



- **Taakherschikking in de JGZ: de juiste zorg door de juiste persoon?**
- **Verpleegkundige M&G en plots diagnose Alzheimer**



Werken tijdens de watersnood in Zuid-Limburg

Zijn alle flesvoedingen gelijk?

Wat is het verschil?

De keuze aan voeding voor een baby is enorm. Ouders van jonge kinderen weten vaak niet wat ze moeten kiezen. Hoe kunt u ze het beste helpen?

Borstvoeding is de beste keuze voor elk kind. Maar voor kinderen die om de één of andere reden geen borstvoeding (meer) krijgen is er een groot aanbod in kwalitatief goede flesvoeding. Wettelijk is vastgelegd wat er minimaal in flesvoeding moet zitten. Toch is niet elke voeding hetzelfde. Er is namelijk niet alleen wettelijk bepaald wat erin **MOET** zitten maar ook wat erin **MAG** zitten. En juist die laatste ingrediënten maken het verschil.

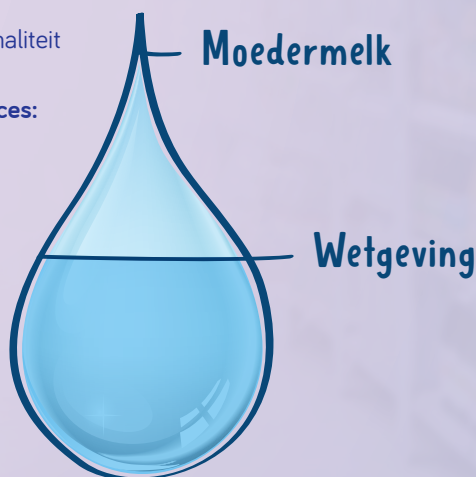
WETGEVING BEPAALT MINIMALE EISEN FLESVOEDING

Onderzoek naar moedermelk leert ons dat moedermelk veel meer ingrediënten bevat dan er wettelijk minimaal in flesvoeding moeten zitten. Juist de toegestane ingrediënten, die niet verplicht zijn maken het verschil tussen de diverse flesvoedingen.

Ruim 120 jaar onderzoek heeft er toe geleid dat Nutrilon Pronutra ADVANCE naast de wettelijk verplichte ingrediënten, wetenschappelijk onderbouwde toevoegingen bevat:

- **Geavanceerde prebiotische vezelmix scGOS:lcFOS 9:1 met HMO 3'GL:** benaderen de hoeveelheid, diversiteit en functionaliteit van HMO's in moedermelk^{1,2,3}
- **Postbiotica, dankzij ons unieke Lactofidus™ fermentatieproces:** bioactieve stoffen die zorgen voor gunstige omstandigheden voor de groei van bifido bacteriën^{4,5}
- **Naast DHA ook AA in eenzelfde ratio als in moedermelk:** het combineren van DHA met AA zorgt voor een betere neurologische ontwikkeling^{6,7}

Deze unieke mix van ingrediënten, die wordt onderbouwd door meer dan 40 studies en 90 publicaties, ondersteunt het immuunsysteem vanuit de darm van fles gevoede baby's¹⁸.



Scan de QR code en ontdek meer over de samenstelling en de verschillen



Onze investering

Nutricia doet voortdurend onderzoek naar onder andere de samenstelling van moedermelk. Wij doen deze investering omdat we onze voedingen en onze ondersteuning steeds verder willen verbeteren.

Wij geloven dat de juiste voeding en support ieders gezondheid en welzijn ten goede komen.

Referenties: 1. Salminen et al (2020) Nutrients 2020, 12, 1952. 2. Knol et al (2005) J Pediatr Gastroenterol Nutr; 40:36-42 3. Moro et al (2002) J Pediatr Gastroenterol Nutr; 34: 291-295. 4. Beghin et al (2021) Clinical Nutrition 40,3 :778-787. 5. Campeotto et al (2011) Br J Nutr;105, 1843-51. 6. Hadley et al. (2016) Nutrients. 8: 216. 7. Brenna et al. (2016) Nutr Rev. 74: 329. 8. Oozeer et al (2013) Am J Clin Nutr 2013;98(suppl):561S-71S. Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. Deze informatie is uitsluitend bestemd voor (para)medici. • Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer • Maart 2021

NUTRICIA



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

ontvang je gratis wanneer je lid bent van de afdeling V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid.

De redactie nodigt je van harte uit om een bijdrage te leveren aan dit tijdschrift, in de vorm van artikelen, onderwerpsuggesties, ingezonden brieven, boekbesprekingen enzovoort. Een onafhankelijke redactie bepaalt welke artikelen in aanmerking komen voor publicatie en behoudt zich het recht voor artikelen in te korten en te bewerken.

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 21, nummer 2, september 2021

ISSN 1568-5853

Redactie: Bente Alessi, Gerben Jansen, Hellen Kooijman (eindredactie), Paulien Meijers, Suzanna van Dam, Marieke Rijsbergen (hoofdredeactie), Valerie Schipper, Huub Sibbing
Redactieadres: Zie onder 'Informatie'

Foto-omslag: Ron Hendriks

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

Abonnementen: Gratis voor alle leden en donateurs van V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid.

Het lidmaatschap van V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid bedraagt (per 2021) bij automatische betaling € 114,50 per jaar (€ 74 lidmaatschap V&VN inclusief kwaliteitsregister + € 40,50 voor afdeling M&G).

Het abonnementstarief voor instellingen bedraagt € 89,90 per jaar, excl. BTW. Beëindiging van het lidmaatschap/abonnement: schriftelijk tot uiterlijk 1 december van het lopende jaar. Bij niet tijdig opzeggen wordt het lidmaatschap automatisch met een jaar verlengd.

Verhuisd, een andere werkgever of een nieuw e-mailadres? Houd zelf je gegevens actueel op www.venvn.nl op mijn V&VN.

Informatie

V&VN Maatschappij & Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

W www.venvn.nl, ga naar Afdeling M&G

Inspiratiebron

Dit themanummer staat in het teken van het beleidsprogramma *De juiste zorg op de juiste plaats* van het ministerie van VWS. Daarmee is het gezondheidsjargon weer een mysterieuze afkorting wijzer: JZOJP. Maar als je door de ambtelijke taal en jargon heen kijkt is het eigenlijk heel simpel. Het is de tegenhanger van de *Verkeerde zorg op de verkeerde plaats* (VZOVP), maar die afkorting gaan we niet promoten. M&G-verpleegkundigen ervaren dagelijks dat de zorg onvoldoende aansluit bij de behoeften van de burgers en hun cliënten. En daar kunnen we wat aan doen!

Zo kunnen we mensen langer gezond houden want niemand zit te wachten op een onnodige opname in een instelling. Of meehelpen te voorkomen dat mensen onnodig lang op de SEH, in het ziekenhuis of in een verpleeghuis moeten verblijven. En wat dacht je van gezinssituaties proberen te normaliseren? Want geen enkel gezin zit te wachten op trajecten in de jeugdzorg. Ofwel: ontschotting, preventief, outreachend, wijkgericht werken en het vinden van creatieve oplossingen. Dat zit gelukkig in het DNA van jullie M&G-verpleegkundigen.

Laat dit themanummer een inspiratiebron zijn om een bijdrage te leveren aan *De juiste zorg op de juiste plaats*. Niet omdat het moet maar omdat het kan. ☺

Huub Sibbing

Adviseur van het bestuur van V&VN M&G en redactielid van Tijdschrift M&G
Hsibbing@tip.nl



In dit nummer



De geschiedenis van...

De Juiste zorg op de juiste plaats en plek **6**

Praktijk

Taakherschikking in JGZ: juiste zorg door de juiste personen? **10**

Aan tafel met...

Paulien van der Meulen, programmamanager
Anders Werken in de Zorg **15**

Achtergrond

Watersnood Zuid-Limburg: juiste zorg op juiste plek in de praktijk **19**

Persoonlijk

Verpleegkundige M&G en plots diagnose Alzheimer **26**

Vaste rubrieken

Uit het nieuws **4**

Vers bloed: 'De schrijnende verhalen maakten de meeste indruk' **18**

Mijn ambassadeurschap: 'Ik leerde hoe ik invloed kan uitoefenen' **23**

Afdelingsnieuws **24**

Het dilemma: Hoe ver moet ik gaan om zorgmijders in de hulpverlening te krijgen? **30**



De Informatiebron

Deze rubriek komt tot stand in samenwerking met Captise. Voor informatie over diensten en abonnementen: informatie@captise.nl. Captise verzorgt ook de werving en selectie voor zorgprofessionals in de (thuis)zorg: www.captise.nl.

Een literatuuroverzicht op basis van de drie pijlers van De juiste zorg op de juiste plek;

- (duurdere) zorg voorkomen
- zorg verplaatsen en rondom de mensen organiseren
- zorg vervangen door slimme zorg en e-health in te zetten

De publicaties zijn te downloaden op de genoemde websites.

De Juiste Zorg op de Juiste Plek in de wijkverpleging, revalidatie en herstellzorg: Op weg naar een passende aanpak in organisatie en financiering/Actiz, 2021 www.actiz.nl

Netwerken integrale ouderenzorg: door welke elementen pakt de samenwerking goed uit en wat leveren ze op voor ouderen en professionals?/RIVM, 2021 www.rivm.nl

Zorg en ondersteuning Evaluatie Tool (ZET) Toegang en samenhang hulp/Integraal Werken in de Wijk etc., 2021 www.integraalwerkenindewijk.nl

Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk, Eindrapportage monitoring & evaluatie/Significant, 2021 www.significant.nl

Gedragbewust beleid: hoe dan? Design Thinking als manier om aan te sluiten bij de leefwereld van mensen/Platform31, 2021 www.platform31.nl

Tien uitgangspunten voor toekomstbestendige ouderenzorg/Actiz etc, 2021 www.actiz.nl

Burgers willen vooral door middel van het ontvangen van informatie bij de Juiste Zorg op de Juiste Plek betrokken worden/Nivel, 2021 www.nivel.nl

De menselijke maat: interventieprofessionals in het sociaal domein: De werkwijze van interventieprofessionals in het sociaal domein/Movisie, 2021 www.movisie.nl

Zorg en ondersteuning Evaluatie Tool (ZET) Toegang en samenhang hulp/Integraal Werken in de Wijk etc., 2021 www.integraalwerkenindewijk.nl

Publiekssamenvatting Samenwerkingsbehoeftes van helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen werkzaam bij mensen met dementie in de palliatieve zorgverlening/Dedicated, 2021 www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl

Wijkverpleegkundigen V&VN gaan samen verder met NWG

De wijkverpleegkundigen binnen V&VN gaan vanaf 1 januari 2022 samen verder met het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap (NWG). De wijkverpleegkundigen binnen V&VN vormen nu nog een vakgroep binnen de afdeling Maatschappij en Gezondheid. Zij gaan vanaf volgend jaar verder als zelfstandige afdeling V&VN Wijkverpleegkundigen, versterkt met de collega's van het NWG.

Vakgroepvoorzitter Rieke van de Wetering: 'De wijkverpleging wordt steeds belangrijker in ons zorglandschap. We worden steeds ouder en blijven langer thuis wonen. Mensen worden snel uit het ziekenhuis ontslagen waardoor complexe zorg verschuift naar de thuissituatie. Ziekenhuiszorg en wijkverpleging komen steeds dichterbij elkaar te liggen. Doordat we ons meer bewust worden van positieve gezondheid worden eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager én preventie steeds belangrijker. Wijkverpleegkundigen spelen daarin een cruciale rol. Ik ben ontzettend blij dat we de handen ineenslaan om samen verder te bouwen aan een betere positionering, profilering en professionalisering van wijkverpleegkundigen. We hebben elkaar nodig om samen een krachtig geluid te maken waardoor er meer met ons en minder over ons gesproken wordt. Doe met ons mee en wordt lid van de afdeling Wijkverpleegkundigen!' 🗨️

Ben je wijkverpleegkundige en wil je aansluiten bij de afdeling met jouw vakgenoten? Stuur dan een mail naar mgz@venvn.nl



Meer volwassenen met ernstig overgewicht tevreden met gewicht

Van de Nederlanders van 18 jaar of ouder met matig overgewicht was in 2018-2020 ruim de helft tevreden met hun gewicht (54 procent). Van mensen met een normaal gewicht is dat 85 procent. Van de volwassenen met ernstig overgewicht was dat een kwart. Ten opzichte van 2015-2017 steeg het deel van de volwassenen met ernstig overgewicht dat aangeeft hier tevreden mee te zijn. Ongeveer de helft van de Nederlanders heeft overgewicht, dit aandeel is vanaf 2015 onveranderd. Dat blijkt uit de enquête *Sociale samenhang en welzijn* van het CBS. Ouderen zijn naar verhouding het vaakst tevreden met hun gewicht: 79 procent van de 75-plus-sers, tegen 60 procent van de 45- tot 55-jarigen. Ook jongeren (18 tot 25 jaar) tonen zich relatief vaak tevreden met hun gewicht (69 procent). [↗](#)

Bron: CBS



12 procent meer hbo-v-studenten

In het huidige studiejaar 2020/21 zijn 9.100 studenten begonnen met een hbo-opleiding verpleegkunde. Dat zijn er 12 procent meer dan een jaar eerder. Het aantal nieuwe studenten in de verpleegkunde in het mbo bleef gelijk op 10.100. De instroom in de mbo-opleiding verzorgende individuele gezondheidszorg (ig) daalde met 11 procent naar 9.400. Dat meldt het CBS op basis van nieuwe voorlopige cijfers van het onderzoeksprogramma *Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*. Vooral de afgelopen twee jaren is het aantal nieuwe hbo-v-studenten sterk gestegen. De meeste instellingen hebben de numerus fixus op deze opleidingen met ingang van studiejaar 2019/20 afgeschaft. De groei zit vooral bij voltijdstudies, die dit studiejaar 17 procent meer instroom hadden dan een jaar eerder. [↗](#)

Bron: CBS

Risico op angststoornis of depressie onder jongvolwassenen toegenomen

In 2020 had 9 procent van de jongvolwassenen (18 tot 35 jaar) een hoog risico op een angststoornis of depressie. Dit is een toename ten opzichte van 2016 (7 procent) en 2012 (6 procent). Daar staat tegenover dat 88 procent van de jongvolwassenen hun algemene gezondheid als goed of zeer goed ervaart. Dit blijkt uit recente cijfers van de *Gezondheidsmonitor 2020* van de GGD'en, GGD GHOR Nederland, het RIVM en het CBS.

Elke vier jaar wordt met deze monitor onderzoek gedaan naar gezondheid, welzijn en leefstijl op lokaal, regionaal en landelijk niveau. In 2020, tijdens de COVID-19 pandemie, is dit onderzoek uitgevoerd onder bijna 540.000 personen van 18 jaar of ouder. De hieruit verkregen gegevens worden onder andere gebruikt voor het opstellen van lokaal gezondheidsbeleid. Wat het effect van de coronacrisis is op de uitkomsten, wordt op dit moment geanalyseerd. Onder alle volwassenen had 6 procent een hoog risico op een angststoornis of depressie. Daarnaast komt een hoog risico vaker voor bij 18-plussers met een laag onderwijsniveau (15 procent), tegen 5 procent van degenen met een hoog onderwijsniveau (hbo, wo). Ook vrouwen (7 procent) ervaren vaker een hoog risico hierop dan mannen (5 procent), en in GGD-regio's met een hoge stedelijkheidsgraad ligt dit hoger dan in regio's met een lage stedelijkheid. [↗](#)

Bron: CBS

De juiste zorg op de juiste plaats en plek



Lees jij ook weleens over 'nieuwe' initiatieven of zorgconcepten en dat je dan denkt: dat is toch niets nieuws, dat heb ik al eerder gehoord of gelezen? Inderdaad; veel recente ontwikkelingen vloeien voort uit wat daar in het verleden over bedacht of besloten is. Redacteur en adviseur Huub Sibbing duikt in deze rubriek *De geschiedenis van...* in actuele ontwikkelingen en plaatst ze in een historische context. Deze keer een speciaal artikel over het thema van dit nummer: *De juiste zorg op de juiste plek*.

Tekst:
Huub Sibbing

In 2018 presenteerde het ministerie van VWS het programma *De juiste zorg op de juiste plaats*, dat wordt ondersteund door het ZonMW-programma *De juiste zorg op de juiste plek* (JZOJP). Hierin wordt gedurende de periode 2019-2021 onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om de juiste zorg op de juiste plek te leveren. De kern van JZOJP komt volgens ZonMW neer op: 'Zorg voorkomen, verplaatsen en vervangen'. Maar waar komt dat gedachtegoed vandaan en wat kunnen we van de historie leren?

Geschiedenis

Het concept van JZOJP is absoluut niet nieuw. Laat ik jullie meenemen naar de jaren 50 en 60 van de vorige eeuw. Nederland was na de verschrikkingen van de Tweede Wereldoorlog begonnen aan de wederopbouw van een nieuw Nederland. Ons land kende toentertijd een enorm versnipperde structuur, 'de verzuiling', ook in de gezondheidszorg. Zo had je binnen het Kruiswerk, de voorloper van de thuiszorginstellingen, het Gele Kruis (katholiek), het Oranje Groene Kruis (protestants) en het Groene Kruis (neutraal).

Ieder van deze 'zuilen' zorgde voor zichzelf en de overheid hield zich veelal afzijdig en bemoeide zich er nauwelijks mee, het primaat lag bij het 'particulier initiatief'. Vooral de instellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingstehuizen) breidden enorm uit. Een belangrijke drijfveer daarvoor was om ouderen voortaan niet thuis te verzorgen maar ze te laten opnemen in verzorgingstehuizen.

Volksgezondheidsnota 1966: Veldkamp

In de jaren 60 liet Gerard Veldkamp, minister van Sociale Zaken een analyse maken van de stand van de Nederlandse gezondheidszorg, hetgeen resulteerde in de *Volksgezondheidsnota van 1966*.

Ze schrokken zich een hoedje toen die analyse klaar was. Er was geen enkele inhoudelijke samenhang te

ontdekken in de gezondheidszorg. Waar hield bijvoorbeeld het werk van de wijkverpleging op en begon de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen? Er viel tevens geen enkele organisatorische samenhang te ontdekken. Elk van de instellingen en beroepen hadden hun eigen regels, financieringen en (soms) wetgeving. En de kosten dreigden de pan uit te rijzen. Minister Veldkamp hield een vurig pleidooi om de overheid een grotere rol te geven in de ontwikkeling van de gezondheidszorg maar hij ving bot in de Tweede Kamer. Het primaat van het particulier initiatief was nog te dominant in de samenleving en de politiek en over de kostenstijging maakte men zich geen zorgen: de economie boeide toentertijd als nooit tevoren. Kortom: een interessante analyse maar de overheid bleef op de achtergrond.

Structuurnota 1974: Hendriks

Pas met het Kabinet Den Uyl, met staatssecretaris Jo Hendriks op de portefeuille Gezondheidszorg binnen het nieuw gevormde ministerie Volksgezondheid en Milieu (VoMil) begon de overheid werk te maken van het richting geven aan de ongebreidelde ontwikkeling van de gezondheidszorg. In de *Structuurnota van 1974*

Het concept van JZOJP is absoluut niet nieuw

presenteerde Hendriks een analyse en kaders voor beleidsontwikkeling. De analyse bevatte niets nieuws en kwam grotendeels overeen met de analyse uit de *Volksgezondheidsnota van 1966*. Toch kreeg Hendriks nu wel groen licht van de Tweede Kamer om echt werk te maken van nieuw beleid. Het maatschappelijke en economische klimaat was namelijk drastisch veranderd. De verzuiling en daarmee het primaat van het particulier

Foto: Annie Spratt, Unsplash

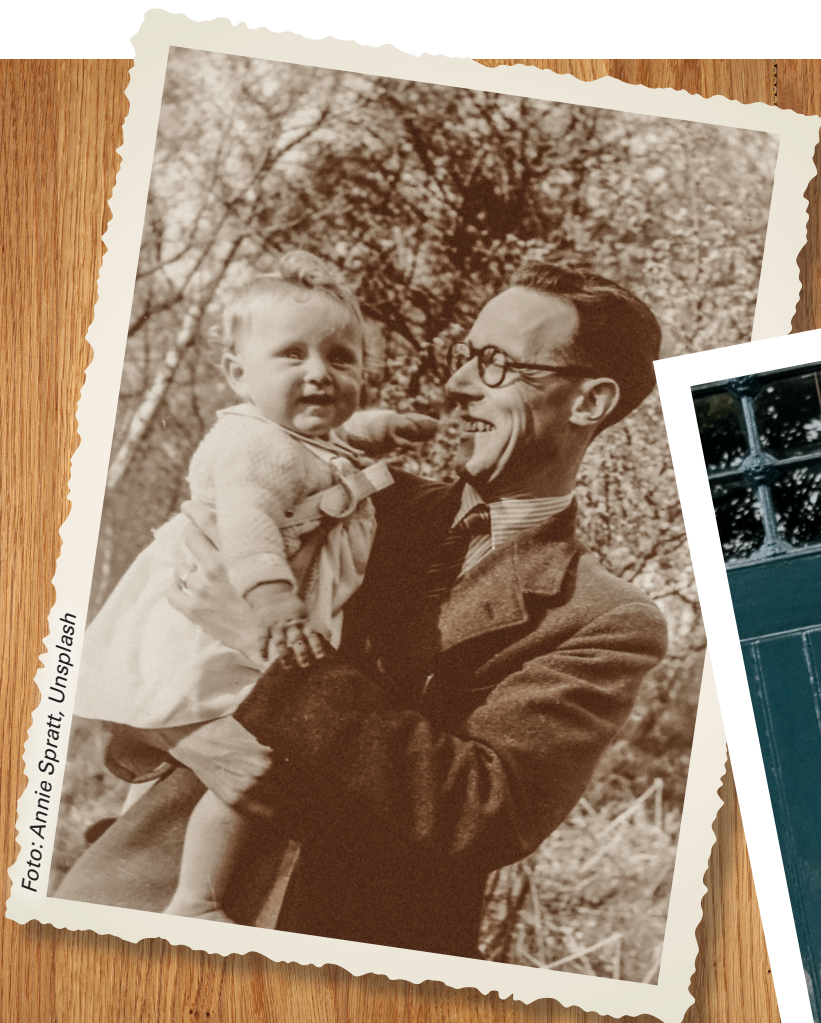


Foto: Eielei, Unsplash



initiatief was in een neerwaartse spiraal beland en de economie verkeerde in grote problemen door de oliecrisis van 1973.

Echelonering en substitutie

Om in de wirwar van gezondheidszorg ordening aan te brengen stelde de structuurnota voor om de gezondheidszorg te ordenen in vier echelons (het Hebreeuwse woord voor schillen of lagen):

- **Het basisechelon, de nulde lijn of de basisgezondheidszorg:** alle activiteiten gericht op de hele bevolking die gezond was en het streven om ze gezond te houden. Hieronder viel het hele terrein van de collectieve primaire preventie zoals uitgevoerd door de GGD'en, de jeugdgezondheidszorg en een deel van de wijkverpleging
- **Het eerste echelon/eerste lijn:** alle voorzieningen die burgers bij beginnende gezondheidsproblemen terzijde staan
- **Het tweede echelon/de tweede lijn:** de klinische zorg voor complexere en chronische zorg waarin de basis gevormd wordt door de ziekenhuizen, GGZ-instellingen en de verpleegtehuizen

- **Het derde echelon/derde lijn:** de top-klinische zorg zoals geleverd in de academische ziekenhuizen en supergespecialiseerde instellingen zoals bijvoorbeeld het brandwondencentrum.

Substitutie

Met 'substitutie' ofwel verplaatsing, introduceerde het ministerie van VoMil (nu VWS) het idee om de zorg die onnodig in een hogere echelon of lijn geleverd werd, te verplaatsen naar een passender lager echelon, dicht bij de leefwereld van de cliënt. Wat kunnen we bijvoorbeeld doen om onnodige ziekenhuisopname, opname in GGZ-instellingen of verpleeghuizen te voorkomen en mensen in de thuissituatie behandelen (substitutie van de tweede naar de eerste lijn)?

Met de *Structuurnota* had de overheid het indelingskader (echelonering) de gewenste ontwikkeling (substitutie) om richting te geven aan de sturing van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland. De basis voor JZOJP was gelegd en zou nooit meer uit het

De geschiedenis van...

overheidsbeleid verdwijnen. Maar om dat daadwerkelijk te effectueren was meer nodig.

Dit gebeurde door de jaren heen in een aantal stappen. Zo werd in de *Nota Eerstelijnszorg* (1983) gepropageerd dat een sterke eerste lijn een noodzakelijke voorwaarde was voor het substitutiebeleid. De kern van de eerste lijn zou gevormd moeten worden door de vier kern-disciplines: de huisarts, de wijkverpleging, de gezinszorg en het maatschappelijk werk, liefst in nauwe samenwerking in bijvoorbeeld integrale gezondheidscentra. In de *Nota 2000* (1986) was er een eerste aanzet vanuit de overheid om meer de nadruk te leggen op preventie in de breedste zin van het woord. Uitgangspunt was niet langer ziekte en behandeling maar in een zo vroeg stadium voorkomen van gezondheidsklachten door niet alleen aandacht te besteden aan erfelijke factoren (screening) en leefstijlfactoren maar ook aan de fysieke en sociale omgeving.

Om gezondheidsproblemen in een zo vroeg mogelijk stadium aan te kunnen pakken en doorverwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen, werd gekozen voor het 'integrale wijkmodel' waarin naast de vier kern-disciplines ook ruimte was voor GGZ-voorzieningen en (poli-)klinische voorzieningen op wijkniveau. En dan verschenen er in 1990 de *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid* (WCPV) en in 2006 de *Wet Publieke Gezondheid*. Die waren erop gericht om de uitvoering van allerlei preventieve activiteiten beter op elkaar af te stemmen en daarmee de preventieve gezondheidszorg een 'boost' te geven.

Anno 2021 valt er nog een slag te slaan, zeker voor M&G-verpleegkundigen

Ingrediënten genoeg om de substitutiebeweging en JZOJP een steun in de rug te geven, maar de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg was weerbarstig. In 2010 luidde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de voorloper van de huidige Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) de noodklok. In het advies *Perspectief op Gezondheid* (2010) pleitte de RVZ voor een mindshift binnen de hele gezondheidszorg van de oriëntatie op Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid om twee jaar later in het advies *Regie aan de Poort* (2012) te pleiten voor integrale wijkteams waarin huisarts, wijkverpleegkundige, jeugdverpleegkundige en het sociale domein samenwerken om gezondheids-

problemen in een vroeg stadium aan te pakken en daarmee onnodige specialistische zorg te voorkomen. Dat werd in 2015 nog eens ondersteund door het rapport van de Commissie Kaljouw die formuleerde dat voor de toekomstige gezondheidszorg in Nederland de basis zou moeten liggen bij voorzorg (preventie) en gemeenschapszorg (zorg in de thuissituatie).

JZOJP: uitdagingen voor M&G-verpleegkundigen

Hoe staat het nu anno 2021 met *De juiste zorg op de juiste plaats en plek*? In praktijk blijkt dat er zeker al het een en ander goed loopt, maar dat er ook op diverse terreinen nog een slag te slaan valt, zeker voor M&G-verpleegkundigen.

De basis: preventie.

De juiste zorg op de juiste plaats en plek begint bij het begin; de eerste dagen van een kind. De hele prenatale en jeugdgezondheidszorg draagt vanaf haar ontstaan aan het eind van de negentiende en begin van de twintigste eeuw al een bijdrage aan wat we nu JZOJP noemen door middel van advisering, voorlichting, het Rijksvaccinatieprogramma en opvoedingsondersteuning en programma's als *Voorzorg* en *Triple P*. Een mooi recent voorbeeld is de *Coalitie Kansrijke Start* waarin een reeks van partijen een bijdrage willen leveren aan een gezonde start van kinderen. Maar zelfs als de start gezond is, kunnen er allerlei barrières optreden waardoor de gezondheid van kinderen bedreigd wordt. Geen enkele ouder en geen enkel kind is er bij gebaat als kinderen onnodig uit huis geplaatst worden of in de gespecialiseerde jeugdzorg terecht komen.

Ook dan streeft de jeugdgezondheidszorg naar normaliseren en de-escaleren. Wat kunnen we doen om te voorkomen dat gezins- en opvoedingssituaties zodanig escaleren dat verwijzing naar gespecialiseerde jeugdzorg onontkoombaar lijkt? Dat veronderstelt wel dat we durven te investeren in de jeugdgezondheidszorg in plaats van daar op te bezuinigen, zoals de afgelopen decennia is gebeurd. De JGZ beschikt over een reeks van interventies die probleemsituaties in een vroeg stadium kunnen aanpakken, zoals *Triple P* en de *Eigen Kracht Conferenties*. Helaas zijn die anno 2021 nog lang niet overal beschikbaar. Dit is wellicht een van de redenen dat thuissituaties, onnodig, escaleren. Er is in de laatste jaren een enorme toestroom naar de gespecialiseerde jeugdzorg met enorme wachtlijsten en enorme tekorten. Dit lijkt in contradictie te staan met *De juiste zorg op de juiste plaats en plek*.

Ouderen

Het overheidsbeleid bepleit al jaren om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten leven, ook bij toenemende gezondheidsklachten. Maar dat stelt eisen aan de mate waarin de buurt, de leefomgeving zodanig ingericht is, dat het voor ouderen mogelijk is om thuis te blijven wonen. Denk daarbij aan huisvesting, voorzieningen dichtbij, veiligheid in de woning, op straat en in de buurt. Ook daar valt nog een slag te slaan. In haar promotieonderzoek *Neighbourhoods for ageing in place* (2014) concludeerde onderzoekster Hanna van Dijk (Erasmus Universiteit, Rotterdam) bijvoorbeeld dat het overgrote gedeelte van de buurten en wijken daar nog onvoldoende op zijn toegerust.

De gezonde wijk

Een gezonde wijk is per definitie van belang als het gaat om preventie en daarmee ook van belang voor een toepassing van *De juiste zorg op de juiste plaats en plek*. Hoe kunnen we er voor zorgen dat de wijk waarin kinderen, volwassenen en ouderen wonen een gezonde wijk is om te wonen? Een wijk waarin bewoners zich veilig voelen, voorzieningen aanwezig zijn, groen- en speelmogelijkheden zijn en waarin sociale cohesie heerst. M&G-verpleegkundigen kunnen hieraan – in hun rol als ‘spin in het web’ – een bijdrage leveren door een wijkdiagnose op te maken samen met bewoners en andere professionals en wijkverbeterplannen op te stellen.

Verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg: outreachend werken

Nederland heeft een uitgebreid systeem om bij infectieziekten de betreffende doelgroep actief te benaderen: outreachend werken. Mensen met een vermoeden van een SOA of een TBC-infectie kunnen zich laten testen bij de GGD of de SOA-poli. Maar waarom wachten tot ze het vermoeden van een infectie hebben? Om dat proces een stap voor te zijn, gaan verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg, mits ze er door een organisatie toe gefaciliteerd zijn, direct op de doelgroep af. Naar daklozencentra, prostitutielocaties, naar scholen of naar vakantieplaatsen voor jongeren.

Een mooi recent voorbeeld van dit outreachend werken is de inzet van corona-prikbussen in wijken waarin de vaccinatiegraad tegen corona laag is. De GGD komt naar je toe, waardoor drempels lager worden = JZOJP.

Zorg anders organiseren

Ook door de zorg anders te organiseren kun je voorkomen dat mensen onnodig in gespecialiseerde voorzieningen terecht komen, terwijl voor veel mensen



De belangrijkste peilers

Peilers in het programma *De juiste zorg op de juiste plaats* zijn onder meer:

- Het functioneren van mensen als vertrekpunt > Verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid
- Het juiste commitment > Mismatch tussen zorgbehoefte en het aanbod van zorg
- Het juiste beeld van de gezamenlijke opgave > Samen een gedeeld beeld van gezondheid en zorg in de regio maken dat motiveert
- De juiste professional op de juiste plaats
- Naar het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek
- De juiste zorg op de juiste plek moet beter beloond worden

thuis een betere plek is om zorg te ontvangen. Een mooi voorbeeld is de samenwerking tussen de thuiszorg in Amsterdam met de SEH's van de ziekenhuizen. Vaak kwamen ouderen na bijvoorbeeld een valincident daar terecht. Het overgrote gedeelte kon na behandeling in principe weer naar huis, mits er thuis voorzieningen waren getroffen. Aangezien de afstemming daarover ontbrak bleven ouderen onnodig lang op de SEH met potentiële risico's zoals delier. In het Amsterdamse project werden wijkverpleegkundigen gestationeerd op de SEH om in voorkomende gevallen ondersteuning thuis te organiseren waardoor ouderen na SEH-opname weer naar hun vertrouwde omgeving thuis terug konden, als verblijf op de SEH medisch niet langer noodzakelijk was. Ook dit is een goed voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plaats.

Kortom: Het hele concept van de *Juiste zorg op de juiste plek* is M&G-verpleegkundigen op het lijf geschreven. De kern van JZOJP komt volgens ZonMW neer op 'Onnodig dure of overbodige zorg voorkomen en de zorg verplaatsen - naar dichterbij mensen thuis, in hun eigen vertrouwde leefomgeving. Zorg vervangen door nieuwe en andere vormen van zorg'. Durven jullie het aan? 🐛

*Huub Sibbing
is adviseur van
het bestuur van
V&VN M&G en
redactielid van
Tijdschrift M&G*

Taakherschikking van de jeugdverpleegkundige onder de loep

De juiste zorg door de juiste persoon?



De taken binnen de jeugdgezondheidszorg en de invulling van die taken veranderen continue. Vroeger bijvoorbeeld was de rol van de jeugdverpleegkundige op scholen beperkt, dat is al jaren vaak anders. En sinds de invoering van de Jeugdwet werken jeugdverpleegkundigen in multidisciplinaire jeugdteams. Taakherschikking op zich (of taakverschuiving) is niet heel erg nieuw. Wel nieuw is dat deze taakherschikking onderbouwd wordt met onderzoek en opleidingen. In dit artikel gaan we dieper in op enkele vormen van taakherschikking, ervaringen van jeugdverpleegkundigen en belangrijke voorwaarden.

*Tekst:
Bente Alessie
en Suzanna
van Dam*

'Wie is de juiste professional op het juiste moment?' Een vraag waar diverse antwoorden op te geven zijn. Vandaar dat er ook veel variatie is in de mate en vorm van taakherschikking binnen de JGZ. Icare JGZ zet in op jeugdverpleegkundigen die opgeleid en gecoacht worden. Zij kunnen zo bij gezonde kinderen de consulten op het consultatiebureau – hun eigen gebruikelijke taken – uitvoeren, maar ook taken die eerst door de jeugdarts werden gedaan zoals screening van het hart en de heupen. GGD Gelderland-Midden kiest onder andere voor triage door doktersassistenten die daarna bij bijvoorbeeld opvoedvragen van ouders of een opvallende motoriek de jeugdverpleegkundige of de jeugdarts betrekken in plaats van dat een jeugdverpleegkundige

uitvoering van de JGZ. Hij vindt vooral de motivatie om taakherscht te gaan werken van belang. 'Een organisatie moet een duidelijke visie hebben. In deze visie moet het belang en de rechten van het kind voorop staan. Vervolgens is het belangrijk om de keuzes voor taakherschikking goed te onderbouwen vanuit deze visie en te documenteren.'

Triage door doktersassistent

'Bij ons is de insteek voor taakherschikking nooit een tekort of bezuiniging geweest', zegt Janine Bezem, hoofd JGZ bij de GGD Gelderland-Midden. 'De drijfveer was hoe we de juiste zorg door de juiste persoon kunnen laten uitvoeren.' Kwetsbare kinderen hebben recht op meer ondersteuning van de JGZ, is de visie hierachter. Bezem is tevens jeugdarts. In 2017 promoveerde ze op triage (beoordeling en selectie) in de JGZ. Samen met het LUMC en TNO en gesteund door ZonMw deed ze praktijkgestuurd onderzoek of de controles bij kinderen van 5/6 en 10/11 jaar zich leenden voor triage door een doktersassistente. Die verwijst dan alleen nog door naar de jeugdarts of jeugdverpleegkundige als daar aanleiding toe is. Bij vragen van ouders over diverse onderwerpen zoals gedrag, pesten, zorgen die op school leven, kan de doktersassistente de vraag doorsturen naar een jeugdverpleegkundige. Als er uit de screening qua motoriek iets opvalt bijvoorbeeld, wordt er een vervolgspraak aangeboden bij de jeugdarts. Hierdoor houden jeugdartsen en -verpleegkundigen meer tijd over voor kinderen die zorg nodig hebben, zo was de aanname. De resultaten van Bezems onderzoek zijn positief. 'De opkomst was bij de reguliere methode en bij triage vergelijkbaar, en de signalering week niet af', vertelt Bezem. Er bleken geen verschillen te zijn in het aantal kinderen waarbij iets opvallends in hun ontwikkeling gezien werd. De kosten gingen omlaag, met name

'Kwetsbare kinderen hebben recht op meer ondersteuning van de JGZ'

alle kinderen ziet. JGZ Almere kiest voor het opleiden van verpleegkundig specialisten, die binnen hun expertisegebied onder andere bevoegd zijn om zelfstandig te werken, diagnoses te stellen en te verwijzen waar dat nodig is.

Visie

Deze, en andere manieren van taakherschikking, heeft Frank van Leerdam in de afgelopen jaren zien ontwikkelen. Als coördinerend specialistisch inspecteur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en coördinator van het programma *Beter vroeg dan laat* houdt hij zich bezig met de thema's preventie voor de jeugd, geweld in afhankelijkheidsrelaties en kinderen in de knel. Samen met zijn collega's houdt hij toezicht op de inhoud van de



door minder inzet van de jeugdarts bij onderzoeken. Bij de groep 5-6-jarigen daalden de kosten zelfs met 30 procent. Daardoor konden jeugdartsen en -verpleegkundigen vaker langskomen op school om kinderen met problemen te helpen.

Gezonde kinderen naar jeugdverpleegkundige

Bij Icare JGZ is er ook gekozen voor een vorm van taakherschikking. Voorheen werden alle kinderen volgens een vast schema om en om door de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige gezien. Nu besluiten ouders en jeugdarts samen als een kind een maand oud is, of de jeugdarts het kind gaat volgen of de jeugdverpleegkundige. Prematuur geboren kinderen bijvoorbeeld ziet de jeugdarts. Bij kinderen waar geen zorgen over zijn, doet de jeugdverpleegkundige de daaropvolgende consulten. Naar deze werkwijze werd in 2014 onderzoek gedaan. De conclusie was dat het haalbaar is om jeugdverpleegkun-

digen bij gezonde kinderen vanaf de leeftijd van twee maanden alle consulten te laten uitvoeren. Ouders, verpleegkundigen en artsen zijn tevreden over de nieuwe werkwijze, zo blijkt. Het aantal afwijkende bevindingen en verwijzingen verschilt niet significant van het aantal in teams die nog de gebruikelijke taakverdeling hanteren.

Meer tijd maar ook onzekerheden

De positieve opbrengst is noemenswaardig. Door deze verschuiving hebben jeugdartsen meer tijd voor kinderen met meer complexe vragen, evenals voor het onderhouden van hun netwerken met bijvoorbeeld ziekenhuizen en huisartsen. En doordat jeugdverpleegkundigen op hun beurt de gezinnen zonder complexe medische vragen vaker zien, hebben ze de mogelijkheid om een band met ouders op te bouwen. Dat is handig bij opvoedvragen. Dan is het vaak prettig als je elkaar al kent en vaker ziet.

Toch gaat de omslag naar taakherschikking niet zonder diverse 'onzekerheden'. Dit lijkt in de praktijk zeker te gelden voor jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen die de 'oude' manier van werken, nog meemaakten. Voor hen kan taakherschikking best een omslag zijn geweest. Soms was er bijvoorbeeld weerstand vanuit de jeugdartsen. Kan de jeugdverpleegkundige dit wel? Zal er niets gemist worden aan ziektebeelden en afwijkingen? Ook jeugdverpleegkundigen zelf vonden en vinden het

'De omslag naar taakherschikking gaat niet zonder diverse "onzekerheden"'

best een verantwoordelijkheid om naar bijvoorbeeld het hartje te luisteren. Uit bovenstaand onderzoek blijkt dat jeugdverpleegkundigen nog wel graag verbeteringen in de implementatie willen om hun gevoel van veiligheid te verhogen. Want wanneer moet je je zorgen gaan maken om een kind? Wanneer haal je de jeugdarts erbij?



Pluis of niet pluis

Berlinda Admiraal, jeugdverpleegkundige bij Icare JGZ in Oldenbroek, volgde de scholing *Pluis en niet pluis*. Tijdens deze training leren jeugdverpleegkundigen de vaardigheden om alle consulten uit te voeren bij gezonde kinderen, inclusief onderdelen van het lichamelijk onderzoek. Artsen op hun beurt worden 'getraind om te trainen'. Zij leiden de verpleegkundige binnen hun team in de praktijk op. Samen met veel oefening gaf deze training Admiraal vertrouwen om taken zoals luisteren naar het hartje en de longen uit te voeren, zo zegt ze.

Veel overleggen met jeugdarts

Volgens Admiraal is het van belang om veel te overleggen met de jeugdarts. 'Bij twijfel over wat je ziet, hoort, merkt aan een kind, moet je kunnen terugvallen op een jeugdarts. Liever een keer te veel vragen dan te weinig.' Ook goede ervaringen, zoals het juist inschatten van afwijkende observatie van een oogje, kunnen helpen om je zekerder te voelen. Zo vertelt Admiraal over de keer dat zij bij het oogonderzoek bij het ene oog iets heel anders zag dan bij het andere oog. Zelf kan en mag zij geen medische diagnoses stellen maar dat er iets niet pluis was, had ze goed gezien. Bij de kinderarts bleek het kindje cataract (staar) te hebben en een operatie volgde. 'Om de omslag te maken is er uiteraard vertrouwen nodig van jeugdartsen en management in de jeugdverpleegkundigen', zo geeft onderzoekster Janine Bezem aan. 'Jeugdverpleegkundigen moeten erop vertrouwen dat zij dit in hun mars hebben. Het is ontzettend belangrijk dat iedereen zich toegerust voelt om deze taken te doen. Training en intervisie maar ook het betrekken van JGZ-professionals in het hele traject, zijn hiervoor van groot belang.'

Verpleegkundig specialist

Kim Bischoff, werkzaam bij JGZ Almere, volgde, na jaren gewerkt te hebben als jeugdverpleegkundige, de masteropleiding tot verpleegkundig specialist. In deze relatief nieuwe functie binnen de JGZ combineert zij werkzaamheden van het medisch domein met die van het verpleegkundig domein. Voor Bischoff betekent deze functie dat zij binnen de JGZ taken van de arts overneemt, veel samenwerkt met medische ketenpartners en haar collega jeugdverpleegkundigen coacht. Daarnaast is zij sinds enkele jaren betrokken bij de jeugdzorg van JGZ Almere. Indicaties stellen, aanvragen voor PGB behandelen voor lichamelijk zieke kinderen, dit is lastig voor de pedagogisch opgeleide medewerkers jeugd van het wijkteam. Bischoff doet dit wel. 'Voor ouders is het bovendien erg prettig dat zij een medisch onderlegde professional voor zich hebben zitten bij deze gesprekken.'

Ik ken veel ziektebeelden en hun verloop en kan de verbinding maken tussen de thuiswereld en de medische wereld. Daarnaast heb ik ook zicht op de krachten van het gezin en de normale opvoedvragen. Bijvoorbeeld als er, naast een gehandicapt kind, ook andere kinderen in een gezin zijn. Hoe gaat het daarmee, hoe reageren zij op de situatie?’

Overigens maakte ook Bischoff die twijfels van de jeugdarts over haar deskundigheid mee. Maar, zo zegt ze, de inzet op landelijk niveau, zoals bijvoorbeeld het benoemen van de verpleegkundig specialist in de JGZ-richtlijnen maar zelf ook actief meedenken aan richtlijnen, heeft geholpen met de acceptatie van haar beroep.

Verzwarend

Al met al krijgt de jeugdverpleegkundige er in de praktijk best wat taken bij. ‘Wat ik vaak zie is dat taakherschikking wel een verzwarend of verbreding betekent voor het vak van de jeugdverpleegkundigen’, zegt inspecteur Frank van Leerdam. Immers; omdat de jeugdverpleegkundige meer consulten heeft op het consultatiebureau, bestaat het risico dat zij of hij minder tijd en focus heeft voor opvoedingsvragen. Veel scholingstijd gaat bovendien naar de medische kant van de JGZ. De vraag is dan

‘Het betekent vaak een verzwarend of verbreding voor het vak van de jeugdverpleegkundigen’

of de kennis over opvoedondersteuning wel op peil blijft. Ook valt de mix van kleinere vragen over bijvoorbeeld zindelijkheid of eten en complexere vragen over gedrag in de klas en zorgen over een mogelijk achterstand in de ontwikkeling wellicht weg als de dokters-assistente triageert. De ouder vult via het vragen-formulier misschien alleen de opvallende opvoed- en opgroevragen in. De minder opvallende vragen komen dan niet aan bod omdat de opvallende en/of complexere vragen vaak meer tijd en expertise kosten.

Alert blijven

Daarom is, volgens Van Leerdam, de samenwerking tussen de disciplines bij een taakherschikking zo belangrijk. ‘Het vertrouwen van de JGZ-professionals en de ketenpartners in elkaars kunnen, met daarbij dus ook de kennis van elkaars expertise. Dit zorgt ervoor dat je continu alert bent op wanneer je de ander nodig hebt. Wat ik juist ook heel sterk vind van verpleegkundigen is

Meer lezen over dit onderwerp?

Hierbij diverse onderzoeken en een cursus waar je je voordeel mee kunt doen.

- Op de website van ZonMw (www.zonmw.nl) staat het project *Impact en uitvoerbaarheid van taakherschikking van arts naar verpleegkundige binnen de JGZ 0-4* uitvoering beschreven. Tik de naam van dit project in het zoekvenster op de homepage en het komt naar boven
- De cursus *Pluis – niet pluis, medisch screenen in de frontoffice van de JGZ* is te volgen bij de NSPOH (www.nspoh.nl)
- Het onderzoek naar de werkwijze van Icare JGZ is te vinden op <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd> en heet *Impact-en-uitvoerbaarheid-van-taakherschikking-van-arts-naar-verpleegkundige-binnen-de-jgz-0-4*
- Het onderzoek van Janine Bezem is te vinden op researchgate.net. De titel is *Triage en taakherschikking in de jeugdgezondheidszorg en verscheen in Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg 50(4), July 2018*
- Over flexibilisering in het algemeen, een flexibelere uitvoering van het basispakket JGZ, bijvoorbeeld met taakherschikking, flexibelere contacten en digitale of groepsconsulten is er de publicatie van TNO.NL: *Flexibilisering Jeugdgezondheidszorg: Voor meer zorg op maat*.

als zij eerlijk aangeven zich op een bepaald vlak niet competent te voelen. Bijvoorbeeld in een bepaalde handeling of de zorg voor een bepaald gezin. Dat vind ik echt een compliment waard!’

Het zijn, zo meent eveneens Janine Bezem, zeker vraagstukken om over met elkaar in gesprek te blijven. Ze is er ook van overtuigd dat professionals het meest gelukkig worden als hun kennis en competenties maximaal ingezet kunnen worden. ‘De invulling van de beroepen moeten we niet laten leiden door wat we vanuit de historie gewend zijn, maar vanuit wat er in de toekomst nodig is en wat er in het belang van het kind is.’ 📧

Bente Allesie is jeugd- en staf-verpleegkundige GGD IJsselland, bestuurslid van Vakgroep Jeugd van V&VN en redacteur voor Tijdschrift M&G

Suzanna van Dam is staf- en jeugdverpleegkundige GGD Zuid-Limburg en redacteur voor Tijdschrift M&G

Gratis e-learning 'Jong geleerd is oud gedaan'

Gezonde voeding is belangrijk voor de groei en ontwikkeling van het jonge kind en legt een stevig fundament voor de gezondheid op latere leeftijd. Een gevarieerde voeding met hoofdzakelijk basisvoedingsmiddelen levert hiervoor de benodigde voedingsstoffen. Al op jonge leeftijd ontwikkelen kinderen voedingsgewoonten die bepalend zijn voor hun voedingspatroon later in het leven.

E-learning: Jong geleerd is oud gedaan

In de e-learning leer je meer over smaakontwikkeling bij kinderen, goede voeding voor kinderen, hoe om te gaan met kinderen die moeilijk eten en de rol van de ouder.

- Ontwikkeld en geaccrediteerd voor (kinder)diëtisten, jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen (jeugdarts KNMG of arts Maatschappij en Gezondheid, profiel Jeugdgezondheidszorg)
- Relevante onderwerpen over goede voeding voor kinderen vanaf 1 jaar
- Volg de e-learning wanneer het jou uitkomt

Meer informatie en aanmelden

www.fci-academy.nl



Geaccrediteerd
voor jeugd-
verpleegkundigen



Ben je een voedings- of gezondheidsprofessional en wil je meer weten over zuivel, voeding en gezondheid? Bezoek dan onze website en schrijf je in voor onze nieuwsbrief.

www.frieslandcampinainstitute.com/nl
institute.nl@frieslandcampina.com

 Facebook: /FrieslandCampina Institute

 Twitter: FCInstitute_NL

Paulien van der Meulen, programmamanager *Anders Werken in de Zorg*

'Stop met pleisters plakken; zoek de verbreding op in je werk'



In deze rubriek komen professionals die inspireren aan het woord. Niet alleen hun functie, maar ook lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer een gesprek met programmamanager in de zorg, Paulien van der Meulen. Zij is nauw betrokken bij het project *Anders werken in de zorg* waar elf zorgaanbieders in West-Brabant, Friesland, Zeeland en Midden-Brabant samenwerken om kansrijke nieuwe technologieën zoals een heupairbag en een pharma-See in het klein te testen. Met een tweedelig doel. Via zorgtechnologie de zorg ondersteunen en overeind houden én de zorgmedewerker ontlasten. 'Maar verpleegkundigen M&G moeten ook veranderen en een integrale blik ontwikkelen om de zorg toekomst-proof te maken.'

'Ik had altijd al affiniteit met de zorg en mensen die in de zorg werken. Mijn allereerste stage voor de hbo-opleiding Human Resources was al in de zorg.' Paulien van der Meulen werkte onder andere bij GGZ Drenthe, Ambulancezorg Nederland en als senior beleidsmedewerker CAOP. De rode draad in haar carrière is de zorg op een goede en efficiënte manier te laten verlopen. Daarom werkt zij nu als programmamanager TransitieMiddelen van V&V Friesland en is ze nauw betrokken bij het project *Anders werken in de zorg*.



delijk voor zijn eigen gezondheid en moet stappen zetten. Neem een wat ouder iemand die in een groot huis in een dorp achteraf woont. Die kan vroegtijdig verhuizen. En niet denken dat de thuiszorg wel klaar staat als hij valt. We moeten het veel meer zoeken in langer gezond blijven en preventie.'

En daar mag via de politiek best meer druk op uitgeoefend worden, vindt Van der Meulen. 'Ik denk dan aan een suikertaks, 'bewegen' aanbieden op een laagdrempelige manier en simpelweg aan gezonde voeding. Daar kunnen meer publiekscampagnes over komen. Maar ook verpleegkundigen kunnen hun rol hierin pakken. Zij zitten nu nog teveel in het medische model, terwijl ze meer de kant van het psychosociale model op moeten. Ofwel: tijdens gesprekken met cliënten niet alleen maar over de kwaal of aanpassing spreken, maar veel meer integraal en holistisch naar de situatie kijken. Zoek als verpleegkundige de verbreding op. Ga ook het gesprek aan over bijvoorbeeld huisvesting of financiën. In eerste instantie wellicht eng, want daar ga je helemaal niet over denk je. Maar als je alle domeinen meeneemt in je werk, dan ben je pas echt goed bezig met preventie.'

Tekst:
Mieke
Rijsbergen
en Paulien
Meijers

'Verpleegkundigen M&G moeten meer de kant van het psychosociale model op'

'We staan voor een megagrote uitdaging! We zitten nog steeds in de platengroef: meer handen aan het bed. Maar het aantal mensen is zo langzamerhand echt op. We moeten de zorg anders inrichten. Daar hoort technologie bij, maar ook de burger zelf is verantwoor-

Hoe word ik gezond oud?

Het draait dus grotendeels om vooruitkijken en anticiperen. 'Geef alle 70plussers op vrijwillige basis een gesprek met een ouderencoach – of verpleegkundige om integraal naar alle leefgebieden van hem of haar te kijken, van zingeving, wonen, en financiën tot sociale relaties en lichamelijke en psychische

Aan tafel met...

gezondheid. Met als belangrijkste vraag: hoe word ik gezond oud en wat heb ik daarvoor nodig? Je hebt een consultatiebureau bij de geboorte, waarom geen consultatiebureau voor de laatste levensfase?' Van der Meulen wordt steeds enthousiaster, maar weet niet zo snel hoe dat gefinancierd moet worden. 'Heel wat gemeenten hebben wel WMO-loketten en bieden hulp als het kwaad al geschied is. Maar we moeten echt op preventie gaan zitten willen we de gezondheidszorg overeind houden.'

Zorgtechnologie kan daar een grote rol in spelen. Ze vertelt enthousiast over het project *Anders werken in de zorg* waar elf zorgaanbieders samenwerken op het gebied van zorgtechnologie en kansrijke nieuwe technologieën in het klein worden getest. 'En wel op zo'n manier dat zorgtechnologie de zorg ondersteunt, de medewerker ontlast, het uiteindelijk geld oplevert en de deelnemende organisaties niet allemaal apart het wiel gaan uitvinden. Het einddoel is natuurlijk wederom de zorg overeind te houden nu de zorgvraag en het aantal ouderen toeneemt. De transitiegelden van de deelnemende verpleeghuiszorg en een regionaal budget werden hiervoor beschikbaar gesteld voor twee jaar.'

Nieuwe technologieën die via het project worden getest in de verpleeghuizen, kunnen uiteindelijk ook in de thuiszorg of jeugdverpleegkunde terecht komen. Neem de bril Pharma-See. Bij complexe medicatie is het verplicht dat een collega meekijkt. Dat kost extra tijd. De Pharma-See kan deze stap wellicht na succes-

volle tests, overnemen. De bril projecteert namelijk aanvullende informatie in het blikveld en loodst de zorgmedewerker zo door het medicatieproces heen. Via gezichtsherkenning koppelt de bril de juiste medicijnen aan de juiste persoon.

Volgens zorgorganisatie Tante Louise scheelt dit 220.000 controles per jaar, oftewel ruim 18.000 arbeidsuren. 'Reken uit je winst', zegt Van der Meulen. 'We nemen in het onderzoek mee hoeveel een nieuwe technologie financieel oplevert. Zo tonen we werkgevers dat de inzet van deze technologieën op termijn geld oplevert.'

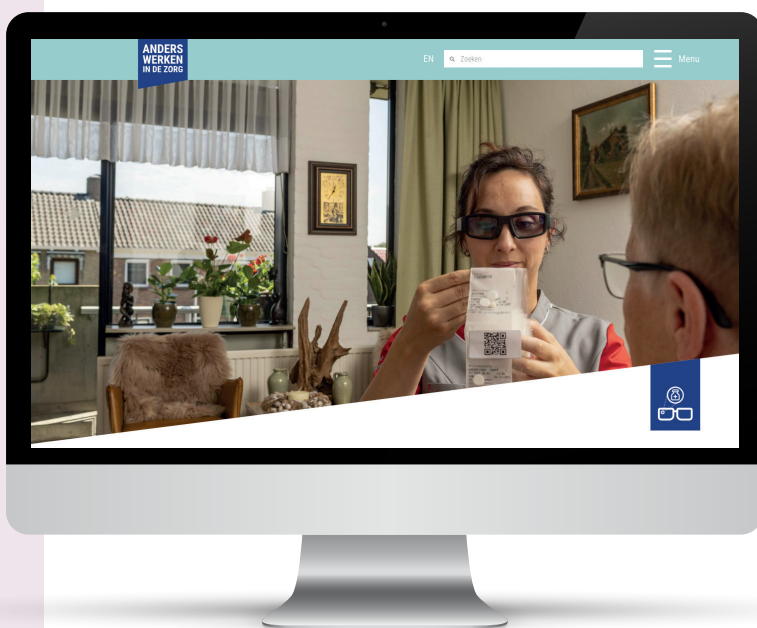
Eerst investeren dan oogsten

Wel moet de werkgever overtuigd worden dat de invoering van een nieuwe technologie eerst geld kost. Want mensen die primair voor de zorg kozen, moet je

'Geef elke kwetsbare oudere een heupairbag. Geen slecht idee als je dit afzet tegen de kosten van alle heupfracturen'

helpen om met nieuwe technologieën te kunnen werken. 'Zeker in de thuiszorg. Want dat gaat niet meteen in een keer goed. Daar moet je dus eerst in investeren met geld en tijd. Daarna kun je past financieel gaan oogsten.' Ook de 'heupairbag' zit in de testfase. De verwachtingen zijn hoog gespannen. In 2020 won deze technologie de Nationale Zorginnovatieprijs. Sensoren in de heupairbag detecteren een val van een cliënt, de airbag blaast zichzelf razendsnel op en de heupen van de client zijn beschermd. 'Dit betekent minder breuken, minder pijn en ellende, minder zorg nodig en minder angst om te vallen. Bij een locatie van zorgorganisatie tanteLouise nam het aantal heupfracturen als gevolg van een val met 46 procent af. Dankzij een studie van Erasmus Rotterdam weten we dat dit in totaal 5.000 extra zorguren en ruim 175.000 euro aan extra zorgkosten (in het jaar na de val) scheelt. Aanschaf en onderhoud van de airbags kostten in dat jaar 29.697 euro.'

Als het aan Van der Meulen ligt, krijgt dan ook iedere kwetsbare oudere een heupairbag. 'Echt geen slecht idee als je dit afzet tegen de kosten van alle heupfracturen op jaarbasis in Nederland. Die zijn schrikbarend hoog!' Ze neemt haar 91-jarige buurman als voorbeeld. 'Hij viel twee jaar geleden en brak zijn heup. Gelukkig is hij goed hersteld en mankeert hij verder niet veel. Maar hij woont zelfstandig en er is nu niemand die



toenemend valgevaar signaleert. Als het consultatiebureau voor de laatste levensfase zou bestaan, was hij er waarschijnlijk wel uit gepikt. Maar ja? Wie gaan al die heupairbags en zo'n consultatiebureau betalen? We moeten veel meer onze financiële heilige huisjes en domeinen loslaten.'

Van der Meulen geeft een voorbeeld. 'De financiële investering in het testen van de heupairbag in dit project wordt gedaan door de verpleeghuizen. 'De financiering komt uit transitiegelden, dus de werkgever voelt er niet veel van. Maar de bezuiniging vindt grotendeels in het ziekenhuis plaats; die krijgen minder mensen met botbreuken binnen. Dus de besparingen liggen vooral in een ander domein dan waar de investering wordt gedaan. Dat is vreemd. Het geeft aan dat we naar een meer integrale blik in de zorg moeten en niet alleen maar moeten denken in de hokjes intramuraal en extramuraal. Hetzelfde geldt voor de financieringsstromingen.'

ICT-infrastructuren

Organisaties zouden tevens beter en makkelijker met elkaar moeten samenwerken om de zorg overeind en betaalbaar te houden. 'Neem zoiets als ICT-infrastructuren. Vrijwel elke organisatie heeft zijn eigen systeem. Tijdens de coronapandemie was er onder medewerkers infectiepreventie veel behoefte aan informatie-uitwisseling tussen organisaties. Dat bleek bijna ondoenlijk. Want met welk systeem werkten ze, waar stonden bijvoorbeeld de dossiers en de protocollen? Medewerkers infectiepreventie liepen vaak tegen

'Ik hoor veel geluiden dat zorg-medewerkers teveel belast zijn en overwegen op te stappen. Dat is zorgelijk en echt funest voor de sector'

zestien verschillende inlogcodes aan. Daar moet landelijk aan gewerkt worden en opgepakt door de overheid zodat niet iedere organisatie hetzelfde wiel uitvindt. Wordt dit ingevoerd, dan levert dit veel tijd en minder irritatie op, verbetert het de samenwerking en krijgen we een efficiëntere en goedkopere zorgverlening.'

Verpleegkundigen M&G kunnen zelf ook het nodige doen om de zorg betaalbaar te houden, meent Van der Meulen. 'Ik kan me niet voorstellen dat als een verpleegkundige M&G niet warm wordt onthaald als hij of zij een



goed idee heeft om een nieuwe zorginnovatie uit te proberen. Dit soort initiatieven moeten juist vanaf de werkvloer komen.' In Drenthe, Twente, Achterhoek en IJssel-Vecht zit de Technologie en Zorgacademie (TZA). Daar kun je producten lenen en uitproberen. De Tessa zorgrobot bijvoorbeeld, de Gemino Parkinson rollator, de OrCam MyEye (een bril die tekst voorleest) of een anti-trillepel.

Van der Meulen: 'Ik denk dat er ook vergelijkbare uitleenservices in de rest van het land zitten. Probeer het eens uit, ga er open voor staan, denk eens out of de box, zet nieuwe technologieën eens op de agenda van het teamoverleg. Dan kun jij regie nemen en houden in plaats dat je werkgever dit voor je gaat doen.' Daarom zou Van der Meulen onmiddellijk experimenteeruimte bij zorginstellingen introduceren, als zij voor een dag minister van gezondheid zou zijn. 'Geef zorgmedewerkers daar tijd en ruimte voor zodat niet de waan van de dag de overhand neemt.'

Haar eigen werkkuitdaging zal blijven bestaan uit de zorg efficiënter en toekomstbestendiger te maken. 'Maar ik vind het ook belangrijk dat we de goede dingen blijven doen met elkaar. De cliënt staat natuurlijk voorop, maar het werk moet ook leuk blijven. Ik hoor de laatste tijd teveel geluiden dat mensen te zwaar belast zijn en overwegen op te stappen. Dat is echt zorgelijk en funest voor de zorgsector. Mond-tot-mondreclame werkt helaas snel. Er is dus werk aan de winkel om de zorg aantrekkelijk te houden. En dat is dé uitdaging waar niet alleen ik, maar waar we met z'n allen in de zorg voor staan.' 📍

Meer info: www.anderswerkeninzorg.nl, www.tza.nu

Marieke Rijsbergen is hoofdredacteur van Tijdschrift M&G en freelance journalist

Wijkverpleegkundige Shannon Terpstra

‘Schrijnende thuissituaties maakten tot nu toe de meeste indruk’

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Shannon Terpstra (27) die nog geen half jaar aan de slag is als wijkverpleegkundige bij Envida in Margraten. ‘Elke dag als ik door het heuvelachtige Limburg naar mijn cliënten rijd, voel ik me bevoorrecht dat ik in deze omgeving mag werken.’

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Hoe kwam je in de wijkverpleging terecht?

‘Na mijn laatste zwangerschap wilde ik geen onregelmatige diensten meer draaien in het ziekenhuis. Ik ben toen gaan werken bij een grote organisatie, maar na twee weken alweer vertrokken. Ik werd amper ingewerkt en zat grotendeels alleen op kantoor. Toen niet lang daarna Envida me aannam als wijkverpleegkundige, voelde dat als een warm bad.’

Hoezo?

‘De structuren zijn hier duidelijk en ik werd gekoppeld aan een buddy. Meteen in mijn eerste week heb ik zelf route gelopen. Ik kon altijd mijn collega’s bellen als ik iets niet wist of ergens mee zat. Wat doe je bijvoorbeeld met een cliënt die er niet is? Wachten of later terugkomen? Ik kreeg de tip het te melden bij de avonddienst. Die gingen nog even langs. Wat bleek? Meneer was wandelen toen ik voor zijn deur stond. Of wat doe je met iemand die te weinig drinkt, terwijl de huisarts pas een week later op



Marieke
Rijsbergen
is hoofd-
redacteur van
Tijdschrift
M&G en
freelance
journalist

Bio

Naam: Shannon Terpstra

Werkt bij: Envida Margraten

Opleiding: hbo-v, Hogeschool Zuyd

Is goed in? ‘Mensen doen bij mij vaak hun verhaal. Misschien omdat ik zelf ook makkelijk praat. Dan vertellen ze hoe eenzaam ze zijn of dat ze zich schamen voor hun stoma.’

Minder goed in? ‘Ik ben niet zo zakelijk en vind het lastig om persoonlijke verhalen af te kappen. Ik kan niet makkelijk zeggen: “ik moet naar de volgende cliënt”’

bezoek komt. Dat bespraken we tijdens het teamoverleg. En daarom voel ik me dus nooit alleen hier.’

Wat is er zo mooi aan het vak wijkverpleging?

‘In het ziekenhuis miste ik diepgang, daar werk je met een patiënt die een ziektebeeld heeft. In de wijkverpleging zie je ook de mens achter de patiënt. En dat doe je in de thuissituatie. Waardoor je dichterbij de mensen staat en sneller contact maakt.’

Wat maakt tot nu toe de meeste indruk op je?

‘Schrijnende thuissituaties. Bijvoorbeeld cliënten of mantelzorgers die hulp weigeren of niet zien dat het niet goed gaat met ze. Ik kom nu bij iemand thuis die in een revalidatiecentrum zat en daarna naar een verpleeghuis zou gaan. Haar mantelzorger wil echter dat ze thuis woont. Wij zien dat zij verward is en slecht ter been. Ze loopt ook regelmatig rond met een volle katheterzak. Helaas kun je dan niet meer doen dan in gesprek blijven en de hulp bieden die ze wel willen.’

Waar sta jij over vijf jaar?

‘Ik zie wel wat er op mijn pad komt. In mijn achterhoofd zit de opleiding verpleegkundig specialist ouderenzorg. Ouderenzorg lijkt veel mensen saai, maar het is juist complex. Er is vaak sprake van multiproblematiek, comorbiditeit en eenzaamheid. Je moet vaak een hele puzzel maken om goede zorg te leveren. Dat vind ik heel interessant. Dus over vijf jaar werk ik zeker nog met ouderen!’ 🐦



Wijkverpleegkundigen aan het werk tijdens de watersnood in Valkenburg

'Het liefste wilden we naar het centrum zwemmen om zorg te verlenen'

Als er verpleegkundigen waren die *De juiste zorg op de juiste plek* acuut in de praktijk moesten brengen, dan waren het wel de wijkverpleegkundigen die in Zuid-Limburg tijdens de watersnood werkten. Er was dagenlang geen stroom, gas en internet, kwetsbare cliënten waren zoek of moeilijk te bereiken, wegen afgesloten, mensen zaten zonder eten, alarmeringen, trapliften werkten niet en medisch noodzakelijke hulp was ingewikkeld te regelen. We spraken drie wijkverpleegkundigen en een verpleegkundige IG die Valkenburg centrum als hun werkgebied hebben.

'Op woensdagavond hoorden we al dat het hospice en het verpleeghuis in Valkenburg centrum werden geëvacueerd door het leger. Op zo'n moment ben je meteen aan het schakelen in je hoofd en probeer je vooruit te denken. Zwakt het water af of wordt het erger? Niemand had enig idee. Wel wisten we meteen dat we voor iedereen en alles bereikbaar moesten blijven.'

'Het water is weg, maar nu hebben we het erg druk met de nazorg'

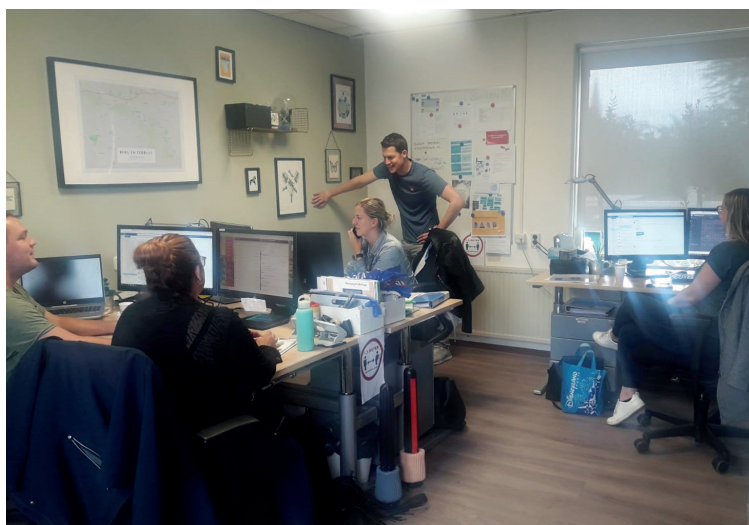
Dat vertelt wijkverpleegkundige Remi Janssen van thuiszorgorganisatie Envida. Samen met wijkverpleegkundigen en collega's Maïke Pluijmakers en Laura Noten bemanden zij vanaf de vroege donderdagochtend het commandocentrum thuiszorg voor Valkenburg centrum. Pluijmakers werkte vanuit huis want ze werd letterlijk door het water tegengehouden. Janssen en Noten zaten in een wijkgebouw in het nabijgelegen dorp Berg en Terblijt omdat het zorgkantoor van Envida in het centrum van Valkenburg onder water stond. Zij regelden achter de schermen dat de verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk, zij het met veel creativiteit en onder bijzondere omstandigheden, hun werk zo goed mogelijk konden blijven doen. Noten: 'De eerste dag was echt heel hectisch en chaotisch. Omdat de stroom was uitgevallen, konden we geen contact leggen met de cliënten via de vaste telefoonlijnen. Alarmeringen lagen eruit en we hadden geen zicht op

welke cliënten nog thuis waren of al geëvacueerd. En wie waar dus medische noodzakelijke hulp nodig had. Ook familieleden belden in paniek dat ze hun dierbaren kwijt waren.' Envida heeft ongeveer 80 cliënten in het centrum van Valkenburg wonen.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Zorgverlenershart

Er was ook machteloosheid. Ze wilden bij wijze van spreken meteen naar Valkenburg zwemmen om te helpen. Pluijmakers. 'Dat is toch dat zorgverlenershart dat klopt. Maar wij zijn nu eenmaal op dat moment van de coördinatie en de organisatie van de zorg. De eerste periode waren we voornamelijk bezig iedereen in beeld



Het commandocentrum. Remi Janssen staat bij de muur. Zijn collega Laura Noten zit aan de telefoon en Maïke Pluijmakers staat rechts op de foto.

Achtergrond

te krijgen, te kijken waar meteen hulp verleend moest worden en waar we de zorg even konden uitstellen. Donderdagavond om 23 uur hadden we eindelijk alle cliënten in beeld.'

Het commandoteam stond in nauw contact met de politie, brandweer, het leger en de GGD/GHOR die de evacuatie coördineerden. Janssen: 'We probeerden cliënten die medisch noodzakelijke hulp nodig hadden en waarvan we wisten dat die nog thuis zaten, als eerste geëvacueerd te krijgen. Neem cliënten met een stoma, diabetes, mensen met dementie, COPD en cliënten die gekatheteriseerd moesten worden. Maar we regelden ook dat een collega samen met de brandweer langsging bij een cliënt met cognitieve problemen om te checken of zij haar medicatie wel had genomen.'

Waterpeil hoog

Dit alles werd gedaan in een razend tempo want het waterpeil liep die donderdag alleen maar op. 'Het leger en de brandweer gingen de huizen langs en dat ging soms niet zachtzinnig,' legt Janssen uit. 'Als mensen niet snel reageerden op hun geklop, werd er een raam ingetikt. Van hun kant begrijpelijk maar onze cliënten schrokken zich regelmatig een hoedje. Soms hadden ze maximaal tien minuten om hun spullen te pakken.' Tijdens de ramp kwamen beelden digitaal waar ook hun cliënten op te zien waren. Pluijmakers: 'Dat waren heel beangstigende momenten voor onze cliënten. Ze waren vaak helemaal alleen en je ziet de paniek en de vragen in hun ogen. Waar ga ik heen? Hoe loopt dit af? Een 82-jarige vrouw die lichtelijk in paniek met een rollator liep, niet het legervoertuig in kwam en plots werd opgetild door een soldaat, dan huilt je hart als je die schrik in haar ogen ziet.'

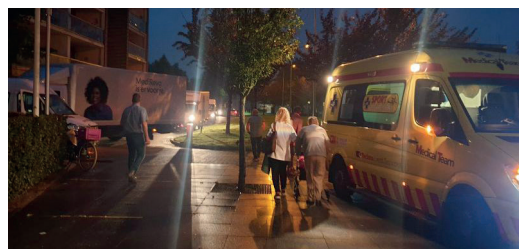
De evacuees kwamen binnen bij de bowlingbaan in een hoger gedeelte van Valkenburg. Van daaruit werden ze opgevangen bij bijvoorbeeld verzorgingshuizen en hotels. Noten: 'Ons geluk was dat daar een teamleidster van Envida was. De lijnen waren kort en zij kon telkens doorgeven welke cliënten van ons er met de legertrucks binnen kwamen.' Het hoofdkantoor van Envida coördineerde donderdagmorgen vroeg heel snel waar welke cliënt geplaatst kon worden. 'Zij wisten waar er lege bedden waren in de regio. Dat verliep vrijwel vlekkeloos.'

'Een 92-jarige vrouw zat twee dagen halverwege haar trap. Ze weigerde mee te gaan'

Sommige cliënten konden thuis konden, maar hadden wel medische zorg nodig. 'En daar kwam de saamhorigheid en de samenwerking om de hoek kijken,' vertelt Pluijmakers. Verpleegkundigen die niet in het gebied werkten, maar wel in het centrum woonden, gingen uithelpen en cliënten overpakken. Die dag stond iedereen echt zij aan zij.'

Koppige cliënten

Cliënten die pertinent weigerden hun huis uit te gaan ondanks dat het water te hoog stond, waren er ook. Pluijmakers: 'Een 92-jarige vrouw zat twee dagen halverwege haar trap naar de eerste verdieping. Haar traplift deed het niet omdat er geen stroom was en het water stond 1.20 meter hoog. Ze was niet te vermurwen.'



Verzorgende IG, Christine Savelkoul:

'De stank was niet normaal!'

'Waar ben je in hemelsnaam mee bezig?' Dat vroeg verzorgende IG Christine Savelkoul zich af toen ze op donderdagmorgen tot haar knieën in het water, voelde dat de stroom haar bijna meezoog. 'In eerste instantie dacht ik alleen maar: ik moet naar de overkant komen waar een cliënt woont die zorg nodig heeft. Dus trok ik spontaan mijn schoenen en sokken uit en ben gaan lopen. Dat was onverstandig want ik werd bijna meegetrokken door het water. Vanaf dat moment heb ik vooropgesteld dat ik geen gevaar mocht lopen. En ook de wijkverpleegkundigen hebben dit in deze dagen meermaals tegen me gezegd.'

Niet dat Savelkoul het rustiger aan ging doen. 'In mijn jeugd maakte ik meerdere keren mee dat het water en de modder door ons huis stroomde. Dus de paniek en angst bij de cliënten kon ik goed begrijpen. Maar ik wist ook van de saamhorigheid en dat was deze keer ook weer zo mooi om te zien.'

Ze deed alle hulp te voet maar met wandelschoenen. 'Ik had geen tijd om laarzen te kopen, zo druk was het. Ik liep gewoon mijn route, maar hier en daar liep ik letterlijk tegen het water aan.'

Tot op de dag van vandaag herinnert Savelkoul zich de geur. 'Het stonk er enorm, niet normaal. Ik werd er bijna onpasselijk van. De riolering kwam natuurlijk overal en nergens naar boven. Op donderdag was er niemand op straat, behalve de legertrucks en tractoren die af en aan reden. Pas nadat het water was gezakt, waren overal mensen bezig te redden wat er te redden viel. Met onder andere pompen en verwarmingsblazers.'

Creatief was Savelkoul ook. 'De medicatie van cliënten was aan het stagneren. De apotheek had er moeite mee om aan de andere kant van het water te komen. Om 8.30 uur heb ik toen aangeklopt bij de apotheek. Samen met de assistente heb ik in alle kratten die al klaar stonden, gekeken welke cliënten nog medicijnen moesten krijgen. Ik wist hoe we de cliënten konden bereiken. We hebben toen een lijst gemaakt en ik heb alle medicatie en blisters van de mensen verdeeld onder mijn collega en ik. Zij leverde ze af met de fiets, ik ging te voet. Op die actie ben ik best trots.'

Sommige cliënten hadden niets door. 'Een oudere mevrouw zat 24 uur alleen in haar appartement op de vierde verdieping. Ze was telefonisch niet te bereiken. Toen het me eindelijk lukte langs te gaan en vertelde dat de hele boel onder water stond, keek ze me vol ongeloof aan. Het maakte weinig indruk op haar. Ze wilde naar beneden met haar rollator om koekjes te halen bij de Albert Heijn. Ze was verontwaardigd dat ik haar tegenhield en vertelde dat de lift het niet deed.'



Omdat Savelkoul haar uniform aan had, was ze goed herkenbaar en kon daardoor makkelijk haar werk doen. 'Het uniform leverde mooie momenten op. Zo waren er op zondag allerlei kraampjes in het centrum voor de bewoners. Bij het ene kon je gratis een ijsje eten, bij het andere een broodje kroket. Ik werd toegeroepen of ik ook een broodje wilde. Ik riep terug dat ik er wel tien wilde, ook voor mijn cliënten. Die kreeg ik en ik ben ze gaan rondbrengen. Ze hebben gesmuld! Ik bracht mijn cliënten over hoe iedereen op straat zonder enig belang voor elkaar klaar stond en dat er een grote saamhorigheid was. Op die manier wisten zij wat er zich buiten hun deur afspeelde.'

Savelkoul is erg te spreken over de samenwerking met de wijkverpleegkundigen van het commandoteam. 'Het waren loodzware dagen. Ondanks dat zij hoog en droog zaten, vroegen ze regelmatig hoe het met me ging en of ik het nog wel redde. Dat gaf me het gevoel dat we het samen deden en dat ik er niet alleen voor stond. Dat was heel fijn!' De situatie voor al haar cliënten zo dragelijk mogelijk houden, dat is wat Savelkoul nauwlettend in de gaten hield. 'Dat vond ik denk ik het belangrijkste. Ik zag en voelde veel emoties. Als je een beetje liefde en geduld terug geeft, dan zie je dat de cliënt rustiger wordt en er weer een tijdje tegenaan kan. Daar doe je het voor: de cliënten zo goed mogelijk verzorgen onder soms erg moeilijke omstandigheden.'

Achtergrond



“Ik woon hier al zestig jaar. Ik weiger mijn huis te verlaten!” Gelukkig had ze wel een flesje water, maar ze zat in de nachten natuurlijk in het pikkedonker. Ze leeft nog steeds, maar kreeg emotioneel een flinke klap.’ Een andere 80-jarige vrouw wilde haar bejaarde kat niet alleen laten. Janssen: ‘Mee evacueren was geen optie. Dan zou het beestje doodgaan, was haar gedachte. Bij deze vrouw hebben we de hulp opgeschaald en zijn we wat vaker bij haar binnengelopen. Zowel mevrouw als de kat overleefden het. Ook deze vrouw is er emotioneel niet goed aan toe.’

‘Heel wat cliënten zijn nu bang en slapen slecht. Bij een hevige regenbui vragen ze zich af of het niet weer gaat gebeuren’

Marieke Rijsbergen is hoofd-redacteur van Tijdschrift M&G en freelance journalist

Deze twee vrouwen zijn helaas niet de enige. Noten: ‘Het water is weg, maar nu hebben we het erg druk met de nazorg. Heel wat cliënten zijn bang, slapen slecht, hebben nachtmerries. Bij een hevige regenbui vragen ze

zich af of het niet weer gaat gebeuren. Sommigen kijken zelfs bij de rivier de Geul of die weer hoog staat. Diverse mensen krijgen inmiddels psychologische hulp, voor anderen is ons luisterend oor voldoende. We houden dit scherp in de gaten.’

Overall puin en rotzooi

Na drie dagen was er op zondagavond weer stroom en gas. Janssen: ‘Helaas duurde het nog even voordat de telecommunicatie actief werd. Bellen via een vaste lijn kon niet en ook de alarmeringen waren nog niet actief. Die werken via internet.’

‘De eerste keer in het werkgebied maakte diepe indruk. Het leek wel het decor van een oorlogsfilm!’

De dag dat de drie wijkverpleegkundigen weer hun werkgebied in konden, maakte diepe indruk. Pluijmakers: ‘Dat eerste moment was zo indrukwekkend. Ik kon mijn ogen bijna niet geloven. Auto’s hingen in zinkgaten en bomen, het stonk er verschrikkelijk, overal puin en rotzooi. Het leek wel het decor van een oorlogsfilm!’ De dagen erna bezochten ze alle cliënten die thuis zaten, om te kijken welke hulp ze nodig hadden. Noten: ‘Vaak was het praktische hulp. Liften waren nog kapot. Dan ging het om post halen en de vuilnis buiten zetten. Sommige mensen hadden schade opgelopen in hun huis en worstelden met hun verzekering. Die stuurden we door naar maatschappelijk werk. De meeste tijd ging zitten in het luisteren naar hun soms schrijnende verhalen en de angst die ze hadden ervaren. En dat is eigenlijk tot op de dag van vandaag nog steeds zo.’

Gierende adrenaline

Alle drie kijken ze positief terug op deze bijzondere tijd. Ze werkten allemaal de eerste dagen twaalf uur per dag. ‘De adrenaline gierde door mijn lijf,’ vertelt Janssen. Ze weten nu dat ze in dit soort crisissituaties hun werk goed kunnen blijven doen, met de middelen die ze voor handen hadden.

Noten: ‘Dat lukte ook omdat de samenwerking tussen GHOR, gemeente en bijvoorbeeld de politie goed verliep.’ Soms kwamen de emoties pas los via de tv-beelden die ze ‘s avonds zagen. ‘Overdag werkten we op de automatische piloot. Wat ook hartverwarmend was, is dat heel Nederland meeleefde en aan alle kanten hulp aanbood. We stonden er niet alleen voor! Dat gaf een fijn gevoel, zal ik niet snel vergeten en maakte diepe indruk op mij en ons hele team.’

Mijn ambassadeurschap

Jeugdverpleegkundige Sandra van Gemert

'Ik leerde hoe ik invloed kan uitoefenen'

V&VN Maatschappij&Gezondheid verzorgt sinds negen jaar ambassadeursopleidingen. In een traject van een jaar leren wijk-, dementie- en jeugd- en sociaal verpleegkundigen om hun beroep op de kaart te zetten, te positioneren en om te netwerken. Ook leren ze persoonlijk leiderschap te ontwikkelen. Zowel V&VN M&G als hun werkgever steunen de opleiding. In deze rubriek komt elke keer een ambassadeur aan het woord. Deze keer staf- en jeugdverpleegkundige Sandra van Gemert, werkzaam bij Jong JGZ in Zuid-Holland zuid. Ze ontving in juni 2021 haar certificaat.



Waarom begon je aan het ambassadeurstraject?

'In 2016 hoorde ik er al over en was meteen enthousiast. Maar ik was pas begonnen in de jeugdgezondheidszorg en vond mezelf nog te groen. In 2019 was ik er helemaal klaar voor. Ik wilde me inzetten voor het vak, me door ontwikkelen, meer weten van leiderschap, strategie, hoe je goede presentaties geeft en invloed kan uitoefenen op beleid en politiek.'

Wat stak je er vooral van op?

'Het meest leerde ik over hoe je een vraag vertaalt naar de praktijk en hoe je het speelveld bespeelt. Ofwel, hoe ik mijn communicatie aanpas zodat ik beter en meer invloed kan uitoefenen. Tijdens de eerste lockdown

'De kracht van het traject ligt in de combinatie van workshops, een persoonlijke coach en onderling netwerken'

bijvoorbeeld, toen de scholen dicht gingen, merkten we bij Jong JGZ dat het contact tussen diverse scholen en de jgz beter kon. We startten toen direct met het project *Schoolambassadeur*. Doel daarvan is dat op elke school in Zuid-Holland een jeugdverpleegkundige of een jeugdarts rondloopt die al aan de school verbonden is. Voor dit project moest ik onder andere het gesprek aangaan met samenwerkingsverbanden waar directeurs van scholen in zaten. Dat had ik voor dit Ambassadeurstraject van V&VN M&G niet gedurfd.'

Waarom durfde je nu het gesprek wel aan te gaan?

'Tijdens dit traject krijg je informatie en tips over strategie en hoe je je kunt profileren. Belangrijk is dat je bij je kern blijft, dat je goed voor ogen houdt wat je wilt bereiken en je niet laat afleiden door directeurs die wellicht een andere prioriteit hebben. Door al deze nieuwe bagage voelde ik me stukken zekerder. Ik kon deze gesprekken beter aangaan. En met succes; na genoeg alle scholen in mijn regio hebben nu een schoolambassadeur.'

Wat is de kracht van het traject?

'De combinatie tussen de workshops en een eigen coach. De workshops gingen onder andere over persoonlijke leiderschap, politiek, communicatie en sociale media. Met de coach nam je een persoonlijke leervraag grondig onder de loep. Ik wilde steviger in mijn schoenen staan tijdens onder meer presentaties. Tijdens de gesprekken met mijn coach kreeg ik inzicht in bepaalde patronen van mezelf. Zoals mijn perfectionisme. Mijn coach leerde me dat 'goed' goed genoeg is. Ik ervaar nu veel minder spanning tijdens presentaties. Door dit traject ben ik inhoudelijk en persoonlijk enorm gegroeid. Ik kan het iedereen aanraden die wil door groeien en verdieping zoekt in het jeugdverpleegkundig vak.' [🔗](#)

Ook interesse in het ambassadeurschap in jouw vakgebied? Er bestaat een traject voor wijk- en dementieverpleegkundigen en jeugd- en OGZ-verpleegkundigen. Houd voor aanmelding de website in de gaten: mgz.venvn.nl

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Marieke
Rijsbergen is
hoofdredac-
teur van Tijd-
schrift M&G
en freelance
journalist

Speak up vanuit de vakinhoud!

'Eindelijk weer een vakinhoudelijk congres.' Dat zei een deelnemer. Want wat is er leuker dan over je vak praten met verpleegkundigen uit het hele land? Dat vonden ruim vijfhonderd collega's ook. Zij schreven zich in voor het V&VN-onlinecongres Kennis en kunde van indiceren afgelopen 28 mei. En juist omdat het online was, schoven ook wijk-, kinder- en dementieverpleegkundigen aan uit Zeeuws-Vlaanderen, Zuid-Limburg, Oost-Groningen en Noord-Friesland. Virtueel samen in de congreszaal, aan de bar in de lounge of in de gym. Een succesvol congres dat door deelnemers in de evaluatie gewaardeerd werd met een 8. Bianca Buurman, voorzitter van V&VN, was keynote speaker en is ervan overtuigd dat de zorg in de eigen omgeving, de toekomst heeft. Ze maakte in een presentatie duidelijk dat ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg zich verplaatst naar thuis met grote gevolgen voor de wijkverpleging. De hamvraag is of we klaar zijn voor de toekomst en zijn er wel voldoende collega's? En hoe maken we werken in de wijk aantrekkelijk(er)? Buurman raadt verpleegkundigen aan meer te doen met doelen en data die nu uit de zorgdossiers en classificatiesystemen zijn te halen. Ook vindt ze dat verpleegkundigen veel meer van zich moeten laten horen en uitspreken welke oplossingen zij zien voor de toekomst. 'Schrijf bijvoorbeeld als beroepsgroep een position paper voor de toekomst van de zorg thuis. Speak up!'

Experts en collega's uit de praktijk gaven workshops in twee rondes over vijftien vakinhoudelijke onderwerpen, zoals: onderzoek praktijkvariatie, assessment vakbekwaam indiceren, financiering van de zorg, palliatieve zorg en ACP (advance care planning), domeinoverstijgend indiceren Zvw, Wlz en Wmo, eenheid van taal, omgaan met weerstand etc.



Jet Bussemaker, voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, sloot het congres af. Zij sprak over het belang van de verpleegkundige in de zorg thuis, die de spil in de wijk moet zijn en preventie hoog in het vaandel heeft staan. 'Schrijf een manifest voor meer invloed voor de wijkverpleging in het lokale gezondheidsbeleid. En pak je rol als wijkverpleegkundige. Jullie zijn veel te bescheiden. Neem het gezag terug en formuleer je voornemens, maar voer ze ook uit voor een betere indicatiestelling en zorg. Ofwel: Speak up!' 🗨️

Het congres was een initiatief van de partijen van het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging, georganiseerd door V&VN en financieel mogelijk gemaakt door het Ministerie van VWS



Terugkijken?
www.congresindiceren.nl of scan de QR-code

ALV stemt in met begroting en beleidsplan

Tijdens de ALV van de afdeling M&G op 20 april is ingestemd met het jaarverslag 2019-2020 (zie nr.1), het beleidsplan 2021 (zie nr.2) en de begroting 2021. De aanwezigen spraken hun waardering uit voor de 'inhaal-

actie' van het bestuur. Tijdens de ALV gaven de vakgroepen wijk, jeugd en dementie aan te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van een verzelfstandiging in de vorm van een eigen afdeling. 🗨️

Eerste selectie erkende minoren Toelating deskundigheidsgebied wijkverpleging Kwaliteitsregister

Zoals bekend, kent het nieuwe hbo-v-curriculum *Bachelor of Nursing* geen afstudeerrichting MGZ meer. Daarom moeten studenten voortaan op een andere manier aantonen, dat zij binnen hun hbo-v een verdieping/ verbreding hebben gevolgd aansluitend bij het expertisegebied wijkverpleging. De werkgroep toelating deskundigheidsgebied van de vakgroep wijkverpleging heeft van acht minoren vastgesteld die gevraagde verdieping/verbreding leveren:

- HRO: Wijkverpleegkundige in gezonde wijk
- HvA: Complexe wijkverpleegkundige zorg
- Hogeschool VIAA: Verbindende wijkprofessional
- HAN; Werken in de wijk: Samen werken, samen doen
- Hogeschool Zeeland: Samenwerken in de gezonde regio
- Windesheim: Social Community Design
- Hanze Hogeschool: Healthy Aging
- HRO: Beyond Borders – Challenging Global Health Equity



We teach...



...een breed scala aan bij- en nascholing, veelal online: jaarlijks meer dan 30 nieuwe titels en 160 modules.



JOBCRAFTING: ZELFSTURING IN JE WERK
1 november 2021

OMGAAN MET WEERSTAND
2 (9.00-13.00 uur) en 16 november (9.30-16.15 uur)
en 7 december 2021 (9.00-13.00 uur)

INFECTIEZIEKTEN: VAN CEL TOT MELDING
4, 11 en 18 november en 9 december 2021

**BASISMODULE REIZIGERSADVISING
VOOR VERPLEEGKUNDIGEN**
5, 12, 22 en 29 november en 6 en 13 december 2021

**SIGNALLEN VAN AUTISME BIJ HET JONGE
KIND HERKENNEN**
10 november 2021 (9.30-12.30 uur)

**SAMENWERKEN MET BLOGGERS,
VLOGGERS EN SOCIAL INFLUENCERS**
18 november 2021

VOEDING EN EETGEDRAG BIJ PEUTERS
26 november 2021 (9.30-12.30 uur)

DE WERKVELDEN VAN DE AGZ
29 november, 6 en 13 december 2021

PEUTERS EN SLAAP
3 december 2021 (9.30-12.30 uur)

**KRACHTENVELDANALYSE: MAAK
STRATEGISCH GEBRUIK VAN JE NETWERK**
6 en 20 december 2021 (9.30-12.30 uur)



Bekijk onze actuele
bij- en nascholingskalender
op www.nspoh.nl



NSPOH 
we teach health

De NSPOH wil een waardevolle bijdrage leveren aan de verbetering van de volksgezondheid, de arbeidsomstandigheden en participatie in Nederland. Dit doen wij door professionals kwalitatief goed en vraaggestuurd op te leiden voor de hedendaagse praktijk van public en occupational health. Wij ontwikkelen en organiseren opleidingen, bij- en nascholing, in-company programma's en symposia op academisch en post-hbo niveau.

Praktiserend verpleegkundigen M&G en plots diagnose Alzheimer

‘Onze dementie heeft ook mooie dingen gebracht’

Het ene moment werkten ze nog volop als verpleegkundige in de zorg, het andere moment kregen Anne-Marie Vollebregt (60) en Silvy Ramsche (66) de diagnose Alzheimer en stond hun wereld op zijn kop. Vrijwel onmiddellijk stopten hun carrières en werden ze van verpleegkundige opeens Alzheimerpatiënt. Wat doet dat met je en hoe kijken ze terug op hun werkzame leven. Beiden deden mee aan het tweede seizoen van tv-programma *Restaurant Misverstand*.

Tekst Marieke Rijsbergen

Toen ze de diagnose Alzheimer dik een jaar geleden kreeg, voelde voormalig adviserend verpleegkundige Anne-Marie Vollebregt vooral opluchting. ‘Dat verklaarde een hoop. Ik wist nu waarom ik zoveel vergat. En dat het geen restschade was van de chemokuren die ik had ondergaan in verband met mijn borstkanker. De behandelingen waren al tijden klaar, maar mijn geheugen ging alleen maar achteruit.’

Ramsche: ‘Door de alzheimer durf ik opeens op het podium te staan’

Heel veel erger vond Vollebregt het dat ze moest stoppen met werken. ‘Mensen beseffen niet goed dat als je werk wegvalt, je ook je status verliest. Ik had prachtig werk waar ik met veel plezier elke dag heen ging. En ik was er goed in! Mijn werk maakte wie ik was. Daar plots mee stoppen was enorm moeilijk. Vooral omdat ik er eigenlijk niet achter stond. Ik wilde door! Maar de diagnose Alzheimer liet dat helaas niet meer toe.’ Op haar 59e moest Vollebregt haar 46-jarige carrière in de zorg staken.

Ook oud-jeugdverpleegkundige Silvy Ramsche bij GGD Amsterdam vond het afschuwelijk om te moeten stoppen met werken. De diagnose Alzheimer die ze in 2016 kreeg, kwam bij haar als een dreun binnen. ‘Ik heb maandenlang gehuild. Ik dacht dat ik heel erg snel dood zou gaan. Maar nu na vijf jaar ben ik er nog steeds en met veel plezier.’

Als Vollebregt en Ramsche beginnen te praten over hun werk in de zorg, zitten ze meteen op het puntje van hun stoel. Ze vertellen er graag over. Vollebregt kan zich nog heel goed verwoorden. Heel soms vertelt ze een verhaal twee keer, maar dat mag eigenlijk geen naam hebben.

Ramsche is vaker de weg kwijt in haar verhaal en checkt regelmatig wat ze al verteld heeft en wat niet. En óf ze het al verteld heeft.

De opleidingen

Vollebregt begon op haar zeventiende in de ziekenverzorging bij een kinderrevalidatiecentrum met ernstig zieke kinderen. ‘Daarna ging ik naar een woonzorgcentrum voor jongeren met ernstige gedragsproblemen.’ Daar deed ze haar verpleegkundige opleiding. Ramsche heeft de inserviceopleiding A en B gedaan. ‘Ik houd van psychiatrie maar ik was te jong toen ik afstudeerde.’ Na een tweejarige opleiding in de MGZ, belandde ze bij de GGD als jeugdverpleegkundige, waar ze uiteindelijk 33 jaar zou werken.

‘Het mooiste van werken in de zorg vond ik dat je kunt bijdragen aan het levensgeluk van iemand’, vertelt Vollebregt. ‘Ik denk dat ik het vermogen had om begrip te tonen en echt belangstelling had voor mijn cliënten. Vaak zit het verbeteren van de kwaliteit van leven in heel kleine dingen. Het hoeft allemaal niet zo groot. Alleen al door tijd te nemen om de vraag te stellen: hoe kan ik jou blij maken? Als mevrouw Jansen dan antwoordt dat ze graag krulspelden in wil, dan moet je daar gehoor aan geven.’ Helaas is daar steeds minder tijd voor weet ook Vollebregt.

Of neem het ritueel douchen. ‘Menig verpleegkundige trekt regelmatig binnen drie minuten de broek van iemand naar beneden. Ik zou ook kwaad worden als ze dat bij mij deden hoor! Als je vraagt of ze zelf hun kleren uit kunnen doen, begin je meteen anders. Het moet een samenspel zijn. Vaak kunnen ze hun handen, armen en benen best zelf nog wassen. Ze vinden het dan helemaal niet erg als je vraagt of jij de rug mag doen. Maar altijd vragen, niet zelf beslissen,’ legt ze kordaat uit.

Jeugdverpleegkundige Ramsche vertelt dat haar kracht zat in het luisteren naar jongeren. ‘Laat ze zelf praten en



Anne-Marie Vollebregt (60) en Silvy Ramsche (66)

vul niets voor ze in. Ik had regelmatig met de kinderen te doen. Ze maakten veel mee. Pesten, gescheiden ouders, maar ook de lat te hoog willen leggen voor zichzelf. Dan moesten ze een 8 halen. Minder was niet goed. Daar zaten vaak de ouders achter. Je merkt wel dat ik in het rijke Amsterdam Zuid werkte,' zegt ze lachend. Ramsche heeft diverse functies binnen de GGD vervuld. In de infectie, bij de reizigersadviesing, op het zuigelingenbureau. 'Maar de kinderen en de jongeren op de scholen vond ik het leukst om te doen.'

Op de toppen van haar kunnen was Vollebregt adviseerend verpleegkundige. 'Dit betekende dat ik bij alle calamiteiten door heel het huis werd opgeroepen. Een soort troubleshooter zeg maar. Daar komen alle facetten van het verpleegkundig vak bij elkaar. Echt heel uitdagend! Als je dat ooit gedaan hebt is het heel moeilijk om opeens thuis te zitten.' Haar laatste functie was verpleegkundige in de wijk en ze stond op het punt om casema-

nager dementie te worden. 'In die rol kun je echt een toegevoegde rol spelen als het gaat om kwaliteit van leven. Misschien wel het belangrijkste is om goed naar de cliënt te luisteren. Zij kunnen nog heel goed en

Vollebregt: 'Het is mijn grootste nachtmerrie om te eindigen zoals mijn moeder die ook dementie had. Die liep de hele dag rondjes in haar zorgcentrum'

duidelijk aangeven waar ze gelukkig van worden. Als je daar de tijd voor neemt, komt er altijd wat waardevols uit. Daarvan ben ik overtuigd.'

Zelf patiënt

En nu zijn zij zelf patiënt. Adviserend verpleegkundige Vollebregt: 'Boodschappen doen lukt bijna niet meer, mijn rijbewijs is me ontnomen, ik kan niet meer alleen op mijn kleinkinderen passen en ik moet elke dag een middagdutje doen anders houd ik het niet vol. Dat geeft veel verdriet en een machteloos gevoel. Tegen mijn borstkanker kon ik vechten, bij Alzheimer heeft dat niet veel nut omdat het simpelweg niet meer weggaat. Dat is frustrerend! Gelukkig heb ik mijn man, een grote vriendengroep die regelmatig langskomt en ik heb mijn kinderen en kleinkinderen. Dus ik verveel me nauwelijks.' Ramsche ondergaat haar ziekte gelatener. 'Het is er, ik leef per dag. Vanaf mijn vroege jeugd heb ik al veel

Vollebregt: 'Als het moment van euthanasie daar is, ben je elkaar toch al kwijt'

vriendinnen. Die helpen me waar nodig en ik heb een lat-relatie. Daarnaast heb ik een manier gevonden om ermee om te gaan. Ik doe boodschappen, ga met de trein. Daar moet ik wel mee geholpen worden anders vergeet ik waar ik moet uitstappen of wat er op mijn boodschappenlijstje staat. Ik stap makkelijk op mensen af, vertel dan dat ik dementie heb en of ze me willen helpen. Dat wil eigenlijk iedereen.'

Vollebregt gaat om de drie maanden naar de huisarts en vertelt hem dan dat als ze niet meer thuis kan wonen, ze euthanasie wil. 'Ik wil mijn zelfstandigheid behouden. Het is mijn grootste nachtmerrie om te eindigen zoals mijn moeder die ook dementie had. Die liep de hele dag rondjes in haar zorgcentrum.'

Peter, de man van Vollebregt, heeft aan het idee moeten wennen. Maar nu staat hij achter de keuze van zijn vrouw. 'Als het moment daar is, ben je elkaar toch al kwijt. Het geeft haar rust het zo te regelen. Dat respecteer ik. Het resultaat hiervan is dat de dood haar nu niet meer beangstigt.'

Mooie dingen opgeleverd

Alzheimer heeft ook mooie dingen opgeleverd. 'We zijn als gezin en familie sterker geworden,' zegt adviserend verpleegkundige Vollebregt. 'We nemen nu meer tijd voor elkaar. We hebben immers wel wat te verwerken gehad met elkaar. Dan zoek je steun bij elkaar. Dat voelt als een warm bad. Daar ben ik heel dankbaar voor.' Bij jeugdverpleegkundige Ramsche heeft Alzheimer deuren geopend. 'Je zult het niet geloven, maar ik was

vroeger heel verlegen. Durfde niets te zeggen tijdens vergaderingen en stond graag in de schaduw van anderen. Door de Alzheimer durf ik opeens op het podium te staan en over mijn ziekte te praten. Het Odensehuis Amsterdam, waar mensen met dementie naar toe kunnen gaan en bij mij om de hoek zit, zet mij daar nu regelmatig voor in. Ik doe nu alleen maar dingen die ik leuk vind en ik kan zo gek doen als ik wil. Ik heb toch niets meer te verliezen. En ik durf plots gewoon nee te zeggen. Ik voel me eigenlijk heel gelukkig nu.'

Restaurant Misverstand

Beide verpleegkundigen deden mee aan *Restaurant Misverstand*, een tv-programma waar mensen met dementie tijdelijk als restaurantmedewerker aan de slag gaan. De ene helft staat in de bediening, de andere helft in de keuken. Chef-kok Ron Blaauw, programmamaker Johnny de Mol, maar ook Alzheimer Nederland en onze redacteur en dementieverpleegkundige Gerben Jansen zijn nauw bij dit programma betrokken.

Anne-Marie Vollebregt: 'Aan dat programma meedoen was een gigantisch cadeau. Ik stond in de keuken en ik deed er weer toe! Dat gaf zo'n fijn gevoel. Op sommige momenten was het heel confronterend omdat ik dan weer eens wat vergeten was. Ik weet dat het een commercieel tv-programma is dat kijkcijfers wil scoren, maar het is zo respectvol gemaakt en de begeleiding was top. Voornamelijk het lotgenotencontact vond ik heel fijn.'

Met de taxi opgehaald

Ook jeugdverpleegkundige Silvy Ramsche is vol lof over het programma. 'Ik werd elke dag met de taxi opgehaald. Echt heel chique. Soms was het best lastig, maar we werden heel goed opgevangen. Dan moest ik groenten snijden, maar was ik na de uitleg meteen weer vergeten hoe. We hebben veel met elkaar gelachen en soms ook gehuild. Wat gebeurde bij andere deelnemers was voor mij vaak heel herkenbaar. Dus we konden goed met elkaar praten omdat we elkaar snaptten. Dat was heel bijzonder.'

Beide verpleegkundigen zouden meteen weer de zorg in gaan als ze alles over mochten doen. Vollebregt: 'Het is gewoon een prachtvak waarbij ik me als een vis in het water voelde! Ramsche: 'De collega's maken het vak het leukst en het meest uitdagend. Dat samen doen, daar genoot ik het meeste van.' ❧

GEEN MEDICATIE BIJ SPUGEN EN KRAMPJES, MAAR GERUSTSTELLEN EN VOEDINGSADVIES

Spugen, krampjes, obstipatie en andere functionele maagdarmproblemen bij zuigelingen leiden vaak tot ongerustheid bij ouders en herhaaldelijke consulten bij gezondheidsprofessionals¹⁻³. De optimale behandeling gebaseerd op de meest recente richtlijnen en aanbevelingen o.a. over de behandeling van regurgitatie bestaat uit het geruststellen van ouders en het geven van voedingsadviezen⁴. Medicijnen zijn meestal niet nodig. In de eerste 6 levensmaanden heeft gemiddeld de helft van de zuigelingen last van één of meer functionele maagdarmproblemen. Meestal zijn de problemen tijdelijk en verdwijnen vanzelf in de eerste maanden na de geboorte⁵.

Aandacht voor zorgen van ouders

Krampjes en spugen kunnen een enorme impact hebben op de kwaliteit van leven van zowel de baby's als de ouders. Vaak is er sprake van een negatieve spiraal en is de kans op negatieve gevoelens bij ouders groot². Bij een consultatie is dan ook aandacht voor de ouders gewenst: hoe gaan ze ermee om en hoeveel zorgen maken ze zich?

Angst van ouders kan verminderen en ze krijgen meer zelfvertrouwen door eenvoudige en duidelijke uitleg dat dit soort maagdarmproblemen vaak voorkomen, maar meestal onschuldig zijn en bij het ouder worden vanzelf verdwijnen.

Voedingsadviezen

Naast het geruststellen van ouders is het ook belangrijk om voedingsadviezen te geven, zoals niet teveel voeding in een korte tijd geven, niet in een horizontale positie voeden en de zuigeling na een voeding enige tijd in een verticale positie houden. Borstvoeding moet altijd worden aangeraden en gestimuleerd, ook bij hardnekkige en ernstige maagdarmproblemen⁶.

Bij flesgevoede zuigelingen kunnen speciale dieetvoedingen met bewezen effecten overwogen worden als de gewone voedingsadviezen niet helpen^{6,7}.

Geen onderbouwing voor medicatie

Ouders willen vaak een snelle en eenvoudige oplossing, zoals een geneesmiddel dat de symptomen bij hun kind verlicht of vermindert. Toch zijn er volgens de auteurs alleen bij obstipatie



wat aanwijzingen voor de werkzaamheid van medicijnen (laxeermiddelen). Bij de meeste functionele maagdarmproblemen zijn medicijnen niet effectief. In de praktijk worden echter ook bij regurgitatie en krampjes nog regelmatig medicijnen voorgeschreven zoals maagzuurremmers. Maagzuurremmers worden zelfs afgeraden voor de behandeling van alleen huilen, onrust en regurgitatie bij verder gezonde zuigelingen^{6,8}.

Een optimale behandeling van functionele maagdarmproblemen zou beter kunnen focussen op het geruststellen van ouders en het geven van voedingsadviezen.

Voedingsadviezen



Niet teveel voeding in een korte tijd geven



Tijdens het voeden meer rechtop houden



Na het voeden de baby nog een halfuur rechtop houden



Er kunnen speciale dieetvoedingen overwogen worden

Meer lezen?



Scan de QR-code en ga direct naar www.nutriciavoorprofessionals.nl voor meer informatie



Referenties: 1. Benninga M et al. (2016) Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 150:1443-1455. 2. Brand E et al. (2014) Report It's normal to be special. 3. Hegar B et al. (2009) Natural evolution of regurgitation in healthy infants. *Acta Paediatr* 98:1189-1193. 4. Salvatore S et al. (2018) Review shows that parental reassurance and nutritional advice help to optimise the management of functional gastrointestinal disorders in infants. *Acta Paediatr*. 107(9): 1512-1520. 5. Kneepkens CMF et al. (2014) Zijn verdikkingsmiddelen inderdaad werkzaam bij zuigelingen met regurgitatie en GOR? *NtvD* dec. 6. Rosen R et al. (2018) Pediatric Gastroesophageal Reflux. Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 66(3):516-554. 7. Horvath A et al. (2008) The effect of thickend-feed interventions on gastroesophageal reflux in infants: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pediatrics* 122:6 e1268-e1277. 8. Gezondheidsraad (2017) Maagzuurremmers voor zuigelingen met reflux(ziekte). Achtergronddocument bij het advies Maat houden met medisch handelen. publicatienr. 2017/06B. • Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. • Deze informatie is uitsluitend bestemd voor (para)medici. • Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer • April 2020

Hoe ver moet ik gaan om zorgmijders in de hulpverlening te krijgen?

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Hoe ver ga je bijvoorbeeld met mensen in de hulpverlening te krijgen die dat zelf niet willen? Waar ligt dan de grens? Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen.

Tekst:
Hans
van Dartel

De casus

Als sociaal verpleegkundige maatschappelijke crisis ondersteuning merk ik dat ik steeds vaker worstel met de vraag: hoe ver moet ik gaan? Hoeveel moet ik proberen om mensen die bij ons worden aangemeld, in de hulpverlening te krijgen? Deze mensen willen vaak niet, doen de deur eigenlijk nooit open en wanneer er eindelijk contact is, gaat dit zeker niet van harte. Zorgmijders, verwarde personen en vervuilde huishoudens worden onder andere bij ons aangemeld. Deze mensen houden hun poot stijf, willen geen volgende afspraak en vinden dat alles goed gaat. Wij, de maatschappij, vinden dat het niet goed gaat en zien dit ook en gaan van alles in het werk zetten om diegene toch in de hulpverlening te krijgen. We trekken alle ketenpartners erbij maar die persoon wil niet vrijwillig, hij wil niet meewerken en volgens hem is het goed zo. Tot hoever moet ik en moeten wij als maatschappij eigenlijk gaan?

Een belangrijke vraag die je aansnijdt: tot hoever reikt je verantwoordelijkheid als het gaat om mensen die bij jullie worden aangemeld voor enige vorm van hulp en ondersteuning, maar die vervolgens de aangeboden ondersteuning niet wensen te ontvangen? Ook al zitten er ongetwijfeld verschillen tussen de situaties van deze mensen, er is in grove lijn wel wat te zeggen over de morele aspecten. Een belangrijke kernvraag is in hoeverre de onwil van de mensen om wie het gaat voortkomt uit eigen keuzen of overtuigingen. Zeker als er kinderen betrokken zijn, en dat kan in zo'n vervuild huishouden het geval zijn, is er een maatschappelijke

verantwoordelijkheid om op een of andere manier grip te blijven houden op de situatie. Kinderen kunnen niet goed voor zichzelf opkomen en zullen niet voor verwaarlozing kiezen. Ze hebben – zo stelt het kinderrechtenverdrag van de VN – recht op een liefdevolle omgeving waarin ze zo goed mogelijk kunnen opgroeien en zich kunnen ontplooiën. Dat leidt tot de verplichting om de zorg voor hen niet los te laten. Maar ook als het om volwassenen gaat is het goed te bedenken dat de onwil en de geringe ontvankelijkheid voor zorg heel uiteenlopende redenen kunnen hebben. Die redenen kunnen fors afbreuk doen aan iemands oordeels-

'In hoeverre komt onwil voort uit eigen keuzen of overtuigingen'

vermogen: eerdere teleurstellingen en wantrouwen tegenover allerlei (overheids)diensten en bestuurlijke systemen; psychiatrische en mentale componenten die doorspelen in de houding die iemand aanneemt; of een geschiedenis van maatschappelijke en emotionele verwaarlozing. We gaan er in de regel maar al te gemakkelijk van uit dat onze persoonlijke geschiedenis het resultaat is van autonome en vrijwillige keuzen. Aan de oppervlakte lijkt die verwijzing naar eigen keuzes wel te kloppen – ook voor zorgmijders – maar als je een spa dieper graaft, blijken toeval en noodlot steeds een belangrijke rol te spelen. Ongetwijfeld ken jij ook de verhalen: over een dakloze man bijvoorbeeld die bij wijze van spreken gisteren nog een gerespecteerde kleine ondernemer in de bouw was. Tot het plotselinge overlijden van zijn vrouw maakte dat hij aan lager wal raakte. Kwetsbaarheid en afhankelijkheid zijn in die zin eigenschappen van ons allemaal.

Doodverklaren

Ik herinner me een moreel beraad over het lot van een zwerver in de stad. De meningen van de deelnemers uit

het sociale team bleken erg uiteen te lopen. Voor de een was de doelloosheid en nutteloosheid van het handelen een belangrijke reden om te zeggen dat er nu maar eens een duidelijke eindtermijn diende te worden gesteld aan de hulp. Daarop aansluitend zei een ander dat doorzetten van de inspanningen door haar ook onrechtvaardig gevonden werd: zou je je tijd en inzet niet beter kunnen gebruiken voor andere cliënten die wel ontvankelijk bleken? Je kon je tijd immers maar een keer uitgeven. Toch bleken de ineffectiviteit en doelloosheid van het handelen voor de meesten onvoldoende reden om helemaal geen inzet meer te plegen. Door de ene deelnemer werd de motivatie om op een of andere manier door te gaan, gevonden in kleine signalen van

‘Met zorg die oprecht afgewezen wordt, hoef je niet eindeloos door te gaan’

acceptatie. Een ander beklemtoonde dat je iemand niet zonder meer op moest en kon geven. Een derde wees naar de ellendige geschiedenis die deze man had doorgemaakt en de verhalen die hij daarover met haar had gedeeld. Een vierde wees naar de effecten die stoppen op haarzelf zou hebben: dat ze voor zichzelf niet kon accepteren dat iemand door de hulpverlening werd opgegeven werd. Ze vergeleek dat met een vorm van doodverklaren en dat vond ze niet acceptabel. Een vijfde sprak heel zakelijk over een tekort aan medische diagnostiek: zonder beter zicht op mogelijke fysiologische oorzaken van zijn disfunctioneren, zou je deze zorg niet zomaar kunnen beëindigen. Dat verdroeg zich niet met de professionele standaard die ze voor zichzelf hanteerde. Verder speelde ook een rol dat de betreffende zorgmijder zich op geen enkele manier agressief gedroeg naar de hulpverleners. Voor alles en boven alles wilde hij met rust worden gelaten. In die zin koos hij voor sociaal isolement.

Vinger aan de pols

Beslissingen over het beëindigen van zorg, vragen om genuanceerde afwegingen die recht doen aan de individuele situatie: niet alleen het perspectief of belang van de zorgmijder dient mee te wegen, maar ook het perspectief en de belangen van de hulpverleners en de samenleving in bredere zin. Daarbij kan het volgens mij nooit alleen gaan om het nut of het resultaat van de



Foto: Ales Dusa, Unsplash

zorg: ook andere aspecten zoals de zin en betekenis van het handelen vragen aandacht. Dat wil niet zeggen dat de zorg altijd maar door moet gaan. Met zorg die oprecht afgewezen wordt en op een hartgrondig ‘nee’ stuit, hoef je niet eindeloos door te gaan. Af en toe een vinger aan de pols om na te gaan of er iets in de situatie gewijzigd is, kan dan afdoende zijn. Waar ik me in de situatie waarover je vertelt, wel zorgen over maak, is of er wel voldoende tijd en ruimte is om zorgvuldige, individuele afwegingen te maken. Je verhaal wijst op een soort overload die het moeilijk maakt om recht te doen aan individuele situaties. Dat leidt tot ervaringen van morele stress die mijn inziens uitdrukkelijk ook om meer beleidsmatige aandacht vragen. 🗨️

Hans van Dartel was voorzitter van V&VN Commissie Ethiek en verpleegkundige, niet praktiserend

Alleen nog buikpijn van het lachen[!]

125
JAAR
NUTRICIA
ONDERZOEK

Bewezen
effectief

Al verbetering
na 1 week¹⁻³



Nutrilon® Omneo, bewezen effectieve dieetvoeding bij krampjes en/of moeizame ontlasting

- ✓ **70%** vermindering van huilepisodes¹
- ✓ **4x** vaker ontlasting⁴
- ✓ **70%** verbetering van maag-darmklachten²


91% & 95%
van de ouders van de artsen
melden een **positief effect**³

1. Savino F, et al. Eur J Clin Nutr 2006;60:1304-1310. 2. Veitl V, et al. J Ernährungsmedizin 2000; 2 (4), 14-20. 3. Savino F, et al. Acta Paediatr Suppl. 2003;91(441):86-90. 4. Savino F, et al. Acta Paediatrica 2005;94(S449): 120-124.

Belangrijk: Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. Nutrilon® Omneo is een voeding voor medisch gebruik. Dieetvoeding bij krampen, kolieken, moeizame ontlasting of constipatie. Te gebruiken onder medisch toezicht. Informatie uitsluitend bestemd voor het (para)medici. Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer

NUTRICIA