enigszins af.

Maar vandaag de dag hebben de verpleegkundigen ook te maken met de zorg voor de mantelzorgers. Zij zorgen vaak voor langdurig voor cliënten in de thuissituatie waardoor zij vaak overbelast zijn voordat deze in een verpleeg- en/of verzorgingstehuis komt wonen.

'Je hebt er wel een andere doelgroep bijgekregen, de mantelzorgers. Tegenwoordig verzorg je eigenlijk verschillende mensen. Voorheen was het echt de cliënt maar nu is het ook het hele proces er omheen.'

(Verpleegkundige)

Een tweede ontwikkeling is dat de V.O. met een hbo-opleiding op zich gaandeweg gaat ontwikkelen naar een coördinerende rol. Bepalende factoren van voornoemde rolverandering zijn onder meer de implementatie van zelfstuderende teams en de vergroting van het interne en externe netwerk waar de V.O. spil in is. Het betekent ook dat de V.O. het voortouw zal nemen om de verzorgers op werkvloer te coachen en te adviseren op het gebied van de kwaliteit van de zorg voor de cliënt. De verwachting is daarbij wel dat de verpleegkundige meer administratieve werkzaamheden zal gaan uitvoeren en minder tijd "aan bed" zal besteden. In het huidige werk verrichten verpleegkundigen deels ook dezelfde

werkzaamheden uit als de verzorgende-IG⁷. In de toekomst zal er duidelijk onderscheid komen tussen deze functies.

‘Voer functiedifferentiatie in, zodat duidelijk wordt hoe functies echt van elkaar verschillen en dus aanvullend zijn. Onder andere door invoering van de mbo- en hbo verpleegkundige profielen. Hierdoor ontstaat veel beter zicht op de benodigde functiemix.’

Aanbevelingen Rapport Aan het werk voor een betere arbeidsmarkt in de zorg! Berenschot november 2017

Het betekent in de praktijk dat door deze functiescheidingen je duurdere en hoger opgeleide personeelskrachten geen eenvoudige werkzaamheden meer laat doen.

Een andere belangrijke trend die in feite in het verlengde ligt van het voorgaande is dat de toename van het aantal ouderen met veelal meervoudige ziektebeelden, een specialisme vraagt voor de herkenning en behandeling van die multimorbiditeit. Maar gelijktijdig deze medicatie ook in een perspectief kan plaatsen van een juiste op de cliënt afgestemde zorg(behoeftte).

Tot slot dient de V.O. kennis te hebben van de mogelijkheden die digitalisering en robotica aan cliënten bieden. Denk aan sensoren, sociale robots die een bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen van eenzaamheid maar ook zogenaamde zorgrobots die zelfstandig kunnen diagnosticeren en adviseren.

Met de komst van de digitalisering zijn bepaalde taken vereenvoudiger geworden. *Zo vertelde, een verpleegkundige dat medicatie tegenwoordig kant en klaar wordt aangeleverd terwijl voorheen je zelf de juiste hoeveelheden moest berekenen.* Echter alle efficiëntie door het gebruik van ICT ten spijt, is het administreren van allerlei zaken als Elektronisch patiëntendossier, zorgleefplannen, rapporteren van de bevindingen van cliënten zoals reeds eerdergenoemd is, de laatste vijf jaar toegenomen. Hetgeen de verpleegkundigen als een belasting ervaren, waarvan ze niet altijd de meerwaarde in zien. Men kiest immers niet voor de zorg vanwege die administratieve taken, maar omdat men mensen wil helpen.

De verwachting is dat aan de ene kant de administratieve druk zal afnemen, omdat systemen beter met elkaar gaan werken, maar dat deze aan de andere kant ook zullen toenemen, zeker in het perspectief van risico signalering. Dit laatste is gevolg van de eveneens toegenomen complexere zorg binnen de ouderenzorg.

“Zodat we sneller kunnen ingrijpen bij mensen die inderdaad ondervoed zijn zodat we alles meteen kunnen inzetten.”

(Verpleegkundige over risico signalering)

⁷ IG = individuele gezondheidszorg



‘Het gaat veel meer naar welbevinden. Als iemand zich goed voelt gaat diegene zich ook beter voelen. Dat gaat vaak hand in hand met elkaar samen. Je kan het stukje medisch, sociaal en maatschappelijk niet van elkaar weghalen. Als iemand het lichamelijk niet kan zorgt dat voor psychische problematiek. En psychische problematiek zorgt voor sociale problematiek. Die eenheid is zo belangrijk. Dus je moet niet alleen naar de pilletjes kijken maar mensen in hun totaliteit zien. En daar zit de grote verandering in.’

(Verpleegkundige en begeleider)

2.5 De toekomst van het beroep van V.O.?

Doordat ouderen steeds langer thuisblijven zal een verschuiving plaatsvinden van het werken in verpleegtehuizen naar het meer individueel bezoeken en zorg verlenen in de thuissituatie van ouderen. De aandacht zal vooral ook op preventie komen te liggen in het vroegtijdig kunnen signaleren van thuiswonende ouderen die specialistische zorg nodig hebben waarbij niet alleen zal worden gekeken naar de specifieke ziekte maar ook naar het gehele functioneren van die bezochte oudere(n). De professional zal ook steeds meer te maken krijgen met dilemma's in zijn beroep. Ethische vragen als

“Waar liggen grenzen van zorg verlenen?”, “Waar houdt de autonomie van de cliënt op? “Wat behoort wel of niet tot het privacy domein van de cliënt” zullen opgeld doen.

De huidige sluiting van verzorgingstehuizen kan voor de opvang in de toekomst een zware wissel trekken en contraproductief blijken te zijn. Nieuw zal ook zijn dat straks de cliënt de regie heeft over zijn eigen medische dossier om vervolgens rechten toe te kennen aan zijn zorgverleners voor inzage in zijn dossier. De digitalisering en robotica zullen een steeds grotere rol spelen met name in het zelfstandig kunnen diagnosticeren en adviseren.

De huidige tekorten aan toegeruste professionals mede door de dubbele vergrijzing vragen van het (toekomstig) verplegend personeel een andere manier van werken. Maar ook van de organisatie en HRM zal een andere kijk op deze situatie worden gevraagd. Verdere verdieping van het beroep en andere manieren van het organiseren van zorg voor cliënten zullen daarbij leidraad zijn.

In toenemende mate zullen verpleegkundigen te maken hebben met diversiteit van cliënten. Simpelweg omdat de samenleving diverser wordt: verschillende culturele achtergronden, meer LHBT-ouderen, geestelijke en lichamelijke problematieken gecombineerd, etc. Iedereen met eigen vragen en behoeften, eigen waarden en gebruiken. Dit zal een beroep doen op de competenties van de verpleegkundigen.

Door de huidige personeelstekorten en werkdruk zullen er keuzes moeten worden gemaakt welke zorg, wanneer en aan wie kan worden geleverd om de kwaliteit van de zorg zelf te kunnen waarborgen. In dat perspectief zullen ook steeds meer ethische dilemma's op de werkvloer de revue passeren. Door het steeds meer verdwijnen van voorheen altijd aanwezige geestelijke verzorgers in verzorgings- en verpleegtehuizen zal meer een beroep worden gedaan op de verpleegkundige ouderenzorg voor het beantwoorden van zingevingsvragen van cliënten.

Kortom, het werk van de verpleegkundigen binnen de ouderenzorg is complexer, intenser maar ook uitdagender geworden. Dit wordt versterkt door de eveneens toenemende diversiteit en complexiteit die voortvloeit uit de veranderde visie op zorg waarbij meer nadruk komt te liggen op eigen regie en de samenhang van welzijn en zorg (positieve gezondheid) ook voor deze kwetsbare doelgroep. De verwachting is daarbij dat de toekomstige ouderen verpleegkundige zich steeds meer zal specialiseren. Wat blijft is de liefde en aandacht voor ouderen die verzorging nodig hebben! De toekomst zal het uitwijzen!

Dit hoofdstuk is mede tot stand gekomen door de studente HRM van de hogeschool Inholland Marlot Hendriks die voor haar afstudeerscriptie onderzoek heeft gedaan naar de veranderingen en de consequenties daarvan in het beroep(sbeeld) van de verpleegkundige ouderenzorg. In totaal heeft zij 15 interviews gedaan w.o. 10 met een hbo verpleegkundige ouderenzorg. De overige geïnterviewden zijn experts, HR-medewerkers en managers.

Bronnen

<https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>

Geraadpleegd 18 december 2018

<https://www.ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers/>

Geraadpleegd 2 oktober 2018

<https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>

Geraadpleegd 13 maart 2019

Alzheimer Nederland, feiten en cijfers

https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-cijfers?gclid=EAlalQobChMI4Yrwou7s3QIVTuJ3Ch1MwwK2EAAAYASAAEgD_D_BwE

Geraadpleegd 4 oktober 2018

<https://www.venvn.nl/Berichten/ID/495020/Verpleeghuiszorg-is-uitdagender-dan-je-denkt>

Geraadpleegd 18 december 2018

Wijkgerichte zorg

<http://wijkgerichte-zorg.nl/wat-is-een-vo-verpleegkundige-ouderenzorg/>

Geraadpleegd 13 maart 2019

Youchoozenl;

<https://www.youchooz.nl/beroepen/verpleegkundige-in-verpleeghuis/wat-ga-je-doen>

Geraadpleegd 19 december 2018

Actiz. (2017, 10 januari). Medewerkers ouderenzorg blijven bevlogen ondanks hoge werkdruk.

<https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2017/01/ondanks-hoge-werkdruk-blijven-medewerkers-ouderenzorg-bevlogen>

Geraadpleegd 17 december 2018

3. De medisch beeldvormings- en bestralingsdeskundige *medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken*

WAT IS EEN MEDISCH BEELDVORMINGS- EN BESTRALINGSDESKUNDIGE?

De Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundige (MBB) verricht op hbo-niveau handelingen (afhankelijk van zijn specialisme) op het gebied van radiotherapie, radiologie en nucleaire geneeskunde met behulp van onder meer bestralingen, röntgen, echografie, MRI-scans en radioactieve stoffen.

3.1 Inleiding MBB

De slogan *“Goed met de patiënt kunnen omgaan én kennis hebben van de techniek is manifest voor de MBB’r.”* verklapt precies waar het in dit beroep nu omgaat. Er is bijna geen beroep denkbaar in de zorg waarbij juist deze twee elementen van techniek én cliëntenzorg zo naadloos in elkaar overvloeien in het dagelijkse werk.

‘Techniek is hartstikke leuk en dat moet eigenlijk je grootste hobby zijn, maar als je niet met mensen overweg kan dan zit je in de verkeerde richting.’

(Manager Radiologie)

De relatie met cliënten is in dit beroep anders dan in veel andere beroepen: het betreft een kortdurend contact waarbij je geen langere relatie opbouwt.

‘Dat je weet wat er in de patiënt omgaat en dat is toch hetgeen waar we het voor doen. Dat wordt soms wel is vergeten. De patiënt is waar het allemaal omgaat.’

(Teamleider nucleaire geneeskunde en PET CT /MBB werkvloer)

Veel van het cliëntencontact is eenmalig met uitzondering van. cliënten die worden bestraald. Uitoefening van de beroepsoefenaar zonder de beschikking over een adequate communicatie is niet

mogelijk immers het gaat er niet alleen om de cliënt gerust te stellen maar hem of haar een goede en duidelijke uitleg te geven over de noodzakelijke handelingen.

‘Wat ik er heel mooi aan vind, is dat het een beroep is in ontwikkeling, dat je nooit stil hoeft te staan, dat je altijd nieuwe ideeën hebt en dat je die moet omarmen en dat je ermee aan de slag moet.’

(Docent MBB)

Kortom, het is en blijft een beroep dat continue in ontwikkeling en verandering is en toch mensenwerk blijft! Dit vormt een aantrekkelijke reden voor velen om in dit beroep vandaag de dag te werken.



*Praktijklessen MBRT-
opleiding Hogeschool
Inholland Haarlem*

*Foto Lorenzo Donkers
2017*

3.2 Welke veranderingen vinden plaats in de werkomgeving van het beroep van een MBB?

De context waarin het beroep van MBB staat is de laatste jaren aan verandering onderhevig. De veranderingen van de MBB vinden met name plaats op drie terreinen:

1. Verschuiving van eerste naar tweedelijns zorg: huisartsen doen meer zelf
2. Invloed van techniek/digitalisering: er kan steeds meer
3. Groei van aantal behandelingen: verdubbeling ten opzichte van 19XX (of zo)

Thans vindt een verschuiving binnen de medische beeldvorming en bestraling plaats van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. Hierdoor zal een deel van het eenvoudige werk wat nu nog in de tweede lijn wordt gedaan langzaam verdwijnen. Steeds meer huisartsen bedienen zich nu van de echografie, en doen dus op dit gebied meer zelf. Andere voorbeelden van nieuwe uitbreidingen van werkgebieden zijn: particuliere centra voor screening, consultatiebureaus (screening van zuigelingen op heupdysplasie) en zelfstandig opererende buitenpoli's. Het werken buiten reguliere ziekenhuizen vraagt van een MBB wel een grotere zelfstandigheid en niet iedereen is daartoe geschikt. Een andere ontwikkeling is het fuseren van afdelingen doordat ziekenhuizen zijn gaan samenwerken. Dit laatste niet alleen vanuit kostenoverwegingen maar vooral door gerichte specialisering. Tenslotte, speelt het feit dat ook steeds meer MBB als ZZP'er werkzaam zijn. In die rol voeren zij bijvoorbeeld handelingen uit op het gebied van echografie.



‘Een onderbuikgevoel heeft een robot niet.’

De grootste verandering in deze branche is de innovatie van telkens nieuwe technieken met de bijbehorende randvoorwaarden die de uitvoering van deze nieuwe technologie noodzakelijk maakt. Bij het laatste kan men denken aan grotere digitale opslagsystemen voor nieuwe scanningstechnieken die duizenden beelden per seconde kunnen opnemen. De groeiende rekenkracht van computers maakt het mogelijk om meer informatie uit echobeelden te verkrijgen dan nu het geval is. Dit biedt nieuwe kansen voor bijvoorbeeld vroegtijdige diagnostiek van hart- en vaatziekten. Er bestaat inmiddels een geautomatiseerd ultrasoundsysteem voor het screenen van vrouwen op borstkanker.

Het is niet ondenkbaar dat in de nabije toekomst door nog slimmere software en technieken grote delen van het werk van medici worden overgenomen door computers en robots waardoor zeker bij complexe ziektebeelden de arts betere diagnoses kan stellen.

‘Over de digitalisering en de ontwikkeling van apparatuur gesproken... Per twee à drie jaar heb je al het gevoel dat het apparaat verouderd, omdat er nieuwe features zijn.’

(Docent MBRT)

In de afgelopen vijf jaar is het aantal behandelingen van patiënten binnen MBRT verdubbeld. Dit heeft ertoe geleid dat de werkdruk fors is toegenomen. Het vraagt veel van de huidige medewerkers om én de gevraagde productie te draaien en tegelijkertijd ook kwaliteit van dienstverlening aan zorgcliënten te leveren. De risico's van foutief handelen liggen door deze (werk) druk dan ook op de loer. Dit wordt versterkt omdat de marges op de behandelingen relatief klein zijn. Veel behandelingen zijn dus nodig om de investering in apparatuur en menskracht te compenseren.

3.3. Wat doet een MBB?

De MBB werkt in een ziekenhuis en heeft in het algemeen de hbo-opleiding MBRT afgerond. (hbo Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken). Hij kan werken op diverse (sub)afdelingen van radiologie, radiotherapie of nucleaire geneeskunde. Hij kan echter ook in de tweedelijns zorg voornamelijk in de echografie als zelfstandige of in loondienst opereren bijvoorbeeld bij een huisartsenpost.

Uit de folder van de MBRT opleiding van INHOLLAND

Tijdens je opleiding leer je niet alleen hoe al deze technieken werken, maar ook hoe je de apparatuur moet bedienen. Je leert de anatomie van het menselijk lichaam en een grote diversiteit aan ziektebeelden. Een belangrijk aspect is de omgang met de patiënt en de samenwerking en communicatie met collega's en andere zorgverleners. Ook leer je veilig te werken, onder andere op het gebied van hygiëne en straling. Kortom, jij krijgt zowel in de theorie als de praktijk de tools aangereikt om je die kennis, vaardigheden en attitude eigen te maken die nodig zijn om een beginnend beroepsbeoefenaar te worden.

Ook behandelt een MBB op de radiotherapie-afdeling met behulp van straling cliënten met kanker. Hij stelt in overleg met de radiotherapeut een bestralingsplan op om dit vervolgens verder zelfstandig uit te voeren. De complexe machines waar hij mee werkt zal hij zeer nauwkeurig moeten instellen om geen gezonde organen en weefsels van de cliënt te beschadigen.

Een MBB 'er die werkzaam is in de radiologie onderzoekt zijn cliënten met behulp van onder meer röntgenapparatuur, CT (computertomografie) MRI (Magnetic Resonance Imaging) en echografie (geluidsgolven). Hij maakt beelden zoals röntgenfoto's van het inwendige lichaam maar brengt hij ook de functie van organen in beeld.

Ook kan het gebeuren tijdens dit proces dat ingeval van een crisissituatie artsen of ander medisch personeel gelijktijdig andere (be)handelingen uitvoeren bij de patiënt. Met röntgenstralen maakt hij röntgenfoto's en CT-scans. Een CT-scan wordt bijvoorbeeld gemaakt bij trauma patiënten, waarbij het belangrijk is om in korte tijd veel informatie over zijn mogelijke verwondingen te krijgen. Hij kan de röntgenstralen ook gebruiken om bij patiënten bijvoorbeeld een verstopping in bloedvat op te sporen waardoor een arts gelijk met de behandeling daarvan starten. Een andere techniek waarmee hij mee werkt is het maken van MRI-scans. Door gebruik te maken van een krachtig magnetisch veld worden gedetailleerde beelden gemaakt van bijvoorbeeld hersenen of bloedvaten. Deze techniek wordt ook toegepast om te kijken naar het groeiproces van de baby bij zwangere vrouwen. Weer een ander terrein is de echografie waarbij geluidsgolven worden gebruikt. Een snelle maar bovenal veilige methode om onder andere organen in de buik te beoordelen of te kijken naar vernauwingen in. Daarnaast ondersteunt de MBB de radioloog bij complexe ziektebeelden.

De MBB kan ook werkzaam zijn in de nucleaire geneeskunde. Hierbij is de patiënt zélf de stralingsbron doordat in de patiënt een radioactieve stof wordt ingebracht. Deze stof is gekoppeld aan een molecuul dat wordt opgenomen door een specifiek deel van het lichaam. De straling die uit de patiënt treedt wordt door een speciale camera (gammacamera of PET-CT) opgevangen en vervolgens in een beeld omgezet. Afhankelijk van het molecuul waar de radioactieve stof aan gekoppeld is, kunnen deze beelden informatie geven over de aanwezigheid van tumoren, maar ze kunnen ook informatie geven over bijvoorbeeld de pompfunctie van het hart.

Volgens de NVMBR ⁸(Nederlandse vereniging medische beeldvorming & radiotherapie) moeten MBB'ers patiëntgericht handelen, Medisch beeldvormend handelen en het kunnen samenwerken. Het patiëntgericht handelen is in feite de corebusiness waarbij de MBB een zodanige behandelrelatie opbouwt dat dit de geruststelling van zijn cliënt ten goede komt.

'Je hebt niks aan mensen die heel goed een computer kunnen bedienen, maar niet met patiënten kunnen omgaan, dat is namelijk heel belangrijk.'

(Medewerker MBB)

De MBB werkt in teamverband en het communiceren daarin is een vanzelfsprekendheid. Onderdeel van het werken is ook dat zij elkaars handelingen controleren. We zien dus dat de medewerkers van elkaar en van anderen zoals artsen erg afhankelijk zijn om tot een goed resultaat te komen voor de cliënt. Het kunnen samenwerken is én wordt in de komende jaren verder geïntensiveerd. Er wordt steeds meer een mix en fusies gezien van verschillende specialisaties en afdelingen. Het multidisciplinaire teamwork en

⁸ Beroepsprofiel MBB NVMBR

breder denken, over de eigen afdeling en professionaliteit heen, zal steeds verder een prominentere rol gaan spelen in de toekomst.

Maar welke richting de MBB ook kiest hij werkt altijd met mensen en de meest moderne geavanceerde apparatuur. Kortom: de combinatie van technische handelingen én communicatieve en zorghandelingen vormen de essentie voor het beroep van MBB.

3.4. Welke competenties worden gevraagd van de (toekomstige) professional?

Drie in het oog springende 21 st skills zijn bij de MBB van belang. Zijn Technische en **ICT kennis, probleemoplossend vermogen en communicatie én samenwerking**. De laatste twee worden vanwege de vervlechting met elkaar in dit beroep bewust in één adem genoemd.

Technische en ICT kennis: Niet alleen het gebruik van de technische apparatuur speelt een prominente rol maar ook het technische (in) zicht op de (on) mogelijkheden hiervan. Alles is digitaal en er wordt gewerkt met de nieuwste technieken van machines en software. Het zijn juist de technieken die in dit beroep elkaar snel opvolgen. Het legt ook een continue druk op de MBB om zijn kennis en vaardigheden goed te onderhouden en te benutten meer nog dan bij andere functies in de zorg. Hij werkt immers met zeer geavanceerde apparatuur die hij geheel zelfstandig en zeer nauwkeurig moet kunnen instellen en bedienen. Denk bijvoorbeeld aan het nauwkeurig aftekenen van de plek bij de cliënt die moet worden bestraald en vervolgens de nauwkeurige instelling van de apparatuur maar ook aan het rekenwerk van de stralingsgegevens. Daarbij moet zorgvuldig worden gehandeld en dienen te veel protocollen worden gevolgd. Zeker in deze branche is én wordt veel vastgelegd in documenten, bestanden, protocollen en (landelijke) richtlijnen.

‘Dat is ook iets waar je goed je selectie op moet doen als je met een MBB aan de slag gaat. Het is mensen werk. Dan moet je maar met computers gaan werken bij de ICT, dus de belangrijkste competentie of één van de belangrijkste competenties is toch je communicatieve vaardigheden of sociale vaardigheden.’

(Leidinggevende MBB)

Door de introductie en innovatie van steeds nieuwere technieken wordt telkens een beroep gedaan op het **probleemoplossend vermogen**. Met uitzondering van het maken van röntgenfoto's is de dagelijkse praktijk van de MBB beslist geen routinewerk meer. Hij moet daarbij ook nog rekening houden met de eisen die artsen stellen aan de uit te voeren behandeling en in het verlengde vragen beantwoorden van collega's. Zeker bij drukte zal hij alles zoveel mogelijk in goede banen moeten leiden. Door de snelle veranderingen in de technologie en bezuinigingen (lees zelfde werk met minder mensen) moet de MBB zich blijven aanpassen en meegaan met de nieuwe kennis en technologie zonder de menselijke aspecten in de verschillende medische behandelingen te verliezen.

Zichtbaar in de praktijk is dat de competentie van **communicatie** een steeds grotere rol gaat spelen in de toekomst. Het communiceren over elkaars handelingen en het eindresultaat, de MBB zijn immers sterk

afhankelijk van elkaar en van anderen staat daarbij centraal. Het multidisciplinaire teamwork en breder denken wint steeds meer invloed mede door een vergrote samenwerking tussen afdelingen en specialisaties door fusies en afdelingen. Vandaar dat het niet kunnen **samenwerken** ondenkbaar is in deze functie.

‘Je ziet ook dat mensen die niet kunnen samenwerken, het ook niet redden in dit vakgebied.’

(Medewerker MBB)

Communicatie is essentieel, de MBB moet niet alleen zenden maar ook goed naar de cliënt kan luisteren en hem te woord staan om vervolgens te signaleren wat hij nodig heeft. Elke patient is immers anders! Door de snelheid van handelingen maar ook de afschrik van al die apparatuur weten cliënten vaak niet wat hen te wachten staat en overkomen zal. Vertrouwen en geruststelling zijn dan een groot (gemeen)goed om alles in goede banen te leiden. Uiteindelijk draagt dit bij aan een snelle afhandeling van het gehele behandelingsproces en met name naar de grootste doelgroep van patiënten van 50+ of 60+. Deze laatste patiënten willen graag een bepaalde sociale interactie hebben met de MBB'er. Complexere onderzoeken, zorg op maat voor de cliënt en zijn mondigheid zal er mede toe leiden dat communicatie verder in belang zal toenemen.

‘Zelfs patiënten die thuis op Google van te voren gaan kijken wat een onderzoek inhoudt, worden zelfs nog verrast.’

(Medewerker MBB)

Tot slot wordt, naast bovengenoemde drie competenties, ook gesproken over de relevantie van **aanpassingsvermogen** en **flexibiliteit**. Gaat het bij aanpassingsvermogen vooral om het zich kunnen **aanpassen** aan bijvoorbeeld het gebruik van nieuwe technologieën en gedragsstijlen van cliënten. Bij flexibiliteit gaat het veel meer om een flexibele opstelling en gedrag in veranderende situaties zoals werkzaamheden die continue veranderen en daarin meegaan om toch naar het gestelde doel te werken of te behalen. Met name de snelle veranderingen in de technologie vereisen een enorme flexibiliteit van de MBB'er. Niet uitgesloten moet worden dat (op termijn) door samensmeltingen van afdelingen ploegendiensten worden geïntroduceerd. Ook hier wordt een beroep gedaan op het flexibele vermogen van de MBB.

‘Stilstaan is achteruitgaan. Flexibel zijn is dus belangrijk.’

(Medewerker MBB)

De beroepsvereniging NVMBR somt naast de drie eerdergenoemde 21st skills van technische kennis, samenwerken waaronder communicatie en impliciet probleemoplossend vermogen ook op, accuraat zijn,

zelfstandig kunnen werken naast in een teamverband kunnen opereren, afstand bewaren naar cliënten en leergierigheid. Dit laatste vanwege de voortdurende ontwikkeling van het vak.

3.5 Wat is de kern van de transitie van het beroep

In de huidige situatie zijn het vooral de verschuivingen in de functie-inhoud door technologische innovaties en de toename van het aantal handelingen van invloed op de beroepsontwikkeling. Beide transities kunnen overigens niet los van elkaar worden gezien.

Door de **voortschrijding van de techniek**, denk aan slimme software vindt **verschuiving** in de **functie-inhoud** plaats van operationele uitvoering naar een meer controlerende taakuitoefening. De beelden die de apparatuur opleveren, worden niet alleen steeds beter door de continue verbeterde technieken maar er is steeds meer mogelijk voor de cliënt om specifiek zorg voor hem te verlenen. Patiënten kunnen nu gericht en specifieker kan worden bestraald dan voorheen waardoor de cliënt op maat kan worden bediend. Hetgeen tegelijkertijd van de MBB grotere alertheid en kennis op die ontvangen resultaten wordt verlangd.

‘Technologische innovaties zorgen voor nieuwe vormen van behandelingen. UMC Utrecht werkt samen met Philips aan een MRI-scanner waarbij ook bestraald kan worden. Op deze manier moeten de bestralingen succesvoller zijn en minder schade aanrichten door gerichtere bestraling.’

(Bakas, 2017)

De ontwikkeling in de techniek maakt het ook mogelijk dat handelingen sneller kunnen worden uitgevoerd en dat er dus meer behandelingen kunnen worden uitgevoerd. Daarbij dient wel opgepast te worden dat door de snelheid in combinatie met de hoeveelheid behandelingen de MBB scherp moet opletten. Verkeerde toepassing c.q. inschatting kan grote gevolgen hebben in het leven van de cliënt.

Vanuit zorgverzekeraars, overheid, maar ook organisaties zelf, wordt steeds **meer administratieve vastlegging** van verrichte medische (w.o. die van MBB) handelingen gevraagd. Dit kan van invloed zijn op de verantwoordelijkheid die bij een MBB wordt gelegd. Alhoewel de radiotherapeut altijd de eindverantwoordelijkheid draagt zal de MBB juist door deze administratieve vastlegging medeverantwoordelijkheid dragen voor een deel van de diagnose. Dit levert voor veel MBB werkdruk op. Dit wordt versterkt doordat cliënten veeleisender én mondiger zijn geworden.

‘Ik denk wel dat binnen de inrichting zoals het nu is vandaag, verantwoordelijkheden wat een radioloog doet en wat een MBB doet die verschuiving verder doorgaat. Dat de MBB meer de verlengde arm gaat worden van de radioloog en dat zullen we teruggaan zien bij de wat complexe beeld analyse.’

(Leidinggevende MBB)

‘Als je dit vak leuk wil blijven vinden, dan zal je ook wel leergierig moeten zijn en die veranderingen meehelpen of in ieder geval ondersteunen dan wel kunnen accepteren. Ik kan je wel op een briefje geven dat hoe we het vandaag doen, dat dat over vijf jaar wel weer anders is.’

(Leidinggevende MBB)

We hebben gezien dat het aantal behandelingen door medewerkers MBB in ziekenhuizen verder zal afnemen door verschuivingen in het werkveld zelf. Een gedeelte van het huidige werk zal worden overgenomen door de eerste lijn zoals huisartsenposten die zelf de eenvoudige handelingen zoals echo's zullen verrichten. Dit zal de huidige positie en mogelijk ook de rol van de MBB kunnen beïnvloeden. Niet uitgesloten mag worden dat mede door de complexiteit van de software de functie van MBB zich meer ontwikkelt in de richting van een IT'er. In deze optie zal hij zich dan veel meer bezighouden met de optimalisering van het (digitale software) behandelingsproces voor de te stellen diagnoses van cliënten.

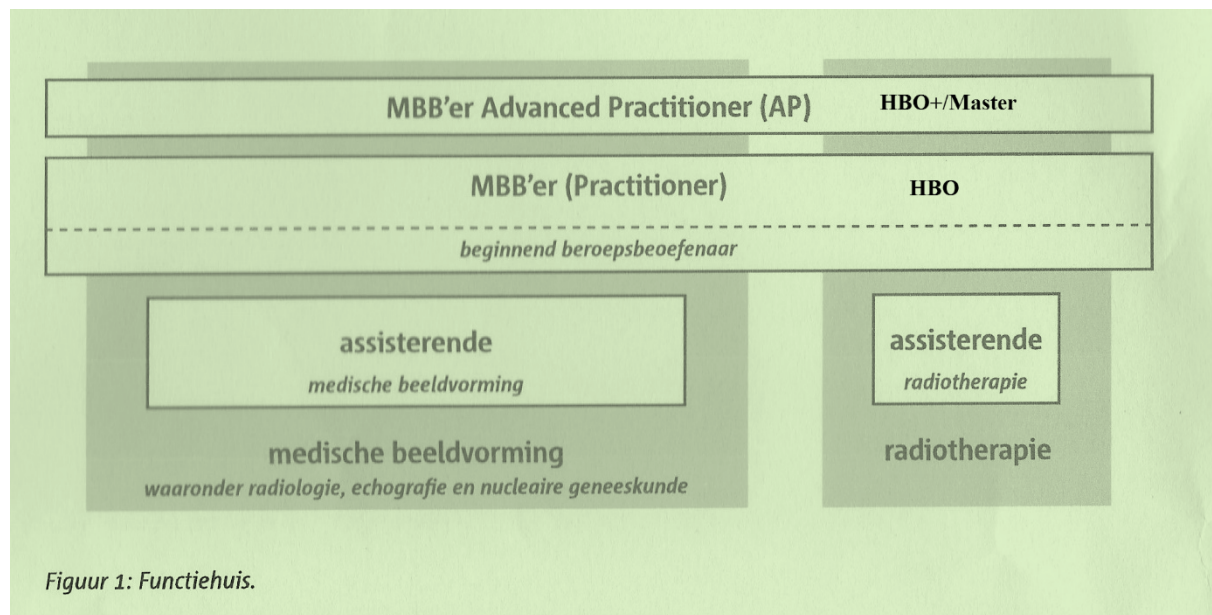


‘Het is goed voor te stellen, dat niet al te ver in de toekomst het werk van een radioloog wordt vervangen door computers en machines.’

(Ford, 2015).

Op termijn wordt bovendien minder personeel verwacht door innovatieve technologische ontwikkelingen waaronder het zelfstandig verrichten van diagnoses door Kunstmatige intelligentie. Een voorbeeld dat nu al werkt is dat van IBM Watson.

Voor de technologische vooruitgang zal het beroep van MBB dus veranderen. Voor een beperkte groep van specialisten in dit vak zal door de complexiteit van diagnostiek, kennis én inzicht van de gebruikte software onontbeerlijk zijn. Met andere woorden er zullen meerdere functies ontstaan van verschillende niveaus op de werkvloer van MBB. Dit laatste wordt zichtbaar gemaakt in het onderstaande functiehuis uit het profiel van de MBB van het NVMBR. Denk hierbij ook aan verschillen in standaard- en specialistische c.q. specifieke behandelingen.



Nu al is door de toenemende complexiteit in de sector medische beeldvorming/radiotherapie de behoefte ontstaan aan medische beeldvormings- en bestralingsdeskundigen (MBB) die als master zijn opgeleid. Deze masteropleiding leidt de MBB op tot Advanced Practitioner in de door hem gekozen specialisatie, zoals Echografie, Computertomografie, MRI, Mammadiagnostiek en Radiotherapie.

In de nabije toekomst, men denkt aan ene termijn van 5 jaar, zal door het gebruik van algoritmes digitale diagnose systemen worden geïmplementeerd op basis waarvan al een soort “vooruitslag” van een nog te plegen onderzoek wordt verkregen

Tevens zal door die zelfde technologische voortschrijding de rol van MBB steeds meer controlerend i.p.v. van operationele aard zijn. Immers een groot bestanddeel van de benodigde kennis en knowhow om het beroep uit te kunnen oefenen zal van technische aard zijn.

'Pax dat is het digitale opslagsysteem en dat wordt geïntegreerd in het EPD. Beelden zijn gigantisch groot en de rest is relatief beperkt. Dat is de afdeling radiologie met de hoeveelheid en andere vakgebieden trouwens ook, is de hoeveelheid data die ze er insturen, dus je ziet ook steeds meer MBB richting de IT doorstromen. Om te zorgen dat de inbedding van de beelden heel goed is.'

(Leidinggevende MBB)

Eén ding staat als een paal boven water en dat is de rol en inhoud van de huidige MBB in de toekomst mede door de voortschrijdende digitalisering en techniek zal blijven veranderen. Hij zal bovendien langer moeten doorwerken waarbij een education permanence een must is om alle ontwikkelingen bij te

Dit hoofdstuk is mede tot stand gekomen door de student HRM van de hogeschool Inholland Lorenzo Donkers die voor zijn afstudeerscriptie onderzoek heeft gedaan naar de veranderingen en de consequenties daarvan in het beroep(sbeeld) van de Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundige (kortweg MBB). Hij heeft daartoe 18 interviews gehouden waarvan 11 MBB en 7 overige functionarissen w.o. een lector, HR en leidinggevend.

kunnen houden. Het werk zal complexer en ook uitdagender door worden!

Bronnen

Bakas, A. (2017). *Ziel in de zorg*. Amsterdam: Dexter.

Ford, M. (2015). *Rise of the robots*. New York: Basic Books.

NVMBR

<https://www.nvmbr.nl>

Nederlandse vereniging medische beeldvorming & radiotherapie.

Geraadpleegd 14 december 2018

NVMBR

Beroepsprofiel MBB'er, Uitgave Nederlandse Vereniging Medische Beeldvormingen radiotherapie.

Uitgave april 2016

4. Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige

WAT IS EEN SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE?

Een **sociaal psychiatrisch verpleegkundige** (kortweg SPV) is gericht op het ondersteunen van de gevolgen van een psychiatrische stoornis in complexe zorgsituaties. De SPV begeleidt/behandelt cliënten en heeft een specifiek deskundigheidsgebied, namelijk de GGZ-verpleegkunde. De SPV-opleiding is een post hbo-opleiding. De SPV is bekwaam in het beoordelen van een crisis waarin mensen terecht kunnen komen op grond van deze opleiding én werkervaring.

4.1 Inleiding sociaal psychiatrisch verpleegkundige

In de huidige tijd staat de rol en positie van de sociaal psychiatrische verpleegkundige binnen de veranderende gezondheidszorg ter discussie. Dit is onder meer het gevolg van het besluit van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de SPV niet op te nemen in de lijst van hoofdbehandelaars vanwege het feit “dat de hbo+ verpleegkundige/SPV in de Wet BIG niet onderscheidend is gedefinieerd en dat dit de controles moeilijker maakt”. Dit in tegenstelling met de voor de SPV concurrerende beroep van verpleegkundige specialist GGZ die op grond van haar wettelijke basis wél als hoofdbehandelaar wordt gezien. In dezelfde brief maakt de minister gewag van het feit dat er binnen het huidige wettelijk kader voldoende mogelijkheden zijn voor de SPV om een relevante rol te vervullen binnen het GGZ. Zo kunnen geregistreerde BIG SPV-en in opdracht van bijvoorbeeld huisartsen zelfstandig voorbehouden behandelingen uitvoeren.

Uit de interviews van ons onderzoek blijkt dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen met enthousiasme en verve hun dagelijkse werk uitvoeren:

Vraag : ‘Aan de hand van alle veranderingen, zou je dan alsnog voor het beroep hebben gekozen?’

Antwoord: ‘Ja, het is een heel mooi beroep. Heel zelfstandig en je kunt jezelf binnen deze organisatie heel goed ontwikkelen. Dingen opzetten. Het hangt van jezelf af natuurlijk, maar er is voldoende ruimte. Het klinkt vaak heel heftig, maar het is een heel leuk vak. Het is veel zelfstandiger dan in een ziekenhuis werken ofzo. Ik zou daar zeker weer voor kiezen.’

(SPV Ambulante ouderenpsychiatrie)

4.2. Welke veranderingen vinden plaats in de werkomgeving van het beroep van sociaal psychiatrisch verpleegkundige?

De belangrijkste ontwikkelingen die invloed hebben op het beroep van SPV betreffen:

- herschikking van taken en rollen in de GGZ
- de groei van comorbiditeit⁹
- de lange wachtlijsten

Of de SPV in de huidige context (de brief van de minister) lukt om een eigenstandige status te behouden, is nu nog niet goed in te schatten: kan de SPV groeien in deze setting zal deze functie op termijn worden vervangen door de Verpleegkundige Specialist GGZ.

“Het beroep op zichzelf zie ik niet één, twee, drie verdwijnen maar wat ik denk waar de verandering in gaat zitten is de rol en positie die ze in ene multidisciplinair team innemen . In hoeverre dat nog interessant is voor aankomende studenten om die richting te kiezen, dat vraag ik mij af. “

(Manager)

In veel gezondheidsorganisaties met name in de GGZ is al een tijd een duidelijke herschikking van diverse functies en taken aan de gang waaronder ook die van de SPV.

De grootste verandering die zich echter heeft voorgedaan met grote gevolgen voor dit beroep is dat de SPV in tegenstelling tot de Verpleegkundige Specialist GGZ die academisch is geschoold, niet het “wettelijke” recht heeft gekregen om hoofd (regie) behandelaar te worden. In die laatste functie kan zelfstandig een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) worden geopend én afgesloten.

De voornaamste reden is gelegen in het feit dat de Minister vindt dat de huidige functie van SPV in de Wet BIG niet onderscheidend genoeg is omschreven waardoor controle op het werk van dit beroep moeilijk is. Kort door de bocht, het is juist die brede inzetbaarheid die haar lijkt op te breken. Dit levert de nodige frustratie op bij de SPV:

⁹ Comorbiditeit is het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon. (Vaak komt hierbij ook sociale en/of maatschappelijke problematiek.) Zo gaat autisme vaak gepaard met ADHD, depressie of angststoornissen.

‘Ze zijn ook steeds aan het klooiën met formaties dat ze steeds andere disciplines willen, nu mogen er nog maar twee SPV per team zijn.’

(Spv 2 Wijkteam voor ambulante psychiatrie)

De eerste lijnzorg (lees nu verder generalistische basis GGZ) wordt sterker gemaakt en zorginstellingen zien vanuit dat perspectief ook de toegevoegde waarde van een SPV die ambulant en klinisch de patiënt kan begeleiden, niet meer in. In deze context zie je dat de SPV wordt vervangen door een verpleegkundig specialist-ggz. Wellicht een gevolg ook dat de aanwas van nieuwe SPV vandaag de dag klein is geworden.

Toch blijft de minister in haar bovengenoemde besluit van mening dat de SPV *“ook met de huidige regels voor het hoofdbehandelaarschap een relevante rol kan vervullen binnen de GGZ.”*

Dit laatste verhaal wordt onderschreven door meerdere deskundigen uit de GGZ¹⁰ zelf die van mening zijn dat juist de SPV tegelijkertijd door haar generieke functie-inhoud geknipt is om die regiefunctie te vervullen. Overigens komt dit heel vaak voor in de praktijk dat de SPV die rol op zich neemt.

De andere verandering die van invloed is op het uiteindelijke bestaan van de SPV is het feit dat er nog steeds lange wachtlijsten voor deze specifieke vorm van zorg zijn waarvoor dringend adequate psychische zorg begeleiding én verlening door bijvoorbeeld een SPV noodzakelijk is. Hier ligt ook de uitdaging om het beroep wellicht in een andere vorm dan voorheen glans te geven. Het is mede door de vergrijzing een groeiende kwetsbare groep met vooral langdurige psychische problemen waarbij de comorbiditeit ook toeneemt. Wellicht liggen hier kansen voor de SPV.

De behoefte aan zorgverlening door een SPV hoeft niet gepaard te gaan met het daadwerkelijk krijgen van die ondersteuning. Hiermee kunnen namelijk (extra) kosten gepaard gaan. En mensen die de hulp nodig hebben, kunnen dit niet altijd betalen, vanwege een baan met een laag inkomen of een uitkering. Daardoor kan met een eigen bijdrage voor bepaalde langdurige behandelingen niet betalen. Dit kan ertoe leiden dat cliënten afzien van behandeling hetgeen zich later kan openbaren in sociaal maatschappelijke overlast voor de cliënt zelf en zijn of haar omgeving. Niet voor niets neemt het aantal meldingen van ‘verwarde personen’ toe. De ambulante zorg functioneert niet in alle gevallen optimaal¹¹ en de politie¹² brengt sinds 2017 geen verwarde mensen meer naar het politiebureau. Daardoor dreigt een groep van mensen met psychische problemen tussen wal en schip vallen.

¹⁰ V&VN 30-5-2018

¹¹ SPV’er hoort in de wijk

¹² Politie luidt de noodklok

‘Als behandeling en zorg later worden ingezet, betekent dat ook dat zorgvuldige diagnostiek en goed geplande behandeling onder druk komen te staan. Het aantal spoedopnames zal toenemen, waardoor we in de klinische zorg met een verhoogde werkdruk te maken krijgen. Door deze toenemende werkdruk en stress zal het ziekteverzuim stijgen.’

(SPV)

Dit wordt versterkt door het feit het aantal bedden in de psychiatrische zorg de afgelopen jaren steeds verder gereduceerd wordt, dat mede daardoor mensen langer thuis blijven wonen met als mogelijke consequentie vereenzaming, vervuiling, gevaar voor de buurt etc. In het verlengde hebben de WMO en het concept van positieve gezondheid van Machteld Huber haar effect op de rol en functie-inhoud van de SPV. Denk alleen al aan de vergroting van het netwerk en samenwerking maar vooral vraagt deze benadering om een andere houding naar de cliënt, met een focus op wat iemand kan in plaats van zijn of haar beperkingen.

Door bovenstaande ontwikkelingen wordt het werk van de SPV complexer.

4.3 Wat doet een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige?

De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige is volgens Derks, van der Padt en Boon (2014) een gespecialiseerd verpleegkundige in de sociale psychiatrie. Dit beroep vindt plaats tussen het werkgebied van de hbo verpleegkundige en de Verpleegkundig Specialist.

‘De SPV is iemand die zich richt op de verbinding van het sociale en het praktische, zoals de leefomgeving en de familie of waar iemand woont en de geestelijke stoornis. Daar zijn we heel goed in, dat we kunnen bemiddelen en dat we verbanden kunnen leggen.’

(SPV)

De Nationale Beroepengids (z.j.) concludeert dat de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige cliënten met psychische of psychosociale problemen helpt, begeleidt en behandelt. De SPV is dikwijls werkzaam voor een GGZ-instelling of een huisartsenpraktijk. De doelgroep is cliënten van alle leeftijden en diverse psychische of psychosociale problematiek. Het verminderen van klachten en het voorkomen van een terugval is het doel van de begeleiding of behandeling. Daarnaast is het mogelijk om als SPV op een crisisdienst te werken en te maken krijgen met cliënten in crisissituaties.

“De Verpleegkundig Specialist en Psychiater kijken meer naar de diagnostiek, als iemand medicatie nodig heeft of als het echt niet meer gaat, wordt de Psychiater gevraagd om te kijken voor een opname. Daarin zijn de Psychiater en de Verpleegkundig Specialist competent en de SPV veel meer op het vlak van het herstelgericht behandelen.”

(Manager)

De inhoud van de werkzaamheden van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige ziet er volgens de Nationale Beroepengids (z.j.) als volgt uit;

- het voeren van (intake)gesprekken met een cliënt (en familie),
- het opstellen van een behandelplan,
- het bijhouden van de voortgang van de behandeling in het patiëntdossier
- het samenwerken in een multidisciplinair behandelteam met andere hulpverleners zoals Psychologen en Psychiaters.

De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige kan advies geven over een opname in een inrichting wanneer de instelling niet de hulp kan bieden die de cliënt nodig heeft. Een SPV mag (voorgeschreven door een arts of Psychiater) medicijnen aan cliënten toedienen.

Een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige kan werken met verschillende doelgroepen, zoals kinderen, jeugd, volwassenen en ouderen. Zeker wanneer de SPV werkzaam is in een crisisdienst komt hij in aanraking met al deze doelgroepen.

Een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige maakt en onderhoudt dus contact met cliënten met psychische stoornissen en biedt hierbij(dag) structuur, veiligheid en begeleiding. Bij haar dienstverlening (lees ook behandeling) naar cliënten wordt de gehele sociale context betrokken waarin de cliënt verkeert. Met de sociale context wordt bedoeld het systeem en netwerk waaronder familie en vrienden van de cliënt. Daar de SPV' er deel uit maakt van een interne en/of extern multidisciplinair behandelteam is communiceren naar alle bij de behandeling van de cliënt betrokken (medische) specialisten en functionarissen van eminent belang zodat iedereen op de hoogte is van de stand van zaken. Zo'n multidisciplinair behandelteam bestaat onder andere uit een Maatschappelijk Werker, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, Verpleegkundig Specialist, Psycholoog en Psychiater maar ook een huisarts kan deelnemer zijn van zo'n team.

Daarnaast komt het regelmatig voor dat ook contact moet worden onderhouden met andere instanties die buiten de reguliere zorgverlening staan. Denk aan een cliënt die te kampen heeft met een schuldenproblematiek, dakloos is en/of ernstig verslaafd is.



‘Je moet heel snel kunnen schakelen, want op het ene moment ben je aan het samenwerken met een cliënt en op het andere moment moet je de regie overnemen.’

(Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige)

De SPV draagt verantwoordelijkheid voor het persoonlijke contact met de cliënt en zorg dat de cliënt alles nodig krijgt voor een succesvolle behandeling c.q. geen blokkades zijn die dit proces in de weg staat. In zijn rol als mentor en vertrouwenspersoon tracht hij de cliënt uitkomst te bieden voor de situatie waarin hij of zij verkeert. Het op de hoogte zijn van behandelmethodes, medicijnen alsmede de bijwerkingen daarvan én zorgvuldigheid in het werken met (kwetsbare) mensen zijn daarbij leidraad. In crisissituaties die spoed eisen zal hij met de nodige voortvarendheid moeten kunnen handelen en in kunnen zien wanneer neer welke specialist i.c. hoofdbehandelaar zoals een psychiater (direct) bij de behandeling moet worden betrokken. Uiteraard zal hij ook kunnen inschatten wanneer een cliënt (direct) dient te worden opgenomen en wanneer de behandeling kan worden stopgezet.

We hebben de SPV niet alleen aangetroffen bij een GGZ-instelling en huisartsenpost maar ook in andere werkelden als poliklinieken, als ZZP'er, FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) als consulent in een wijkteam, in het Onderwijs, bij de GGD, Asielzoekerscentra; en Verslavingszorg.

4.4. Welke competenties worden gevraagd van de (toekomstige) professional?

De SPV dient vooral over de volgende 21st skills te beschikken: **kritisch denken, creativiteit, communicatie** en **samenwerken**. Het begint met het kunnen maken van een goede analyse. Denk daarbij vooral aan welke informatie die wordt gegeven door de cliënt betrouwbaar is en vanuit welke perspectieven zaken door de cliënt worden belicht. Tel daarbij op de informatie die wordt verkregen van externe instanties over de cliënt. De SPV moet een totaalbeeld genereren van de cliënt. Dit alles vraagt dat de SPV in staat moet zijn tot kritisch denken. Een scherp beeld is nodig om tot een adequate aanpak en behandeling te komen.

‘Als je een profiel van de SPV zou schetsen, hoe ziet die er dan uit?’

‘Kijk, als je het in een advertentie zet, is het zo’n lap met tekst en helemaal niet duidelijk. Je moet heel flexibel zijn, zorgvuldigheid is heel belangrijk, dat je communicatief bent en ook dat je je mondeling en schriftelijk goed kunt uiten. Dat is dan naast de vakinhoudelijke kennis die ik als vanzelfsprekend beschouw.’

(SPV)

Gelijktijdig is de SPV de gehele dag creatief op zoek naar oplossingen en nieuwe en/of oude samenwerkingsverbanden aan te knopen. Een psychische ziekte werkt niet voor iedereen hetzelfde uit en vraagt dus telkens een andere benadering en behandeling(sproces). De SPV moet bij het vinden van een passende behandeling voor de cliënt voor oplossingen ook zoeken buiten de bestaande kaders of protocollen. De competentie communicatie wordt in de beroepsuitoefening als onmisbaar beschouwd. Immers er moet niet alleen worden gecommuniceerd om problemen op te lossen maar cliënten kunnen in waanwerelden leven en het is dan belangrijk zodanig te kunnen communiceren dat de SPV hen kan benaderen en vervolgens hem kunnen begrijpen. De laatste skills die relevant wordt beschouwd door de SPV ‘en is het kunnen samenwerken met verschillende mensen en organisaties zowel intern als extern. De verwachting is dat het belang van deze competentie verder zal toenemen Een SPV werkt samen met de cliënt, de familie, andere zorgverleners en instanties. De samenwerking met andere instanties neemt toe in frequentie, intensiteit, maar ook in complexiteit. Dit laatste mede door de wet (AVG) maar ook omdat veel tegenwoordig via protocollen gaat. Organisaties kiezen dan voor zekerheid en minder voor flexibiliteit en snelheid. Instanties zijn zich bewust van hun eigen potentiële verantwoordelijkheid en willen verwijtbaar gedrag zoveel als mogelijk vermijden. Vanuit die gedachte wordt door de respondenten verwacht dat de SPV zich de komende tijd dient aan te passen en ontwikkelen.

‘Kritisch denken..

Ik denk dat dit iets is wat steeds gebeurt. Dan heb ik het gewoon even over cliëntniveau, dat je een inschatting moet maken aan de hand van informatie wat iemand geeft. Dat je dat kunt analyseren en daarin wat kunt schiften tussen belangrijke informatie en minder belangrijk en dat je daar iets mee kunt. Je hebt een visie op wat je nodig hebt in de behandeling en dat je dat kunt bespreken met de Psychiater of andere hoofdbehandelaar.’

(SPV)

Andere skills die worden genoemd zijn **flexibiliteit**, **sociale vaardigheden** en **digitale vaardigheden**. Flexibiliteit is van belang daar elke dag en elke situatie van de cliënten anders is. De SPV maakt een inschatting of het van belang is om iets over te nemen van de cliënt of dat zij zichzelf aan de zijlijn plaatst. Los nog van het feit dat de SPV de gehele dag prioriteiten aan het stellen is. Het vraagt om snel te kunnen schakelen naar de dan gewenste situatie voor cliënt en zorginstanties. Men houdt daarbij rekening met het feit dat in de nabije toekomst door de toenemende diversiteit van de bevolking het

beschikken over sociale en culturele vaardigheden steeds belangrijker zal worden. Door de sterke groei in online communiceren en het op afstand verrichten van handelingen verwachten de SPV dat de digitale geletterdheid in de toekomst verder in waarde zal toenemen. De meeste SPV zo bleek uit de interviews zijn grote voorstanders van het (verdere) gebruik van E-Health wel werd daarbij de bezorgdheid dat het je heel kwetsbaar maakt bij systeemuitval. De huidige praktijk is dat E-Health vooralsnog vooral bruikbaar is bij de minder complexe problematieken. .

‘Samenwerken is heel belangrijk met elkaar maar ook met andere instellingen. Bijvoorbeeld de gemeente of het ziekenhuis. En ja niet iedereen is even aardig, dus dat moet je af en toe ook even slikken en toch maar weer doorgaan. Want ja zeker in de verslavingszorg, mensen houden niet van verslaafden als ze het niet kennen. Je moet behoorlijk assertief zijn.’

(SPV)

4.5. Wat is de kern van de transitie van het beroep?

We hebben gezien dat de impact van de veranderingen als de participatiesamenleving met de visie van zelfredzaamheid, bezuinigingen en efficiency trajecten, voortschrijdende digitalisering, toenemende administratieve last, toename van comorbiditeit en last but not least de opkomst van vergelijkende en ook concurrerende zorgberoepen, invloed heeft op het beroep van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Er staat spanning op de beroepsgroep.

Het is dan ook geen wonder dat veel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen verwachten dat hun beroepsgroep zal uitsterven. Er worden geen nieuwe SPV aangenomen en zij laten zich omscholen tot een specialisme, zoals Systeemtherapeut of Verpleegkundig Specialist dan wel tot bijvoorbeeld POH-GGZ (Praktijk Ondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg).

In nieuwe vacatures worden in plaats van een SPV, een GZ Psycholoog of Basis Psycholoog gevraagd. Dit beeld wordt versterkt omdat zij merken dat zij lager worden ingeschaald dan de GGZ verpleegkundige. Hierdoor neemt de motivatie af om voor dit beroep te kiezen.

We zien bij de onderzochte organisaties een verschuiving van de SPV naar de eerstelijns gezondheidszorg waar zij vooral opereren vanuit huisartsenpraktijken of wijkteams. De verschuiving van generalist naar specialist is zichtbaar in de GGZ door zich te specialiseren in een doelgroep en/of ziektebeeld.

Alle ontwikkelingen hebben tot gevolg dat het werk voor de huidige SPV zwaarder wordt. Immers zij dienen als vraagbaak voor de (overgebleven) collega's en moeten de meest complexe casussen maar zien op te lossen. Problemen die door de stijgende comorbiditeit bovendien naar verwachting zullen toenemen. Dit wordt versterkt door de ontwikkeling naar een participatiesamenleving en ook door de toenemende administratieve druk.

4.6 Hoe ziet de toekomst van het beroep eruit?

SPV werken steeds vaker in wijkteams. Hierdoor kan meer zorg op maat worden verleend aan cliënten met een psychiatrische problematiek en hoeft er minder te worden ingegrepen¹³ door bijvoorbeeld de politie. Alleen al in 2015 kreeg de politie 65.000 meldingen binnen over mensen die een verwarde indruk maken. De vraag is wie deze taak van “zorg voor die kwetsbaren” op zich neemt. Immers verpleegkundigen mogen niet zomaar ongevraagd een huis binnengaan noch beschikken zij over een wettelijke bevoegdheid om mensen tegen hun wil mee te nemen naar een opvanggelegenheid. Als opnames niet meer vanzelfsprekend zijn betekent deze ontwikkeling dat de zorg in de sociale context steeds relevanter wordt. Dit vraagt dat er meer verantwoordelijkheden bij de huisarts worden neergelegd, meer taken worden gedirigeerd naar mantelzorgers en het netwerk van de cliënt beter wordt benut maar ook een andere positionering en invulling van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Hier liggen dan ook toekomstkansen voor de SPV.

‘Ik doe mijn werk met veel plezier. Ik wil heel graag blijven en alle nieuwe ontwikkelingen meemaken anders val je zo buiten de boot.’

(SPV)



‘Als we problemen op tijd willen signaleren en zo escalatie kunnen voorkomen dan moeten we in de haarkvaten van de wijk actief zijn.’

(N. Lokhorst,
voorzitter van V&VN
Sociaal Psychiatrisch
Verpleegkundigen.)

Daarom verwachten de SPV die in het onderzoek zijn betrokken niet dat het beroep op korte termijn zal verdwijnen. Mede gezien de kansen die zich voordoen in de basis GGZ. Voor het werken in de

¹³ SPV hoort in de wijk

gespecialiseerde GGZ is steeds meer specialisatie vereist omdat de complexiteit toeneemt. Zij menen ook dat het uiterst belangrijk is om bij te blijven en op de hoogte te zijn van de nieuwe ontwikkelingen. Er is behoefte aan meer professionalisering van het beroep en dit begint in feite bij de opleiding tot SPV waarbij deze volgens de betrokkenen net zo veel waardering dient te krijgen als de Verpleegkundig Specialist.

Hoe dit beroep de komende periode zich gaat ontwikkelen in een nieuwe rol, de tijd zal het leren! Eén aspect wat alle geïnterviewden gemeen hadden was dat zij allen met veel inzet en voldoening hun werk

Dit hoofdstuk is mede tot stand gekomen door de studente HRM van de hogeschool Inholland Mw. Sanne van den Bos die voor haar afstudeerscriptie onderzoek heeft gedaan naar de veranderingen en de consequenties daarvan in het beroep(sbeeld) van de psychiatrisch verpleegkundige. In totaal heeft zij 16 interviews gedaan w.o. 11 SPV een verpleegkundig specialist. De overige 4 geïnterviewden zijn een lector, HR en twee managers.

blijven doen.

Bronnen

<https://www.mentaalbeter.nl/items/nl-NL/FAQ/Wat-doen-onze-zorgverleners/SPV> ,

Geraadpleegd 6 december 2018

<https://www.venvn.nl/Berichten/ID/1649741/Sociaal-psychiatrisch-verpleegkundige-hoort-ook-in-de-wijk> ,

Geraadpleegd 6 december 2018

<https://www.at5.nl/artikelen/179019/alweer-meer-incidenten-met-verwarde-personen-politie-luidt-noodklok> ,

Geraadpleegd 6 december 2018

<https://avansplus.nl/blog/nieuwe-rol-weggelegd-voor-spv> , 13 oktober 2015

“De SPV als regisseur” Sociale psychiatrie juli 2017, auteurs Co Engelsman en Janine Bruinsma;

www.venvn-spv.nl/pdfs/vakblad/sppdf/sp121/SP121-hoofd01.pdf

Informatie van V&VN voor het AO GGZ 30-05-2018

<https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2018%20Documenten/20180527%20Informatie%20voor%20het%20AO%20GGZ.pdf>

Geraadpleegd 20 maart 2019

Margreet Huber; concept positieve gezondheid; <https://zorgenz.nl/nieuws/machteld-huber-positieve-gezondheid-werkt-alleen-mensen-echt-willen/>

Geraadpleegd 21 maart 2019

5. Maatschappelijk werker

WAT IS EEN MAATSCHAPPELIJK WERKER?

De missie van het maatschappelijk werk is kort gezegd: bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen, als mens en als burger. Maatschappelijk werkers (MW) streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën, naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, en dat ze rekening houden met anderen met wie zij samenleven

5.1 Inleiding

Het beroep van maatschappelijk werker bloeit vandaag de dag nog volop. Wel is het werk gecompliceerder geworden en staan de maatschappelijk werkers vaak voor dilemma's door veranderende wetgeving en beleid van de overheid.

Het werktelein van de maatschappelijk werker is enorm divers met elk haar specifieke beroepshandelingen. Zo hebben wij maatschappelijk werkers aangetroffen in bedrijven, ziekenhuizen, psychiatrische klinieken, crisiscentra, opvanghuizen voor jongeren, kamertrainingscentra, (semi-)overheidsinstellingen en particuliere instellingen. Soms zie je ook dat zij opereren in hele specifieke functies als casemanager, indicatieadviseur of voogd. Een laatste trend is de MWD als zelfstandige (ZZP 'er).

'Je mag best wel een beetje strijden voor je vak, maar dat zijn we niet gewend. Dat moeten we leren, maar het is nog steeds een mooi vak en ik geloof nog steeds dat er een grote toekomst in zit. We blijven nodig!'

(MW)

Zonder urgent en adequaat beleid van alle in de zorg betrokken partijen zal Nederland over een aantal jaar worden geconfronteerd met een tekort van 100.000 tot 125.000 professionals in deze sector. Het huidige tekort neemt daarmee alleen maar toe (VWS, 2017).

5.2. Welke veranderingen vinden nu plaats in de werkomgeving van het beroep van maatschappelijk werker?

In 100 jaar tijd is het sociaal werk en haar gehele infrastructuur steeds verder geprofessionaliseerd. Het paternalisme- en vooral het geiten-wollen-sokken-syndroom heeft decennialang geregeerd onder de professionals hetgeen zich uitte dat er vanuit spreekkamers werd gewerkt en zelden bij de cliënten thuiskwamen. Maar dit beeld is allang achterhaald. De visie (die mensen ontwikkelen vanuit hun eigen kracht en cultuur) is leidraad geworden in de huidige maatschappelijke zorg en welzijn.

De grootste veranderingen waarmee de huidige maatschappelijke werkers nu mee worden geconfronteerd en in hoge mate hun functioneren naar de cliënt bepalen zijn; implementatie van nieuwe wetgeving (o.m. de WMO, Participatiewet en decentralisering van zorg en welzijn naar gemeenten, bezuinigingen in de sector zorg en welzijn, de veranderende visie op begeleiding van cliënten en de daaruit voortvloeiende dilemma's.

Nieuwe wetgeving

De invoering in 2007 van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO) en het later door het ministerie van WVS toegevoegde programma Welzijn Nieuwe Stijl (WNS) alsmede de implementatie van de participatiewet in 2015 hebben een relevante kentering gebracht in het huidige werken van de Welzijnssector.

Participatiewet (1 januari 2015) is erop gericht is zoveel mogelijk mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt naar (bij voorkeur: betaald) werk toe te leiden. De wet voorziet ook in bijstand aan mensen die niet (meer) in staat zijn om zelf volledig in hun levensonderhoud te voorzien. Deze wet vervangt de Wet Werk en Bijstand (WWB), Wet sociale werkvoorzieningen een groot deel van de Wajong. De uitvoering ligt grotendeels bij de gemeente.

Decentralisering van werken en een andere visie op het werken zijn daarin essentiële veranderingen. De burgers van nu worden anders dan voorheen aangesproken op hun zelfredzaamheid en zelf oplossend vermogen¹⁴. "Meedoen in de samenleving"¹⁵ in welke rol of zin dan ook is het nieuwe credo geworden. Voor het bereiken van dit doel is een meer collectieve aanpak dan een individuele cliëntenbenadering gewenst. Het betekent dat bij een multi-aanpak van een cliënt de ketenbenadering een must is waarbij

¹⁴ Overvoorde en Biemans, 2008

¹⁵ Overvoorde en Biemans, 2013

interventies en werkwijzen op elkaar afgestemd worden. Op die manier wordt ook zichtbaar wie voor wat, wanneer en waarvoor (eind) verantwoordelijk is.

'We deden gewoon ons werk en de directeur was verantwoordelijk voor het hele verhaal naar de politiek toe. Nu zitten we daar veel dichterbij en zijn we veel bewuster van het spel. Ik denk dat iedereen bewuster wordt van alle belangen die daar spelen. Weet je de gemeentelijk politiek heeft er een grote taak bij gekregen. Een taak die er eerst niet was maar eerst landelijk was vormgegeven. De gemeente heeft nu zoiets van oh, we moeten het wel zo goed mogelijk doen hoor anders worden we erop afgerekend!!'

(MW sociaal wijkteam over veranderingen)

Het kan dan ook niet anders dat een MW in het belang van zijn cliënt opereert in meerdere interne en externe netwerken waarbij hij of zij kan samenwerken met partners met tegengestelde doelen. Denk aan de problematiek van hangjongeren waar hij te maken kan hebben met politie, winkeliers, buurtbewoners met ieder hun eigen doel.

Welzijn Nieuwe Stijl (WNS) kent acht bakens (kenmerken) die richting geven aan de kwaliteitsontwikkeling van de welzijnssector. Werken volgens WNS betekent: 1. gericht op de vraag achter de vraag 2. gebaseerd op de eigen kracht van de burger 3. direct er op af 4. formeel en informeel in optimale verhouding 5. doordachte balans van collectief en individueel 6. integraal werken 7. niet vrijblijvend, maar resultaatgericht 8. gebaseerd op ruimte voor de professional.

Juist door het welzijnswerk kan volgens de overheid de doelen van de WMO, de participatie en zelfredzaamheid van de cliënt worden gerealiseerd. Met de toevoeging van de acht bakens van de WNS wil de overheid een stimulans geven aan dat proces door verbetering van de beroepskwaliteit van de welzijnswerkers.

Op weg naar een participatie samenleving

Met de komst van de WMO, de trajecten Welzijn Nieuwe Stijl en de decentralisaties van jeugdzorg, AWBZ-begeleiding en arbeidsparticipatie zoals omschreven in de participatiewet van 2015 ligt de verantwoordelijkheid steeds meer bij cliënten, hun sociale netwerken, vrijwilligers, mantelzorgers en actieve burgers zelf. De sociaal werker is daarbij de aanjager, de coach, de ondersteuner, de inspirator en de doorzetter¹⁶. De nadruk ligt vandaag de dag op zelfredzaamheid, participatie en sociale samenhang. *De*

¹⁶ Hens, 2013

sociaal werker moet de omslag maken van zorgen vóór naar zorgen dát; van het organiseren vóór burgers naar het organiseren ván burgers (Het nieuwe vakmanschap, para. 8)¹⁷

‘Kijk en wat gebeurt natuurlijk is dat het werk nu wel iets meer zichtbaar wordt, want dat is ook wel een verschil met vroeger en dat was ook altijd wel een klacht. De individuele hulpverlening die wij deden, ja die was niet zichtbaar. Dat kan ook bijna niet zichtbaar zijn. Het aantal mensen dat je helpt en waarmee help je ze dan en wat doe je dan met ze, ja dat zit tussen die vier muren. Die gesprekken zijn privé die blijven daar. Kijk de politiek heeft geen flauw idee. Maatschappelijk werk hadden ze alleen maar het idee van geitenwollen sokken en ze nemen alles over van de cliënt. Dat is gewoon niet waar.’

‘Maar ja, wij zijn ook nooit goed geweest in ons profileren.’

(Twee MW's sociaal wijkteam)

Deze omslag is niet gemakkelijk niet in de laatste plaats door de vele bezuinigingen die hebben plaatsgevonden in de verschillende werkvelden als ouderenzorg, ziekenhuizen maar ook in het verdwijnen van de sociale werkplaatsen. Hetgeen weer een andere problematiek opwerpt dan voorheen en andere kwaliteiten vragen van de maatschappelijk werker. Maar ook de maatschappelijk werker zelf heeft last gehad van bezuinigingen¹⁸ die vanaf de crisistijd in 2008 zijn doorgevoerd. Veel formatieplaatsen zijn opgeheven maar tegelijkertijd is het beroep (op hulp) vanuit de samenleving op de overgebleven groep toegenomen.

Uit recente onderzoeken¹⁹ blijkt dat de term “zelfredzaamheid” voor de professionals in het werkveld toch lastig is om hier in de praktijk mee om te gaan. Zowel verkeerde inschatting als overschatting richting cliënt komt voor. De interpretaties verschillen sterk van elkaar en worden beelden daarover te weinig gedeeld door de beroepsbeoefenaren. Aanvraagprocedures van cliënten voor inkomensvoorzieningen zijn complex bovendien hanteren gemeenten niet allemaal hetzelfde beleid hetgeen bij verhuizingen²⁰ van cliënten naar andere gemeenten de zaken onnodig ingewikkeld maken.

¹⁷ Movisie, vakmanschap, 2017

¹⁸ Binnenlands bestuur gekort.9548276.lynkx

¹⁹ Participatiewet, nieuwbericht, 2018

²⁰ Participatiewet; verhuizingen 2018

De Nationale ombudsman ontving sinds januari 2015 over twee jaar ruim 3.100 klachten. Instanties schuiven moeilijke gevallen op elkaar af, wet- en regelgeving is ingewikkeld en burgers weten niet waar ze moeten aankloppen met hun probleem. Andere knelpunten zijn het onbeantwoord laten van vragen, schending van de privacy, onvolledige of onjuiste informatieverstrekking, onheuse bejegening en 'van het kastje naar de muur'-problematiek.

<https://www.nationaleombudsman.nl/nieuws/2017/gemeenten-te-afwachtend-bij-oplossen-problemen-zorg-jeugdhulp-en-begeleiding-naar-werk>

Geraadpleegd op 10-1-2019

Aan de ene kant is er dus nog onvoldoende continuïteit en integraliteit in de (maatschappelijke) dienstverlening zeker voor kwetsbare groepen is te weinig aandacht voor participatie fnuikend. Al deze zaken doen een flink beroep op zijn ethisch gehalte en dilemma georiënteerd werken. *Moet ik wel of niet ingrijpen bij deze cliënt? Hoe hoog schat ik zijn zelfredzaamheid in? Wat ga ik zelf doen voor hem en wat kan ik aan hem overlaten?* Ethische vragen waarin hij voortdurend afweegt. Aan de andere kant kan de maatschappelijker werker door zijn afweging in dilemma's juist voor zijn cliënten het verschil maken. In het feit dat een oplossing van een vraagstuk vaak niet voorhanden ligt, geeft gelijktijdig ook de mogelijkheid én uitdaging om het vak van MWD binnen het gegeven werkgebied op een eigenwijze vorm te geven.

'Mijn denkwijze is veranderd.. Mijn client vraagt wat aan ons maar mogen we ook wat hem iets terugvragen, want het is een klant met eigen kracht, met potentie, met talenten! Kunnen we die niet inzetten als vrijwilliger voor een andere cliënt? Ik heb een oudere dame als client die zich eenzaam voelt. Nou, ik help hem bij zijn schulden maar dan mag hij van mij naar die oudere dame gaan. Dat is heel anders denken, omdat je op die manier veel meer bezig bent met de verbinding tussen wijkbewoners en eigen kracht. Dus in plaats van dat ik elke keer naar de oudere dame ga voor een kopje koffie, ga ik nu er ook voor zorgen dat ze het oplossen met elkaar. Op deze wijze vergroot ik ook de leefbaarheid van de wijk.'

(Sociaal wijkteam medewerker)

Kortom, de huidige maatschappelijk werker beweegt zich in een sterk veranderd beroepenveld waarin hij beschikt over een behoorlijke vrijheid in zijn werkruimte!

5.3 Wat doet een Maatschappelijk werker?

Uit de gehouden interviews komt een heel divers beroepsbeeld naar voren. Zo gaf iedere MWD weer een andere kijk hoe er binnen zijn of haar organisatie wordt gewerkt en welke zaken i.c. doelen van belang zijn om na te streven. Ondanks de soms grote verschillen in beroepshandelingen was juist uit de

passie voor het beroep wel een algemene lijn te trekken. . Dit laatste sluit vooral aan op de onderzoeken door Ewijk en Baumfalk naar wat nu daadwerkelijk onder maatschappelijk werk moet worden verstaan, namelijk:

“Maatschappelijk Werker, met als aanduiding ‘functioneren in de directe omgeving’. Het werk ondersteunt, begeleidt, behandelt mensen die moeite hebben met hun werk, hun gedrag, hun omgeving”

²¹

De kern van sociaal werk wordt als volgt uitgelegd: Sociaal werk is mensen in – en met - hun eigen omgeving ondersteunen en mensen te leren beter met zichzelf en die omgeving om te gaan²².

In zijn onderzoek stelt Ewijk²³ dat de maatschappelijk werker mensen ondersteunt die problemen hebben met hun sociale functioneren. Deze ondersteuning kan zich op allerlei gebieden manifesteren zoals huisvesting, financiën, gezondheid, arbeid of relaties. Karakteristiek voor de maatschappelijk werker is dat zij kortdurende hulpverlening leveren. In geval van langdurige zorg wordt de cliënt in de regel doorverwezen naar specialisten als een psychiater.

Baumfalk²⁴ beschrijft in zijn onderzoek dat maatschappelijk werk als volgt kan worden omschreven: *Maatschappelijk Werkers zetten zich in voor verbetering in het sociaal functioneren van personen, door methodisch te werken met de cliënt en met de omgeving. Ze zijn werkzaam in allerlei organisaties die hulp en steun bieden aan mensen met lichamelijke, (psycho)sociale, psychische en materiële problemen.*

Uit bovengenoemde onderzoeken blijkt niet dat de essentie van de functie-inhoud van de maatschappelijk werker drastisch is veranderd zoals ook blijkt uit het onderstaande beroepsprofiel van de MWD en nog steeds wordt gebruikt door haar beroepsvereniging.

Maatschappelijk werkers streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën, naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, en dat ze rekening houden met anderen met wie zij samenleven (Beroepsprofiel, NVMW 2006²⁵).

Wat echter wel is gewijzigd is de context waarin hij werkt waardoor hij andere wegen moet zoeken en vragen om tot een adequate oplossing voor de hulpvraag van zijn cliënt te komen. Het vraagt wel van de omgeving dat de MWD ruimte en vertrouwen krijgt om zijn werk te doen.

Zoals eerder is gesteld is vanuit de gehouden interviews²⁶ het beroep en de daaruit voortvloeiende handelingen van de MWD éér uiteenlopend beantwoord met dien verstande dat grondslag van waaruit de maatschappelijk werkers werken altijd hetzelfde is namelijk het vergroten van de eerdergenoemde

²¹ Ewijk et al.2012, pagina 143

²² Ewijk et al.2012, pagina 43

²³ Ewijk et al.2012

²⁴ Baumfalk e.a, 2008 pagina 15

²⁵ BPSW <https://>

²⁶ De interviews zijn gehouden in april 2017

zelfredzaamheid van de cliënt. Zelfredzaamheid²⁷, ook wel eigen kracht, empowerment en eigen verantwoordelijkheid genoemd, is ontstaan vanuit de participatie-samenleving. Vanuit verschillende gezichtspunten kan het huidige maatschappelijk werk worden uitgelegd die ook met elkaar weer in overeenstemming. De geïnterviewde MW 's noemden zelf veelvuldig de volgende die taken:

1. het een spin in het web functie is
2. je een tijdelijke professionele voorbijganger bent
3. het draait om het vergroten van de zelfredzaamheid

In het bijgaande citaat van een maatschappelijk werker wordt op een mooie manier de beroepshandelingen weergegeven:

'De cliënt en ik zitten beiden in een roeiboot. De cliënt roeit en vaart. Ik adviseer, ik motiveer, ik complimenteer de cliënt, zodat die de juiste keuzes gaat maken. Uiteindelijk zorg ik ervoor dat de cliënt zelf een oplossing vind voor zijn problematiek. Vervolgens evalueer ik wat er gaat gebeuren als ik er niet ben. Gaat de cliënt dan rondjes varen? Gaat de cliënt stil staan of vaart de cliënt door op zijn doel af? Ik ben even dat steuntje in de rug om mensen in beweging te brengen. Dat is wat maatschappelijk werk inhoudt. Dat je mensen in beweging gaat brengen, ze activeert, maar ook inzichten geeft en laat realiseren dat ze het zelf ook kunnen.'

(MA Sociaal wijkteam over wat maatschappelijk werk inhoudt)

Tot slot, de Projectgroep Professionaliteit Verankerd heeft in 2013 een handreiking²⁸ van vijf kwaliteitskenmerken die zijn gekoppeld aan de Competenties Maatschappelijke Ondersteuning²⁹ (zie competenties) opgesteld om een goede kwaliteit van maatschappelijke dienstverlening na te streven:

1. Eigen kracht versterken;
2. Op de vraag af;
3. Binden en verbinden;
4. Integraal werken;
5. Signaleren en agenderen.

5.4 Welke competenties worden gevraagd van de toekomstige professional?

Voor de MWD zijn een dosis creativiteit, de beschikking over communicatieve vaardigheden, het vermogen om te kunnen samenwerken in tal van netwerken alsmede verantwoordelijkheden durven nemen in (crisis) situaties onmisbaar in dit beroep.

²⁷ Uit interview mwd ér wijkteam 3 april 2017.

²⁸ Deze handreiking vervangt de in 2010 uitgegeven 'Handreiking Professioneel Ondersteunen.'

²⁹ Deze handreiking vervangt de in 2010 uitgegeven 'Handreiking Professioneel Ondersteunen.'

De contextuele veranderingen hebben grote invloed op de relevantie én zelfs volgorde van de benodigde competenties van de MWD 'er voor zijn functioneren als professional. Uit de vele interviews blijkt dat de competentie **creativiteit** in belangrijkheid is gestegen.

Creativiteit

'Het doorbreken van gevestigde denkpatronen en standaardoplossingen met originele ideeën en oplossingen.'

(MW)

De reden die hieraan ten grondslag ligt is dat door de individualisering ook steeds meer zorg (lees hulpverlening) op maat wordt gevraagd en de bestaande wetgeving en regels daar niet in alle gevallen op aansluiten. Vooral de veranderingen die zich in een hoog tempo voordoen in de maatschappij, vragen snelle anticipatie op (nieuwe) vraagstukken met een hoge dosis creativiteit. Het kunnen bijhouden van al die ontwikkelingen (lees ook inzicht hebben in de contextuele veranderingen) die van invloed zijn op de functie van MWD is daarbij onontbeerlijk voor zijn beroepsuitoefening. Het perspectief van waaruit deze creativiteit wordt gebruikt is toch zijn empathie en betrokkenheid met zijn cliënt. Het leveren van een op maat geleverde zorg én begeleiding is daarbij altijd leidraad.



'Nog gesteld dat wij over vijf jaar niet opeens allemaal dezelfde persoon zijn, is creativiteit en de menselijke maat daarbij zeer belangrijk!'

(MA, sociaal wijkteam)

‘Je kan met creativiteit, kun je ook een hele hoop bereiken. Een nieuwe blik om over na te denken en ik denk dat dat voor sommige cliënten gewoon hartstikke goed is om op zo’n manier zeg maar te worden verrast door je eigen kwaliteiten. Mensen met Korsakov zijn prima in staat om bepaalde zaken te doen. Dan heb ik het niet over bijvoorbeeld groenvoorziening, wat eerst werd aangegeven mensen moeten naar plantjes en dingen. Maar gewoon wat meer gericht kijken, uiteindelijk zal dat dan wel rendabel zijn.’

(MW)

Het kunnen **communiceren** kan worden beschouwd als de levensader van iedere MWD. Een op vertrouwen wederzijdse opgebouwde verstandhouding vraagt meer dan gesprekstechnieken alleen. Inherent aan deze eigenschap zijn de sociale en culturele vaardigheden. De eerste wordt door velen gerelateerd aan de competentie samenwerken. Volgens een manager van een sociaal wijkteam gaat het met sociale vaardigheden erom dat je water bij de wijn kan doen zeker in het interdisciplinair samenwerken. Deze stelt ook dat met sociale vaardigheden een cliënt zodanig kan worden beïnvloeden dat de doelen kunnen worden behaald. Vooral door de bijdrage van de opkomst van de sociale wijkteams zijn **culturele vaardigheden**³⁰ in relevante gestegen. De mate waarin hangt wel sterk af met de opbouw van de wijk waar het team is gesitueerd. Zo zal een wijk met veel etnische verschillen deze competentie belangrijker maken. Anderen voeren aan dat wij vandaag de dag in een vluchtelingencrisis zitten. Over vijf jaar zijn deze vluchtelingen, die naar Nederland zijn gekomen, onderdeel van de maatschappij. Zij zullen moeten integreren in de Nederlandse cultuur, waardoor er meer culturele diversiteit ontstaat. Het is tegelijkertijd ook een hele lastige competentie waarbij ethiek een grote rol speelt in het kunnen omgaan met deze competentie.

Een praktijkvoorbeeld docent Maatschappelijk werk en dienstverlening

‘Een cliënt van jou wil geen “hoofddoek” bij hem thuis voor het schoonmaken, hoe ga je daar dan mee om? Welke belangen behartig je dan, die van de schoonmaker of die van de cliënt?’

Het is dus van belang dat maatschappelijk werkers leren om te kunnen werken met verschillende etnische, culturele en sociale achtergronden en dat zij zich daarin ook kunnen positioneren.

Ook het kunnen **samenwerken** is van eminent belang geworden. Dit laatste is een gevolg van de omslag van verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Als maatschappelijk werker kom je steeds meer in contact met mantelzorgers en vrijwilligers maar ook met andere partijen als politie, gemeentelijke instanties, bedrijven etc. Door deze verandering vindt er in feite een verschuiving plaats van multidisciplinair naar interdisciplinair werken. De maatschappelijk werker krijgt hierdoor te maken met

³⁰ Gaat het om het effectief kunnen leren, werken en leven met mensen met verschillende etnische, culturele en sociale achtergronden.

partijen die soms zelfs andere belangen hebben tegengestelde doelen hebben. Met name maatschappelijk werkers uit de sociale wijkteams onderschrijven het toenemende belang van “samenwerken”.

‘Nou ja het verschil tussen Algemeen maatschappelijk werker destijds en dat je nu als maatschappelijk werker in een wijkteam zit, is dat je er, nou ja niet meer alleen over een casus nadenkt en erop afgaat. Dat doen we nu in tweetallen, juist omdat je wat kan hebben aan elkaars kennis en wat van elkaar kan leren en omdat je de cliënt beter en sneller kan helpen.’

(MW)

Immers er zijn ook andere partijen nodig om de doelen samen met de cliënt te kunnen bereiken. Vanuit de wijkteams is voorts aangegeven dat korte lijnen belangrijk zijn vanwege het feit dat andere protocollen worden gehandhaafd en andere disciplines zijn ondergebracht.

‘Ja, ik ben nu ook heel kritisch naar de gemeente, hoe zij dat dan aanpakken en ik vind niet dat je moet aannemen wat altijd word gezegd.’

(MW)

De opkomst van sociale wijkteams vraagt van hem dat hij in het interdisciplinair overleg zijn mening kan onderbouwen. Door de decentralisatie van de zorg zijn gemeenten nu de opdrachtgevers van de sociale wijkteams geworden. Het betekent dat aan gemeenten uitleg gegeven moet worden waarom je bijvoorbeeld voor een bepaald handelingsrepertoire hebt gekozen.

Verantwoordelijkheid durven nemen is naast een competentie van de maatschappelijk werker, ook wat centraal staat in het leven van de cliënt. Vandaag de dag dragen cliënten zelf verantwoordelijkheid voor de problemen die zij ervaren en ook dat zij zelf voor eigen oplossingen moeten zorgen. Dit zal ook in de toekomst niet veranderen, Mede door de opkomst van de sociale wijkteams speelt verantwoordelijkheid durven nemen een belangrijke rol. De maatschappelijk werker binnen een sociaal wijkteam is immers niet meer alleen verantwoordelijk voor zijn eigen handelen maar ook voor het gehele team.

‘Over verantwoordelijkheid durven nemen; Spreek ook partners aan op hun verantwoordelijkheden.’

(Leidinggevende MW)

Deze rolverandering heeft te maken met het feit dat sociale wijkteams opdracht hebben verkregen van gemeenten waarvoor het gehele team verantwoordelijk draagt. Wel zijn er kritische geluiden tegen deze

ontwikkeling aldus de verwoording van een manager van een sociaal wijkteam;” *dat ergens waar iedereen verantwoordelijk is, niemand verantwoordelijk is voor het te behalen resultaat*”.

Verantwoordelijkheid durven nemen houdt in dat de MW niet alleen kan reflecteren op zijn eigen beroepshandelingen, maar zorgt voor het up-to-date houden van zijn kennis, zoals de sociale kaart en veranderingen op het gebied van wetgeving.

Alhoewel niet op de voorgrond tredend is het **kritisch denken**³¹ kunnen denken tenslotte bij alle vier eerdergenoemde eigenschappen een vanzelfsprekendheid geworden. De grote hoeveelheid veranderingen vraagt van de maatschappelijk werker dat hij scherp blijft door kritisch te blijven denken niet in de laatste plaats op de eigen ontwikkeling. Zijn handelen is immers van grote invloed op het uiteindelijke resultaat van de te behalen doelen van zijn cliënt.

Last but not least zal ook mediawijsheid en digitale vaardigheden een voornamere rol gaan spelen in het maatschappelijk werk. Deze verschuiving heeft alles te maken met het simpele feit dat de impact van social media op het leven en werken van mensen grote invloed heeft dus ook in de begeleiding van de cliënt.

Het vraagt van de huidige MWD-opleidingen om aandacht te schenken aan deze competentie van mediawijsheid. Denk aan zaken als; Hoe kan je nepnieuws onderscheiden van echt nieuws? Op welke wijze kan je de privacy waarborgen van cliënten waarvoor je als MW verantwoordelijkheid draagt? Op welke wijze confronteer je cliënten met de verspreiding door hen met haatnieuws. De digitale vaardigheden zijn van toepassing op de te onderhouden cliëntendossiers.

‘Ook hoe je je privacy moet waarborgen op verschillende social media. Eigenlijk zou dat een vak moeten zijn! Bijvoorbeeld als jongeren over de scheef zijn gegaan om ze terug te laten kijken op hun eigen acties. Of te confronteren met de dingen die je schrijft.. Er zijn heel veel mensen met haat. Om daar het hoofd aan te bieden of om daarmee om te gaan, is ook wel een mooie taak in de zorg. op te zetten. Met dat sexting en hoeveel er rondgaat op technologie. Dat kun je niet tegenhouden, ik bedoel dan steek je echt je kop in het zand.’

(MW)

5.5. Wat is de kern van de transitie van het beroep?

De kern van alle veranderingen die zich in dit beroep voordoen is toch wel dat juist de context waarin de maatschappelijk werker zijn feitelijke beroep uitoefent de laatste decennia sterk is gewijzigd. Niet alleen door de implementatie van nieuwe diepingrijpende wetgeving en als gevolg daarvan lagere politieke besluitvorming waaraan hij én zijn cliënt aan is blootgesteld maar ook aan de confrontatie met de

³¹ Je kunt je eigen mening en/ of visie formuleren en onderbouwen. Je kunt informatie interpreteren, analyseren en synthetiseren, kritisch reflecteren op je eigen handelen en open staan voor alternatieve standpunten.

daaruit vloeiende (nieuwe) samenwerkingsverbanden. Een samenwerking die is geënt op een multidisciplinaire aanpak van sociaal maatschappelijke problematieken. Deze contextuele transitie heeft grote gevolgen voor zijn rolverandering én zijn stijl én wijze van werken.

Zo komt uit de gehouden interviews onder maatschappelijk werkers naar voren dat daadwerkelijk de rol van begeleider door deze ingrijpende gebeurtenissen is veranderd naar de rol van coach, regisseur en ondersteuner. Uit recent onderzoek blijkt ook dat branchegrenzen steeds meer vervagen hetgeen betekent dat er steeds meer samenwerking plaats vindt met organisaties uit andere branches. Voorbeelden hiervan zijn dat sociale wijkteams samenwerken met verpleeghuizen, revalidatiecentrums en ziekenhuizen. Een andere overgang die ook wordt bevestigd uit de gehouden interviews is dat het maatschappelijk werk steeds meer overgaat naar preventieve zorg, ofwel ingrijpen voordat de problematiek de overhand heeft. Zodat problemen in andere domeinen van iemands leven uitblijven of worden geminimaliseerd. De volgende uitspraak van een maatschappelijk werker geeft goed weer wat hiermee exact wordt bedoeld:

Preventie kan ook ontstaan door vroegtijdige signalering. Een schuldhulpmaatje is alert en signaleert ook problematiek bij andere gezinsleden. Een sociaal werker merkt gaandeweg bij de wekelijkse activiteiten dat er meer aan de hand is en stuurt aan op een bezoek aan de huisarts om een psychische problematiek aan te pakken.

Toch wordt in de interviews meerdere malen aangegeven dat hoewel de zorg steeds meer naar preventieve zorg overgaat dit niet altijd de beste zorg is. Immers ieder mens is anders en dat vraagt dat ieder mens op een andere wijze moet worden ondersteund in zijn of haar zelfredzaamheid. Het is ook lastig voor maatschappelijk werkers om in de dagelijkse praktijk om te gaan met wat er nu onder het begrip zelfredzaamheid moet worden verstaan. Dit wordt nog eens versterkt doordat niet elke gemeente eenzelfde beleidsuitvoering kent c.q. hanteert bovendien is met name ook de participatiewet nog niet echt uitgekristalliseerd. De wet heeft ook onbedoelde effecten gehad in de zin dat de sluiting van sociale werkplaatsen niet het gewenste resultaat heeft gebracht dat de werknemers van deze werkplaatsen daadwerkelijk konden participeren in de reguliere bedrijfssector. De afspraken met werkgevers lopen achter waardoor velen van hen nu letterlijk buitenspel staan en een nieuwe sociale problematiek opwerpt om als maatschappelijk werker hiermee om te gaan.

Om het hoofd te bieden aan alle deze veranderingen die de WMO, de Welzijn Nieuwe Stijl alsmede de recente participatiewet wordt van de huidige maatschappelijk werkers **ook** ondernemerschap verlangd. Bij intern ondernemerschap³² staan de gedragskenmerken; ondernemendheid, pro-activiteit en innovativiteit centraal. Competenties³³ die ook anders dan voornoemde gedragskenmerken ontwikkelbaar zijn; Signaleringsvermogen, creatief vermogen, analytisch vermogen, vermogen tot motiveren, organisatievermogen, vermogen tot netwerken en aanpassingsvermogen.

³² De Jong en Wennekers 2008

³³ De Jong en Wennekers 2008

De uitoefening van intern ondernemerschap stelt wel eisen aan de inrichting én cultuur van de organisatie. Zo zal een overvloed aan regels en procedures averechts werken om als ondernemend professional op te treden. Het vraagt van de organisatie dat zij haar werknemers een ruime mate van autonomie bieden om zelfstandig beslissingen te nemen. In plaats van bovenaf opgelegde doelstellingen zullen leidinggevendenden die vertrouwen³⁴ uitstralen en werken aan die vergrote werkruimte voor hun medewerkers positief bijdragen aan een intern ondernemerschapsklimaat. Het past ook bij de onderstaande ontwikkelingen die het maatschappelijk werk in de afgelopen jaar heeft doorgemaakt.

5.6. Hoe ziet de toekomst van het beroep van maatschappelijk werker eruit?

De transitie van verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving is de grootste verandering en de sector Zorg en Welzijn zal steeds verder de-professionaliseren en collectiever worden.

De verzorgingsstaat heeft ervoor gezorgd dat alle zaken individueel en professioneel werd geregeld. Vandaag de dag is er sprake van een omgekeerde beweging namelijk dat er steeds minder professioneel wordt gewerkt, denk daarbij aan mantelzorgers, en steeds meer zaken op collectief niveau worden geregeld. Deze trend zet zich sterk door in het zorgen vóór, naar het zorgen dát en het organiseren vóór burgers naar het organiseren ván burgers. Het belangrijkste daarbij is dat de branchegrenzen hierdoor vervagen. Steeds meer instellingen werken samen met organisaties buiten hun eigen werkveld. Een praktijkvoorbeeld zijn de sociale wijkteams waar meerdere organisaties interdisciplinair met elkaar samenwerken. Op deze manier van werken kan het Sociale wijkteam de leefbaarheid van de wijk proberen te vergroten.

'Over de opleiding gesproken...

Ik vind het aan de ene kant ook wel weer de kracht van de opleiding dat je zo breed opgeleid wordt. Maar aan de andere kant ben ik wel een voorstander van iets meer kaderen.'

(MW medische sector)

De politiek en haar besluitvorming zeker op gemeentelijke niveau zal een belangrijke rol spelen in de beïnvloeding van de context waarin de MW werkt. Het zal een hoog beroep doen op zijn creatieve vermogens en verantwoording durven nemen zeker in crisissituaties.

Deze (voortgaande) contextuele veranderingen vraagt van de huidige MW een andere invulling van zijn werk waarbij ook steeds meer wordt gewerkt van uit de preventieve zorg.

³⁴ Overvoorde en Biemans 2013, 2.1.3

‘Het outreachend wordt een hele grote hype. Dus niet het afwachten dat mensen naar je toekomen maar je naar hen toe gaat. Je zoekt ze op in hun levenssituatie. Ambulant begeleiden ofwel bemoeizorg.’

(MW zzp’er)

Het beroep van MW zal én blijft zich divers ontwikkelen maar de kern van het beroep het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt zal daarbij ongewijzigd blijven. In die lijn staat ook het uitgangspunt van “kracht” denken in plaats van “klacht” denken blijvend centraal. De essentie van de functie-inhoud van de maatschappelijk werker zal in iedere organisatie hetzelfde zijn daarentegen zal de functieervulling telkens anders zijn. Bezuinigingen en/of reorganisaties door de (lagere) overheid zal van grote invloed blijven zijn. Denk daarbij aan de werkdruk om steeds meer zaken te doen in minder tijd maar ook aan de onrust van de implementatie van zelfsturende teams. Juist in het werken met zelfsturende teams was de verwachting dat er een veelheid van taken erbij zullen komen. Menig MW is echter met deze omslag nog niet adequaat op ingespeeld.

Het succes van de MW, zijn team en organisatie wordt uiteindelijk bepaald door de effectiviteit van haar gevraagde (21st century skills) competenties als creatief zijn, kritisch denkvermogen, kunnen samenwerken, mediawijsheid alsmede sociale- en culturele vaardigheden. In dat perspectief zal de (toekomstige) MW weten wat er in zijn

“sociale” omgeving speelt en mensen als wijkbewoners kunnen (ver) binden.

Integraal werken om uiteindelijk te kunnen signaleren en agenderen zal daarbij leidraad zijn. Op deze wijze zal hij ook in de toekomst bijdragen aan het welzijn voor ieder individu in onze samenleving. De verwachting is dan ook dat de kern van het beroep **“begeleiding naar menselijke maat”** die bijdrage in de toekomst kan leveren tenzij de politiek anders besluit!

‘Wat ik van het vak vind, het blijft altijd om de menselijke maat draaien. Je moet niet mensen helpen die daar geen behoefte aan hebben, de hulp of de steun moet zijn dat iemand zelf zegt waar in die steun of geholpen in moet worden.’

(MW medische sector)

Dit hoofdstuk is mede tot stand gekomen door Martijn Bakker, student HRM van de hogeschool Inholland die voor zijn afstudeerscriptie onderzoek heeft gedaan naar de veranderingen en de consequenties daarvan in het beroep(sbeeld) van de maatschappelijk werker. Hij heeft daartoe 15 interviews gehouden waarvan zes maatschappelijk werkers van een sociaal wijkteam, twee maatschappelijk werkers in de medische sector, twee algemene maatschappelijke werkers, twee zzp'ers alsmede drie overige functionarissen t.w. een manager, HR-specialist en een MWD docent.

Bronnen

Bakas, A. (2016). Trends 2017; zelfvoorziening, digitale transformatie en nieuwe kloten voor Europa in het jaar van de haan. Amsterdam, Nederland: TOB.

Baumfalk, W., & Dongen, C. Van. (2008). Vele takken, één stam; Kader voor de hogere sociaal-agogische opleidingen. Amsterdam, Nederland: SWP.

BPSW; Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk

<https://www.bpsw.nl/professionals/maatschappelijk-werkers/wat-is-maatschappelijk-werk/>

Geraadpleegd op 10-1-2019

Bilge, A. (2014). Van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving?

http://theses.ubn.ru.nl/bitstream/handle/123456789/932/14_15_011%20Abdullah%20Bilge%20mathesis.pdf?sequence=1

Binnenlands bestuur, Sociaal werk kwart gekort,

<https://www.binnenlandsbestuur.nl/financien/nieuws/sociaal-werk-kwart->

Geraadpleegd 22 maart 2019

Ewijk, H. van, Spierings, F., & Wijnen, R. (2012). Basisboek sociaal werk. Den Haag, Nederland: Boom Lemma

Hens, H. (2013, 2 mei). Vakmanschap in het sociaal werk in beweging. Geraadpleegd van

<https://www.movisie.nl/artikel/vakmanschap-sociaal-werk-beweging;>

Geraadpleegd op 10-1-2019

Milikowski, Dr..H. Ph., 'Lof der onaangepastheid' Het perspectief van de kwetsbare burger. Een studie in sociale aanpassing, niet-aanpassing, onmaatschappelijkheid 10e druk 1977, uitg. Boom, Meppel, ISBN 90-6009-329-1 (eerder verschenen in 1961 als proefschrift bij uit. Van Loghum Slaterus, Arnhem onder

de titel Sociale aanpassing, niet-aanpassing, onmaatschappelijkheid: tevens een bijdrage tot de discussie over probleemgezinnen Ook geraadpleegd op 18-9-2018; <https://www.canonsociaalwerk.eu/nl>

Movisie, Opgehaald van: <https://www.movisie.nl/artikel/vakmanschap-sociaal-werk-beweging>.
Overvoorde, Paul en Biemans, Dr. Petra, Ondernemen in Welzijn, Uitgeverij Eburon, Delft 2013. ISBN nr 978-90-5972-760-1

Participatiewet; Niet voldoende aandacht voor participatie en inkomenszekerheid kwetsbare burgers
Nieuwsbericht | 24-01-2018 | 10:30

<https://www.inspectieszw.nl/onderwerpen/zelfredzaamheid/nieuws/2017/12/15/niet-voldoende-aandacht-voor-participatie-en-inkomenszekerheid-kwetsbare-burgers>

Geraadpleegd op 10-1-2019

Participatiewet; verhuizing;

<https://www.gemeente.nu/sociaal/pgb/knelpunten-in-ondersteuning-voor-mensen-met-een-beperking/>

Geraadpleegd 22 maart 2019

6 Conclusies

6.1. Trots op het zorgberoep!

Alvorens in te gaan op de conclusies van ons onderzoek willen wij eerst stil staan bij de betekenis van (beroeps)trots die wij hebben ervaren van alle geïnterviewde medewerkers in de wereld van zorg en welzijn. Het is én blijft toch een complexe sector waar meer dan 1 miljoen medewerkers dagelijks in de weer zijn om een bijdrage te leveren aan de gezondheid en het welzijn van de ander. Wat al onze geïnterviewde beroepsbeoefenaren gemeen hebben wat ze ook doen of waar ze ook werkzaam zijn is dat zij werken met, voor en tussen mensen. Met hart en ziel willen zij oprecht van betekenis zijn voor een ander om vanuit ieders eigen professionaliteit zo waarde kunnen toevoegen aan het leven van mensen met een hulp- of zorgvraag. Ten diepste ligt hier de betekenisgeving van de naastenliefde voor de ander voor het beroep als een tijdloze kernwaarde onder.

Zonder reserves over het werk als hoge werkdruk, negatieve werksfeer en striktere regelgeving te niet te doen spraken alle geïnterviewden toch met passie over hun beroep. Woorden als trots en mooi werden door de professionals veelvuldig gebruikt zoals uit onderstaande citaten blijkt.

'Je trots moet zijn op je ambacht.' (leidinggevende MBB), *'Het is nog steeds een mooi vak'* (MW) *'Ik vind het ook wel mooi dat ik ben waar ik ben'* (SPV) , *'Ik vind het heel mooi dat je mensen kan helpen'* (VO)

Als er verschillen zijn in de passie voor het beroep tussen de vier onderzochte beroepen dan is bij de MBB zijn passie tweeledig namelijk naast de zorg voor zijn patiënt en ook de bewondering voor de voortschrijdende techniek die hem daarbij helpt.

De liefde voor het beroep is door menig geïnterviewde gaandeweg ontstaan. In de praktijk bleek het oorspronkelijke beeld van het beroep toch heel anders te zijn dan vooraf was gedacht. Dit laatste werd voortreffelijk verwoord door een verpleegkundige ouderen van 44 jaar.

'Ik heb vroeger nooit verpleegkundige willen worden want die moeten bloedprikken en werken met infusen. Daar ben ik nog steeds niet gek op maar ik ben uiteindelijk wel verpleegkundige geworden. Omdat het zoveel meer is dan alleen technische verpleegkundige. Mijn beeld van een verpleegkundige was een beetje zoals Greys Anatomy, dat hebben alle jonge meisjes nu ook.'

Volgens de Griekse filosoof Aristoteles is trots een relevante deugd. Een mens die trots is op zijn gekozen beroep zal vanuit de kern van zijn vakmanschap proberen boven zichzelf uit te stijgen om zaken van belang te dienen. Deze professionals die dagelijks een bijdrage leveren aan de gezondheid en welzijn van ons allemaal verdienen het ook om op waarde geschat te worden!

6.2 Conclusies beroepen zorgsector

De voornaamste conclusies van ons onderzoek zijn vervat in het onderstaande schema. Wat direct heel duidelijk zichtbaar wordt in de vier onderzochte beroepen is dat de zorgsector sterk aan verandering onderhevig is. Zo lijkt de ene gespecialiseerde verpleegkundige (SPV) te verdwijnen en groeit de andere verpleegkundige (ouderenzorg) naar een nieuwere rol toe. Het beroep van MBB wint aan diepgang door de technologische vooruitgang en is de invloed van de omgeving groot op de beroepshandelingen van de MW.

Vanuit de invloed van de contextuele veranderingen in de omgeving op het beroep (6.2.1) en de gevonden dominante skills van de vier beroepen (6.2.2) geven wij een verdere toelichting op dit schema. In hoofdstuk 6.3. trekken wij een vergelijking tussen de resultaten van dit onderzoek en ons eerdere onderzoek van “Werk verandert”. Tot slot, staan wij stil bij de opmerkelijke rol van HR die wij hebben genoteerd uit de monden van de geïnterviewde medewerkers.

Activiteiten/ indicatoren	Beroepen			
	Verpleegkundige ouderenzorg	MBB	Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige	Maatschappelijk Werker
	Invloed van de contextuele veranderingen in de omgeving			
Toekomst				
Kern verandering	Verdieping functie-inhoud Door taakverschuiving	Verdieping functie-Inhoud door vooruitgang technologie	Verdwijning/versmalling door verbreding of nieuwe rol wijkcentra	Verbreding door verandering werkomgeving
Passie	++	+	++	++
Relatie cliënt	++	-	+	+
Techniek	+	++	-	-
Invloed omgeving op werk	—	+	+	++
Invloed overheid op rol	+	=	++	++
6.2.2.	De dominantie van de 21 st Skills			
Communicatie	++	+	++	++
Creativiteit	0	0	+	++
Kritisch denkvermogen	++	+	++	+
Probleemoplossing	+			
Digitalisering	+	++	+	+
Social Media	-	-	+	++

Toelichting tabel

- minder relevant op beroep
- 0 neutraal c.q. n.v.t.
- + relevant voor het beroep
- ++ meest relevant voor het beroep

De contextuele veranderingen in de omgeving

Binnen de zorgsector is nog steeds mede door de toegenomen digitalisering en robotsering een voortdurende verschuiving van taken en activiteiten aan de gang waarvan het einde van al die veranderingen nog lang niet in zicht is. Wel is er onderscheid te maken dat voor de medewerker MBB en de verpleegkundige ouderen de veranderingen en de gevolgen sneller gaan dan bijvoorbeeld bij de psychiatrisch verpleegkundige en de maatschappelijk werker. Bij de eerste twee functies is de invloed van de technologie ook veel groter.

Daarnaast speelt bij de verpleegkundige ouderenzorg de rol dat van haar steeds meer een coördinerende rol wordt verlangd waarbij de soms voorheen gedane verzorgtaken worden gedelegeerd naar anderen. De invloed van de techniek in de ouderenzorg heeft in positieve zin ook gevolg gehad voor een verdere diepgang van de verpleegkundige ouderenzorg. Denk hierbij aan het inzetten van robots en sensoren. De verwachting is dat in de toekomst ook bij de andere twee beroepen van SPV en MW de techniek meer van invloed zal zijn op de uitoefening van het beroep dan nu het geval is. Opvallend is de toename van het gebruik van social media door de MW in dit kader te noemen.

Activiteiten/ indicatoren	Beroepen			
	Verpleegkundige ouderenzorg	MBB	Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige	Maatschappelijk Werker
	Invloed van de contextuele veranderingen in de omgeving			
Toekomst				
Kern verandering	Verdieping functie-inhoud Door taakverschuiving	Verdieping functie-inhoud door vooruitgang technologie	Verdwijning/versmalling door verbreding of nieuwe rol wijkcentra	Verbreding door verandering werkomgeving

Passie	++	+	++	++
Relatie cliënt	++	-	+	+
Techniek	+	++	-	-
Invloed omgeving op werk	-	+	+	++
Invloed overheid op rol	+	=	++	++

Het verschil in passie tussen de MBB en de ander drie professionals is gelegen in het feit dat de eerste zijn passie heeft verdeeld tussen cliënt en (zijn bewondering) voor de techniek.

De invloed van de overheid is het grootst bij de SPV en bij de MW. Bij het eerste beroep heeft dit te maken met de stringentere rol én eisen die aan sociaal psychiatrische hulpverlening door de overheid zijn gesteld. Daarentegen zijn het vooral regels en decentralisering van taken door de overheid die van invloed zijn op het werk van de MWD. Vooral bij de laatste functie heeft dit ook gevolgen voor de sterk veranderende werkomgeving van de MWD.

Bij alle zorgberoepen is een groei in complexiteit van het werk te constateren. Je kan daarbij denken aan de toename van meervoudige ziekten en/of problemen waarmee cliënten te kampen hebben. Versterkt nog door fusies van instellingen dan wel specialisaties door ontvlechting van organisaties vraagt dit van de medewerkers om een multidisciplinaire

samenwerking met zowel interne als externe partners. Organisaties verlangen meer dan voorheen van hun professionals grotere individuele verantwoordelijkheid in hun werken. vereist én geëist.

Veel van de geïnterviewde medewerkers hebben hun zorgen geuit over de hoge werkdruk die zij elke dag ervaren met als gevolg dat zij vaak niet toekwamen aan alle te verrichten taken.

Uit recent onderzoek van het CBS blijkt dat de werkdruk het hoogste is in de zorgsector.

De gevolgen laten zich gelden zo blijkt uit een recente inventarisatie van CNV-jongeren³⁵ dat 1 op de 8 jonge medewerkers in de zorg heeft ervaring met een burn-out, 1 op de 3 komt oververmoeid thuis.

Het betekent dat zorgprofessionals voortdurend keuzen moeten maken om toch kwaliteit van zorg te bieden denk bijvoorbeeld aan werk wat was blijven liggen ga ik dat wel of niet uitvoeren in mijn eigen uren of ga ik later naar die cliënt toe. In dat kader werd veelvuldig ondanks de voortschrijdende digitalisering ook de sterk groeiende administratieve rompslomp van hun werk genoemd. Daarnaast zet de toegenomen mondigheid en soms vermeende deskundigheid van de omgeving denk daarbij bijvoorbeeld aan familieleden van de patiënt druk op de gekwalificeerde professional.

³⁵ <https://www.ad.nl/ad-werkt/veel-burn-outs-onder-jonge-zorgmedewerkers-soms-is-het-nodig-om-even-egoistisch-te-zijn~a9b3fad3/> 4-6-2019

Een uitvloeisel van die druk is dat er jaren is bezuinigd waaronder op personeel. Leidraad in het organisatiebeleid van menige instelling was low cost en efficiency. Een ander daarmee samenhangend fenomeen en nadelig was voor de bedrijfscultuur was dat er een gap bestond tussen beleidsmakers en uitvoerders op de werkvloer. Door de keuzen die telkens in het werk moeten worden gemaakt door de druk en de toegenomen protocollering en regelgeving om toch kwaliteit van zorg te bieden wordt ene sterk beroep gedaan op het ethisch besef van de “zorg” professional. Tot slot, het is opmerkelijk dat mede door het dalende kerkgehalte en terugtrekking van geestelijke verzorgers uit zorginstellingen cliënten meer dan voorheen een beroep doen op de verzorgers met hun zingevingsvragen. Hetgeen een zinvolle uitdaging kan vormen voor menig professional maar gelijktijdig ook werkdruk oplevert.

De dominante skills

	Verpleegkundige ouderenzorg	MBB	Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige	Maatschappelijk Werker
	De dominantie van de 21 st Skills			
Communicatie	++	+	++	++
Creativiteit	0	0	+	++
Kritisch denkvermogen	++	+	++	+
Probleemoplossing	+			
Digitalisering	+	++	+	+
Social Media	-	-	+	++

Bij alle vier beroepen nemen van de gevraagde 21st skills kritisch denken, communicatie en het kunnen samenwerken een centrale plaats in.

Door het gebruik van steeds nieuwere technieken en eisen van artsen aan de uit te voeren behandeling wordt bij de MBB expliciet probleemoplossend vermogen genoemd als een belangrijke skill. Daarentegen springt bij de MW het beschikken over de nodige creativiteit eruit. Dit laatste is essentieel om samen met zijn cliënt binnen veranderende structuren, wetgeving en regels voor deze toch het juiste pad te bewandelen.

Het beschikken over de nodige flexibiliteit wordt door alle geïnterviewden als een passende kernkwaliteit die juist in deze tijd met al die veranderingen goed van pas komt. Er moet snel worden geschakeld in de zorgsector om zo adequaat het belang van de cliënt om kwaliteit van zorg (op tijd) te leveren te dienen.

Kritisch denkvermogen en probleemoplossing zijn twee skills die dicht bij elkaar liggen. Toch staat voor met name bij beide verpleegkundigen kritisch denkvermogen voorop.

Uiteindelijk komt het erop aan dat zij eerst heel goed de situatie in ogenschouw moeten kunnen nemen alvorens tot een oplossing te komen voor hun cliënt. Een onjuiste beoordeling leidt immers tot een verkeerde probleemoplossing met eventueel grote negatieve gevolgen voor de cliënt in kwestie.

Opmerkelijke rol van HR

In het onderhavige praktijkonderzoek is niet expliciet gevraagd naar de rol en activiteiten van HR en haar HR-beleid. Het is dan ook opmerkelijk dat verschillende geïnterviewden van de vier genoemde beroepen (het) HR (beleid) ter sprake brachten. Met name uit de MBB en ouderenzorg was de kritiek niet mals. Zo kwam uit de groep van MBB naar voren dat HR onvoldoende kennis had over de functie-inhoud. Juist bij een beroep dat zo in transitie is, is kennis en inzicht in de contextuele ontwikkelingen van deze functie een must voor de HR-businesspartner! Ook de verpleegkundigen in de ouderenzorg roerde zich op dit terrein.

Zo kon worden geconcludeerd dat verschillende zorginstellingen in deze sector er geen actief competentiebeleid is en/of dat werknemers hiervan niet op de hoogte zijn.

Manager 1 zorginstelling over Competentiebeleid: 'Nou dat is er ook nog niet echt, dat wordt ook nog ontwikkeld.'

Weer anderen zeiden dat zij zelf in plaats van HR gingen werven en selecteren van personeel bij tekorten door ziekteverzuim en verloop. Verschillende verpleegkundigen geven aan dat indien een verpleegkundige zich verder wil ontwikkelen door middel van het volgen van een opleiding dit uit eigen initiatief dient te komen zoals blijkt uit het onderstaande citaat.



'Ja, we hebben nu een cursus. Dat is wel op eigen initiatief. Als je een opleiding wil volgen dien je dat tijdens je functioneringsgesprek aan te geven. Dus het is een stukje eigen initiatief.'

Eveneens gaven het overgrote deel van de respondenten SPV aan dat er in hun domein geen gericht beleid is op het ontwikkelen van competenties. De ontwikkeling komt nu grotendeels voor eigen rekening zowel in geld als in tijd van de SPV doordat de vroegere beschikbare opleidingsbudgetten zijn

wegbezuinigd. Zelfs bijscholing zeker qua tijdsomvang staat onder druk doordat de SPV een bepaalde productie moet behalen op jaarbasis.

‘HRM is zo op afstand, die kan het mij ook niet duidelijk maken. Als ik ze eens nodig heb zal ik ze zeker waarschuwen, maar meestal gaat het dan over misverstanden of een klacht van iemand anders ofzo. Als ik ze eens nodig heb zal ik ze zeker waarschuwen, maar meestal gaat het dan over misverstanden of een klacht van iemand anders ofzo. We werken in een vak waar we heel veel klachten genereren over dingen die ik niet had mogen zeggen. Ik mag alles zeggen maar goed als iemand vindt van niet dan wordt daarover geklaagd en dat komt bij de coach of manager binnen. Die moet mij dat dan vertellen dat er een klacht is gekomen, hier zou HRM meer een sleutelpositie mogen hebben.’

(SPV)

Het lijkt erop dat HR afstevent op een soort sprakeloosheid dat versterkt wordt door haar (door geïnterviewden genoemde) veelvuldige afwezigheid op de werkvloer en haar afstandelijkheid.

Gezien de beperkte populatie die is geïnterviewd kunnen bovenstaande zaken incidenten zijn. Toch vragen ze overdenking door én vanuit HR. Mediaberichten recent dat de problemen in de zorg boven het hoofd groeien van management en personeel. Sommige knelpunten als het beschikken over voldoende personeel en werkdrukverlaging zonder kwaliteitsverlies lijken daarbij onoplosbaar te zijn. Het vraagt van de huidige HR niet alleen organisatiebewustzijn, inventiviteit en nauwere samenwerking met andere (externe) partners maar vooral om voorheen begaanbare paden los te laten. Het maken van gerichte keuzen wat wel en niet kan worden gerealiseerd door HR kan leidraad zijn. De toekomst zal uitwijzen of HR in de het hoofd kan bieden aan de enorme problemen die deze sector rijk is.

6.5 Tenslotte...

Veranderingen zullen zich altijd blijven voordoen in onze wereld en dus ook in de arbeid die wij mensen verrichten om onze aarde verder te ontwikkelen. In feite staan wij allemaal in elkaars dienst. De techniek kan in al die veranderingen een zegen maar ook een vloek zijn. Door de techniek zijn medici immers beter in staat om mensen te genezen gelijktijdig vraagt die techniek ook om een andere manier van werken dat ten koste kan gaan van het menselijke gelaat in de zorg.

Het grote verschil echter met vroeger is dat wij door de technologische vooruitgang geen concreet zicht meer hebben hoe de verschillende beroepen in elke sector zich op de lange termijn zich zullen ontwikkelen c.q. eruit zullen zien. Dit laatste schept nieuwe vragen niet alleen van technische aard maar dragen ook een ethisch filosofisch karakter in zich. Wat zal blijven is het dromen over de mooiste baan en de passie om dat beroep uit te oefenen! Om in de woorden van een maatschappelijk werker te blijven als antwoord op de vraag; Als je de huidige en toekomstige veranderingen ziet, zou je dan weer voor dit beroep hebben gekozen? *“Nee, ik zou dezelfde keuze hebben gemaakt.”*

*Met dank aan de studenten
Lorenzo Donkers, Sanne van den
Bos, Marlot Hendriks en Martijn
Bakker van de Hogeschool
Inholland die een bijdrage hebben
geleverd aan dit
praktijkonderzoek. Welke student
waaraan heeft bijgedragen staat
aan het einde van ieder hoofdstuk
van deze publicatie.*



