



■ **Meld- en adviespunt Verward gedrag**
voorziet in een behoefte

■ **Op zoek naar infecties op schepen**
in de haven van Vlissingen

Actieprogramma Kansrijke start
krijgt vorm in heel Nederland

Geef mij tijd.

Geef voor nieuwe doorbraken in kankeronderzoek.

Ga naar kwf.nl/doneer

Samen komen we steeds dichterbij



We teach...



STARTMODULE AANVULLENDE SEKSUELE GEZONDHEIDSZORG (ASG): HET PUBLIC HEALTH PERSPECTIEF

29 oktober, 5 en 19 november 2019, Utrecht

VERANDEREN, SAMENWERKEN EN PROCESMANAGEMENT

29 oktober en 12 november 2019, Utrecht

BASISMODULE REIZIGERSADVISING VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

4 november 2019, Utrecht

COMMUNICEREN MET PUBERS

11 november 2019, Zwolle

DE ONTWIKKELING VAN KINDEREN EN PUBERS; VERDIEPENDE MODULE

11, 18 en 25 november 2019, Utrecht

DE WERKVELDEN VAN DE AGZ

11, 18 en 25 november 2019, Utrecht

BEELDEND WERKEN

12 november 2019. De datum van dag 2 bepaal je in overleg, Gouda



PRIVACYBEWUSTZIJN VOOR PROFESSIONALS

13 november 2019, Utrecht

SPOEDEISENDE HULP EN AED IN BEDRIJF

13 november 2019, Utrecht

VERVOLGMODULE ASG, SOA-BESTRIJDING VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

25 november, 2 en 16 december 2019, Utrecht



Download onze brochure of ontvang 'm gratis per post. www.nspoh.nl/brochure2019



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.



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

ontvangt u gratis wanneer u 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 19, nummer 3, september 2019

ISSN 1568-5853

Redactie: Gerben Jansen, Monique Kemner, Hellen Kooijman (eindredactie), Paulien Meijers, Suzanna Plaice, Marieke Rijsbergen (hoofdreductie), Valerie Schipper, Huub Sibbing
Redactieadres: Zie onder 'Informatie'

of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp en opmaak: Think Next Level, Mijdrecht

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 2016) bij automatische betaling € 109,50 per jaar (€ 69 lidmaatschap V&VN inclusief kwaliteitsregister + € 40,50 voor afdeling M&G).

Het abonnementsstarief voor instellingen bedraagt € 84 per jaar, excl. BTW. Beëindiging van het lidmaatschap/abbonement: 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 mgz.venvn.nl, via mijn V&VN.

Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij

& Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

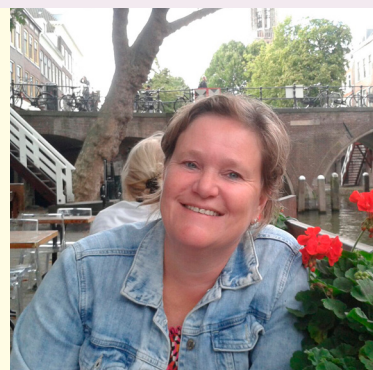
T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

W mgz.venvn.nl

Bijzonder vak, mooie initiatieven

Elke uitgave verbaas ik me er weer over waar jullie verpleegkundigen M&G rondlopen en op welke plekken jullie je beroep uitoefenen. Wat te denken van infectieverpleegkundigen die in de haven van Vlissingen scheepsinspecties doen op de woelige baren? Caroline Verdonk, ambassadeur OGZ, dook erin en schreef er een interessant artikel over. Zie pagina 13. Maar ook kijk ik er telkens weer van op wat voor een bijzondere initiatieven er worden ondernomen in de wijk. Neem het Meld- en adviespunt voor verward gedrag bij GGD Fryslân. Lees er meer over op pagina 6. En wat te denken van het actieprogramma *Kansrijke start* voor de jeugdverpleegkundigen dat in heel Nederland vorm krijgt. We hebben drie programma's uitgelicht. Zie pagina 22. Heb jij ook een mooi, nieuw initiatief gestart op je werk als verpleegkundige M&G dat al je collega's in Nederland moeten kennen? Mail me dan vooral. Antwoord verzekerd!



Marieke Rijsbergen

Hoofdreducteur Tijdschrift M&G. E-mail: TijdschriftMG@gmail.com

In dit nummer

Actueel

Meld- en adviespunt Verward gedrag GGD Fryslân 6

Onderzoek

Promovendus Rolien de Jong: 'Implementatie van e-health is in de praktijk zeer complex' 10

Praktijk

Scheepsinspecties infectieziekten in de haven van Vlissingen 13

Aan tafel met Marjan Wiegman...

'Via de Ambassadeurstrajecten zie ik de cursisten zelfbewuster worden' 16

Beleid

Drie programma's *Kansrijke start* belicht 22

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Vers bloed: 'Ik ben helemaal op mijn plek in de wijk' 9

Mijn ambassadeurschap: 'Het vak is zoveel meer dan de wijk' 19

Afdelingsnieuws 20

Klepel en klok: Het preventiemodel van Kaplan 26

Het dilemma: Eigen bijdrage Wlz inzet wel of niet verpleeghuis 30



Aantal verpleegkundigen toegenomen

In 2017 nam het aantal werkzame verpleegkundigen toe tot ruim 186.000. Dat is 7 procent (12.000) meer dan in 2014. Vooral in instellingen voor verpleging, verzorging en thuiszorg nam het aantal verpleegkundigen toe, met ongeveer 7.700. De ziekenhuizen kenden een groei van 3.000 verpleegkundigen. Dit meldt het CBS op basis van lopend onderzoek.

Buiten de zorg nam het aantal verpleegkundigen met bijna 21 procent toe, van 12.600 in 2014 naar 15.200 in 2017. Verpleegkundigen buiten de zorg werken bijvoorbeeld als brandweerverpleegkundige, in het onderwijs of bij interne arbodiensten.

Zo'n 48.000 verpleegkundigen, ruim 1 op de 4 werkzame verpleegkundigen, zijn 55 jaar of ouder. Dat zijn bijna 10.000 werkzame 55-plussers meer dan in 2014. Van de mannelijke verpleegkundigen is bijna 40 procent 55 jaar of ouder, van de vrouwen 24 procent.

De afgelopen jaren studeerden er ook weer meer verpleegkundigen af. In het studiejaar 2015/2016 slaagden ruim 4.400 verpleegkundigen op het middelbaar beroeps-onderwijs (mbo) en bijna 3.000 op het hoger beroeps-onderwijs (hbo bachelor). In het studiejaar 2017/2018 slaagden bijna 10.000 verpleegkundigen, ruim 5.700 op het mbo en ruim 4.200 op het hbo (bachelor).

De ervaren werkdruk lag in 2018 onder zowel hbo- als mbo-verpleegkundigen hoger dan gemiddeld onder alle werknemers. Dat blijkt uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) die CBS en TNO samen uitvoeren. Verpleegkundigen geven vooral vaker aan heel veel te moeten werken en extra hard te moeten werken. Hbo'ers hebben daar vaker last van dan mbo'ers.

Verpleegkundigen zeggen ook vaker dan alle werknemers dat zij erg snel moeten werken. Sinds 2014 is de ervaren werkdruk onder hbo-verpleegkundigen toegenomen, voor alle aspecten van de werkdruk. Voor verpleegkundigen op mbo-niveau is zo'n toename niet te zien. [↗](#)

Minder zelfdodingen bij jongeren tot 20 jaar in 2018

In 2018 daalde het aantal zelfdodingen met bijna 5 procent tot 1.829 mensen. 1.176 daarvan waren mannen en 653 vrouwen. Het aantal mannen dat een einde aan hun leven maakt, is al jaren ongeveer twee keer zo hoog als het aantal vrouwen. Onder mannen waren er echter 10 procent minder zelfdodingen dan een jaar eerder, onder vrouwen nam het aantal iets toe. Dit meldt het CBS op basis van nieuwe cijfers. Onder jongeren tot 20 jaar nam het aantal zelfdodingen af, van 81 in 2017 tot 51 in 2018. Daarmee is het aantal zelfdodingen onder jongeren na een stijging in 2017 terug op het niveau van 2016 en de jaren daarvoor. Onder 20- tot 40-jarigen steeg het aantal zelfdodingen van 400 in 2017 tot 464 in 2018. Het aantal zelfdodingen van mensen tussen 40 en 60 jaar ligt 12 procent lager dan in 2017. In deze leeftijdsgroep nam alleen het aantal zelfdodingen onder mannen af, met 20 procent van 581 in 2017 naar 469 in 2018. [↗](#)

6 procent van Nederlanders nooit op internet

Van de Nederlanders van 12 jaar of ouder gaf 6 procent, ongeveer 886.000 mensen, in 2018 aan nog nooit internet te hebben gebruikt. In 2012 was dat 10 procent. Vooral 75-plussers behoren tot de niet-gebruikers. Dat blijkt uit de nieuwste cijfers van het onderzoek *ICT-gebruik van huishoudens en personen 2018* van het CBS. Bijna de helft van de Nederlanders van 12 jaar of ouder die nooit op internet zitten, was 75 jaar of ouder. De groep 75-plussers die nog nooit online is geweest, is wel kleiner geworden. In 2012 zei 66 procent van de personen in deze leeftijdscategorie nog nooit internet te hebben gebruikt. Vervolgens daalde dit naar 50 procent in 2015 en 32 procent in dit jaar. Ook bij de Nederlanders tussen de 65 en 75 jaar is het aandeel dat nog nooit gebruik heeft gemaakt van het internet (10 procent) lager dan in 2012, toen dat nog 43 procent was. In de leeftijdscategorie 45 tot 65 was 4 procent nog nooit online geweest. Personen in de leeftijd van 25 tot 45 jaar maken bijna allemaal gebruik van het internet. [↗](#)
Bron: CBS, IND



Opnieuw bewezen: hiv niet overdraagbaar dankzij hiv-remmers

Onderzoek laat zien dat mensen met hiv het virus niet op hun partner overdragen als hun virus dankzij hiv-remmers onderdrukt is. Dit onderzoek werd op 15 juni in het medisch tijdschrift *The Lancet* gepubliceerd. Bijna 1.000 mannelijke koppels in Europa deden mee aan het onderzoek om meer bewijs te verzamelen voor de boodschap: N=N: niet detecteerbaar = niet overdraagbaar. En dat is gelukt. Bij geen enkel koppel is hiv overgedragen, ondanks dat de partners seks zonder condoom hadden. De vijftien mannen die tijdens het acht jaar durende onderzoek wel hiv opliepen, kregen dit niet via hun partner. Professor Alison Rodgers zei in *The Guardian*: 'Het is briljant – fantastisch! Dit maakt echt een einde aan deze discussie. Onze bevindingen vormen het definitieve bewijs dat de kans op hiv-overdracht tussen homomannen nul is bij goed gebruik van hiv-remmers.' Op basis van deze boodschap is de Nederlandse richtlijn Prikaccidenten vernieuwd. Daarin staat wat te doen als er door een ongelukje bloed-op-bloedcontact is, waarbij een virus kan worden overgedragen. In het nieuwe protocol staat dat het niet nodig is maatregelen te nemen als de hoeveelheid hiv in iemands bloed lager is dan 200 kopieën/ml. Zo hoeft niemand meer onnodig bang te zijn om hiv op te lopen of juist over te dragen. Voorheen werd in alle gevallen PEP voorgeschreven, een kuur die kan voorkomen dat je hiv krijgt nadat je risico hebt gelopen. Behandeling van hiv is een belangrijke vorm van preventie geworden. Mensen met hiv, die dankzij hiv-remmers een niet meetbare hoeveelheid virus in hun bloed hebben, kunnen het virus niet overdragen. Het is daarom volgens het Aidsfonds belangrijk dat alle mensen met hiv zich veilig kunnen laten testen en hiv-remmers krijgen. 📄

Bron: www.aidsfonds.nl

Eind daling vaccinatiegraad

Er is een einde gekomen aan de daling in het aandeel kinderen dat de vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma krijgt. Voorlopige cijfers voor jongere kinderen laten zelfs een lichte stijging zien. Dat staat in het rapport *Vaccinatiegraad* en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2018. 92,4 procent van de kinderen heeft op 2-jarige leeftijd de DKTP (difterie, kinkhoest, tetanus, polio-vaccinaties) gehad, 92,9 procent de BMR bof, mazelen, rodehond-vaccinatie. Van de kinderen geboren in 2016 nam 90,2 procent volledig deel aan het Rijksvaccinatieprogramma. Dit betekent dat zij alle vaccinaties volgens het vaccinatieschema hebben ontvangen voor het bereiken van de 2-jarige leeftijd. Positief is dat de voorlopige vaccinatiegraad onder jongere geboortecohorten voor onder andere BMR en DKTP bij zuigelingen in maart 2019 iets hoger ligt dan de voorlopige vaccinatiegraad rond dezelfde tijd vorig jaar. Een hogere vaccinatiegraad verkleint de kans dat in de toekomst ziekten zoals mazelen uitbreken. Het is daarom belangrijk deze ontwikkelingen nauwgezet te blijven volgen. Internationaal gezien is de vaccinatiegraad in Nederland hoog te noemen, met uitzondering van HPV. Dit geldt ook voor het Caribisch deel van het Koninkrijk der Nederlanden. 📄



Studenten gaan preventieve gezondheidschecks in de wijk uitvoeren

Studenten van verschillende gezondheidszorg-opleidingen aan Hogeschool Utrecht gaan gezondheids- en leefstijladviezen geven aan burgers in wijken in de regio Utrecht. Een eerder initiatief in 2018 werd goed onthaald en de aanvragen voor preventieve gezondheidschecks bleven daarna binnenkomen bij de opleidingen. Nu willen de opleidingen het project duurzaam in hun onderwijsprogramma's opnemen. Daarvoor hebben ze ook een Comenius Senior Fellow-beurs van €100.000 gekregen. 📄

Bron: www.trajectum.hu.nl

Meld- en adviespunt Verward Gedrag GGD Fryslân

'Het is mooi te zien hoe betrokken mensen in de wijk zijn'

In diverse regio's in Nederland zijn er meld- en adviespunten waar inwoners en professionals zorgen rondom personen met verward gedrag kunnen melden. Sinds kort ook bij GGD Fryslân waar het meldpunt 24 uur per dag bereikbaar is. Het gaat om situaties die aandacht verdienen, maar niet acuut opgelost hoeven te worden. Wat houdt het precies in, wie bemensen zo'n loket en wat voor telefoontjes komen er binnen? Projectleider van het meldpunt Hendrik Overeinder en sociaal verpleegkundige bij GGD Fryslân Susanne Speerstra vertellen erover.

Tekst:
Paulien
Meijers

Het aantal meldingen rondom personen met verward gedrag stijgt. Zo zijn bij de politie in 2018 in heel Nederland meer dan 90.000 meldingen binnengekomen over verwarde mensen. Dat is een verdubbeling ten opzichte van acht jaar geleden, zo blijkt uit cijfers die dagblad *NRC* opvroeg bij de landelijke politie. Hoe deze toename komt, daar is moeilijk de vinger op te leggen. De meest voor de hand liggende reden is dat er door bezuinigingen in de zorg minder bedden beschikbaar zijn in psychiatrische instellingen, waardoor mensen met een psychiatrische achtergrond vaker gewoon in woonwijken wonen. Verward gedrag kan ontstaan door onderliggende psychiatrische problemen, maar kan ook optreden na bijvoorbeeld een heftige emotionele gebeurtenis, grote zorgen om geld of gezondheid, middelengebruik of complexe problematiek bij mensen met een beperkt cognitief vermogen. Veel van deze meldingen horen echter niet thuis bij de politie. Het gaat dan om telefoontjes met een zorgbehoefte in plaats van dat er een strafbaar feit of een acuut onveilige situatie wordt gemeld. Dat wilden ze in de provincie Friesland beter en slimmer coördineren.

Geen overzicht

'Totdat het meldpunt in werking trad, verschilden de mogelijkheden om zorgen te melden of advies te vragen per gemeente in Friesland heel sterk', legt Hendrik Overeinder, projectleider bij het meldpunt, uit. 'Wijkagenten, gemeenteambtenaren, buurthuizen, sociale wijkteams konden allemaal worden benaderd. Doordat er zoveel verschillende partijen betrokken waren, was er nauwelijks tot geen overzicht van het totaal aan meldingen. Ook werden meldingen soms niet goed geregistreerd of opgevolgd.'

Susanne Speerstra is sociaal verpleegkundige bij GGD Fryslân en is één van de verpleegkundigen die mensen te woord staat als er naar het meldpunt wordt gebeld of gemaïld. Zij vult aan: 'Die slechte registratie ging vaak ten koste van de persoon met verward gedrag terwijl



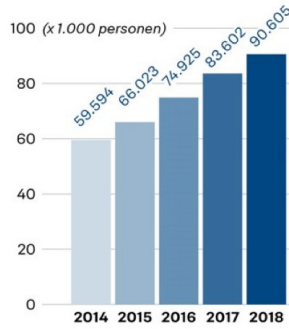
juiste hulp op zo'n moment wel noodzakelijk is. Iemand hoort ook passende vervolghulp te krijgen waardoor je erger voorkomt.' Speerstra doelt hier op crisissituaties.

'Veel van deze meldingen horen niet thuis bij de politie'

Door de week en afwisselend met twee andere sociaal verpleegkundigen, doet Speerstra de triage bij het meldpunt. De sociaal verpleegkundige is al goed bekend met meldingen van vervuiling en verwaarlozing. 'Bij dit meldpunt krijg ik net wat andere telefoontjes. Ik kan mijn ervaring en netwerken hier goed voor inzetten. Ik weet wie ik moet betrekken doordat ik kennis heb van hoe het regionaal geregeld is. Ik weet bovendien per gemeente welke contactpersoon ik moet bellen en ik ken de gezichten van de mensen die de sociale wijkteams bestieren.' Speerstra denkt dan ook dat het belangrijk is om ervaren verpleegkundigen in te zetten bij dit soort meldpunten.

Meer aandacht nodig

Het meldingsproces voor deze kwetsbare groep is dus met dit meldpunt verbeterd. Al kan er nog steeds meer aandacht komen voor het meldpunt. 'Het loopt al goed. Vooral de politie weet ons goed te vinden, maar bredere bekendheid is nog wel nodig. We hebben in mei dan ook actief de media opgezocht en verspreiden onder andere op zoveel mogelijk plekken onze posters en flyers', vertelt Overeinder. 'De omgeving ziet veel. Zo hopen we dat



Bron: www.politie.nl

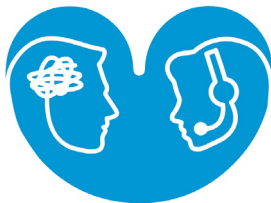
burgers, huisartsen, GGZ en andere professionals ons steeds beter weten te vinden.'

Het meldpunt is 24 uur per dag beschikbaar. Buiten kantooruren wordt de telefoon aangenomen door een zorgcentrale zodat de casus meteen de volgende werkdag kan worden opgepakt door de verpleegkundigen van de GGD. Acute gevallen worden meteen doorgeschakeld naar de meldkamer van 112.

'Soms moeten we sociale wijkteams, woningbouwverenigingen en de thuiszorg weer even activeren'

'Vooral voor politieagenten in de avond- of nachtdienst is het ideaal dat het meldpunt ook buiten kantooruren te bereiken is. Zij kunnen dan zelf tijdens hun dienst nog melding maken. Zouden zij die gelegenheid niet hebben dan moeten ze het overdragen of op een later moment doen. Dat vergroot de kans dat ze het vergeten en het dus niet gedaan wordt,' meent Overeinder.

Regelmatig heeft Speerstra dus de politie aan de telefoon. Het gaat dan om zogenaamde code E33-meldingen. Onder deze noemer registreert de politie overlast veroorzaakt door een verward of overspannen persoon waarbij geen sprake is van een strafbaar feit. Speerstra: 'Deze meldingen komen dus vaak als eerste bij de politie binnen, terwijl ze beter bij ons terecht kunnen komen. Daarom is meer bekendheid van het meldpunt van de GGD bij onder andere de burgers, echt noodzakelijk.'



Meld- en adviespunt
verward gedrag

Beginnende Alzheimer

Volgens Speerstra zijn de binnenkomende telefoontjes onder te verdelen in twee soorten. Bij de eerste gaat het om iemand die nieuw wordt aangemeld. Ze geeft een voorbeeld: 'Neem iemand met beginnende Alzheimer die geen sociaal netwerk om zich heen heeft. Daarvan belt de buurman op. Hij ziet dat de gordijnen van zijn buurvrouw steeds vaker en langer dicht blijven, zij regelmatig verward over straat loopt of in de tuin staat. Bij zo'n melding kijken we wat nodig is om de juiste instanties te betrekken. We kunnen ook zelf op huisbezoek om een situatie goed in kaart te brengen.'

De tweede soort telefoontjes gaan over personen waarbij al instanties zijn betrokken. 'Soms is het bij deze mensen nodig om opnieuw het netwerk aan te spreken. Zo hebben we geregeld overleg met het Flexible Assertive Community Treatment-team van de GGD Fryslân. Dat team biedt ambulante begeleiding aan mensen met ernstig psychiatrische klachten. Zij hebben personen die verward gedrag vertonen vaak al in beeld. Maar soms moeten we ook sociale wijkteams, woningbouwverenigingen en thuiszorginstellingen weer even activeren.'

Overleg met wijkverpleegkundige

Als bijvoorbeeld een buurtbewoner een melding maakt over een verwarde buurman en daar loopt al wijkverpleging rond, dan is het fijn om even met de wijkverpleegkundige te kunnen overleggen. 'Buurtbewoners hebben niet altijd in de gaten wat er "binnenshuis" al gaande is. In verband met de privacy is dit moeilijk terug te communiceren. Wel kunnen we aan de buurman doorgeven dat het is opgepakt. Dat is vaak voor de melder voldoende om het los te kunnen laten. Ze hebben hun ongerustheid kunnen uiten en hier actie in ondernomen.'

In Nederland zijn meerdere meldpunten voor mensen met verward gedrag. Een aantal daarvan is ook in handen van de GGD. De ervaringen in andere regio's zijn over het algemeen zeer positief. 'Wij nemen als meldpunten actief deel aan het landelijk netwerk van GGD GHOR', zegt projectleider Overeinder. 'Zo kunnen we onderling kennis delen en gebruik maken van elkaars ervaringen.'



De discussie die nu woedt gaat over de invoering van een landelijk telefoonnummer. Daar was Onno Hoes, voorzitter van het reeds opgeheven landelijk Schakelteam Personen met verward gedrag, voorstander van. Overeinder ziet daar echter de meerwaarde niet van in. 'Melders moeten dan worden doorgeschakeld naar lokale meldpunten. Op dit moment zijn er zoveel verschillen per gemeente en provincie in de organisatiestructuren, dat dit vrijwel onmogelijk is. Het is volgens mij veel prettiger als mensen meteen een lokale organisatie aan de telefoon krijgen. In Friesland kunnen ze ook nog eens in hun eigen taal, het Fries, hun verhaal doen. Dat is pas met recht een echte meerwaarde.'

Sociale controle

En natuurlijk is er de kracht van het netwerk van de ervaren sociaal verpleegkundige. Speerstra geeft weer een voorbeeld: 'Onlangs belde er een oudere man die zich zorgen maakte over zijn buurvrouw die zichzelf en haar huis verwaarloosde. Hij had ook last van de vervuiling rondom de woning maar dat ruimde hij elke keer zelf wel een beetje op. Hij maakte zich vooral zorgen om de toestand van zijn buurvrouw die zelf niet open stond voor contact met hem. Het is mooi te zien hoe betrokken mensen in de wijk zijn.' Toen Speerstra vervolgens een rondje ging bellen, bleek het sociale wijkteam de buurvrouw gelukkig al te kennen. 'De woningbouwvereniging en verschillende professionals bleken al betrokken bij deze buurvrouw. Meneer had dit echter nog niet meegekregen. Daarmee was het voor hem ook voldoende afgerond en was hij gerustgesteld.'

Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg

Het meldpunt is voor dit jaar een pilot (met subsidie van ZonMw) en zal aan het eind van het jaar worden

geëvalueerd. 'We zijn nog in overleg met gemeenten met betrekking tot de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGGZ) die per 1 januari 2020 ingaat. Gemeenten worden verplicht om meldingen in ontvangst te nemen en verkennend onderzoek in te zetten om te beoordelen of er verplichte zorg kan/moet worden ingezet. Gemeenten kunnen ons meldpunt gaan gebruiken om deze meldingen binnen te laten komen. Hoe dat allemaal vorm gaat krijgen, is nog even afwachten.'

Tot nu toe is projectleider Overeinder positief over het meldpunt. Of het een succes wordt en blijft is volgens hem niet af te lezen in cijfers. 'We kunnen nu al aantonen dat we door vroegsignalering in bij ons gemelde situaties, mogelijke overlast, maatschappelijk leed of zelfs escalatie hebben voorkomen. We monitoren deze inzet overigens ook om terugval te voorkomen. Daarmee hebben we bijgedragen aan het leveren van passende zorg bij de cliënt. En dat is uiteindelijk waar het allemaal om draait.' 📞

Bel 0800 1771

of kijk op ggdfryslan.nl/verwardgedrag

Bij zorgen over iemand met verward gedrag



Scan met de camera van je smartphone om snel naar de website te gaan.



Paulien Meijers is verpleegkundige infectieziektebestrijding bij GGD Fryslân en redacteur van Tijdschrift M&G

Wijkverpleegkundige Renee Meuwissen:

'Ik ben helemaal op mijn plek in de wijk'

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal wijkverpleegkundige (26) Renee Meuwissen. Ze werkt sinds november 2018 bij Envida in Maastricht. 'Ik maak me bij elke cliënt hard voor zelfredzaamheid.'

Waarom koos je voor wijkverpleegkundige?

'Ik heb mijn stages voor de hbo-v in het ziekenhuis gedaan. Toen ik bijna klaar was zei een collega tegen mij: "Renee, de wijkverpleging is echt wat voor jou."

Nadat ik daar wat over had gelezen en er met diverse mensen over heb gepraat, was ik om. Voor mijn studie hbo-v studeerde ik toegepaste psychologie. Daar kon ik vrijwel niets mee in het ziekenhuis, maar des te meer in de wijk omdat je daar veel te maken hebt met begeleidingsvraagstukken.'

Wat bedoel je met begeleidingsvraagstukken?

'Ik heb nu een cliënt van 70 in zorg met een verstandelijke beperking. We komen zijn ogen druppelen en we helpen hem met de ADL. Maar gaandeweg regelen we nu ook via de Wet langdurige zorg dat hij begeleid



niet kunnen. Dat is een heel ander uitgangspunt. Die omslag is nog bij veel cliënten niet gemaakt. Maar als blijkt dat een cliënt door deze manier van zorg bepaalde zaken weer zelf kan, daardoor zijn kwaliteit van leven weer omhoog schiet en vitaler wordt, zijn ze uiteindelijk regelmatig erg trots op

zichzelf. Neem een cliënt met COPD. Die kun je alles uit handen nemen, maar je kunt ook pauzes inlassen zodat de cliënt toch bepaalde handelingen zelf kan blijven doen. Maar daar zijn soms wel heel lastige gesprekken aan vooraf gegaan.'

Waar sta je over vijf jaar?

'Naast dat ik gegroeid ben in het vak wijkverpleegkundige, wil ik me op termijn gaan specialiseren. Waarin weet ik nog niet. Ik wil niet stil blijven staan, het vak is immers altijd in ontwikkeling. Wel weet ik zeker dat ik goed op mijn plek zit in de wijkverpleging.'

'Niet alle cliënten zijn even blij met die nadruk op zelfredzaamheid'

kan gaan wonen. En proberen we zijn zelfstandigheid te vergroten. Nu, na een paar maanden zien we dat hij zelf kan douchen als wij er maar bij zijn. Je pakt dus het hele pakket op en houdt het niet bij het druppelen van zijn ogen. Dat is hoe de zorg er nu uit moet zien: iemand zo lang mogelijk zelfstandig houden op het gebied van zorg, wonen en welzijn. Daar zijn overigens niet alle cliënten even blij mee.'

Welke cliënten zijn niet blij met zelfredzaamheid?

'Sommige cliënten zijn al jarenlang in zorg. Zij hebben het gevoel dat ze iets ontnomen wordt. Ze roepen dan vaak: "Ik heb recht op zorg!" Wij leggen ze dan uit dat ze gebruik mogen maken van de zorg en dat we moeten uitgaan van wat ze nog wel kunnen in plaats van wat ze

BIO

Naam: Renee Meuwissen

Werkt bij? Envida in Maastricht

Opleiding: Hbo-v Hogeschool Zuyd

Is goed in? 'Ik hoor terug van collega's dat als ik een bepaalde visie voor ogen heb, ik die ook nastreef. Zo maak ik me bij elke cliënt hard voor zelfredzaamheid.'

Minder goed in: 'Als ik mijn visie nastreef schiet ik daar wel eens in door, waardoor ik sommige zaken een beetje uit het oog verlies.'

Tekst: Marieke Rijsbergen

Promotie-onderzoek E-communicatie in de eerstelijnsgezondheidszorg

Rolien de Jong: 'Implementatie van e-health is in de praktijk zeer complex'

'Het leven boven de ziekte uit tillen.' Dat is de quote die de loopbaan van Rolien de Jong (63) typeert. De Jong begon ooit als wijkverpleegkundige, kwam daarna als projectleider terecht in diverse innovatieprojecten over e-health met als kers op de taart haar promotie-onderzoek over e-communicatie in de eerstelijnsgezondheidszorg in 2018. Tijdschrift M&G neemt je mee in haar verhaal.

*Tekst:
Rosanne
Steensma*

De Jong is een visionair en innovator. Al in 1988 schreef ze met een vooruitziende blik een paper over de papierwinkel in de wijk. 'Internet kwam net om de hoek kijken en ik dacht, wat zou het toch mooi zijn om een winkel in de wijk te beginnen waar mensen naartoe kunnen komen met vragen', vertelt De Jong. 'En dat de antwoorden dan allemaal digitaal voor ze opgezocht konden worden. Daar ontstond eigenlijk het begin van de gedachte aan e-communicatie.'

Dichter bij mensen staan

En vanuit die gedachte begon De Jong in 2003 bij zorgorganisatie Meavita met het ontwikkelen van een e-communicatiesysteem. De Jong: 'Ik dacht, als je de behoefte van mensen beter wilt vervullen, moet je dichter bij de mensen gaan staan. En wat hebben alle mensen? Een tv, een afstandsbediening en ze weten ermee om te gaan. Dus waarom de tv niet gebruiken als communicatiemiddel?' De Jong ging samen met haar team aan de slag en beeldbellen via de televisie was een feit. 'Uiteindelijk vind ik het nog steeds een van de beste systemen ooit bedacht.'

Voor twee specifieke patiëntgroepen - de COPD- en diabetespatiënten - werd besloten de Healthbuddy (Sana-net) te implementeren in het systeem. Daarmee werd de gezondheidstoestand van patiënten dagelijks gemonitord via korte gevalideerde vragenlijsten die zij elke ochtend invulden. De vragen gingen onder meer over slapen, eten, drinken, symptomen, klachten et cetera. De antwoorden kwamen vervolgens terecht bij een gespecialiseerd verpleegkundige en diëtist. Zij konden met deze gegevens zien of een cliënt in het groen, oranje of rood terecht kwam. 'Bij rood moest er acuut iets gebeuren', legt De Jong uit. 'Vaak is het zo dat er per dag van de honderd patiënten bijvoorbeeld twee rood waren. Dit systeem was voor de verpleegkundige heel overzichtelijk en voor de patiënt heel geruststellend. Want die wist dat er elke dag naar de vragen gekeken werd.'

Verpleegkundigen erg gemotiveerd

Helaas stopte de doorontwikkeling van dit systeem omdat in 2009 Meavita failliet ging. Maar het onderwerp e-health liet De Jong niet los. 'Wat mij opviel was dat de meeste verpleegkundigen, maar ook de participerende cliënten,



erg gemotiveerd waren om e-health in te zetten. Ze meenden dat het beter was voor de cliënt. Terwijl er in de buitenwereld, bij managers en financiers, veel negatieve geluiden waren over de trage opschaling van e-health. Het zou onpersoonlijk zijn en de zorg uithollen. Maar de verpleegkundigen zagen het meteen als een verbetering.' Via de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg ging De Jong vervolgens onderzoek doen naar e-health in verpleegkundige praktijken.

'Neem de gehandicapten-nachtzorg. Verpleegkundigen deden elke twee uur een ronde in de nacht, maar misten daardoor vaak epileptische insulpen omdat ze met de ronde bezig waren. Als iemand uit bed viel vlak nadat ze geweest waren, dan lag die soms twee uur lang op de grond. Er kwamen toen camera's en bewaking via sensoren. De rondes konden worden afgeschaft. Hierdoor kon er met veel minder mensen effectievere zorg geboden worden die ook nog eens minder geld kostte.'

Promoveren bleek een logische stap. Het waren drie actuele zaken die haar uiteindelijk over de streep trokken. De Jong: 'Ten eerste de toename in digitalisering en dus de nieuwe mogelijkheden in het toepassen van e-health. Met daarbij meteen de kanttekening dat we nog te weinig wisten over die digitale zorg. Ten tweede werd duidelijk dat er een tekort zou komen aan verpleegkundigen, dus dat er een efficiëntieslag gemaakt zou moeten worden om dit tekort het hoofd te bieden. Ten derde zagen we een verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Zorgverleners krijgen in deze een andere rol waardoor er meer verantwoordelijkheid bij de cliënt zelf komt te liggen.'

Overdracht kwetsbare ouderen

De insteek van haar promotieonderzoek was de toepassing van e-health in de medicatie- en verpleegkundige overdracht. De Jong: 'We kregen signalen vanuit heel de regio Den Haag dat transmurale veiligheid een belangrijk

ontwikkelthema kon zijn voor onderzoek. Met name waar het ging over de overdracht van kwetsbare ouderen met meerdere zorgverleners. Overdrachten waarin de medicatie niet klopt, of waarbij een cliënt na kantooruren wordt opgenomen en in het dossier nergens te lezen is dat hij

'E-communicatiemiddelen kunnen veelbelovend zijn'

of zij lijdt aan dementie.' Uiteindelijk voerde De Jong meerdere onderzoeken uit naar de effectiviteit van verschillende e-health communicatietools voor de overdracht en communicatie binnen de eerstelijnszorg. 'Vanuit deze onderzoeken werd duidelijk hoe complex implementatie van e-health in de praktijk kan zijn.' Als voorbeeld noemt ze een onderzoek naar het Pointdossier, de digitale verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar wijkverpleging. De Jong: 'Ons idee was om aan dit Pointdossier een patiëntenportaal te koppelen zodat dit ook naar de cliënt gaat. Na invoering bleek uiteindelijk maar één patiënt het gekregen te hebben. De reden was dat bij opname niet standaard naar e-mailadressen gevraagd werd waardoor er geen dossier opgestuurd kon worden. Daarnaast bleek dat er op het moment van ontslag te weinig tijd was voor de verpleegkundige om te zien of een patiënt geschikt zou zijn voor dit systeem. Was dit het geval, dan moest de verpleegkundige de patiënt toestemming vragen om deelname aan het onderzoek en hem of haar vervolgens een gebruikersnaam en wachtwoord meegeven. Allemaal stappen die teveel tijd kostten waardoor het te ingewikkeld werd om het dossier in de praktijk te implementeren.'

Multidisciplinair communicatiesysteem

De Jong ging ook aan de slag met een app met een multidisciplinair communicatiesysteem. Bij sommige cliënten lopen in de thuisituatie heel wat hulpverleners



Onderzoek

rond. Neem een man van 90 jaar die alleen thuis woont, diabetes heeft en een wondje aan zijn been. Daarnaast is hij een beetje vergeetachtig en heeft prostaatkanker. Dan kan het zo zijn dat een huisarts, diabetesverpleegkundige, diëtist, oogarts, apotheker, tandarts, wondbehandelaar, thuiszorg, oncoloog, casemanager en mantelzorgers betrokken zijn. Dit systeem moest bij dit soort cliënten de communicatie tussen verschillende disciplines verbeteren en meer overzicht en communicatiemogelijkheden bieden wat betreft het maken van afspraken en zorgplannen. De Jong: 'Waar we uiteindelijk tegenaan liepen is dat de bestuurders het allemaal wel wilden maar onvoldoende hun managers en medewerkers faciliteerden. Er was veel onduidelijkheid of het nou wel of niet ingevoerd en gebruikt moest worden waardoor sommige disciplines wel meededen en andere weer niet. Bij de helft van de cliënten met dementie zat de huisarts er bijvoorbeeld niet op, wat natuurlijk erg gek is bij zo'n doelgroep. Helaas werd met het gebrek aan deelnemende disciplines het hele doel van het systeem niet gehaald.'

Veelbelovend

De Jong concludeert dat haar onderzoek zeker heeft laten zien dat e-communicatiemiddelen veelbelovend kunnen zijn. 'Het biedt oplossingen die wij als mensen onderling niet kunnen bieden en je ziet dat er stiekem al best veel mogelijk is. Gebrek aan techniek of aan draagvlak bij cliënten en mantelzorgers is niet het probleem, wel moet er meer aandacht komen voor gedragsverandering bij zorgverleners.' En ook meer aandacht voor het gezamenlijk ontwikkelen van etiquette voor het gebruik van e-health, ofwel het creëren van nieuwe normen en waarden als het gaat om onderlinge samenwerking met behulp van nieuwe e-communicatiemiddelen. Als voorbeeld noemt ze afspraken over bereikbaarheid en coördinatie. 'Spreek af dat als je een bericht stuurt, of je antwoordt, wie er antwoordt, hoe je beantwoordt en hoe snel doe je dat. Er zitten

nu nog geen menselijke waarden in zo'n systeem.' De Jong ziet voldoende kansen voor vervolgonderzoek. De Jong: 'Ik denk dat bij de ontwikkeling en implementatie van nieuwe e-communicatiemiddelen de nadruk moet liggen op een samenwerking tussen enerzijds de ontwikkelaars en anderzijds de mensen die er in de praktijk mee om moeten gaan: zorgverleners en cliënten of mantelzorgers. We moeten ons met onderzoek richten op de effectiviteit van deze tools op gezondheid en zorg, binnen een leeromgeving waar je leert van de ervaring die je in de praktijk opdoet, maar daarna ook de tijd hebt om dingen te verbeteren'. Ze hoopt nog dit najaar in samenwerking met het expertisecentrum e-health NICTIZ een leidraad over implementatie en evaluatie van e-health-apps te publiceren.

De toekomst van e-health

Op de vraag wat verpleegkundigen kunnen doen om hun zorg te verbeteren door middel van e-health antwoordt De Jong: 'Het gaat eigenlijk om je werk als verpleegkundige en niet eens per se om e-health. Probeer opnieuw te kijken naar je zorgprocessen, zoals bijvoorbeeld bij de nachtverpleegkundigen in de gehandicaptenzorg. Zoals ik het nu doe, kan dat beter? En neem daar een standpunt over in. Neem het management daarin mee, probeer kennis op te doen, hoe is mijn cliënt meer tevreden, heb ik meer ondersteuning nodig, wat werkt er wel en wat werkt er niet? En kijk ook naar verschillen per patiëntengroep.' Ze neemt beeldbellen als voorbeeld: 'Als een cliënt een indicatie heeft voor één uur contactmoment in de week, wat gaat dan het beste helpen? Als jij daar één keer per week koffie gaat drinken of als je elke ochtend vijf minuten even kort inbelt. Ik vind het mooi dat verpleegkundigen er met hart en ziel voor de cliënt willen zijn, maar het hoeft niet altijd per se fysiek.' Daar van tevoren eens goed over nadenken, kan bij heel wat verpleegkundigen veel opleveren.' 🍷

Rosanne Steensma is wijkverpleegkundige en junior onderzoeker bij VU Medisch Centrum



Scheepsinspecties van infectieverpleegkundigen M&G in de havens

Zingende bemanning en touwladders

Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid (M&G) zijn er in alle soorten en maten. Wat te denken van verpleegkundigen M&G die in de havens werkzaam zijn en scheepsinspecties uitvoeren? Ieder internationaal varend schip moet namelijk een geldig Ship Sanitation Control Exemption Certificate (SSCEC) hebben dat zes maanden geldig is. Als een schip aan alle eisen voldoet, krijgen ze ter plekke het certificaat. In Nederland zijn er zestien havens waar deze inspecties worden uitgevoerd. Verpleegkundigen M&G en deskundigen infectiepreventie Ernesto Jones en William Wezenbeek doen dat in de havens van Vlissingen en Terneuzen.

‘Het begint allemaal met een melding van de scheepsagent per mail dat een schip geïnspecteerd moet worden’, zo vertellen William Wezenbeek (55) en Ernesto Jones (55). De twee verpleegkundigen doen dit werk al elf jaar voor GGD Zeeland. En naar volle tevredenheid. Voor deze functie volgden ze beiden diverse opleidingen van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV). Ze werken samen drie dagen per week aan de scheepsinspecties en de rest van de week in andere disciplines als verpleegkundigen infectieziektebestrijding. Alle schepen hebben een identificatienummer, het zogenaamd IMO-nummer. Wezenbeek: ‘Online kunnen we met een Vessel Tracker kijken waar het schip zich

bevindt. Dat kan een olietanker maar ook een cruiseschip zijn. Met de scheepsagent spreken we af wanneer we de inspectie gaan uitvoeren en waar het schip gaat aanmeren. Soms weten we al dagenlang van te voren dat we een inspectie moeten doen, maar soms kan dat ook binnen enkele uren zijn. Dus je moet wel tegen flexibiliteit kunnen.’

*Tekst:
Caroline
Verdonk*

‘Soms zie je in het medisch logboek bijzondere dingen’

Zomaar aan boord stappen zit er vaak niet in. ‘Regelmatig moeten we een hele serie aan veiligheidsmaatregelen doorlopen’, vertelt Jones. ‘Om toegang te krijgen tot sommige bedrijven in het havengebied moet een veiligheidsinstructie worden gevolgd. Je moet dan weten hoe te handelen in onveilige situaties; waar mag je echt niet komen als bezoeker, waar is de verzamelplaats in geval van een noodsituatie, hoe werken de toegangspasjes. Dit regelen we vooraf online, vaak door het volgen van een korte e-learning en een toets, zodoende hebben we toegangstoestemming voor dat specifieke bedrijf in de haven.’

Daarnaast hebben de inspecteurs persoonsbescherming, schoenen met stalen neuzen, helm, veiligheidsbril, handschoenen en een fluorescerend warm jack van de GGD met namen erop, een reddingsvest en een rugzak van circa tien kilo mee met hun laptop, printer, (certificaat)papier, stempels en nog vele andere zaken.

Check op zwembaden

Eenmaal aan boord controleren de inspecteurs diverse items in het schip in vier verschillende ruimtes. Dat zijn de kombuis en voedselvoorziening, de pantry en opslagruimten, het vrachtruim en tenslotte in de verblijven van bemanning en officieren. Jones: ‘We komen in alle



William Wezenbeek op een schip tijdens een inspectie

ruimten van het schip tijdens de inspectie en controleren die aan de hand van een internationaal vastgestelde lijst. De World Health Organisation (WHO) stelde deze inspectie-items op, het Landelijk Centrum voor Hygiëne en Veiligheid (LCHV) vertaalde ze naar de Nederlandse situatie. Zo worden alle inspecties in Nederland op dezelfde manier en op dezelfde inspectie-items beoordeeld.

'Mijn eigen veiligheid staat voorop. Als er te veel wind staat, ga ik niet'

Een inspectie aan boord duurt ongeveer 1,5 uur. Wezenbeek: 'We checken bijvoorbeeld het drinkwater, afvalvoorziening, legionellaplannen, medische voorzieningen en eventuele zwembaden. Deze items worden geïnspecteerd in de verschillende ruimten om te zien of er kans is op infectie of besmetting. Denk aan voedselinfecties, legionellabesmetting of antibiotica-resistentie. De WHO wil namelijk niet dat infectieziekten door middel van schepen worden verspreid van het ene land naar het andere land.' Als blijkt dat het schip aan alle eisen voldoet, printen Wezenbeek en Jones terplekke het certificaat uit, het Ship Sanitation Control Exemption Certificate (SSCEC).

Gebreken

Het komt ook voor dat er bij een schip na controle ernstige of talrijke gebreken zijn geconstateerd.



Waarom deze inspecties?

Door de toename van internationaal verkeer kunnen infectieziekten zich sneller en gemakkelijker verspreiden. De SARS-epidemie in 2003 was de directe aanleiding voor de World Health Organisation (WHO) om de International Health Regulations (IHR) te vernieuwen. In Nederland is de IHR opgenomen in de Wet Publieke Gezondheid. In deze IHR staat dat het Ship Sanitation Control Certificate (SSCC) verplicht aan boord moet zijn van internationaal varende schepen. De inspecties worden uitgevoerd op basis van de gestelde eisen door de World Health Organisation (WHO).

In 2016 heeft de GGD Zeeland 181 inspecties uitgevoerd op zeeschepen, in 2017 263 inspecties en in 2018 in 336 inspecties. Landelijk werden in totaal in 2016 2.424, in 2017 2.471 en in 2018 2.600 inspecties uitgevoerd. Als een schip aan alle eisen voldoet ontvangen zij ter plekke het Ship Sanitation Control Certificate (SSCC). Dit certificaat is zes maanden geldig en wordt in alle havens ter wereld geaccepteerd. Er zijn zestien havens in Nederland waar deze inspecties worden uitgevoerd. Tevens op Bonaire en Sint Eustatius. De havens van Terneuzen en Vlissingen (samen met de haven van Gent, gezamenlijk de 'North Sea Port' genoemd) zijn gelegen langs beide oevers van de Westerschelde en zijn via de Noordzee bereikbaar voor de wereldwijde scheepvaart. Jaarlijks varen 8.700 zeeschepen het havengebied binnen om goederen te laden en te lossen.

Er zijn er 49 SSC-inspecteurs in Nederland werkzaam, verdeeld over negen GGD'en. Dit zijn: Dienst Gezondheid & Jeugd, GGD Amsterdam, GGD Fryslân, GGD Groningen, GGD Hollands Noorden, GGD Kennemerland, GGD Rotterdam-Rijnmond, GGD West-Brabant en de GGD Zeeland.

Dan krijgt het schip een Ship Sanitation Control Certificate (SSCC), maar ook een termijn van zes maanden om de tekortkoming in orde te maken. Dit kan bijvoorbeeld zijn als ze de controle op het drinkwater niet kunnen overleggen, verkeerde desinfectiemiddelen voor drinkwater hebben of er zijn onhygiënische omstandigheden in de keuken. 'Het is dan een opeenstapeling van fouten waardoor wij het juiste certificaat niet mogen afgeven', legt Jones uit. 'We hebben geleerd om bij gevoel van bedreiging de inspectie per direct af te breken en van boord te gaan. Dit hebben we gelukkig nog nooit meegemaakt.'

'Elk schip heeft een eigen karakter'

Items waar op geïnspecteerd wordt, zijn dus divers. 'Maar ook elk schip heeft een eigen karakter. Ieder schip is anders qua grootte en anders in faciliteiten voor het aantal opvarenden. Een grote olietanker kan minder bemanningsleden bevatten dan een kleiner cruiseschip. Het type belading is ook verschillend. Op een olietanker bijvoorbeeld, voelt ongedierte zich niet thuis. In de grote cargoschepen vol met bijvoorbeeld granen of mais, voelt ongedierte zich erg op zijn gemak. Het is dus belangrijk om tijdens de inspectie je bewust te zijn met wat voor schip en belading je te maken hebt om de risico's goed te kunnen inschatten.'

Antibioticaresistentie

Het leukste aan zijn job vindt Wezenbeek het internationale aspect. 'Dan zit je weer op een Amerikaans cruiseschip, dan weer op een Russische olietanker. De voertaal is Engels op de schepen. We zien schepen onder allerlei vlaggen voorbij komen; Filipijnse, Chileense, Russische schepen. Dan merk je vaak dat alleen de kapitein Engels spreekt en is het lastig communiceren met de bemanning. Er zijn zeker ook cultuurverschillen. In de ene cultuur lijkt het alsof onze adviezen en eisen goed ontvangen worden maar bij een weerwoord verandert de sfeer totaal. In een andere cultuur is de kapitein heel meegaand en weer anderen willen een uitgebreide argumentatie om van te leren.' Jones lacht: 'Kortom, we moeten van vele markten thuis zijn.'

Omdat Wezenbeek al elf jaar in het vak zit, ziet hij verbeteringen optreden. 'Neem de controle op drinkwaterkwaliteit. Daar zijn nauwelijks meer discussies over, terwijl in het begin de kapitein het onzin vond het drinkwater frequent te testen op verontreinigingen. Dat blijft toch wel goed, was toen de gedachte. Nu zien ze daar de noodzaak wel van in.'

Waar Wezenbeek de laatste jaren veel gesprekken over aangaat is antibioticaresistentie. Schepen zijn wekenlang onderweg en hebben eigen medische voorzieningen aan boord, zoals antibiotica. 'Soms zie je in het medisch logboek bijzondere dingen. Zo zag ik eens dat er aan twee bemanningsleden heel lang een antibioticum werd voorgeschreven voor steenpuisten. Hierbij heb ik de kapitein duidelijk gemaakt dat dit antibioticum waarschijnlijk niet meer werkt omdat de bacterie resistent is geworden. Je adviseert de kapitein dan om contact op te nemen met een medische dienst.'

Het meest extreme wat Wezenbeek ooit heeft opgemerkt in een medisch logboek, is dat het voltallige 20-koppige bemanning preventief amoxicilline kreeg. 'De rederij had besloten om periodiek iedereen antibiotica te geven om ziekte aan boord te voorkomen. Dan leg je de bemanning toch maar even uit hoe antibiotica werkt.'

Vrijheid

Jones: 'Ik ben keukens laden vol met gereedschap tegen gekomen. Dat hoort toch echt niet in de keuken. Een andere keer heb ik met de bemanning gezocht naar het woord kakkerlak in het Russisch. Uiteindelijk kwamen we zingend bij de het lied La Cucaracha uit en prompt zagen we een kakkerlak op de muur lopen.' Als Jones aan het werk is tijdens de scheepsinspecties, heeft hij een bepaald gevoel van vrijheid. 'Het geeft mij een goed gevoel als alles op een schip in orde is, als ik een goed gesprek kan voeren met de kapitein en dat ze weten waar ze mee bezig zijn. Het is soms wel span-



nend omdat we met een klein bootje naar het varende schip varen en we met touwladders aan boord moeten klimmen. Soms waait het hard buitengaats. Mijn eigen veiligheid staat voorop. Als ik daarover twijfel, dan ga ik niet. Volgende dag weer een dag, denk ik dan.' ❧

Caroline Verdonk is beleidsmedewerker bij Allévo. Daarvoor was zij verpleegkundige maatschappij & gezondheid infectieziekte bestrijding bij GGD Zeeland en Ambassadeur Openbare Gezondheidszorg. Ze schreef dit artikel in het kader van het ambassadeurs traject dat zij volgde in 2018.

Afscheidsinterview met Marjan Wiegman

'Uit je comfortzone komen bij het Ambassadeurstraject'

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 staat Marjan Wiegman centraal. Zij stond aan de wieg van het Ambassadeurstraject van de wijk- en dementieverpleegkundigen. Afgelopen juni nam ze daar afscheid van. Een gesprek over het groeiende zelfvertrouwen van de wijkverpleegkundige, zorgverzekeraars die geen boemannen zijn en wat zij zou doen als ze minister van Volksgezondheid was.

Tekst:
Hellen
Kooijman

Zo'n zeven jaar geleden kwam het Ambassadeurstraject voor de wijkverpleegkundigen in het toch al drukke leven van Marjan Wiegman. 'Ik heb niet meegedaan aan de ontwikkeling ervan', zegt ze op een snikhete woensdagmorgen in haar huis in Muiderberg, onder de rook van Amsterdam. 'Dat waren Johan Lambregts (van Bureau Lambregts adviesbureau in de gezondheidszorg, red.), Hanneke Hillman (voormalig directeur van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, red.) en Mariska de Bont (beleidsmedewerker V&VN, red.). Maar ik was wel procesbegeleider.' Die rol nam Wiegman al eerder in bij het zogeheten ORION Leiderschapsontwikkelingstraject, eigenlijk de eerste leergang die gefocust was op leiderschap. 'Daar namen verpleegkundigen uit alle verschillende gremia aan deel. Ziekenhuizen, GGZ, de wijk, jeugd, alles.' Wiegman werd dus procesbegeleider bij het Ambassadeurstraject van de wijkverpleegkundigen. Een paar jaar later kwamen daar de dementieverpleegkundigen bij.

Wat leerden de ambassadeurs van jou?

'Ik focus op het leren leren. En vooral op: leer mij het zelf doen. Ik focus niet op afleren, maar juist op iets nieuws leren. Want afleren is vaak een vruchteloze missie. Dat lukt nooit.' Ze kan nogal confronterend zijn, zegt ze van zichzelf. Maar op een milde manier. En dat werkt tijdens de Ambassadeurstrajecten. Ik vind het belangrijk dat mensen tijdens zo'n leertraject uit hun comfortzone komen. Zo vinden veel wijk- en dementieverpleegkundigen het nog altijd moeilijk om aan hun manager te vragen of ze mee mogen naar de zorgverzekeraar. Dan moeten ze zich namelijk laten horen en hun deskundigheid tonen. Wijkverpleegkundigen zijn leergierig en hebben een groot reflectief vermogen maar zijn vaak veel te bescheiden.

Ze hebben veel zelfvertrouwen als het gaat om hun patiënten, maar niet als het gaat om managers. Daar kijken ze toch tegen op. 'Wat ik vaak hoor is: "Ik word niet gevraagd."' En dan geef ik aan: daar moet je ook niet op

'Wijkverpleegkundigen zijn leergierig en hebben een groot reflectief vermogen maar zijn vaak veel te bescheiden'

zitten wachten, want dat gaat namelijk nooit gebeuren. Wat je wel moet doen is leren hoe jij jezelf kunt neerzetten en hoe jij dat dan voor elkaar gaat krijgen. Dat vinden veel ambassadeurs eng. Soms zet ik zo'n situatie in scene. Dan gaan we het ter plekke oefenen. Daarna is er nog een feedbackmogelijkheid.'

Is het Ambassadeurstraject van de wijk- en dementieverpleegkundigen succesvol?

'Zeker. Ik kan echt als een oude schooljuf iemand zien binnenkomen en weggaan en zien hoeveel ontwikkeling iemand heeft meegemaakt. Ik zie dat cursisten zelfbewuster worden door het traject, meer staan voor hun vak en geleerd hebben andere bronnen bij zichzelf aan te boren. Ze zien bijvoorbeeld dat het financiële kader ook heel interessant is en dat het een link heeft met de wijkverpleegkunde. Dat de zorgverzekeraars geen boemannen zijn. Maar dat je die nodig hebt in de samenleving. Specifiek zeer succesvol vond ik de actie *Meer zorg, minder papier* eind 2017 van Caroline Smeets, ook een van de wijkambassadeurs, een landelijke actiedag vanuit



de V&VN voor het terugdringen van de registratielast in de zorg. Smeets ging bovendien over dit onderwerp in conclaaf met minister van Volksgezondheid Hugo de Jonge. 'Een mooi voorbeeld van Ambassadeurschap.'

Zal het Ambassadeurstraject voor de wijk- en dementieverpleegkundigen altijd blijven bestaan?

'Voorlopig zeker nog wel. Het zevende traject is inmiddels van start gegaan. Daar was veel animo voor. Vanwege het succes van het traject bij de wijkverpleegkundigen zijn er ook Ambassadeurstrajecten voor de jeugd- en ogz-verpleegkundigen van start gegaan. Inmiddels is de derde groep gestart. Ook die is succesvol.' Door het aantal aanmeldingen is te zien dat de Ambassadeurstrajecten voorzien in een behoefte.'

Wat zou je doen als je een dag minister van Volksgezondheid mocht zijn?

'Ik zou al die thuiszorgorganisaties onmiddellijk saneren. Soms komen wijkverpleegkundigen in de ochtend bij een serviceflat voor ouderen en dan staan daar tien van die autootjes van verschillende wijkzorgorganisaties geparkeerd. De marktwerking is wat dat betreft helemaal doorgesloten. Daar moet je iets aan doen. Een thuiszorgorganisatie van de staat invoeren, gaat wat ver. We hoeven niet terug naar het Witte Kruis. De marktwerking moet wel blijven. Maar ik zou saneren door heel strenge eisen te stellen als je zo'n organisatie wilt opzetten. Want nu kan in feite iedereen dat. Verder zou ik ze verplichten om veel meer samen te werken. Het moet meer gaan om kwaliteit dan om lage kosten. Oh en ja, de salariering mag ook beter en creëer meer goede mogelijkheden voor zij-instromers. Want dit is tot nu toe een gemiste kans.'

Aan tafel met...

Een fraaie loopbaan

Op haar zestiende werd Marjan Wiegman aspirant-leerlingverpleegster in het Wilhelmina Gasthuis. 'Niet omdat ik aspiraties had om de mensheid te redden en zuster te worden, maar omdat ik er 50 gulden in de maand mee kon verdienen. Ik kwam uit een heel anarchistisch links gezin en wij kregen geen zakgeld.' Daarna ging ze de A- en B-opleiding doen en haalde ze haar kraamaantekening. Ze was een paar jaar praktijk – en theorie docente. 'En toen dacht ik, ik vind het een leuk vak maar als ik er verder in wil komen moet ik zorgen dat ik bovenin de organisatie kom. Van beneden naar boven trappen, dat zet geen zoden aan de dijk.' Ze deed toen twee jaar de hogere opleiding voor verpleegkundige. 'Die opleiding is er nu niet meer. Je werd er opgeleid voor manager en leidinggevende.'

Daarna zat ze 6 à 7 jaar in de sectorleiding van de verplegingsdienst van het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam. 'Dat was samen met Hanneke Hillman. Die was toen hoofd.' Om vervolgens een gestalttherapie trainersopleiding te gaan doen. 'Ik vond als sectorhoofd in het Wilhelmina Gasthuis het coachende, begeleidende en supervisie het leukst, vandaar die opleiding.' Toen werd de afdeling opleiding leiderschap in de verpleging opgezet. Wiegman werkte daar een jaar of acht. 'Daar' dat was uiteindelijk het AMC, want het Wilhelmina Gasthuis ging daar in op. 'Die fusie gaf heel veel samenwerkingsvragen en perikelen.' Toen ze 40 was, begon ze voor zichzelf: Marjan Wiegman, opleidingen en supervisie. Ze coachte jaren mensen in de verpleegkundige gezondheidszorg, in het begin vooral verpleegkundige teams waar ontwikkeling of andere communicatiemethodes nodig was of samenwerking. Zo gaf ze supervisie aan aidsverpleegkundigen in het Wilhelmina Gasthuis. En supervisie aan opleidingen. Zeven jaar geleden begon ze als procesbegeleider bij het Ambassadeurs-traject voor de wijk- en dementieverpleegkundige van V&VN M&G. Marjan Wiegman is 74 jaar oud.

De laatste jaren ligt er veel nadruk op de zelfredzaamheid van de cliënt. Wat vind je daarvan?

'Dat vind ik een goede ontwikkeling. Het is goed om met je handen op je rug te kijken wat er nodig is. Waar je wel input kunt leveren en waar mensen het zelf kunnen. Het is natuurlijk heel lang ontzettend pampere geweest. Maar in een aantal zaken is die zelfredzaamheid ook een beetje doorgeslagen. Ik vind dat oude mensen met dementie nog te lang alleen wonen. Dan moet je niet te veel gaan focussen op zelfredzaamheid. Het is nu tegenwoordig het heel lang thuis uithouden met allemaal hulpbronnen óf opname in een gesloten afdeling van een verpleegtehuis. Terwijl het wel anders kan. Je ziet her en der kleinschalige woonvormen waar het anders gaat. Met veel persoonlijke aandacht. Daar knappen mensen echt van op.' Ze lacht: 'Zet dat ook maar bij het lijstje als ik minister was. In dit soort kleinschalige woonvormen moet wat mij betreft veel meer geïnvesteerd worden.'

Het ministerschap gaat 'm denk ik niet meer worden. Maar hoe zit het wel met jouw loopbaan?

'Eigenlijk ben ik al negen jaar met pensioen. Ik wilde op het hoogtepunt stoppen. Maar stilzitten, nee. Ik coach nog individuele cliënten. Managers die in hun vakgebied

'Ik zou al die thuiszorgorganisaties onmiddellijk saneren'

tegen zichzelf aanlopen, onder meer managers van de NS. En soms sluit ik aan bij een kortdurend begeleidings-traject van teams. En ik vind het wel fijn om ook een bepaalde mate van vrijheid te hebben. En niet meer afhankelijk te zijn van een volle agenda.' ❧

Mijn ambassadeurschap

Wijkverpleegkundige Nathalie de Bruijn-Schoonderwoerd:

'Er schuilt zoveel achter de wijkverpleegkundige'

Sinds vijf jaar verzorgt V&VN M&G ambassadeursopleidingen. In dit traject leren wijk-, dementie- en jeugdverpleegkundigen 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. Nathalie de Bruijn-Schoonderwoerd (33) is net klaar met het traject. Ze is wijkverpleegkundige bij Vierstroom Zorg Thuis te Waddinxveen.

Waarom ben je aan dit Ambassadeurs-traject begonnen?

'Ik wilde meer betekenen voor het vak van wijkverpleegkundige. Door meer te tonen wat ons werk inhoudt bijvoorbeeld, het wat meer te promoten. Nu zijn er bij

'Het vak is zoveel meer dan de wijk'

onze organisatie veel mbo- en hbo-stagiaires. Die laat ik graag meelopen om te laten zien wat ik doe. Door hen merkte ik dat de wijkverpleegkunde toch nog een stoffig imago heeft. Maar als deze studenten dan zien wat er in de praktijk gebeurt, hoe verschillend elke dag is, hoeveel eigen verantwoordelijkheid je hebt, hoeveel leiderschap je kunt tonen en hoeveel vrijheid je als wijkverpleegkundige in feite hebt, dan zijn ze snel enthousiast.'

Als je terugkijkt: wat was het meest leerzame?

'Dat het vak nog zoveel meer is dan werken in de wijk. Er schuilt zoveel achter. Door het Ambassadeurschaps-traject heb ik meer inzicht gekregen in hoe het zorgstelsel werkt. Tijdens het traject werd geadviseerd eens mee te lopen met het management. Dat heb ik gedeeltelijk gedaan en het was zo inspirerend. Zo ben ik aanwezig geweest bij een inkoopgesprek. Ik kreeg de gelegen-



heid om een brug te maken, een vertaalslag naar de praktijk. Vierstroom Zorg Thuis experimenteert met de bekostiging wijkverpleging. Hierbij wordt er ook gesproken over doelmatigheid van zorg. De cijfers laten daarbij niet altijd

een goed beeld zien van wat er in de praktijk gebeurt. Met name als we spreken over preventieve zorg. Bijvoorbeeld bij cliënten die wij begeleiden bij diabetes en zelf willen meten en prikken is er in het begin soms vier keer per dag zorg nodig en dat bouwen we af als het goed gaat. Op korte termijn is het een investering en op lange termijn is er dan minder zorg nodig. Dit heb ik verteld aan het managementteam. Dat was wel van toegevoegde waarde voor hen.'

Je bedoelt dat je aan managers kunt laten zien wat er nu echt nodig is om goed je werk te kunnen doen?

'Precies. En ik heb ook geleerd om na te denken over de juiste thema's en belangen. Wat is belangrijk voor de wijk en de cliënt en voor de organisatie. Met de vakgroep wijkverpleegkunde van V&VN zijn we binnen het Ambassadeurstraject specifiek aan de slag gegaan met drie onderwerpen: Preventie in de wijk, Positie van de wijkverpleegkundige als spil in de wijk en het proces van Shared Decision making. We geven nu gevraagd en ongevraagd advies over onder andere verbeteren van overdrachten, samenwerking in het netwerk van de eigen wijk, preventie in de wijk (bijvoorbeeld over de wijkscan) en administratieve lastenvermindering.'

Wat ga je hier nu verder mee doen?

'Dat weet ik nog niet precies maar in ieder geval ga ik verder met het schrijven op social media over de dagelijkse praktijk en wat ik meemaak. Je kunt me nu al volgen op LinkedIn. Ik ben voornemens te gaan twitteren en te starten met vloggen. Ik hoop dat mensen die mij gaan volgen zien wat de mogelijkheden van het vak zijn. Zo heb ik afgelopen maanden een stuk gedeeld over de innovatieve hulpmiddelenmarkt gericht op de wijkverpleging zoals robotica, smartwatches of virtuele brillen. Heel leuk om te doen! 🐦

Tekst:
Hellen
Kooijman

Hellen
Kooijman
is freelance
journalist en
redacteur bij
Tijdschrift
M&G

Afdelingsnieuws


Kwaliteitsbehoud- en verbetering tuberculosebestrijding

In verband met de dalende incidentie van tuberculose in Nederland heeft de Vakgroep in 2013 een veldnorm voor sociaal verpleegkundigen vastgesteld. Vanuit de achterban van de Vakgroep Tuberculose is de vraag gesteld of de huidige veldnorm nog voldoet en of dit de juiste manier is om de kwaliteit te kunnen blijven waarborgen. In oktober zullen we met een afvaardiging vanuit het land hierover een brainstormsessie organiseren.


In 2017 en 2018 heeft de Vakgroep twee documenten ontwikkeld ten behoeve van kwaliteitsbehoud, te weten: *Borging verpleegkundige zorg in de tuberculosebestrijding* en *Competentiebeschrijving sociaal verpleegkundigen*.

Beide documenten en de laatste nieuwsbrief van de Vakgroep zijn te vinden op mgz.venvn.nl bij de vakgroep Tuberculose. Tevens zal er een *Kwaliteitsstandaard verpleegkundige zorg bij behandeling en begeleiding van tuberculose en LTBI* komen. Een project voor de ontwikkeling van deze kwaliteitsstandaard start in december 2019 en heeft een looptijd van twee jaar. Het project wordt gedaan in opdracht van V&VN en ZonMw en wordt uitgevoerd door KNCV Tuberculosefonds. De Vakgroep Tuberculose is verheugd dat dit project van start zal gaan en zal betrokken blijven bij de ontwikkelingen. 

V&VN afdeling M&G: Living apart together

A relationship in a separate way of live: V&VN vakgroep Jeugd heeft het over een kindvriendelijke wijk, V&VN Vakgroep Dementieverpleegkundigen over een dementievriendelijke wijk, V&VN Vakgroep Wijkverpleegkundigen over een gezonde wijk en de OGZ-vakgroepen over een infectievrije samenleving. Dat is wat de vakgroepen verbindt; werk voor kwetsbare groepen in de wijk en in de samenleving om hen meer kans te geven op een gezond leven. De vakgroepen van V&VN M&G gebruiken daar woorden voor als primaire preventie, collectieve preventie of openbare dan wel publieke gezondheid. Dat gezamenlijke streven is een gezonde samenleving. In het dagelijks werk ontmoeten wijkverpleegkundigen, dementieverpleegkundigen, jeugdverpleegkundigen en OGZ elkaar niet. En ook in afdelingsverband is de samenwerking marginaal. Het lijkt zo op het eerste gezicht dan ook een wonderlijke samenbundeling. Alle vakgroepen van M&G vertellen dat ze meer samenwerken met beroepsgroepen buiten de afdeling M&G dan met de vakgroepen van de afdeling. De Vakgroep Jeugdverpleegkundigen wordt de samenwerking ingezogen met partijen uit de geboortezorg, met pedagogen en psychologen, de Vakgroep Wijkverpleegkundigen werkt samen met praktijkverpleegkundigen en SPH'ers, de dementieverpleegkundigen met social workers en de sociaal verpleegkundigen willen onderling meer samenwerken. De afdeling M&G gaat daarom dan ook op zoek naar meer flexibele vormen van samenwerking met collega-beroepsgroepen binnen en buiten V&VN. 

Expertisegebied wijkverpleging mag niet in de bureaula verdwijnen!

Het hernieuwde Expertisegebied wijkverpleging werd op 7 juni 2019 aangeboden aan de stakeholders bij de wijkverpleging waaronder aan voorzitter Hans Aarts van het LOOV (Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde) en aan de vertegenwoordigers van de instellingen (Wouter van Soest (ActiZ) en Hans Buijning (ZorgthuisN)). De fractie Wijkverpleegkundigen van V&VN M&G heeft ook hard meegewerkt aan dit expertisegebied. Deze vertegenwoordigers lieten weten actief te pleiten voor de verspreiding en implementatie van het hernieuwde expertisegebied binnen hun organisaties, opleidingen en instellingen. En dat is ook een speerpunt voor de vakgroep wijkverpleegkundigen voor de komende jaren. Het expertisegebied moet niet in bureaulades blijven liggen, maar dient vanaf nu het ankerpunt te zijn voor de positionering van de wijkverpleegkundigen naar de overheid, de instellingen en de zorgverzekeraars. Het dient eveneens als basis voor de verdere uitwerking van het Kwaliteitskader wijkverpleging en de Kennisagenda wijkverpleging. Tijdens de bijeenkomst schonk Nienke Bleijenbergh aandacht aan de evaluatie van het vorige Expertisegebied (2012) waaruit bleek dat preventie als een steeds belangrijker onderdeel van de taak van de wijkverpleegkundige werd gezien. Helaas bleek ook dat wijkverpleegkundigen (circa 30 procent) bij lange na niet de inhoud van het Expertisegebied kende. En de leidinggevendenden al helemaal niet (circa 70 procent). Vervolgens schetste Henk Rosendal (onder andere voorzitter van de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde) context van de vernieuwing van het expertisegebied. Sinds 2012 is er veel veranderd. De wijkverpleging is sinds 2015 een zelfstandige aanspraak in de zorgverzekeringswet geworden. Wijkverpleegkundigen hebben vanaf dit jaar een grote verantwoordelijkheid omdat zij de indicatiestelling weer mogen doen. Maar ook schetste hij vanuit maatschappelijke en politieke ontwikkelingen een groeiend besef van de preventieve rol van de wijkverpleegkundigen. Daaruit werd geconcludeerd dat voor wijkverpleegkundigen niet langer de rol van zorgverlener centraal staat, maar dat de rollen van zorgverlener en gezondheidsbevorderaar gelijkwaardig zijn. Dat is een enorme doorbraak in vergelijking met alle bestaande expertisegebieden binnen V&VN waarin altijd de rol van zorgverlener centraal staat. Ook bij de bijstellingen van de andere expertisegebieden vanuit de afdeling M&G (jeugdverpleegkundigen, verpleegkundigen openbare gezondheidszorg en dementieverpleegkundigen) zal dit in de toekomst worden meegenomen. De uitdaging ligt er nu in hoe we zorgen dat niet alleen de achterban van de fractie Wijk, maar alle wijkverpleegkundigen de inhoud van het expertisegebied kennen en er in hun dagelijks functioneren ook naar gaan handelen. De vakgroep wil meer gaan informeren. Via dit tijdschrift maar ook bij trainingen, regiobijeenkomsten, congressen en scholingen. Ook zullen er tools aangereikt worden aan wijkverpleegkundigen op zo'n manier dat zij binnen hun team maar ook binnen hun organisatie en bij hun leidinggevendenden de inhoud van het expertisegebied bespreekbaar maken als uitgangspunt voor hun handelen. 

Masterclasses over dementie

De Vakgroep Dementieverpleegkundigen organiseert dit najaar drie masterclasses over dementiagerelateerde onderwerpen. Dat gebeurt samen met de functiegroep Casemanagement Dementie van de Beroepsvereniging van Professionals in Social Work. Elke masterclass zijn we te gast op een hogeschool die de opleiding Casemanagement Dementie verzorgt. De drie masterclasses voor dit najaar zijn:

Ouderenpsychiatrie, de praktijk

1 oktober 2019

Tijd: 12.30 – 17.00 uur

Plaats: Gerion, De Boelelaan 1109, 1081 HV Amsterdam

Spreker: Martin Kat, psychiater

Kosten: 95 euro

Accreditatie: wijk en dementieverpleegkundigen, praktijkondersteuners

Tijdens deze masterclass leer je als dementieprofessional om psychiatrische en psychische aandoeningen bij je cliënten te herkennen en signaleren. Met als resultaat vroeger adequate behandeling mogelijk maken. Deze masterclass koppelt praktijkvoorbeelden aan de beschreven aandoeningen bij ouderen.

Samen beslissen

10 oktober 2019

Tijd: 12.30 – 17.00 uur.

Plaats: Windesheim, Campus 2, 8017 CA Zwolle

Spreker: Leontine Groen- Van de Ven,

Onderzoeker Innoveren met Ouderen

Kosten: 95 euro

Accreditatie: wijk en dementieverpleegkundigen, praktijkondersteuners

In de zorg komt de focus steeds meer te liggen op wat mensen met dementie nog zelf kunnen. Derhalve is samen beslissen in opkomst en belangrijk om mensen met dementie hun stem te laten behouden. In de praktijk is er nog geen eenduidige methodiek die als leidraad kan dienen voor het handelen van professionals in de zorg. Leontine Groen- Van de Ven, onderzoeker bij het lectoraat Innoveren met Ouderen van Windesheim, voerde een onderzoek uit waarin zij mensen met dementie, hun mantelzorgers en hulpverleners volgde. Zo ontwikkelde zij kennis en concrete handvaten voor zorgprofessionals die met deze doelgroep werken.



De Wet Zorg & Dwang

21 november 2019

Tijd: 12.30 – 17.00 uur

Plaats: CHE, Oude Kerkweg 100, 6717 JS Ede

Spreker: volgt snel (houd de website van V&VN M&G in de gaten)

Kosten: 95 euro

Accreditatie: wijk en dementieverpleegkundigen, praktijkondersteuners

Op 1 januari 2020 start de nieuwe Wet Zorg en dwang. Wat betekent deze wet voor werken in de wijk en dan specifiek voor mensen met dementie. Ga goed voorbereid 2020 in met onze masterclass over de nieuwe Wet Zorg en dwang.

Interesse in een van deze drie workshops?

Geef je dan snel op via de website mgz.venvn.nl en ga naar de pagina van de Vakgroep Dementieverpleegkundigen en klik in de balk op Masterclasses dementieverpleegkundigen. [🔗](#)

Foutje...

In het artikel over het Expertisegebied Wijkverpleegkundige in het vorige nummer (pagina 6, 7) is een foutje geslopen. Wij hebben deze zin opgenomen: 'Hogeschool Utrecht evalueerde en actualiseerde het Expertisegebied'. Die is onjuist. Correct is: 'Hogeschool Utrecht evalueerde het Expertisegebied dat vervolgens door Hogeschool Rotterdam werd geactualiseerd.' [🔗](#)

Drie programma's uit Kansrijke Start in de schijnwerpers

Elke jeugdverpleegkundige heeft te maken met het actieprogramma *Kansrijke start* dat minister Hugo de Jonge in september 2018 lanceerde. Een belangrijke punt in het actieprogramma is de menukaart met effectieve beschikbare programma's. Tijdschrift M&G laat inhoudelijk coördinatoren en (jeugd)verpleegkundigen aan het woord over *Nu niet Zwanger*, *Stevig Ouderschap* en *VoorZorg*.

Tekst:
Suzanna
Plaice

Veertien procent van de kinderen in Nederland heeft een valse start door de omstandigheden waarin ze geboren worden. *Kansrijke start* wil daar iets aan doen. Het zet daarom in op herinrichting van de keten rond de eerste 1.000 dagen van kinderen door onder andere

de jeugdgezondheidszorg meer in te zetten tijdens de prenatale periode en het samenstellen van lokale samenwerkingsverbanden tussen verschillende partners. Hoe dit gebeurt bespreken we hieronder bij drie programma's.

Nu niet zwanger

Dit programma voorkomt ongewenste zwangerschappen door proactief het gesprek aan te gaan over de consequenties van zwangerschap en ouderschap, seksualiteit en de mogelijkheden van langdurige anticonceptie. *Nu niet Zwanger* heeft ook een budget om anticonceptie te vergoeden voor mensen die dit niet zelf kunnen betalen. Lidwien Martens is verpleegkundige en werkt als inhoudelijk coördinator van het programma bij GGD Groningen.

Wat zijn jouw ervaringen met het opstarten van Nu Niet Zwanger?

'Er was al veel voorwerk gedaan door de kwartiermaker van de landelijke organisatie *Nu niet Zwanger*. Vervolgens heb ik het overgenomen. Het programma staat nu bij iedereen op het netvlies, de volgende stap is de praktische uitvoering. Hoe gaan een huisarts, jeugdverpleegkundige, maar ook de collega's bij de GGZ en reclassering, het gesprek aan over seks? Daar geven wij trainingen over. Ze kunnen ons ook mailen of bellen met vragen. Praten over voeding en slapen gaat vaak makkelijker, maar seks is ook een basisbehoefte. En vanuit deze basisbehoefte kan een kind ontstaan. In sommige situaties kan er niet goed voor een kind gezorgd worden. Dit komt niet uit een gebrek aan liefde, maar door een overvloed aan zorgen.'



Wat is de meerwaarde van jouw verpleegkundige achtergrond?

'Ik maak gevoelige onderwerpen makkelijker bespreekbaar. Ik heb stage gelopen in Afrika. Daar is het heel normaal dat vrouwen onderling over seks praten. In Nederland is dat toch een taboe. Terwijl het zo belangrijk is voor de seksuele gezondheid. Het mooie aan dit programma is dat de focus ligt op de autonomie van mensen. Ze mogen eigen keuzes maken in zo'n belangrijke beslissing in het leven. De jeugdverpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het programma. Ik merk bijvoorbeeld dat als de jeugdverpleegkundige, die al vertrouwd is met de moeder, mij introduceert door samen op huisbezoek te gaan, het gesprek daarna makkelijker op gang komt.'

'We zijn samen naar de verloskundige gereden waar ze een spiraaltje kreeg'

Kun je een voorbeeld geven uit de praktijk?

'Recentelijk bezocht ik samen met de consultant van het wijkteam een vrouw die pas bevallen is van haar vijfde kind. Ze had schulden, relatieproblemen en had dit vijfde kind eigenlijk niet gewild. We kregen moeilijk contact met haar. We zagen dat ze thuis was, maar dan deed ze de deur niet open. Uiteindelijk is het toch gelukt en heb ik met haar gepraat over de mogelijkheden. We zijn samen naar de verloskundige gereden en daar kreeg ze een spiraaltje. De opluchting van die mevrouw liet mij weer zien hoe belangrijk het is dat we ondersteunen tot het moment waarop de anticonceptie daadwerkelijk geregeld is.'

Stevig Ouderschap

Ilse Dortmans is verpleegkundig specialist preventie bij GGD Hart voor Brabant, inhoudelijk coördinator van het programma *Stevig Ouderschap* en Stevig Ouderschap-verpleegkundige. Dit opvoedondersteunende programma bestaat uit zes tot tien huisbezoeken, afhankelijk van of er al gestart wordt in de prenatale periode. Door een vragenlijst die alle ouders invullen, wordt duidelijk of *Stevig Ouderschap* iets is voor deze ouders. Daarnaast kunnen verloskundigen, gynaecologen of de JGZ ook beslissen dat dit programma geschikt is voor bepaalde ouders.

Wat zijn jouw ervaringen met het opstarten van Stevig Ouderschap?

‘Wij zijn in 2005 al begonnen. Merian Bouwmeester, nu werkzaam bij het NCJ, heeft *Stevig Ouderschap* ontwikkeld en we hadden korte lijnen met haar. Daardoor konden we terugkoppelen wat wel en niet prettig werkte. Zo hebben we het goed kunnen neerzetten. Het loopt nu in een aantal steden, maar nog niet overal in Brabant. Dat is wel het doel.’

Heb jij tips voor verpleegkundigen die ook graag met Stevig Ouderschap willen beginnen?

‘Ik merk dat wethouders, gemeenten, graag gevoed worden met praktijkverhalen. Ze willen horen wat er speelt in hun gemeente. Zowel *VoorZorg* als *Stevig Ouderschap* hebben op hun landelijke websites van het NCJ duidelijke infographics. Er wordt uitgelegd

‘In sommige situaties kan er niet goed voor een kind gezorgd worden. Dit komt niet uit een gebrek aan liefde, maar door een overvloed aan zorgen’

wat de investeringen opleveren. In combinatie met de praktijkvoorbeelden zijn deze cijfers belangrijke elementen in het gesprek met ketenpartners en gemeenten. Laat zien wat je allemaal kan, wat de mogelijkheden zijn en vertel wat de ervaringen van ouders zijn. De grote meerwaarde van de jeugdgezondheidszorg,

die dit programma uitvoert, is dat via hun expertise de sociale en medische blik gecombineerd wordt.’

Jij bent een voorstander van een combinatie van programma's. Waarom?

‘Bij GGD Hart voor Brabant hebben we de programma's *VoorZorg*, *Stevig Ouderschap* en *Nu niet Zwanger*. Waar *VoorZorg* heel intensief is en voor een select groepje moeders, is *Stevig Ouderschap* er voor iedereen die een steuntje in de rug kan gebruiken. Tijdens het uitvoeren van *Stevig Ouderschap* of *VoorZorg* komt *Nu niet Zwanger* ook regelmatig ter sprake. Je praat met de moeders en vaders immers ook over anticonceptie en biedt hierbij ondersteuning. Zo vullen deze drie programma's elkaar perfect aan.’

Kun je een voorbeeld geven uit de praktijk?

‘Momenteel begeleid ik een moeder waar alles net goed gaat. Zij heeft borderline en ADHD. Op het moment dat ze zwanger was, heeft de verloskundige mij erbij betrokken. Eerst ging ik in gesprek over haar zwangerschap. Hoe is het om moeder te worden? Waar loop je tegenaan? Is alles compleet, kamer, spulletjes? Inmiddels is het een kind één jaar oud en ze doet het fantastisch. Ik zit daar niet wekelijks, maar ze kan mij ieder moment appen. Dan krijgt ze meteen bevestiging. Zonder deze ondersteuning was de kans groot dat er veel meer hulpverleners in het gezin hadden moeten komen.’



VoorZorg

Karlijn Penders werkt als jeugdverpleegkundige bij de JGZ van Envida in Maastricht-Heuvelland. Ze is ook inhoudelijk coördinator van VoorZorg en uitvoerend VoorZorg-verpleegkundige. VoorZorg is een traject van 2,5 jaar waarin zeer kwetsbare zwangeren tussen de veertig tot zestig huisbezoeken krijgen van een VoorZorg-verpleegkundige. Dit programma werkt onder andere met videohometraining en verschillende modules voor de zwangerschapsperiode tot aan de peuterperiode.

'Ik merk dat wethouders, gemeenten, graag gevoed worden met praktijkverhalen'

Wat zijn jouw ervaringen met het opstarten van VoorZorg?

'In deze regio hadden we al een goed lopend overleg over risicozwangeren. Dat is een overleg waarin allerlei ketenpartners rondom de geboortezorg aansluiten zoals de jeugdgezondheidszorg, gynaecologen, verloskundigen, kraamzorg, sociaal team van de gemeente et cetera. Samen kijken we hoe kwetsbare zwangeren zo goed mogelijk ondersteund kunnen worden. Dit droeg er zeker aan bij dat we al voordat we begonnen aanmel-



Suzanna Plaice is jeugd- en stafverpleegkundige bij de Jeugdgezondheidszorg van Envida. Ook volgt ze de master Health Education and Promotion aan de Universiteit van Maastricht. En ze is redacteur bij TM&G.

dingen hadden en dat we nu al een vierde VoorZorg-verpleegkundige aan ons team toe moeten voegen om alle meldingen op te kunnen pakken. We zijn nu een jaar bezig en één van de moeders heeft zelfs haar ervaringen met VoorZorg aan minister Hugo de Jonge verteld toen hij hier op bezoek was! Van verloskundigen hoor ik terug dat ze echt verschil merken nu dit programma er is. De moeders waar zij grote zorgen over hadden, hebben nu langdurige en intensieve ondersteuning en werken zo aan een stabiele basis.'

Zie jij het als meerwaarde dat je ook jeugdverpleegkundige bent?

'Zeker. Ik ben bekend met de risicozorg en ik kijk naar de hele omgeving van het kind, van een verborgen reflux tot aan schuldenproblematiek. Ik kan inhoudelijke vragen van de moeder zelf beantwoorden, maar ik probeer haar juist te bewegen zelf te zoeken waar ze antwoorden kan vinden. Zodat zij haar vragen gaat stellen aan bijvoorbeeld haar jeugdverpleegkundige. Die is immers nog steeds betrokken als wij er niet meer zijn. Zo ontstaat er continuïteit van begeleiding of ondersteuning.'

Kun je een voorbeeld geven uit de praktijk?

'Ik ben nu bij een moeder betrokken waar veel stress is door relatieproblemen, woningnood en werkloosheid. Daarnaast heeft zij een heftige jeugd gehad waardoor zij geen voorbeeld van een liefdevol gezin heeft gekend. Omdat ik vroeg in de zwangerschap betrokken raakte, zijn we al voor de geboorte van het kindje gestart met professionele hulp voor het verwerken van haar trauma's. Ik zie sowieso dat deze moeders een enorme kracht hebben. Dat zie je goed terug bij de inzet van videohometraining. Het terugkijken van die opnames laat zien wat er juist wel goed gaat en hoe hun kindje mooi reageert op wat zij doen. Vaak zitten deze moeder in een penibele situatie en kiezen er toch voor om moeder te worden. De motivatie om hun kindje een betere toekomst te geven dan dat zij zelf hebben gehad is enorm. Een andere moeder die al wat verder is in het traject heeft nu bijvoorbeeld een baan, terwijl haar situatie eerst uitzichtloos leek. Ik weet zeker dat we het aantal hulpverleners in een gezin fors verminderen en zelfs uithuisplaatsingen hebben voorkomen.' 📌

Interesse in het volledige hele actieprogramma? Ga dan naar www.rijksoverheid.nl en tik in het zoekvenster: actieprogramma Kansrijke start. Het actieprogramma kent een looptijd van circa drie jaar. In 2021 zal er een

evaluatie plaatsvinden. Op basis daarvan besluit de minister van Volksgezondheid of en hoe Kansrijke Start wordt voortgezet.

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 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 leert u 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 u uitkomt

Meer informatie en aanmelden

www.fci-academy.nl



Bent u een voedings- of gezondheidsprofessional en wilt u meer weten over zuivel, voeding en gezondheid? Bezoek dan de FrieslandCampina Institute website.

www.frieslandcampinainstitute.nl

institute.nl@frieslandcampina.com

Facebook: /FrieslandCampina Institute

Twitter: FCInstitute_NL

Het preventiemodel van Caplan

Soms denk je: ah, een mooie theorie. Maar hoe zat het nu ook alweer precies? Huub Sibbing behandelt in de rubriek *De klepel en de klok* elke keer een theorie die eigenlijk iedereen zou moeten kennen, maar waar velen niet genoeg of geen weet van hebben. Deze keer: Het preventiemodel van Caplan.

Tekst: Huub Sibbing

Een belangrijk speerpunt voor de vakgroep Jeugd van V&VN M&G de komende jaren is de bijdrage van jeugdverpleegkundigen aan het VWS-programma *Kansrijke Start*. Alles rondom dit programma draait om preventie. Dus leek het me geschikt om eens aandacht te besteden aan een van de godfathers van het denken over preventie: Gerald Caplan.

Gerald Caplan's concept van preventieve psychiatrie is in de jaren 60 van de vorige eeuw ontwikkeld op de Harvard Medical School (Laboratory of Community Psychiatry) te Boston en is gebaseerd op jarenlange ervaring in praktijk, onderwijs, onderzoek en theorievorming in de psychiatrie. Zijn model heeft inmiddels ook buiten de geestelijke gezondheidszorg zijn waarde bewezen als het gaat om een theoretisch kader voor preventie.

Analysemodel

Het model van Caplan is in de eerste plaats een analysemodel. Hoe komt het dat er een gezondheidsprobleem, dat Caplan stoornis noemt, ontstaat? Waarom is de situatie van een tienermoeder in het ene geval wel problematisch en in het andere geval niet? Waarom heeft de ene werknemer met zware arbeidsomstandigheden wel last van gezondheidsproblemen en de andere niet?

In het model van Caplan zijn daarbij drie factoren van belang.

1. Risico's, gezondheidsbedreigende factoren

Dat zijn:

- biologische en erfelijke, individu-gebonden factoren
- leefwijzen
- fysieke omgevingsfactoren
- maatschappelijke omgevingsfactoren.

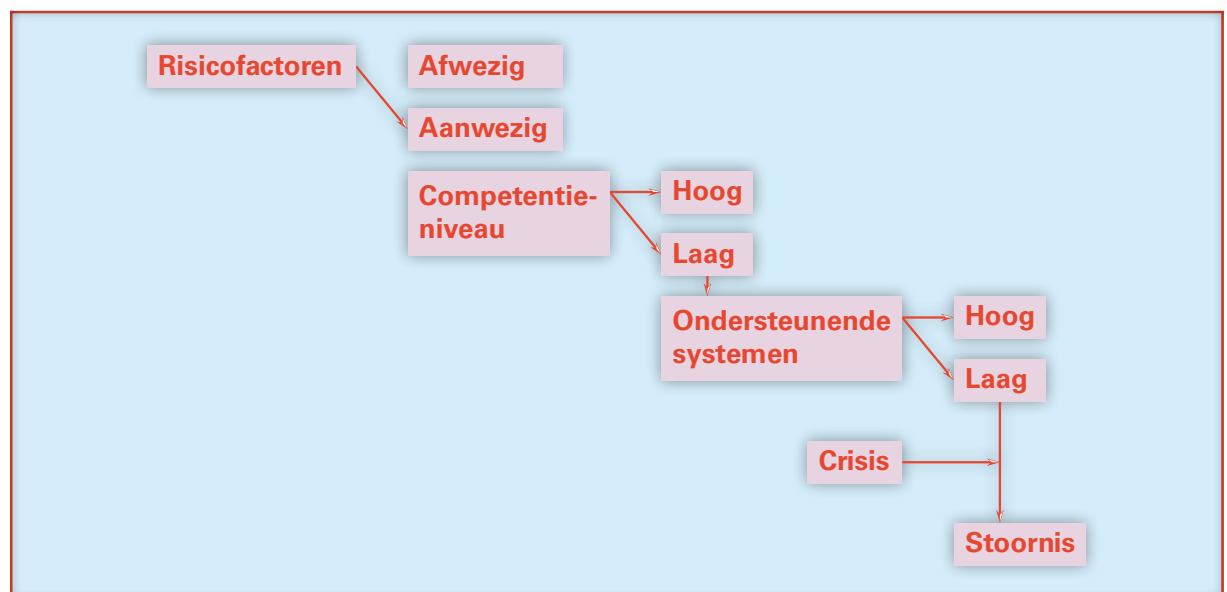
Denk daarbij aan lage sociaal-economische status, armoede, laaggeletterdheid, slechte woonomgeving (neem de te hoge concentratie fijnstof bij Schiphol door Tata Steel zoals onlangs bleek uit onderzoek van het RIVM, risicovolle arbeidsomstandigheden, overmatige beschikbaarheid van fastfood, bewegingsarme wijken et cetera.

2. Competenties individu

Als het individu over de competenties beschikt om op een goede manier met deze risico's om te gaan, hoeft er niet per definitie een probleem te ontstaan. Niet iedere oudere in kwetsbare omstandigheden heeft last van eenzaamheid. Niet iedere alleenstaande moeder ervaart opvoedingsonzekerheid. Niet iedereen die zwaar werk verricht krijgt last van rugklachten.

3. Ondersteunende systemen

Als het gezondheidsrisico groot is en de competenties van het individu laag zijn, gaan bij de professionals meestal de



Lessen voor alle M&G-verpleegkundigen

In dit artikel wordt het model van Caplan toegespitst op de jeugdgezondheidszorg. Maar ook wijk-, dementie- en sociaal verpleegkundigen kunnen er baat bij hebben om dit model te gebruiken in hun werk. Zowel wat betreft de analyse- als de interventiekant. Drie belangrijke tips:

- leer denken in termen van gezondheidsbedreigende en gezondheidsbevorderende factoren het model van Caplan en het balansmodel van Bakker kunnen je daarbij helpen
- leg de nadruk op het terugdringen van de gezondheidsrisico's; de eerste stap van het model van Caplan. Dat blijkt het meest effectief
- activeer ondersteunende systemen. Dat kan onder andere via Eigen Krachtconferenties. Denk daarbij vooral ook aan ouderen in kwetsbare situaties. En wat te denken van (jong)volwassenen in kwetsbare situaties?

alarmbellen rinkelen. Ten onrechte, zegt Caplan. We vergeten dan de waarde van de ondersteunende systemen. Als de (sociale) omgeving het individu kan helpen om ondanks het aanwezige gezondheidsrisico en ondanks de beperkte competenties van het individu de situatie goed te handelen, hoeven we ons geen onnodige zorgen te maken. Pas wanneer alle drie de bovengenoemde factoren de verkeerde kant uit wijzen, moet er iets gebeuren. Dan hebben we een crisis te pakken en hebben we een probleem.

Waardevolle perspectieven

Via een stappenplan geeft het model van Caplan ons een aantal waardevolle perspectieven. In een risicosamenleving anno 2019 leggen we vaak in checklists de nadruk op risicofactoren. Daarbij letten we helaas te weinig op beschermende factoren. Het model van Caplan legt daarmee de basis voor het welbekende Balansmodel van Bakker. Dat leert ons dat we zowel op macro, meso- als op microniveau niet alleen moeten letten op de risicofactoren maar juist net zoveel op beschermende factoren. Met enige aanpassingen is dit model uitstekend bruikbaar in de hele maatschappelijke gezondheidszorg.

'We moeten niet alleen letten op de risicofactoren, maar net zoveel op beschermende factoren'

Het model van Caplan pleit daarmee ook (in)direct voor de aandacht van het fenomeen empowerment. Dit concept benadrukt dat we niet alleen moeten kijken naar wat er fout gaat maar dat we vooral ook aandacht schenken aan wat er wél goed gaat en mensen daarin versterken. Neem tienermoeders. Die worden in de jeugdgezondheidszorg vaak als risicogroep gezien. Dat zou heel goed kunnen voor een Turks meisje dat door haar zwangerschap de eer van de familie bezoedeld heeft met het risico van uitstoting en isolement.

Maar voor een Surinaams of Antilliaans meisje kan de situatie heel anders liggen. Vaak kan zij vanuit de matriarchale cultuur rekenen op veel support en ervaring van moeders, oudere zussen, tantes en vriendinnen.

Of neem dit voorbeeld. In de documentaire *Bureau Vertrouwensarts* waren een tienermoeder, haar vriend en hun kindje op een woonwagenkamp te zien. De overbezorgde hulpverleners vonden het een onverantwoorde situatie voor het kind en regelden een woning in een nieuwbouwwijk, vijftien kilometers verderop. De situatie van het kind verslechterde en toen de moeder en haar kindje terug waren gekeerd naar het woonwagenkamp, gingen bij de hulpverleners alle alarmbellen weer af. Zij vreesden voor het ergste. Maar wat schetste hun verbazing? Ze troffen een kerngezond kind aan, ingebed in een netwerk van ouders, familie en burens waar de jonge moeder met haar vragen en onzekerheid terecht kon. Dat had zij al die tijd in haar mooie nieuwbouwwoning gemist. Ofwel: goed kijken naar de persoonlijke omstandigheden van de mensen.

Interventiemodel

Het model van Caplan biedt ons ook houvast in het kiezen van interventies. Daarbij gaat het in feite om een evenwicht te zoeken tussen belasting en belastbaarheid, een model dat we onder andere ook kennen uit het denken van de verpleegkundige wetenschapper Betty Neuman.

1. Primair: risicofactoren elimineren of verminderen

Het lijkt simpel, maar de praktijk leert anders. Vaak wordt gedacht: als je begint aan de voorkant - risicofactoren elimineren of verminderen - ben je van alle problemen af. Voorbeelden daarvan zijn armoedebestrijding, gezonde wijken, terugdringing van laaggeletterdheid, gezond eten goedkoper maken etc. Het belang hiervan wordt ondersteund door het regelmatig verschenen onderzoek *Kinderen in Tel* waaruit blijkt dat er in alle grote en middelgrote steden, maar ook op het platteland, wijken

De klepel en de klok

zijn waar de omstandigheden en de gezondheid van kinderen ernstig te wensen overlaat. Dat geldt overigens ook voor volwassenen en ouderen. Helaas zie ik daar in de doelstellingen van *Kansrijke Start* weinig over terug.

2. Daarna: competenties verhogen

Al we alles geprobeerd hebben om de risicofactoren te elimineren en dit is niet gelukt, dan hoeft er geen probleem te bestaan als de burger over de juiste competenties beschikt om goed met dit risico om te gaan. Deze interventies kennen we allemaal. Denk hierbij aan opvoedingsondersteuning en leefstijladviezen mits ze wel rekening houden met de factoren die gedrag beïnvloeden. *Kansrijke Start* zet vol in op het versterken van competenties met programma's als *VoorZorg*, *Nu Niet Zwanger* en *Stevig Ouderschap*.

3. Tenslotte: ondersteunende systemen versterken

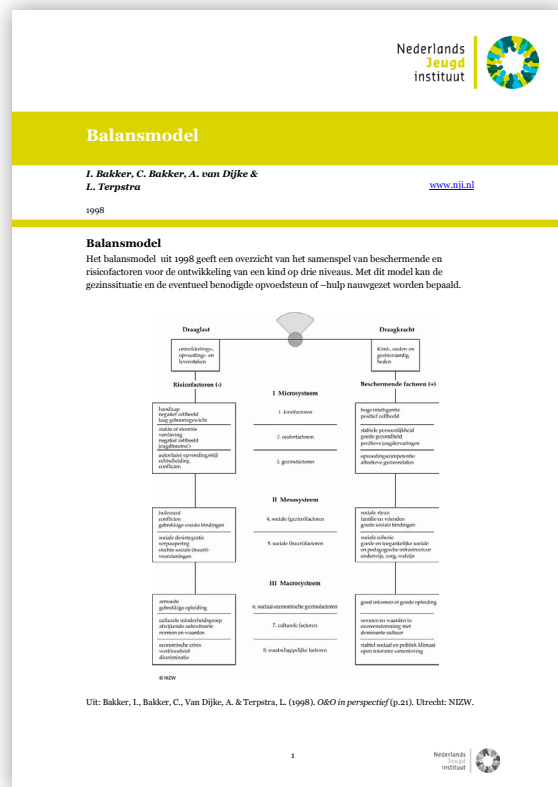
Als bovenstaande interventies en strategieën niet helpen, de risicofactoren aanwezig zijn en de competenties laag, dan is er volgens Caplan altijd nog het netwerk rond de burger of het gezin dat een rol kan spelen om de situatie te versterken of te veranderen. Zo blijkt dat stoppen met roken veel succesvoller is als het gebeurt in een groep. Goede voorbeelden daarvan zijn ook de AA voor alcoholisten en als men wil afvallen de Weightwatchers.

'Ook wijk-, dementie- en sociaal verpleegkundigen kunnen baat hebben bij dit model'

Een heel mooi voorbeeld van het netwerk inzetten zijn de Eigen Krachtconferenties die her en der in het land bestaan. Vaak worden deze ingezet in de jeugdgezondheidszorg, helaas minder in de wijkverpleging voor ouderen in kwetsbare omstandigheden. Bij deze Eigen Krachtconferenties wordt het sociaal netwerk rond het gezin of een persoon geactiveerd om samen oplossingen te zoeken en hulp te bieden. Dat netwerk kan heel breed zijn: van ooms en tantes, opa's en oma's, vrienden, burens, collega's, leerkrachten van de kinderen, de balletjuf van de jongste dochter, tot de voetbaltrainer van de oudste zoon. Daar komen vaak bijzondere en soms ook heel simpele, maar effectieve oplossingen uit voort die vaak stukken goedkoper zijn dan allerlei hulpverleningstrajecten.

Het sociale vangnet wat we vroeger in buurten en

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



dorpen kenden, heeft in de individualiserende samenleving aan vanzelfsprekendheid ingeboet maar het is er in potentie nog wel. Alleen is de vanzelfsprekendheid verdwenen en moeten we het weer activeren. Dat kan dus onder andere via Eigen Krachtconferenties. Op de website www.eigen-kracht.nl vind je een schat aan informatie, publicaties en onderzoeken waaruit blijkt dat een Eigen Krachtconferentie effectiever kan zijn dan veel hulpverlenerstrajecten en vaak stukken goedkoper dan jeugdzorgtrajecten.

Reflectie op het programma *Kansrijke Start*

Als we het model van Caplan leggen tegenover *Kansrijke Start* dan kunnen we constateren dat het terugdringen van werkelijke risicofactoren helaas niet de dominantiestrategie is. Het zwaartepunt ligt bij de competentieverhoging en ondersteuning van 'kwetsbare groepen'. Het goede van *Kansrijke Start* is dat de vormgeving op lokaal niveau gebeurt. Hierbij kunnen jeugdverpleegkundigen hun expertise over de wijk gebruiken om de aanpak van de echte risicofactoren mee te nemen in de uitwerking ervan. Zij kunnen dus nadenken over de mogelijkheden die initiatieven zoals de Eigen Kracht Conferenties bieden om te voorkomen dat probleemsituaties escaleren tot complexe en miljoenenverslindende jeugdzorgtrajecten. Dus jeugdverpleegkundigen: pak die kans en neem het model van Caplan als uitgangspunt! ☺

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

Handreiking zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen

Hoe kan je als wijkverpleegkundigen aan zelfredzaamheid werken? Wat betekent dat voor jou en je team? Daarover gaat deze handreiking. Het werk van wijkverpleegkundigen verandert. Zelfredzaamheid komt steeds centraler te staan. Vilans heeft in Almelo een leerwerkplaats over zelfredzaamheid uitgevoerd. Deze handreiking is gebaseerd op de ervaringen van de wijkverpleegkundigen uit Almelo. De handreiking bevat zowel praktische tips als verdieping: vanuit welke beroepsopvatting en normen en waarden werk jij?

Handreiking zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen / Vilans, 2019 Te downloaden via www.vilans.nl

Kennisagenda Klimaat en Gezondheid / ZonMw, 2019

Niet eerder was er zo'n compleet overzicht van hoe klimaatverandering onze gezondheid beïnvloedt. De kennisagenda toont de invloed op hittestress, allergieën, infectieziekten, voedselgebonden ziekten, luchtkwaliteit en UV-straling. Ook maatregelen gericht op het voorkomen van of aanpassen aan klimaatverandering beïnvloeden onze gezondheid. De kennisagenda identificeert allerlei oplossingen. Kennisagenda Klimaat en Gezondheid / ZonMw, 2019 Te downloaden via www.zonmw.nl

Tools voor krachtenveldanalyse ketens dementie

Een krachtenveldanalyse is een handig instrument waarmee je de dynamiek van een dementienetwerk kunt beïnvloeden. Het geeft interessante inzichten voor vervolgstappen. Strategisch werkende ketencoördinatoren begrijpen de

dynamiek in een netwerk. Zij weten welke ketenpartners betrokken zijn bij de zorg voor en ondersteuning van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Zij kennen hun waarden en weten waar ze warm voor lopen. Ook doorzien zij welke invloed en macht partners hebben, zoals bevoegdheden, competenties, financiële middelen en relatiemacht (bijvoorbeeld toegang tot geldschietters en kennis). De tools en de instructie is te downloaden via www.dementiezorgvoorelkaar.nl

Caseload voor lokale (wijk)teams

Hoeveel cliënten kan een team jeugdconsulenten of een sociaal wijkteam ondersteunen? Om een antwoord te kunnen geven op die vraag, ontwikkelde het programma Integraal Werken in de Wijk een denkkader. Hiermee gaan professionals, beleidsmakers en bestuurders van wijkteams, jeugdteams en gemeenten met elkaar in gesprek over een verantwoorde caseload. Deze handreiking over het denkkader is bedoeld als hulpmiddel om de caseload te bepalen van lokale (wijk) teams die past bij hun situatie. Het open denkkader biedt een structuur voor het onderbouwen, evalueren en bijstellen van de caseload van de wijkteamprofessionals. Caseload voor lokale (wijk)teams: Handreiking en denkkader om werklust te bepalen, evalueren en bij te stellen / IWW, 2019 Te downloaden via www.integraalwerkenindewijk.nl

Brein in de groei

In dit cahier, uitgegeven door Biowetenschappen en Maatschappij, vertellen ontwikkelingspsychologen, (kinder)neuropsychologen, psychofysiologen, (kinder)psychiaters en andere hersen- en gedragswetenschappers vanuit hun vakgebied de laatste stand van zaken over de ontwikkeling van de hersenen van kinderen vanaf de geboorte tot volwassenwording, en hoe dat invloed heeft op hun gedrag. Brein in de groei: Over ontwikkeling van het adolescente brein en gedrag / Stichting Biowetenschappen en Maatschappij, 2019 Te downloaden via www.biomaatschappij.nl

Preventie met data in het jeugdveld

Deze inventarisatie bevat 8 praktijkvoorbeelden, die op verschillende terreinen laten zien wat er mogelijk is en wat werkt wat betreft inzet van data voor preventie jeugdbeleid. Bij de beschrijving van de praktijkvoorbeelden is gekozen voor een scope waarbij kort inzichtelijk wordt gemaakt wat de aanleiding is van de start van een project, wat het nu in de praktijk oplevert en welke databronnen zijn ingezet om tot inzichten te komen.

Preventie met data in het jeugdveld: Een inventarisatie van datagestuurde projecten in 8 gemeenten / Ministerie VWS, 2019 te downloaden via www.rijksoverheid.nl

Video's voor gezondheidsboodschappen

Dit document beschrijft de stappen die professionals, werkzaam in de jeugdgezondheidszorg, kunnen nemen als zij video's willen inzetten als middel om gezond gedrag te promoten bij jongeren. De vlogs gaan onder andere over soa's, onzekerheid, telefoon/social media verslaving en depressie en worden ingezet om jongeren bewust te maken van hun eigen gezondheid en gezond gedrag te stimuleren. Stappenplan voor de inzet van video's voor gezondheidsboodschappen GGD Regio Utrecht; Trimbos Instituut; Radar, 2019 te downloaden via bijvoorbeeld www.radaradvies.nl

Casusonderzoek ketensamenwerking

De gemeente 's-Hertogenbosch wil weten of het regiemodel dat zij heeft gekozen voor de ketensamenwerking bij het bieden van zorg en ondersteuning leidt tot passende hulp aan huishoudens met meervoudige problematiek. Ook wil de gemeente weten in welke mate dit bijdraagt aan de gestelde transformatiedoelen. Casusonderzoek ketensamenwerking 's-Hertogenbosch: Een onderzoek naar de keten ketensamenwerking rond kwetsbare huishoudens / Verwey Jonker Instituut, 2019 Te downloaden via www.verwey-jonker.nl

Eigen bijdrage Wlz inzet wel of niet naar een verpleeghuis

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Hoe ga je bijvoorbeeld om met familieleden van een demente man die hun vader en man zo lang mogelijk thuis willen houden om de eigen bijdrage van de Wet langdurige zorg (Wlz) te voorkomen? Terwijl zorg thuis niet meer toereikend is. Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst: Hans van Dartel

Casus

Meneer Gerritsen (83) heeft zes jaar Alzheimer en heeft een betrokken familie om hem heen. Zijn vrouw, dochter en zoon zorgen goed voor hem. Helaas is de zorg de laatste maanden zoveel toegenomen dat de intensieve mantelzorg hen bijna teveel wordt. Ik als dementieverpleegkundige heb daar veel gesprekken over met de familie. Vanuit het zorgoogpunt is iedereen het erover eens dat de zorg thuis niet meer toereikend is voor meneer Gerritsen. Maar omdat er bij verpleeghuisopname een eigen bijdrage vanuit de Wet langdurige zorg wordt gevraagd, wil de familie de stap naar het verpleeghuis zo lang mogelijk uitstellen. Ook de uitleg dat als er uiteindelijk een spoedopname komt zij dan niet mogen meebeslissen in welk verpleeghuis hun man en vader terecht komt, was aan dovenmansoren gericht. Vader moet thuisblijven zolang het nog kan! Helaas is dit niet de eerste keer dat ik me als dementieverpleegkundige in deze situatie bevind. Ik voel me door de familie erg onder druk gezet en merk dat ik er niet langer achter kan staan dat meneer Gerritsen nog thuis woont. Wat kan ik doen?

De centen

Jij hebt een idee over de beste zorg voor meneer Gerritsen, maar dat idee wordt helaas niet overgenomen door de familie. Dat gebeurt op grond van een bezwaar, dat meteen morele vragen oproept: de centen. Maar gaat het alleen om de eigen bijdrage die maakt dat de familie 'nee' zegt? Of zijn er nog andere motieven? Als het alleen om de centen gaat, lijkt het bezwaar tegen opname in het verpleeghuis nogal egocentrisch. Hoewel? Ook de lage bijdrage die in deze situatie betaald moet worden, kan afhankelijk van het inkomen fors oplopen. Tot meer dan 800 euro. Dat is niet niks. Ik kan niet in de portemonnee van deze mensen kijken, dus ook niet goed oordelen over hun bezwaren. Misschien doen ze nu heel goede en nodige dingen met het geld dat ze straks gaan missen. Ook voor meneer Gerritsen. Misschien komen ze straks echt tekort. Dat is niet duidelijk. Tegelijk lees ik dat de familie betrokken is en goed zorgt voor meneer Gerritsen.

Blijkbaar hebben ze dus wel degelijk oog voor zijn zorgbehoeften en worden ze niet alleen gedreven door financieel eigenbelang.

Negatieve beelden

Hoe dan ook, jouw oordeel is dat het thuis niet langer kan. Een verpleeghuis zou beter zijn voor meneer Gerritsen. Maar vindt de familie dat ook? De beelden die mensen van een verpleeghuis hebben, zijn vaak ronduit negatief geladen. De noodzakelijke gang naar het verpleeghuis verschijnt daarom gemakkelijk als een indicatie voor lijden en in een aantal situaties zelfs als aanleiding voor een euthanasiewens. Mogelijk is dat in deze situatie ook het geval; komt het thuis houden

'De overwegingen van de echtgenote over wat het beste is voor haar man, wegen zwaar'

door de familie van meneer tegemoet aan een eerdere wilsuiting. Of misschien ervaart de familie het als een plicht om hun vader tegen groter leed te beschermen. Maar ook als dat niet het geval is, heb je rekening te houden met de opvattingen van de familie. Gelet op de langjarige Alzheimergeschiedenis is meneer welhaast zeker wilsonbekwaam inzake de beslissing over opname in het verpleeghuis. Dus dien je te overleggen met zijn wettelijk vertegenwoordiger, naar ik aanneem zijn vrouw. Haar overwegingen over wat het beste voor haar man is, wegen zwaar. Daar kun je niet aan voorbijgaan, tenzij heel duidelijk is dat vasthouden aan haar wil echt schadelijke effecten heeft voor meneer. Dat zal niet eenvoudig zijn aan te tonen. En zelfs als heel goed aan te tonen is dat thuisblijven echt gezondheidsschade oplevert voor meneer Gerritsen: wat dan nog? De familie dwingen een Wlz-indicatie aan te vragen? Meneer onder politietoezicht uit huis halen?



Probleemeigenaar

Met andere woorden: jij kunt wel ideeën hebben over wat hier moet gebeuren, alleen zit jij niet aan het stuur. De familie is meer probleemeigenaar dan jij. Zij zijn niet verplicht een Wlz-indicatie aan te vragen. Dus kun jij je wel verantwoordelijk voelen voor de situatie, maar is het zeer de vraag of je ook verantwoordelijk bent. Dat ontslaat je overigens niet van de plicht om je best te (blijven) doen om in samenspraak met de familie te zoeken naar de best mogelijke zorg voor meneer.


‘Misschien doet de familie nu heel goede dingen met het geld dat ze straks moeten missen’

Precies zoals je de hele tijd al gedaan hebt. Mogelijk kun je je overtuigingskracht vergroten door anderen te betrekken: de huisarts bijvoorbeeld. Wie weet heeft hij een zodanige relatie met de familie dat hij ze gemakkelijker kan overtuigen van wat in de situatie van meneer Gerritsen de beste zorg is. Niet alleen voor hem, maar ook met het oog op het welzijn van de mantelzorgers zelf. Veel meer dan blijven praten en in overleg met de familie en andere betrokkenen zoals de huisarts zoeken naar de beste zorg, zit er niet in. Tenzij je duidelijke indicaties hebt van echte verwaarlozing van meneer. Maar dat lijkt gelet op je beschrijving van de situatie voorlopig niet aan de orde.

Complicatie

Complicerend is hier dus dat mensen niet verplicht kunnen worden om een Wlz-indicatie aan te vragen, hoe noodzakelijk wij als zorgverleners dat ook vinden. En dat is gelet op idealen als eigen regie en respect voor autonomie, maar goed ook. Het gevolg is echter wel dat mensen berekenend kunnen worden. Zeker wanneer er niet meteen plaats is in een verpleeghuis en cliënten op een wachtlijst worden geplaatst, gaan mensen proberen om het wankel systeem zoals dat thuis functioneert, in stand te houden. Om zo een hoge eigen bijdrage te vermijden. Ook al is er de mogelijkheid van een volledig pakket thuis, daar zullen ze niet meteen voor gaan.

Laagste prijs

Wat in de beeldvorming zeker niet meehelpt, is dat het aantal uren verpleegkundige zorg dat mensen vaak zonder extra kosten konden krijgen, in de regel meer was dan het aantal uren dat ze in eerste instantie tegen betaling van een hoge eigen bijdrage met een Wlz-indicatie konden krijgen. Dat betekende dus wel meer betalen, maar tegelijk minder krijgen. Mensen zijn niet gek. Zoals de meesten van ons zijn ook familieleden van cliënten morele wezens die tegelijk ook heel berekenend kunnen zijn: ‘De beste zorg? Natuurlijk! Maar wel tegen de laagste prijs.’ Kun je hen dat kwalijk nemen? Nee. Dat is alleen het geval als de zorg voor de cliënt er echt onder gaat lijden. Maar is dat hier ook zo? Bekeken vanuit hun perspectief? 

Hans van Dartel was voorzitter van V&VN Commissie Ethiek.

Onze meest geavanceerde flesvoeding

Nutrilon met

Pronutra™ ADVANCE



Dankzij ons **UNIEKE FERMENTATIEPROCES LACTOFIDUS™** bevat ons product **NAAST PREBIOTICA OOK POSTBIOTICA**. Postbiotica ontstaan bij fermentatie door bacteriën.

Klinisch onderzoek toont aan dat **Nutrilon met Pronutra™ ADVANCE** met GOS:lcFOS 9:1 EN postbiotica:

- ✓ darmmicrobiota meer in lijn brengt met dat van borstgevoede baby's¹⁻³
- ✓ minder doorlaatbare darmwand geeft⁴
- ✓ veilig is, goed verdragen wordt en een normale groei ondersteunt^{5,6}

Nutrilon met Pronutra™ ADVANCE ondersteunt de ontwikkeling van de darmmicrobiota voor een veerkrachtig immuunsysteem.¹⁻⁴

www.nutriciavorprofessionals.nl



1. Tims S *et al* (2018) Gut microbiota composition modulation by partly fermented infant formulae supplemented with prebiotics scGOS/lcFOS. Poster presentation on 12 May 2018 at the 51st Annual Meeting ESPGHAN in Geneva. 2. Rodriguez-Herrera A *et al* (2018) A partly fermented infant formula with prebiotics scGOS/lcFOS modulates the gut microbiota functioning towards a more breastfed-like microbiota. Presented on 10 May 2018 at the 51st Annual Meeting ESPGHAN in Geneva. 3. Martin R *et al*. *Beneficial Microbes*, 2010; 1: 367-82. 4. Renes I *et al* (2018) A partly fermented infant milk formula with scGOS/lcFOS reduces stress-induced gut permeability and gut hypersensitivity in rats. Poster presentation on 12 May 2018 at the 51st Annual Meeting ESPGHAN in Geneva. 5. Rodriguez-Herrera A *et al* (2016-1) A partly fermented infant formula containing scGOS/lcFOS supports adequate growth in healthy, term infants: the life study. ESPGHAN proceedings, vol 62, suppl 1, 658. 6. Herrera A *et al* (2015) The combination of scGOS/lcFOS and fermented infant formula softens stools of infants compared to unfermented infant formula without scGOS/lcFOS. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 61(4):516-17.