



- **Gemeentepolitiek:**
wat kun je ermee als verpleegkundige M&G?
- **Opvoedkwaliteitspel:**
op zoek naar de kracht van de ouder

Ondervoeding, een groot onderschat probleem!

De informatiebron

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

Casuïstiekbespreking in Ouder- en kindteams

Deze notitie laat zien waar een casusbespreking aan moet voldoen om op een succesvolle manier te kunnen worden ingebracht zodat er optimaal wordt samen gewerkt en samen geleerd. Elke casus-inbreng vraagt voorbereiding en formulering van een vraag om een effectieve, doelgerichte en leerzame bespreking te houden. Door literatuurstudie, raadpleging van experts en uitproberen van verbeteracties in Ouder- en Kindteams is onderzocht hoe men hier het beste mee te werk kan gaan.

Handreiking Casuïstiekbespreking in Ouder- en Kindzorg / Netwerk Effectief Jeugdstelsel Amsterdam, 2017.
Te downloaden via www.neja.nl

Handboek CanMEDS-rollen in de praktijk van de ouderenzorg

Wie mag welke zorg verlenen? Hoe verdeel je de taken binnen een zorgteam? En wat mag je van elkaar verwachten? Er zijn de laatste jaren zoveel verschillende functies bijgekomen in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg dat medewerkers allerlei vragen hebben. Daarom ontwikkelde Zorgpact Midden-Nederland het handboek 'CanMEDS-rollen in de praktijk van de ouderenzorg'. De CanMEDS worden gebruikt om de verschillende rollen te beschrijven die zorgprofessionals vervullen in de zorg voor hun cliënten. Het is een systematiek om complexe competenties te kunnen verdiepen en beschrijven. In dit handboek wordt de werkwijze beschreven die in de pilot is gevolgd en de effecten daarvan op de teamsamenwerking en de individuele werkbeleving.

CanMEDS-rollen in de praktijk van de ouderenzorg / Zorgpact Midden-Nederland, 2017. Te downloaden via www.zorgvoorbeter.nl

Knelpuntenanalyse Medicatietrouw

Het doel van deze knelpuntenanalyse is het in kaart brengen van de knelpunten die spelen in het verpleegkundig en verzorgend handelen bij medicatieontrouw. De knelpuntenanalyse moet de basis vormen voor gerichte adviezen aan V&VN over vervolgstappen die gezet kunnen worden om geïdentificeerde knelpunten op te lossen. Richtinggevend zijn onderzoeksvragen als: Hoe vaak komen verpleegkundigen en verzorgenden in aanraking met patiënten die medicatieontrouw zijn? Wat zijn de taken van verpleegkundigen en verzorgenden bij medicatietrouw, ook in relatie tot die van hun samenwerkingspartners?

Bevorderen van medicatietrouw door verpleegkundigen en verzorgenden Knelpuntenanalyse / Nivel, 2017.
Te downloaden via www.nivel.nl

Knelpunten functioneren wijkteams

Nu de sociale wijkteams enige jaren draaien zullen er steeds meer (kritische) rapporten komen over het functioneren van deze teams. Dit voorbeeld van de Rekenkamer Barendrecht is hier een voorbeeld van. De centrale onderzoeksvraag hierbij is: Welke knelpunten zijn er in het functioneren van wijkteams, welke gevolgen hebben deze voor de resultaten die ze bereiken en is er te verwachten dat de gemeente de knelpunten zal oplossen met de doorontwikkeling van het sociaal domein?

Een taak voor de boeg: Onderzoek naar aanpak knelpunten functioneren wijkteams / Rekenkamer Barendrecht, 2018. O.a. te downloaden via www.sociaalweb.nl

Handelingsperspectieven voor een gezonde leefomgeving

In opdracht van de gemeente Utrecht heeft het RIVM onderzocht hoe de leefomgeving in de Utrechtse wijken gezonder kan worden gemaakt. Het gaat onder andere om maatregelen voor meer groen waar mensen iets mee kunnen doen (zoals buurtmoestuinen, buurtparkjes etc.), beweegvriendelijke wijken, minder lawaai, schonere lucht en meer sociaal contact.

Ook kan worden ingezet op verkeersvrije en leefbare straten ('leefstraten'), meer plekken om fietsen te stallen, het stimuleren van zogeheten deelauto's en een betere handhaving op asociaal rijgedrag. Per wijk worden combinaties van maatregelen voor de leefomgeving voorgesteld die extra gezondheidswinst kunnen opleveren

Gezonde Omgeving Utrecht (GO! Utrecht): Handelingsperspectieven voor een gezonde leefomgeving? RIVM, 2017 te downloaden via www.rivm.nl

Welzijn op recept

Welzijn op recept heeft als doel het welbevinden te verhogen van mensen met psychosociale en / of onverklaarde lichamelijke klachten door hen te verwijzen naar welzijnsactiviteiten (bijvoorbeeld: vrijwilliger in een bejaardentehuis, computercursus volgen etc.). In het evaluatieonderzoek van de pilot wordt een indicatie gegeven van de effecten van het project op deelnemers. Daarnaast is gekeken hoe de uitvoering van het project is verlopen.

Evaluatierapport pilot Welzijn op recept Mors en Stevenshof? GGDHM, 2017.
Te downloaden via www.ggdhm.nl

Factchecker Registreren in de wijkverpleging

De wijkverpleegkundige is steeds meer tijd kwijt met het invullen van formulieren en checklists. Kostbare tijd die liever aan cliënten besteed wordt. De registratiedruk lijkt alleen maar toe te nemen en roept vragen op. Dit document gaat in op een aantal dilemma's die spelen bij registraties die voorkomen in het werk van wijkverpleegkundigen. Er wordt getoond waar de registratie vandaan komt en wat de achterliggende reden is. Hiermee willen we helderheid bieden, een discussie op gang brengen over nut en noodzaak en handvatten bieden om registratielast terug te dringen. Zodat de professionaliteit van verzorgenden verpleegkundigen weer centraal komt te staan, en niet de registratie.

Factchecker Registreren in de wijkverpleging: Hoe kun je dit verminderen / Vilans, 2018. Te downloaden via www.vilans.nl



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 18, nummer 1, maart 2018

ISSN 1568-5853

Redactie: Mariska de Bont, Anneke Driessen, Saskia van Egmond, Corien Harder-Drayer, Gerben Jansen, Hellen Kooijman, Pascale Lavooij, Marieke Rijsbergen (eindredactie) en Rosanne Steensma

Redactieadres: Zie onder 'Informatie' of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto

Ontwerp en opmaak: Strak Advertising, 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 abonnements tarief 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

Gia Wallinga is **voorzitter** van de afdeling V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid, Mariska de Bont is **beleidsmedewerker**.

Laat je stem horen!

Er is al veel over geschreven in dit tijdschrift: de ambassadeurs voor de verpleegkundige beroepen Maatschappij & gezondheid. Het motto is natuurlijk: laat je stem horen. En dat devies is er eveneens in 2018. Niet alleen is het goed om onszelf te presenteren als groep, maar ook als individu. Want het is de verpleegkundige in het werkveld die weet of iemand laaggeletterd is, of een cliënt zijn pillen op de juiste manier inneemt, zoals voorzitter Gia Wallinga in haar column aanstipt. Het is het werkveld waar gezien wordt dat ouders misschien meer baat hebben bij het benadrukken van hun kracht dan van hun tekorten (zie pagina 22 over het spel Opvoedkwaliteiten). En het is het veld waar de papierberg zo hoog wordt dat er voor de cliënt minder plaats is. Niet voor niks is de initiatiefneemster van de actie #meerzorgminderpapier Caroline Smeets een rasechte wijkverpleegkundige. Als redactie zijn we in gesprek gegaan met haar. Krijgt de actie een vervolg? Op bladzijde 14 lees je het interview.

We hebben weer een mooi magazine voor je samengesteld. Helaas kunnen we dat niet zonder redacteuren. Is schrijven je passie en wil je ook eens snuffelen aan werkvelden buiten je comfortzone? Meld je dan aan als redacteur! We hebben vooral behoefte aan jeugdverpleegkundigen! Maar iedereen is welkom. Meer info via redactie.mgz@venvn.nl.

Gerben Jansen is redacteur van Tijdschrift M&G en werkzaam als dementieverpleegkundige bij thuiszorgorganisatie TWB in Roosendaal. Twitter: @gerbenJansen72



In dit nummer

Actueel

Ondervoeding: een groot onderschat probleem 7

Verslag

Diner pensants ambassadeurs jeugd-, wijk- en dementieverpleegkundigen 12

Aan tafel met...

Caroline Smeets van #meerzorgminderpapier: 'We moeten als beroepsgroep eenduidige signalen afgeven' 14

Op pad met

Kinderverpleegkundige Eva Rutjes van KinderThuisZorg 19

Achtergrond

Opvoedkwaliteitenspel: op zoek naar de kracht van ouders 22

Afdelingsnieuws

Gemeentepolitiek: wat kun je er als verpleegkundige M&G mee? 26

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Column voorzitter 6

Het dilemma: kindermishandeling als moeder malariapillen niet geeft? 16

Vers bloed 24

Afdelingsnieuws 25

De richtlijn: handreiking Intake JGZ voor statushouderskinderen 30



Chronisch zieken blijven gezonder in sociale wijk

Een buurt met veel sociaal kapitaal biedt mensen met een chronische ziekte meer mogelijkheden om gezond te blijven. Chronisch zieken vinden dat buurtgenoten belangrijke vormen van praktische hulp en emotionele steun bieden. Dit blijkt uit NIVEL-onderzoek van Geeke Waverijn, die 10 januari promoveerde aan Universiteit Utrecht. De resultaten van deze studie laten zien dat burens met name praktisch bijdragen aan het zelfmanagement van mensen met een chronische ziekte. Zo doen zij bijvoorbeeld klusjes in en om het huis, werken in de tuin en helpen met boodschappen tillen. Hierdoor kunnen mensen met een chronische ziekte langer zelfstandig thuis wonen. Buurtgenoten zijn altijd dichtbij en kunnen helpen als er snel iets gedaan moet worden of als er onverwacht iets gebeurt. Er zit wel een grens aan de burenhulp. Ze helpen maar zelden bij medische taken of bij per-

soonlijke verzorging. Hierin verschillen de relaties met burens van de relaties met familie en vrienden. Familie en vrienden zijn dan ook vaker dan burens een bron van emotionele steun. Deze resultaten laten zien dat er, vanuit het perspectief van mensen met een chronische ziekte zelf, grenzen zitten aan de hulp die men van hun burens kan of wil krijgen. De buurt kan dan ook niet als pasklare oplossing ingezet worden om in de ondersteuningsbehoeften van mensen met een chronische ziekte te voorzien. Meer onderzoek is nodig om verdere conclusies te kunnen trekken over hoe de buurt bij kan dragen aan de gezondheid van mensen met een chronische ziekte. Uit dit onderzoek blijkt wel dat mensen met een chronische ziekte die in een buurt wonen met meer sociaal kapitaal minder snel achteruit gaan in gezondheid. Wat het mechanisme daarachter

is, hebben de onderzoekers niet kunnen achterhalen. Dat komt wellicht omdat de groep mensen met een chronische ziekte erg heterogeen is, zowel qua ziekte als wat betreft de gevolgen ervan voor het dagelijks leven. ❧

Bron: nivel.nl



Vrouwen sterven nu ook het meest aan kanker

In 2016 overleden 149.000 inwoners van Nederland. De meeste mensen stierven aan kanker en hart- en vaatziekten. 45.000 (30 procent) aan kanker en 39.000 (26 procent) aan hart- en vaatziekten. In 2016 overleden voor het eerst meer vrouwen aan kanker dan aan hart- en vaatziekten. Dit blijkt uit een nieuwe analyse van het CBS. Bij mannen zorgt kanker al ruim tien jaar voor de hoogste sterfte. Bij vrouwen is het in 2016 voor het eerst dat kanker meer sterfgevallen telt dan hart- en vaatziekten. Sinds 2007 zorgt longkanker bij vrouwen voor de hoogste sterfte aan kanker. In de laatste twintig jaar is het aantal vrouwen dat is overleden aan longkanker meer dan verdubbeld, van 1.900 in 1997 tot 4.4000 in 2016. Daarmee had longkanker in 2016 een aandeel van 21 procent in de kankersterfte bij vrouwen. Borstkanker zorgde voor 15 procent van de kankersterfte, aan darmkanker overleed 12 procent. ❧



Aantal nieuwe hiv-infecties daalt langzaam



Het aantal nieuwe patiënten met hiv in Nederland blijft langzaam dalen. In 2016 waren er ongeveer 820 nieuwe hivdiagnoses; enkele tientallen minder dan in 2015. In 2016 waren er naar schatting 22.900 mensen met hiv in Nederland, van wie circa 2.600 nog niet op de hoogte waren van hun infectie. In 2016 kwam 95 procent van de patiënten binnen zes weken na het stellen van de diagnose in zorg, en van hen startte vrijwel iedereen binnen zes maanden met antiretrovirale therapie. Veel patiënten komen pas laat in zorg omdat hun hivinfectie in een laat stadium wordt opgespoord. Deze patiënten hebben dan al een verzwakt immuunsysteem of zelfs aids. Dit was het geval bij 37 procent van de groep van mannen die seks hebben met mannen (MSM), 63 procent van de heteromannen en 43 procent van de vrouwen. ☺

Bron: Stichting HIV Monitoring

We worden steeds later moeder

De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen in Nederland hun eerste kind krijgen is in 2017 opgelopen naar 29,8 jaar. Vooral door het lage geboortecijfer bij vrouwen onder de dertig jaar is het aantal geboren baby's met 169.000 in 2017 opnieuw laag. Dit maakt het CBS bekend op basis van voorlopige cijfers. De daling van het aantal geboorten is het grootst bij jonge vrouwen. Vooral de laatste jaren hebben zij naar verhouding weinig kinderen gekregen. In 2017 werden 55 kinderen per duizend vrouwen van 20 tot 30 jaar geboren, tegenover 68 kinderen in 2010 en 73 kinderen in 2000. Ook het aantal tienermoeders

daalt al jaren en komt in 2017 opnieuw lager uit. Bij vrouwen boven de 35 jaar is het aantal geboorten licht toegenomen. Het uitstel van het moederschap is één van de oorzaken van het relatief lage aantal kinderen dat de laatste jaren wordt geboren. In 2017 waren dat er 169.000, 3.000 minder dan in 2016 en ruim 1.000 minder dan in 2015. Op basis van deze voorlopige cijfers is het aantal geboorten zelfs lager dan bij het vorige dieptepunt in 1983 (170.000). Ook het gemiddeld kindertal is verder gedaald en komt uit op 1,61 kinderen per vrouw. In 2000 was dat nog 1,72 kinderen, en in 2010 1,80 kinderen. ☺



Meldingsgraad verhogen onder kinderdagverblijven

De regio GGD Haaglanden en de GGD Rotterdam Rijnmond zijn in samenwerking met verschillende kinderdagcentra uit de regio in 2016 het project *Meldingsgraad verhogen onder kinderdagverblijven* gestart. Medewerker deskundigheidsbevordering afdeling infectieziektebestrijding bij de GGD Rotterdam Rijnmond, Pascale Lavooij: 'Heel wat kinderdagverblijven doen nooit een melding van een uitbraak bij de GGD. Neem de regio Rotterdam-Rijnmond. Daar heeft zo'n 70 procent van de kinderdagverblijven nooit een melding gedaan in de afgelopen vijf jaar.' Al snel werd duidelijk dat kinderdagverblijven pas contact opnemen met de GGD als het uit de hand dreigt te lopen en dat de meldingsplicht (als er sprake is van twee of meerdere kinderen met bijvoorbeeld diarree of waterpokken) soms onbekend is. Ook is er verwarring over de rol van afdelingen toezicht/inspectie kinderopvang die ook onder de GGD vallen. Zij gaan over de inspecties van kinderdagverblijven die verplicht zijn als ze een vergunning willen krijgen en

behouden, maar hebben niet te maken met de infectieziektebestrijding. Na diverse interviewrondes met medewerkers van de kinderdagverblijven zijn er een aantal aanbevelingen, zoals korte digitale informatie, jaarlijkse nieuwsbrieven, uitgewerkt die resulteerde in een kort filmpje over infectieziekten en wanneer er gemeld moet worden. Ook zijn er stickers ontwikkeld met GGD-gegevens om bij de telefoon te hangen en een A4'tje met meldingsgegevens en informatie over de GGD. Op deze manier hebben de kinderdagverblijven meteen overzichtelijk alle info bij elkaar.' Het filmpje is te zien op de volgende link: www.ggdrotterdamrijnmond.nl/kinderdagverblijven of www.ggdhaaglanden.nl/infectie-ziekten/inderdagverblijven.

Mochten andere infectieziektenverpleegkundigen interesse hebben in de aanpak van de regio Haaglanden en Rotterdam, stuur dan een mail naar: p.lavooij@rotterdam.nl ☺

‘Hoe gaat u uw medicijnen innemen?’

Onlangs was ik bij een conferentie over hoe je gezondheidsverschillen in Nederland terug kunt brengen. Het was een interessante bijeenkomst. Zo hoorde ik dat het verschil in levensverwachting tussen hoger en lager opgeleiden groot is. Zo hebben hoger opgeleiden gemiddeld vijftien jaar meer te leven dan hun leeftijdgenoten die lager zijn opgeleid. Deze laatste groep begrijpt vaak niet wat ‘gezond leven’ is.

Uit onderzoek blijkt dat zeker 15 procent van de Nederlanders laaggeletterd is en dat circa 28 procent van de Nederlandse volwassenen beperkte gezondheidsvaardigheden heeft. Denk bij dat laatste aan het correct op kunnen volgen van het advies van de huisarts. Eigenlijk weten wij dat wel als verpleegkundigen M&G.

‘Check je bij preventie of de cliënt echt begrijpt wat je bedoelt?’

Maar toch zette het me aan het denken. Want uit diverse filmpjes tijdens deze conferentie bleek hoe goed mensen zijn in het verbloemen dat ze niet goed kunnen lezen en schrijven. In een filmpje zie je een huisarts tegen een vrouw zeggen die medicijnen krijgt: ‘Lees de bijsluiter goed.’ De vrouw knikt diverse malen, terwijl later blijkt dat ze twee antibioticapillen in een keer neemt omdat ze via de bijsluiter niet begreep dat er tijd tussen die pilinname moest zitten.

Maak gezondheidszorg toegankelijker

Na de conferentie sprak ik met een wijkverpleegkundige. Ik vroeg haar: ‘In hoeverre zijn wij wijkverpleegkundigen ons eigenlijk bewust van het feit dat dit bij misschien wel drie van de negen patiënten die we op een dag zien, zo werkt? Hoe vaak stellen we de eenvoudige vraag: maar hoe gaat u die medicijnen nu innemen? Of zeg je bij preventie precies de juiste dingen, maar check je dan ook of je cliënt je echt begrijpt?’ Daar moest ze het antwoord op schuldig blijven.

BIO

Gia Wallinga is voorzitter V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid en directeur Zorg bij Icare VVT. Volg Gia ook via Twitter. @giawallinga
Haar e-mailadres is: voorzitter.mgz@venvn.nl

Volgens mij is er een hele wereld te winnen als het gaat om het taalgebruik in onder meer bijsluiters en in informatiefolders. De gezondheidszorg zou wat dat betreft veel toegankelijker gemaakt moeten worden. Wij verpleegkundigen kunnen op onze beurt een flinke slag slaan door erbij stil te staan of mensen het wel echt begrijpen wat wij ze allemaal vertellen en uitleggen. Bij de mensen thuis als wijk- of dementieverpleegkundige, of tijdens de spreekuren van de sociaal en jeugdverpleegkundigen. Want laten we eerlijk wezen. Hoe vaak hebben we het hier nu echt over? Hoe vaak stellen we onszelf expliciet de vraag: ‘Kan deze cliënt wel wat er van hem of haar gevraagd wordt?’ Als we dat eens vaker doen, zetten we al heel wat stappen in de goede richting. En leveren wij als verpleegkundigen M&G in ieder geval een extra bijdrage om de gezondheidsverschillen tussen lager en hoger opgeleiden kleiner te maken! ☺



Ondervoeding:

Een groot onderschat probleem!

Schrikbarend veel ouderen in de thuiszorg - ruim 30 procent - lijdt aan ondervoeding. In onderzoek van de Stuurgroep ondervoeding gaven ouderen aan dat wijk- en dementieverpleegkundigen weinig aandacht besteden aan dit onderwerp. Hoog tijd voor verandering. Wat komt er allemaal kijken bij ondervoeding, welke risicogroepen zijn er, hoe kun je het vaststellen en wat zijn de recente ontwikkelingen rondom ondervoeding? Projectleider Elke Naumann van de Stuurgroep ondervoeding doet er een boekje over open.

Tekst:
Elke Naumann

Bij ondervoeding krijgt je cliënt minder energie binnen uit eten en drinken dan het lichaam nodig heeft. Je cliënt haalt zijn energie dan uit zijn lichaamsvoorraden. Hij spreekt dan zijn vetreserves aan, waardoor zijn gewicht afneemt. Als dit tekort aanhoudt, dan zal zijn lichaam ook eiwitten uit de spieren gebruiken om energie te leveren. Dit leidt weer tot spiermassaverlies, waardoor je cliënt bijvoorbeeld moeilijker kan traplopen, boodschappen doen lastig wordt en een partijtje voetballen met de kleinkinderen er niet meer inzit. Bovendien blijken patiënten die ondervoed zijn, vatbaarder voor ziektes, hebben een slechtere wondgenezing, een grotere kans op decubitus, lagere kwaliteit van leven en grotere kans op overlijden. Hierdoor liggen zij langer in het ziekenhuis, waardoor zorgkosten stijgen.



Figuur 1: mogelijke gevolgen van ondervoeding (Bron: Richtlijn Ondervoeding, 2017)

Diverse oorzaken

De oorzaken voor ondervoeding zijn zeer divers. Het kan worden veroorzaakt door ziekte. Kanker, COPD en ziekten waarbij ontsteking aanwezig is, veroorzaken een hogere energiebehoefte. Ziekte of de behandeling daarvan kan daarnaast leiden tot verminderde smaak, reuk en eetlust, gebitsklachten, slikproblemen, verandering in honger- en verzadigingsgevoel, verstoorde vertering en pijn. Maar ook verminderde mobiliteit, geheugenproblemen, verminderde mogelijkheid om boodschappen te doen en eten te bereiden en vermoeidheid, kunnen leiden tot een tekort aan voedingsinname. Het gaat soms om heel praktische problemen. Neem een oudere man die in zijn rollator weinig boodschappen kan vervoeren of een oudere vrouw die de verpakkingen van etenswaren niet meer open krijgt.

Ook factoren als angst, verdriet en depressie kunnen leiden tot ondervoeding. Tot slot kunnen eenzaamheid, geen sociaal netwerk voor hulp bij aankoop en/of bereiden van maaltijden en armoede een rol spelen. Uit de Landelijke prevalentie meting (2015) blijkt dat één op de acht cliënten in de thuiszorg ondervoed is. Oudere en vrouwelijke cliënten, en cliënten die meer zorgafhankelijk zijn, zijn vaker ondervoed, terwijl ondervoede cliënten ook vaker functieverlies en hulp bij het eten nodig hebben. Toch vindt in de thuiszorg slechts bij een kwart van de cliënten screening plaats.

De onderzoekers deden ze de volgende aanbevelingen:

- Investeer in een goed screeningsbeleid
- Zet bijscholing weer op de agenda
- Voer structureel en uniform beleid met betrekking tot de preventie en behandeling van ondervoeding, waarbij vooral aandacht besteed wordt aan het (tijdig) nemen van preventieve maatregelen bij een risico op ondervoeding, vastgesteld na screening met een valide instrument.

Herkennen en actie ondernemen

Kortom: hoe eerder ondervoeding wordt herkend, hoe sneller er actie kan worden ondernomen. Nodig is een goede afstemming tussen de diverse zorgverleners. Denk aan de huisarts, de wijkverpleegkundige, de diëtist, het buurtteam en de dementieverpleegkundige.



Onlangs is een groep wijkverpleegkundigen in Friesland geïnterviewd door onze Stuurgroep ondervoeding in het kader van *Goed Gevoed Ouder Worden*. Dit project richt zich op het vergroten van kennis en bewustwording over ondervoeding bij ouderen en hun mantelzorgers en zorgverleners. Deze wijkverpleegkundigen geven hierin unaniem aan dat het signaleren van (risico op) ondervoeding hun taak is. Hiervoor gebruiken zij vaak het screeningsinstrument SNAQ 65+ (zie kader).

Als (risico op) ondervoeding eenmaal gesignaleerd is, wordt vaak energie- en eiwitrijke voeding geadviseerd, zo zegt een verpleegkundige. 'Maar er wordt te weinig gekeken naar de oorzaken van het probleem, terwijl juist daar vaak acties moeten worden ondernomen.' Ofwel: een tekort aan voedingsinname door slechte eetlust vraagt een andere aanpak dan een tekort aan voedingsinname doordat iemand bijvoorbeeld zelf geen boodschappen kan doen. 'Alleen door een goed gesprek met de patiënt of mantelzorger wordt duidelijk wat de oorzaken van ondervoeding zijn en kan gepaste actie worden ondernomen.'

Eenvoudige vragen

De oorzaken kunnen via simpele vragen blootgelegd worden. 'Hoe gaat het met eten en drinken? Wie doet er boodschappen als u ziek bent?, Zitten uw kleren wijder dan voorheen? Heeft u boodschappen in huis? Vindt u alleen eten een probleem?'

Ondervoede ouderen liggen gemiddeld langer in het ziekenhuis, waardoor zorgkosten stijgen

De wijkverpleegkundigen in Friesland geven aan dat veel onderliggende oorzaken van ondervoeding te maken hebben met een gebrek aan een sociaal netwerk. Ofwel, mantelzorgers die hulp kunnen bieden bij het kopen of bereiden van eten en drinken. Een wijkverpleegkundige geeft aan: 'Sommige cliënten willen geen gebruik maken van een maaltijdservice. Ze proberen zelf maaltijden te bereiden maar dit gaat ten koste van de veiligheid van de cliënt in de thuissituatie.'

Het accepteren van hulp bij eten en drinken ligt bij heel wat ouderen vrij moeilijk. 'Ze willen ons advies niet altijd aannemen', aldus een wijkverpleegkundige. Een oudere meent: 'Met hulp van eigen kinderen heb ik geen moeite.

Screeningsinstrument SNAQ 65+

De SNAQ 65+ is een meetinstrument om risico op ondervoeding bij thuiswonende ouderen vast te stellen. Op basis van antwoorden op vier vragen over recent gewichtsverloop, armomtrek, eetlust en traplopen, geeft de SNAQ65+ een code groen (geen ondervoeding), oranje (risico op ondervoeding) of rood (ondervoed). Bij code oranje en rood is het van belang adviezen te geven om extra energie- en eiwitrijke maaltijden en tussendoortjes te gebruiken. Bij score rood is bovendien verwijzing naar een diëtist geïndiceerd. De diëtist zal een behandelplan opstellen en de resultaten van de behandeling monitoren. De verpleegkundige kan echter de voortgang bewaken en knelpunten signaleren (bijvoorbeeld door te vragen naar mogelijkheden en onmogelijkheden om het advies van de diëtist op te volgen) en dat terugkoppelen aan huisarts en/of diëtist. Meer informatie en een instructiefilmpje voor gebruik van de SNAQ65+ is te vinden op de website van de Stuurgroep ondervoeding (www.stuurgroepondervoeding.nl/eerstelijnszorg-thuiszorg). Goed te weten is dat dit meetinstrument ook in de toolbox Indicatieproces zit.

Op het moment dat je afhankelijk wordt van een maaltijdservice, dan wordt het een ander verhaal'. De oudere wil regie houden over wat hij eet en drinkt. Laat de oudere zelf het boodschappenlijstje schrijven of neem hem of haar naar de supermarkt zodat hij zelf zijn favoriete producten kan uitkiezen.

Wanneer is er sprake van ondervoeding?

Je spreekt van ondervoeding als de BMI lager is dan 18,5 bij 18 tot 69 jaar en lager dan 20 bij 70 jaar en ouder of als er onbedoeld gewichtsverlies is van meer dan 10 procent in zes maanden en/of als er onbedoeld gewichtsverlies is van meer dan 5 procent in een maand. Omdat weinig ouderen een lage BMI hebben en een lage spiermassa óók kan voorkomen bij een hoge BMI, wordt aangeraden om bij verdenking op ondervoeding ook de spiermassa te meten. Dit kan eenvoudig met een bio-elektrische impedantiemeter (BIA). Steeds meer huisartsen, diëtisten en fysiotherapeuten hebben zo'n BIA.

Kennis en bewustwording

De cliënt is zich niet altijd bewust van het probleem. Ondervoeding wordt geassocieerd met Afrika of met de oorlog. Wanneer extra voeding, bijvoorbeeld drinkvoeding wordt geadviseerd, hoort een wijkverpleegkundige regelmatig: 'Nou ja, doet u dat maar als u denkt dat het goed voor me is. Deze kwetsbare ouderen zien zelf nauwelijks het belang van de maatregelen.' Ouderen en hun mantelzorgers hebben tevens behoefte aan kennis. Zo dachten veel ouderen dat er in een tomaat meer eiwit zit dan in een stukje vlees. Voor zorgverleners is basiskennis van voeding belangrijk om een advies over eiwit- en energieverrijkte voeding te geven. Maar ook hier geldt: het moet passen bij de oudere zelf. Wat vindt iemand lekker, wat kan en wil iemand veranderen? Een eetpatroon bestaat vaak al jaren. Dit veranderen is niet altijd makkelijk. De diëtist kan helpen een advies op maat te maken. Als duidelijk is wat jouw cliënt nodig heeft, is het vaak nog niet makkelijk voor de mantelzorger, wijkverpleegkundige of oudere om inzichtelijk te krijgen welke lokale hulp en ondersteuning beschikbaar is. Daarom werkt de Stuurgroep Ondervoeding momenteel aan een project waarbij informatie over lokale voorzieningen wordt samengebracht op de website www.goedgevoedouderworden.nl.

In de thuiszorg vindt slechts bij een kwart van de cliënten screening plaats

Toekomst

Een wijkverpleegkundige schets een mooi toekomstbeeld: 'De huidige zestigers en zeventigers zijn de kwetsbare ouderen van de toekomst. Dat idee zou onderdeel moeten worden van het denken van (en rondom) deze generatie.'



Op die manier kan iedereen daar met preventie op anticiperen. Hopelijk is ondervoeding dan straks, als zij tachtig zijn, een minder groot probleem.'

Voor een goede kwaliteit van leven en gezondheidstoestand van de patiënt, is het immers cruciaal dat iemand goed gevoed is. Hoe oud deze ook is. Laten we er daarom met z'n allen in de wijk voor zorgen dat de 30 procent van de ondervoede ouderen in de thuissituatie snel daalt naar een acceptabeler cijfer. Door de signalen goed op te vangen en regelmatig een inhoudelijk gesprek aanknopen over voeding! [🔗](#)

De Stuurgroep Ondervoeding zet zich in om ondervoeding in Nederland tegen te gaan. Dit doet zij door samenwerkingsverbanden tussen relevante partijen te coördineren en projecten rond dit thema te initiëren. Zie ook: www.stuurgroepondervoeding.nl.

Literatuur

1. Schilp J, Kruijenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, van Binsbergen JJ, et al. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition*. 2012;28(Nov-Dec;28(11-12)):1151-6.
2. Rozeveld E. Ouderen zien zelf ondervoeding niet als probleem. Interview in *Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek*; 2016. p. 30-1.
3. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - an ESPEN Consensus Statement. *Clinical Nutrition*. 2015;34(3):335-40.
4. Keller HH, Goy R, Kane SL. Validity and reliability of SCREEN II (Seniors in the community: risk evaluation for eating and nutrition, Version II). *European Journal of Clinical Nutrition*. 2005;59(10):1149-57.
5. Wijnhoven HA, Schilp J, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, de Vet HCW, Kruijenga HM, Ferrucci L, et al. Development and validation of criteria for determining undernutrition in community-dwelling older men and women: the Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+ (SNAQ65+) *Clinical Nutrition* (Edinburgh, Lothian). 2012;31(3):351-8.

Elke Naumann is projectleider Stuurgroep Ondervoeding en associate lector Voeding en Gezondheid, Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Diner pensants ambassadeurstrajecten:

Ondertussen bij de jeugverpleegkundigen

Zowel het diner pensant voor de jeugdverpleegkundigen als voor de wijk- en dementieverpleegkundigen die deelnemen aan het ambassadeurstraject heeft recentelijk plaatsgevonden. Beide groepen discussieerden in het statige Utrechtse Academiegebouw. Een kleine impressie van de twee groepen. De groep jeugdverpleegkundigen heeft inmiddels zijn diploma. De groep wijk- en dementieverpleegkundigen volgt binnenkort.



Foto's: Johan Lambregts

Tekst: Tanja Veenstra

Aperitief

Al tijdens de 'ontvangst met aperitief' in de statige receptiezaal van het Academiegebouw aan het Domplein ontstaat een levendige dialoog tussen de zestien aspirantambassadeurs en andere JGZ-professionals uit alle hoeken van het land. Er hangt een bevlogen netwerksfeer, waaruit blijkt dat de verpleegkundigen al goed op streek zijn met hun leerdoelen. Want communicatieve vaardigheden vormen een belangrijk onderdeel van de negen maanden

durende module. Een van de aanwezige coaches, Nelleke Maas (verpleegkundig specialist preventie bij V&VN), benadrukt het belang van die vaardigheden voor de jeugdgezondheidszorg: 'Nu de verantwoordelijkheid voor de jeugdgezondheidszorg bij de gemeenten ligt, is het extra nodig dat verpleegkundigen laten zien wat ze doen, wat ze kunnen en wat ze kunnen betekenen. Ze moeten zorgen dat ze zichtbaar zijn en zich veel meer hard maken

voor preventie. Als jeugdverpleegkundige behartig je ten slotte de belangen van alle gezinnen met jonge kinderen.'

Verpleegkundigen staan niet per se bekend om hun assertiviteit en ondernemerschap, of zoals Maas het schetst: 'Ze hebben toch altijd een vorm van bescheidenheid over zich. Ze zullen niet snel uit zichzelf op een hoge pief af stappen en hem even vertellen wat er nodig is. Daarom heeft iedere deelnemer aan het traject een eigen coach.' 'Haar' ambassadeur in wording, Mareike Meijerhof, vertelt over de opdrachten die ze kreeg: 'We moesten contact leggen met een gemeenteraadslid en in gesprek gaan met de directie. En we zijn naar de Tweede Kamer geweest. Verder leerden we presenteren en een artikel schrijven. De bedoeling was dat je dat ook publiceerde. En dat lukt dan zomaar. Mooi toch?'

Voorgerecht

Intussen heeft het hele gezelschap zich een verdieping hoger geïnstalleerd aan ronde tafels, gedekt voor het diner. Tijdens een inleidend praatje stelt bestuurslid Jacqueline de Vries van V&VN M&G de aankomend ambassadeurs voor met een slideshow. De één geeft een presentatie binnen haar organisatie, de ander op een hogeschool, de derde interviewt een wethouder, de vierde staat op de foto bij de lokale omroep en er zijn twee dames die vloggend op visite gaan bij hun directeur. Twitteren doet intussen iedereen.

'En als goede ambassadeur ga je natuurlijk ook even een borrel drinken in Nieuwspoor als je toch in de buurt bent,' besluit De Vries en spreekt een toast uit: 'Op onze ambassadeurs en de toekomst waarin zij de jeugdgezondheidszorg meer voor het voetlicht brengen!' Wie dat al heel goed doet is GGD-jeugdverpleegkundige Tessa Goorsenberg. Zij zet zich, samen met collega Lia van Aaken, in voor seksuele diversiteit (LHBT) op scholen in Zeeland. Op 11 oktober, Coming-out-dag, zijn ze daarom in Terneuzen genomineerd voor de Zeeuwse Parel. Het ambassadeurstraject heeft daar zeker aan bijgedragen: 'Het heeft me geholpen me proactief op te stellen, mezelf zichtbaar te maken op de scholen en me sterk te maken voor dit project. Je kunt meer bereiken dan je denkt!'

Hoofdgerecht

Ingrid Staal, projectleider innovatie en academisering bij GGD Zeeland, is uitgenodigd om de aanwezigen inhoudelijk te prikkelen. Staal is een van de eerste jeugdverpleegkundigen die na een studie Verplegingswetenschap promoveerde. Tijdens het diner geeft ze twee presentaties waarin ze vertelt over haar ervaringen

in de wetenschappelijke wereld. 'Het was voor mij een trigger om wetenschap aan de praktijk te koppelen, maar andersom heeft de praktijk ook veel te bieden aan de wetenschap. Dus ambassadeurs, wees vooral niet te bescheiden!' Wetenschap is ook een weg waarlangs je invloed kunt uitoefenen op je werk, tipt Staal. Want kennis is cruciaal voor de beroepsuitoefening en investeren in kennis levert altijd winst op. 'Vroeger wilde ik anderen vooral overtuigen van mijn punt. Ik kon bijvoorbeeld wel een boek schrijven over het huisbezoek. Maar daar kwam ik niet altijd verder mee. Doordat ik de wetenschap ben ingegaan, merk ik dat ik veel meer de nuance kan aanbrengen. Het willen overtuigen is beduidend minder geworden. Nu ga ik veel meer in gesprek met de ander,' licht ze toe. Uiteindelijk heeft ze toch dat boek geschreven over het huisbezoek, wat onder meer heeft onder meer bijgedragen aan de huidige vroegsignalering. 'Preventie is waar het allemaal om draait, want zo pik je al heel vroeg kinderen met problemen eruit. Je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn, daarom onderzoeken we nu zelfs het nut van een huisbezoek tijdens de prenatale periode.'

'Nu de verantwoordelijkheid voor de JGZ bij de gemeenten ligt, is het extra nodig dat verpleegkundigen laten zien wat ze doen, wat ze kunnen en wat ze kunnen betekenen'

Toetje

'Welke kansen zie jij en waar ga je mee aan de slag?' Dat is de vraag die Staal de aanwezigen meegeeft ter begeleiding van het toetje. Ondanks de veranderde tafelschikking, ontstaan er aan alle tafels meteen weer geanimeerde gesprekken. Johan Lambregts, die het ambassadeurstraject samen met Marjan Wiegman coördineert, weet dat de opzet werkt: 'Het is mooi om te zien hoe verpleegkundigen de talenten die ze eigenlijk al hebben, verder ontwikkelen. Sommige werkgevers helpen daar ook echt bij, zoals CJG Rijnmond, die faciliteert de ambassadeurs met het maken van vlogs. Geweldig!' Sophia Hoogendoorn, teamleider JGZ bij GGD regio Utrecht: 'Ik vind deze bijeenkomst een mijlpaal, alle lagen van de JGZ zaten vanavond bij elkaar aan tafel: jeugdverpleegkundigen, directeurs, bestuurders, coaches, ZonMW, VWS, wethouders, Actiz, GGD GHOR en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Dit moeten we vaker doen!' [🔗](#)

*Tanja Veenstra
is freelance
journalist.
Zie ook www.penvogel.nl*

Ondertussen bij de wijk- en dementieverpleegkundigen



Tekst:
Rosanne
Steensma

Ook bij de wijk- en dementieverpleegkundigen zijn hun coaches, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in grote getale aanwezig in het Utrechtse Academiegebouw. Bij deze groep wordt gewerkt met een hoofdthema: 'De ontwikkelingen binnen de acute ouderenzorg: kansen en uitdagingen voor de Wijkverpleging'. Bianca Buurman-Van Es, hoogleraar acute ouderenzorg aan de Universiteit van Amsterdam is de hoofdspreker van deze avond.

Stijging aantal opnamen ziekenhuis

Buurman reageert op het thema: 'Vanaf het jaar 2020 wordt een sterke stijging van het aantal 75-plussers verwacht en met dat ook een stijging van het aantal acute opnamen in het ziekenhuis'. Het enerzijds voorkomen van acute ziekenhuisopnames via het opsporen en monitoren van kwetsbare ouderen in de wijk ziet Buurman daarom als steeds belangrijkere taak voor wijkverpleegkundigen. Anderzijds voorziet zij een complexere patiëntengroep die thuis zorg zal gaan

krijgen na een ziekenhuisopname. Buurman: 'De verminderde gemiddelde opnameduur maakt dat de impact op de zorg thuis na ziekenhuisopname veel groter wordt. Patiënten krijgen geen tijd meer om te herstellen en komen hierdoor zieker thuis, wat een enorme druk legt op de zorg thuis om dat goed te organiseren'. Buurman ziet dit in essentie wel als een goede ontwikkeling: 'Ik denk dat patiënten veel beter en sneller kunnen herstellen in de thuissituatie. Vooral ouderen komen vaak veel slechter uit een ziekenhuis. Alleen in echt complexe gevallen is een ziekenhuisopname een meerwaarde'.

Goede overdracht blijft lastig

Ze voorziet hierbij een nodige verschuiving van meer ziekenhuiszorg naar de eerste lijn, maar ziet hierbij nog wel een aantal uitdagingen. Buurman: 'Ik denk dat waar we nu staan, het gebrek aan samenwerking tussen ziekenhuis, huisarts en wijkverpleging de overgang meer ziekenhuiszorg naar de eerste lijn in de

weg staat. Zoiets simpels als een goede overdracht tussen ziekenhuis, huisarts en wijkverpleging blijft in de praktijk erg lastig. Daarnaast spelen er ook veel verschillende belangen mee'. Ze noemt hierbij financiële prikkels: Buurman: 'Een ziekenhuis moet financieel gezond blijven en productie draaien. Dit maakt het soms moeilijker om zorg uit handen te geven'. Buurman ziet dan ook een urgentie in het anders opleiden van wijkverpleegkundigen. 'Meer investeren in opleidingen voor wijkverpleegkundigen en dan niet alleen op generalistisch gebied. Wanneer meer ziekenhuiszorg thuis geboden gaat worden, wordt specialistische kennis met nadruk op klinisch redeneren en complexe ouderenzorg noodzakelijk'.

Pilot

Buurman is een initiatief gestart om ziekenhuisopnamen bij ouderen te voorkomen: het buurtziekenhuis. 'We willen acute ziekenhuisopnamen en heropname bij ouderen voorkomen door zorg veel dichterbij huis te bieden, in een geïntegreerd zorgcentrum met de geriater als hoofbehandelaar en directe betrokkenheid van de huisarts en wijkverpleegkundige'. De overgang van het ziekenhuis naar huis blijkt vaak erg groot voor ouderen.

'Ouderen komen na een aantal intense dagen thuis en moeten het dan ineens weer helemaal zelf doen. Met het buurtziekenhuis gaan we naast acute ziekenhuiszorg gelijk de voorbereiding op de thuissituatie goed proberen te organiseren'. Buurman vertelt dat ze dit op twee manieren gaan aanpakken: 'Het eerste halfjaar worden ouderen direct vanuit de SEH doorverwezen naar het buurtziekenhuis. Zij worden dan niet in het ziekenhuis opgenomen. Daarna willen we kijken of we mensen direct in het buurtziekenhuis kunnen opnemen zonder tussenkomst van de SEH.

Buurtziekenhuis

Hierdoor verlaag je de opnamen op de SEH en kunnen we mensen direct doorverwijzen naar de juiste plek'. Vanuit de zaal wordt er intussen wat vreemd gereageerd op de benaming buurtziekenhuis. Buurman reageert lachend: 'We hebben hier in eerste instantie voor gekozen omdat mensen vertrouwd zijn met het woord ziekenhuis. Maar ik geef toe dat we druk bezig zijn met het zoeken naar een andere naam. Hier laten we binnenkort meer over horen.'

Ambassadeurs aan het woord

Juanita Mulder wijkverpleegkundige bij Thebe vat de avond samen: 'Ik vond de avond heel inspirerend, motiverend en smaakvol. Wetende welke uitdagingen

Als sociaal verpleegkundige ook interesse in het ambassadeurschap?

Dat komt dan goed uit. Want in april start er ook een groep waar zowel sociaal verpleegkundigen als jeugdverpleegkundigen in zitten. En voor de wijk- en dementieverpleegkundigen start er in september weer een groep. Voor meer informatie en hoe je je kunt aanmelden, zie Afdelingsnieuws op pagina 25.

er liggen in de wijkverpleging en waar ik aan moet beginnen. Petra Feenstra werkzaam bij Evean vult aan: 'Het besef waar je mee bezig bent, dat je zelf als verpleegkundige de leiding moet nemen en niet teveel moet afwachten'. Ze vervolgt: 'Ik vond het ook mooi dat onze bestuurder er ook bij was. Dit is voor het eerst dat onze organisatie meedoet met het ambassadeurs-traject. Hij was altijd al bevlogen bij onze werkzaamheden, maar nu hoort hij nog weer een keer hoe belangrijk dit traject is'.

'Patienten krijgen geen tijd meer om te herstellen en komen hierdoor zieker thuis wat een enorm druk legt op de organisatie van de zorg thuis'

Mulder: 'Ik zat net met een inkoper aan tafel en ik heb meteen gevraagd naar de bezuinigingen. Zo van: "Hoezo denken jullie dat er geld bij de wijkverpleging weg kan?". Die reageerde dat elke beroepsgroep denkt dat ze het meeste geld nodig hebben dus dat ze ergens keuzes moeten maken. Maar ja, vervolgt Mulder, gezien alle ontwikkelingen die vanavond besproken zijn, gaat de wijkverpleging het uiteindelijk wel allemaal dragen denk ik.'

Boodschap aan verpleegkundigen

Buurman heeft nog een laatste boodschap voor verpleegkundigen en ambassadeurs in spé. 'Zoek uit vanuit welke kernwaarden je werkt als verpleegkundige. Wat drijft jou nou? Wat neem je mee in je werk als verpleegkundige of ambassadeur en vanuit welke waarden doe je dat?' Buurman vervolgt: 'Wij verpleegkundigen vormen het overgrote deel, 60 procent, van alle BIG-geregistreerde professionals. In het licht van alle komende ontwikkelingen kunnen en moeten we als verpleegkundigen meer invloed uitoefenen om die ontwikkelingen gunstig te beïnvloeden'. ☞

Rosanne Steensma is wijkverpleegkundige bij zorggroep Almere en redactielid van Tijdschrift M&G

Aan tafel met...

Caroline Smeets van #meerzorgminderpapier:

'We moeten ons als beroepsgroep laten horen door eenduidige signalen af te geven'

In deze rubriek komen professionals die inspireren aan het woord. Niet alleen hun functie, maar ook lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer een gesprek met Caroline Smeets, wijkverpleegkundige en aanjager van #meerzorgminderpapier, een actie om echt aan de slag te kunnen met cliënten in plaats van met administratieve rompslomp.

Tekst:
Gerben
Jansen en
Hellen
Kooijman

Het was een eenvoudige tweet die Caroline Smeets de wereld inzond die zoveel losmaakte. Een tweet met vier woorden en een hashtag #meerzorgminderpapier. Maar dit zorgde er wel voor dat er veel commotie kwam waaronder een landelijke actiedag van wijkverpleegkundigen op 19 november 2017. De actiedag zorgde voor veel landelijke media aandacht; NOS, RTL, SBS ze stonden op de stoep bij V&VN. Allemaal wilde ze Caroline spreken over haar actie.

Wat was de aanleiding om deze tweet te posten?

'Toen ik hoorde over de lerarenactie, dacht ik: het is bij ons – de groep van wijkverpleegkundigen - nog erger. Ik ben zelf ook wijkverpleegkundige. En ik zie de zorg en complexiteit ervan toenemen. Mensen willen en moeten langer thuis wonen. Wijkverpleegkundigen maken routes van 7 uur 's ochtends tot 13 uur in de middag. En dan is er nog het overleg met huisartsen, met de fysiotherapeut, de apotheek. En moet je nog alle administratie doen. Je blijft naar doorhollen. Gelukkig heb ik een goed lopend team met een goede bezetting. We hebben het aardig op orde. Maar ik zie sommige van mijn andere collega's hun benen uit het lijf lopen. Die hebben soms een caseload van tachtig cliënten. Maar ze willen wel goede kwaliteit leveren. En dreigen zo te verzuipen in hun werk.'

'In de zorg is staken erg lastig'

En toen bedacht je dat er actie moest komen?

'Ik dacht: 49 procent van het werk van de wijkverpleegkundige bestaat uit administratie. En dat is niet alleen maar onnodig. Maar de helft van diezelfde 49 procent is denk ik wel onnodig. Je bent constant bezig jezelf te verantwoorden vanwege financieringsstromen. Die stroom is leidend, niet de zorg.'

Je bent toen naar V&VN gestapt.

'Ja. Die zeiden: je hebt gelijk. Er moet wat gebeuren. Want natuurlijk, ook binnen de zorg werd er al veel gesproken over de steeds meer toenemende administratieve last, maar concreet deden we eigenlijk niets. In de zorg is staken erg lastig en roept onder de beroepsgroep veel reacties op, terecht natuurlijk. We wilden een patiëntvriendelijke actie. Dat werd een belpanel, waarbij wijkverpleegkundigen, maar ook bekende mensen in de zorgwereld achter de telefoon zaten om verhalen van wijkverpleegkundigen op te tekenen. Ab Klink zat erin en minister van VWS Hugo de Jonge belde in via skype. Met het belpanel verzamelden we vanuit het werkveld allerlei onnodige administratieve handelingen. Op die manier konden we een top 5 samenstellen.'

Top vijf van administratieve ergernissen

- Op verschillende (digitale) plekken gegevens van de patiënt invoeren
- Gegevens invullen die niet relevant zijn voor de zorgvraag
- Twee keer invullen: op papier én online
- ICT-systemen die niet met elkaar communiceren
- Bij elke wijziging in het zorgplan een handtekening van de cliënt moeten vragen

Zat je zelf ook achter de telefoon?

'Ja, en dat was af en toe best emotioneel. Een wijkverpleegkundige vertelde bijvoorbeeld dat haar manager haar gezegd had dat haar productiviteit te laag was. Met al haar collega's erbij. Ze werd aan de schandpaal genageld. Een schoonmoeder belde op. "Mijn schoondochter ziet haar kind bijna niet meer. Ze heeft veel te veel werk". En nog veel meer verhalen.'



'Ik doe dit vanuit passie en vakmanschap. Wij wijkverpleegkundigen kunnen gewoon niet meer'

Moeten wijkverpleegkundigen dan niet zeggen; ho, ik stop hiermee?

'Maar dat is dus zo moeilijk. Het verantwoordelijkheidsgevoel is erg hoog. En omdat er te weinig zorg is, kunnen we veel minder doen dan we willen. Een wijkverpleegkundige vertelde me dat ze graag een jonge moeder met een mama-amputatie thuis wilde verzorgen. Die moeder had een kind van twee. Maar er was geen tijd en mankracht voor. En dus kon die moeder niet naar huis. Dat vinden verpleegkundigen heel erg. Ze doen alles om de cliënt centraal te stellen. En dat lukt dus niet.'

Er kwam een top 5 van ergernissen naar voren uit dat belpanel. Welke kom jij tegen in je dagelijkse werk als wijkverpleegkundige?

'Al deze vijf punten. Ook ik loop tegen falende ICT-systemen aan, tegen het steeds maar moeten vragen om een handtekening onder een zorgplan, ook al is de wijziging in het zorgplan slechts een detail. Het digitale dossier vraagt dan gelijk weer om een handtekening van de cliënt of mantelzorger. En dan vraag ik me af: van wie moet dit? Van mijn zorgorganisatie? Van de zorgverzekeraar of de overheid? Ze wijzen allemaal naar elkaar.'

Je bent ook ambassadeur van de wijkverpleging. Aanrader?

'Zeker. In de praktijk hoor ik vaak; "Er wordt toch niet naar ons geluisterd". Dat lijkt mij geen reden om niets te doen. We moeten ons als beroepsgroep laten horen door eenduidige signalen af te geven en ons meer te profileren. Juist wij kunnen de praktijk laten zien. Het bevalt me goed als ambassadeur. Ik start 's ochtends in de wijkzorg, 's middags stap ik in de auto en dan zit ik even later aan allerlei beleidstafels. Door deze mix heb je een constante aanvoer van praktijkvoorbeelden die je aan beleidstafels kan gebruiken om de knelpunten te laten horen of zien. Je ziet bestuurders en beleidmakers hierop reageren en anticiperen, dat is mooi om te zien.'

Je bent ook actief op politiek gebied. Wat doe je?

Ik ben fractievoorzitter van GroenLinks in de gemeente Strijen. Het is wel eens goed als je buiten de zorgwereld kijkt. En als fractievoorzitter moet je ook beslissingen nemen over zaken buiten de zorg. Bijvoorbeeld over verkeerssituaties of evenementen binnen de gemeente. Wel neem ik mijn verpleegkundige visie mee in de politiek, dus oplossingsgericht denken en de nodige mensenkennis.'

En dan ook nog zo'n actie. Nog wel vrije tijd?

Ze lacht. 'Ja. Dat maakt mijn leven wel heel erg druk. Al die organisaties en mensen waar je mee moet praten. Er zijn nog tachtig mailtjes onbeantwoord. Maar weet je, we zijn het waard. Er lijkt een beweging op gang te komen. En ik mag meebewegen. Dat maakt me heel blij.'

BIO

Caroline Smeets werkt als wijkverpleegkundige bij Careyn, Zuid Beijerland in de regio Hoekse Waard.

Gerben Jansen is dementie-verpleegkundige en redacteur van TM&G, Hellen Kooijman is freelance journalist en redacteur bij TM&G.

Kindermishandeling als moeder malariapillen niet geeft?

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Wat doe je met een moeder die haar kinderen weigert malariapillen te geven, terwijl ze wel binnenkort afreist naar een gebied met een hoge malaria-incidentie. Ik plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst: Hans van Dartel

Casus

Het is woensdagmiddag en het reizigersspreekuur zit vol met gezinnen met kleine kinderen. Tegenover mij zit een moeder met haar twee dochters van 4 en 6 jaar. Ze komen zich vaccineren voor en informeren over een reis naar Gambia, West-Afrika. Een land met een hoge malaria-incidentie. Het vaccineren gaat zonder problemen. De kinderen zijn duidelijk goed voorbereid. Maar dan het informeren. Ik vertel ze over de risico's op reis en kom al snel op malariaprofylaxe. Ik merk gelijk een verandering van de sfeer. Het vriendelijke en toegenomen gedrag van moeder verandert als een blad aan de boom. Ze zegt dat ze geen malariapillen wil. Iets dat wij reizigersverpleegkundigen wel vaker horen. We zijn er voor opgeleid om te luisteren naar de cliënten en naar de bezwaren. Moeder is bang dat de kinderen er ziek van worden en dan heeft ze niets aan de vakantie die toch al zo duur is. Ik leg uit dat je afwegingen moet maken. Tussen eventuele bijwerkingen van de malariapillen en de ernst van de ziekte: malaria. En dat het risico om het op te lopen in Gambia erg groot is. Het gesprek krijgt een heel vervelende wending. Daar waar het me tot nu toe altijd lukt om de cliënt toch met een goed gevoel en malariapillen op reis te sturen, lukt het me deze keer niet. Ik kan luisteren en praten wat ik wil, ze vertikt het om haar kinderen malariapillen te geven. Ik ga zelfs zo ver door te waarschuwen dat de kinderen kunnen komen te overlijden door ze mee te nemen naar een land waar de incidentie van malaria hoog is en ze geen profylaxe te geven. Het heeft allemaal geen zin. De moeder laat mij achter met een niet-pluisgevoel. Het voelt als kindermishandeling. Terwijl er nog niets is gebeurd. Kan ik de moeder aangeven bij Veilig Thuis? Is de moeder verplicht om haar kinderen de malariaprofylaxe te geven als ze met de kinderen naar een gebied gaat waar malaria endemisch is?

Dat is een indringende vraag waarmee je eindigt: kan ik moeder melden bij Veilig Thuis? En ook die vraag of moeder verplicht is om haar jonge kinderen profylactisch pillen te geven, voelt indringend aan. Ik lees erin dat je het wenselijk zou vinden, wanneer moeder

verplicht zou kunnen worden om te handelen op een manier die volgens jou het beste is. Ook proef ik de morele verontwaardiging die je voelde toen je niet verder kwam met moeder: hoe is het mogelijk - lees ik tussen de regels door - dat iemand weigert om zulke inzichtelijke voorzorgsmaatregelen te treffen: dat kan toch niet? Dat mag toch niet?

'Het gesprek krijgt ineens een heel vervelende wending'

Meerdere waarden in het spel

Als het gaat om de zeggenschap van ouders inzake de gezondheid van hun jonge kinderen, zijn er steeds meerdere waarden en rechten in het spel. Aan de ene kant gaan we uit van het zelfbeschikkingsrecht dat ouders hebben om hun kinderen op te voeden volgens hun eigen waarden en normen. Ook inzake de gezondheid. Aan de andere kant beklemtonen we dat jonge kinderen afhankelijk en kwetsbaar zijn en dat hun gezondheidsbelang aandacht verdient bij verwaarlozing of het risico van kindermishandeling. Dat vraagt zorgvuldig laveren tussen de verschillende waarden en rechten. Zeker als het gaat om het voorkomen van ziektes in de sfeer van vaccinaties en profylaxe. Wat dat betreft is er in de casus wat vreemds aan de hand: enerzijds laat moeder duidelijk zien dat ze gesteld is op het nemen van maatregelen door deel te nemen aan het vaccinatieprogramma, anderzijds lijkt ze compleet af te haken op het moment dat het gesprek over malariapillen gaat. Ik vraag me af waar die dubbelzinnigheid vandaan komt, waar haar verzet nu precies op gestoeld is.

Zicht op de context

Voordat je over verwaarlozing kunt spreken of over kindermishandeling, dien je na te gaan of het oordeel dat je velt over het handelen van ouders wel voldoende berust op goede waarnemingen. Dat is in deze casus wel de vraag: want er is heel weinig zicht op de context. Wat is eigenlijk de gezinssituatie van deze moeder met haar jonge kinde-

ren? Betreft het migranten uit risicogebieden in tropisch Afrika? Zijn er indicaties van verwaarlozing of een nonchalant omgaan met gezondheidsvragen door de moeder?

'Consulteer een collega die je vertrouwt of Veilig Thuis'

Weten we iets over de woonomgeving? Zijn er indicaties vanuit de basisschool die onze zorg vergroten? Is er een vader die gezag heeft over de kinderen? Allemaal vragen waar de casusbeschrijving geen antwoord op geeft. Als je denkt dat er echt verwaarlozing in het spel is en je zou er actief iets mee willen, is er te veel ontbrekende informatie om in dit stadium tot een goede afweging te komen. Daarnaast is er steeds het risico dat je het vertrouwen van de ouders in de gezondheidszorg op het spel zet. Niet voor niets vraagt de meldcode kindermishandeling veel aandacht voor de relatie met de ouders en word je verondersteld met hen in gesprek te gaan, vóór een

melding te doen. Dat is moeilijk te realiseren in de situatie waarin je zit, zeker omdat het contact dat jij hebt met je cliënten meestal heel beperkt blijft en amper continuïteit kent.

Wat nu?

Moet je dan maar op je handen gaan zitten? Als je je terecht zoveel zorgen maakt? Nee, maar het is wel zaak om na te denken, waar je precies goed aan doet. Dat vraagt een professionele afweging voorbij de emotie van het moment. In ieder geval zou je een vertrouwde collega kunnen consulteren of Veilig Thuis om na te gaan wat verstandig is om te doen. Misschien is er een ingang via de huisarts van de moeder: als er sprake is van een goede vertrouwensrelatie, is er misschien nog beweging mogelijk in haar standpunt. En anders? Soms moeten we vaststellen dat we wel weten wat het goede is, maar zijn we niet bij machte om het door te zetten omdat iemand anders de probleemeigenaar is. Zoals in deze situatie. Aan tragische dimensies van ons werk valt niet altijd te ontkomen. Helaas. ☹

Hans van Dartel is ethicus en niet-praktiserend verpleegkundige.



Het belang van een evenwichtig darmmicrobioom

De eerste 1000 dagen zijn cruciaal voor het opbouwen van het darmmicrobioom. Een evenwichtig darmmicrobioom is gunstig voor de ontwikkeling van het immuunsysteem en daarmee voor de gezondheid op latere leeftijd.

Goede en slechte bacteriën

Vooral tijdens en na de geboorte komt een baby in aanraking met de buitenwereld en gaan zich bacteriën vestigen in de darmen. Het gaat zowel om goede bacteriën als om bacteriën die schadelijk kunnen zijn.

Bij een evenwichtig darmmicrobioom hebben de goede bacteriën de overhand, waardoor schadelijke bacteriën minder kans maken. Daarom is het belangrijk dat het darmmicrobioom zich in de eerste jaren zo optimaal mogelijk ontwikkelt.

Onderdeel van het immuunsysteem

Het darmmicrobioom speelt een belangrijke rol bij het immuunsysteem. De darmwand heeft een totale oppervlakte van maar liefst 200 m², de grootte van een tennisveld! In dit enorme oppervlak worden voedingsstoffen in het lichaam opgenomen, maar mogen ziekteverwekkers liever niet binnendringen. Een grote rol is daarbij weggelegd voor het darmmicrobioom.

Goede werking van de darm

Het darmmicrobioom is veelzijdig. Het is niet alleen belangrijk voor de immuniteit, maar speelt ook een rol bij de werking van de darm en de vertering van voedsel.

In de darm komen onverteerbare voedselresten terecht, die een voedingsbodem vormen voor goede darmbacteriën. Daar profiteert de darm weer van! Bij het verteren van de voedselresten door de darmbacteriën, komen namelijk stoffen vrij die de peristaltiek van de darm bevorderen.

Hersen-darmas

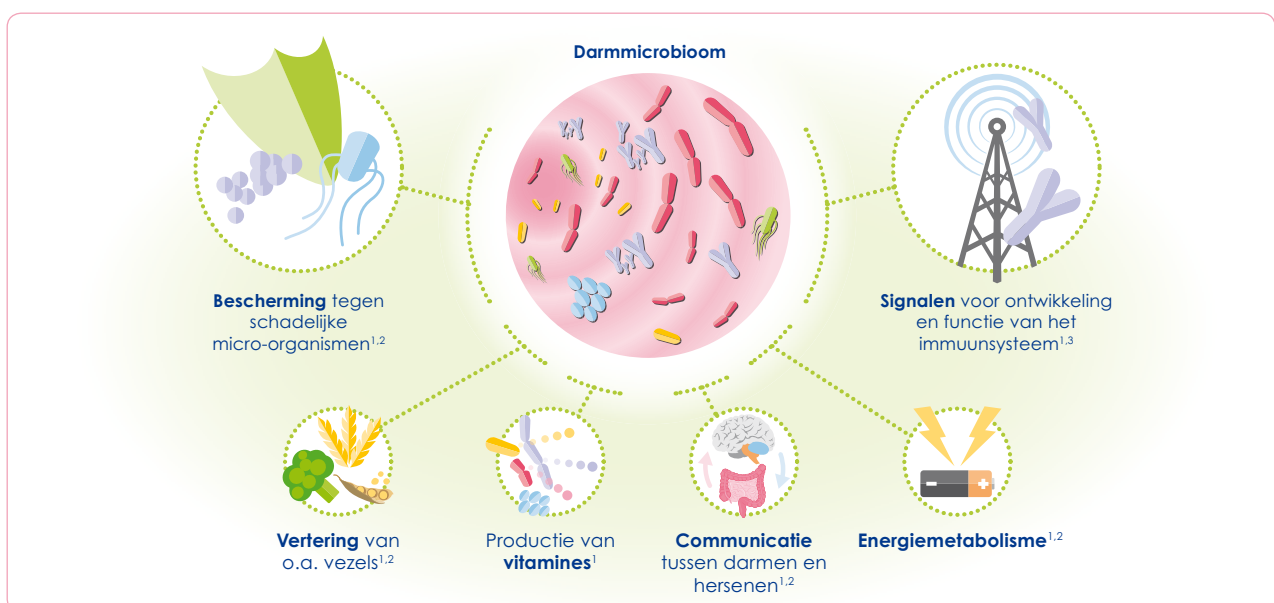
Bacteriën produceren daarnaast ook korte keten vetzuren, waardoor de pH van de darminhoud daalt, wat de ontwikkeling van ziekteverwekkers remt. Verder maken darmbacteriën vitamine K, dat belangrijk is voor de bloedstolling. Tenslotte is het darmmicrobioom betrokken bij het energiemetabolisme en de communicatie tussen darm en hersenen.

Vergroot uw kennis over het darmmicrobioom

Met de interactieve kennisquiz "Nutricia Trophy" test u uw kennis over het darmmicrobioom, immuniteit en alles wat daarmee te maken heeft.

U beantwoordt niet alleen vragen, maar krijgt ook meer informatie via relevante artikelen. Daarmee vergaart u kennis én spaart u voor mooie cadeaus!

Meedoen? Ga naar nutriciavoorprofessionals.nl/trophy



Verpleegkundige M&G Evi Rutjes van KinderThuisZorg:

'Chemokuren vinden steeds vaker thuis plaats'

Verpleegkundigen M&G zijn er in alle soorten en maten. Wat ze met elkaar delen is de focus op preventie en dat ze werkzaam zijn in de wijk. Om een kijkje in elkaars keuken te geven, zoekt *Tijdschrift Maatschappij&Gezondheid* regelmatig een collega op. Ditmaal liepen we een dagje mee met Evi Rutjes (23) die in 2016 is afgestudeerd aan de hbo-v. Ze werkt als verpleegkundige bij KinderThuisZorg in Zuid-Oost Brabant en is net gestart met de specialisatie tot kinderverpleegkundige.

Tekst: Marieke
Rijsbergen



Onmiddellijk valt Evi Rutjes op in haar knalgele Fiat 500 tussen alle grijze en witte auto's. Ook de kleding die Rutjes aanheeft, is vrolijk: een gele gewatteerde jas met daaronder een roze T-shirt waarop het logo van KinderThuisZorg staat. 'We willen de kinderen niet afschrikken. Een verpleegkundige die langskomt heeft sowieso al iets spannends en medisch. Als we dan ook nog met een witte jas aankomen, dan is dat niet echt bevorderlijk voor het opbouwen van een vertrouwensband', knipoogt Rutjes.

Glimlach

We staan voor een basisschool. Binnen zit Tessa (9) die diabetes heeft. We halen haar op uit de klas en er verschijnt een glimlach op het gezicht van Tessa als ze Rutjes ziet. Aan de hand huppelt ze mee. 'Eerst handen wassen hé, Tessa?', zegt Rutjes. Tessa vertelt dat zij thuis soms een beetje opstandig is. 'Mijn moeder heeft

ook diabetes. Zij weet alles. Soms gooi ik mijn prikpen weg of loop heel hard weg. Soms heb ik gewoon geen zin! Vooral 's morgens niet.' Tessa laat een speciaal broodtrommeltje zien waarin een rolletje Dextro en een peperkoek zit. 'Voor als ik hoofdpijn, buikpijn heb of moe

'Een ziek kind is toch liever thuis bij papa en mama dan in het ziekenhuis'

ben.' Zelf prikken vindt Tessa nog eng. Maar daar helpt Rutjes haar dagelijks mee. 'Mijn moeder leert me thuis hoe ik moet prikken.' Daar kan KinderThuisZorg overigens ook voor zorgen. Rutjes: 'Kinderen zo zelfstandig mogelijk maken binnen de grenzen van hun ziekte of aandoening.'



Chemotherapie

Rutjes werkt voor KinderThuisZorg, een landelijke organisatie die specialistische verpleegkundige zorg biedt aan kinderen. Als de kinderen 14 jaar en ouder zijn, worden ze verzorgd door Tienerzorg. 'Deze doelgroep wil zich niet identificeren met kleine kinderen. Vandaar deze naam. Maar het valt gewoon onder één en dezelfde organisatie', legt Rutjes uit. De verpleegkundigen leveren kortdurende en langdurende zorg zoals het verwisselen van een sonde, het toedienen van medicijnen, darmspoelen, katheteriseren, infuusbehandeling, beademingszorg, tracheacanulezorg, stomazorg en palliatieve zorg. Maar ook in toenemende mate enzym- en chemotherapie, in samenwerking met diverse ziekenhuizen. 'Bij chemotherapie is altijd een verpleegkundig specialist betrokken', legt Rutjes uit. 'Op dit moment kan MTX en cytarabine via een pilot thuis gegeven worden. Het staat allemaal nog in de kinderschoenen, maar volgens mij is het wel de toekomst. De verpleegkundig specialist dient de chemo toe, houdt de supervisie en onderhoudt de contacten met het ziekenhuis. Wij verpleegkundigen screenen onder andere de kinderen en nemen bloed af via de Port-a-Cath of Hickman-katheter wat daarna naar het ziekenhuis gaat.' Dit zijn voornamelijk academische ziekenhuizen zoals het Radboud UMC, Maastricht UMC, VUMC Amsterdam en UMC Utrecht. 'En in onze regio werken we samen met het St. Anna Ziekenhuis en het Elkerliek Ziekenhuis,' legt Rutjes uit. 'Als uit het bloed blijkt dat de waardes goed zijn en de afweer niet te laag, dan wordt de chemo toegediend. Voor een ziek kind met kanker is het heel fijn als dit thuis kan. En voor de ouders natuurlijk ook. Soms moet er vergeerd worden naar het ziekenhuis en dat put een kind met kanker extra uit.'

Ziekenhuisverplaatste zorg

Door de komst van de KinderThuisZorg zo'n tien jaar geleden, is er de mogelijkheid dat zieke kinderen eerder van het ziekenhuis naar huis kunnen. Rutjes: 'Diverse specialistische handelingen nemen wij van het ziekenhuis over en met alle zorgverzekeraars hebben we een contract. Het ziekenhuis en de kinderarts verwijzen zieke kinderen direct naar ons door. Wij leveren in feite ziekenhuisverplaatste zorg.' Sommige thuiszorgorganisaties en perifere ziekenhuizen zien het werk van Rutjes echter als broodroof. 'Dat vind ik jammer. Want ik denk dat we vooral goed moeten samenwerken en kijken wie de beste zorg kan leveren voor een ziek kind. Want een ziek kind is toch liever thuis bij papa en mama dan in het ziekenhuis.' Rutjes: 'Kinderzorg is niet te vergelijken met volwassenenzorg. Alle verhoudingen zijn anders. Dus ook alle verpleegkundige handelingen. Het hele lichaam is zo klein, moet nog groeien en is nog volop in ontwikkeling. Daarnaast kan een kind zich nog niet goed uiten, waardoor je veel alerter moet zijn op signalen. Dat leer ik dus allemaal tijdens de specialisatie tot kinderverpleegkundige die 15 maanden duurt. Nu al doen we veel verpleegkundige handelingen die voorheen in het ziekenhuis gedaan werden. En dat zullen er alleen maar meer worden. De tendens is immers dat de zorg voor mensen en dus ook kinderen, steeds vaker thuis plaatsvindt.'

Sondevoeding

Op naar ons tweede zorgkind van de dag. Het is 10.30 uur en we stappen een kinderdagverblijf binnen. Op zoek naar Jens (1). Hij heeft sondevoeding nodig. Jens heeft moeite met eten en groeide daardoor niet goed genoeg. De ouders hebben er alles aan gedaan, regelmatig tot wanhoop aan toe. Een maaltijd kon uren duren. Omdat de ouders uitgeput raakten en de voedingsmomenten Jens ook veel energie kostte, is besloten tot sondevoeding. De hoofdreden om hiertoe over te gaan is de groeiachterstand en het welbevinden van Jens. Een mooie bijkomstigheid is dat er ook wat meer rust in het gezin is gekomen. Na even knuffelen en kroelen met Jens, sluit Rutjes vakkundig de sondevoeding aan. Jens vindt het allemaal best. Het duurt een half uur voordat de voeding erin zit. 'Ik moet erbij blijven, zodat we zeker weten dat alles binnen is.' De bedoeling is dat er binnenkort langzaam weer begonnen wordt met het geven van vaste hapjes aan Jens. Als ook de ouders er weer aan toe zijn. Rutjes: 'Aan het eind van de middag heeft Jens nog een voeding nodig, dus ben ik hier weer.' Rutjes is soms ook een hele dag bij een ziek kind.

Cijfers

- KinderThuisZorg kent 36 kinderteamen
- Er werken zo'n 350 verpleegkundigen
- Er zijn gemiddeld 1.750 kinderen in zorg
- 53 procent is jongen, 47 procent meisje

'Neem kinderen die continue, ofwel 24 uur per dag zuurstof nodig hebben en daarnaast ook met een (saturatie)monitor worden bewaakt in de thuissituatie.' Vaak komen de ouders in de knoop met hun baan als ze een ziek kind hebben. Hun vakantiedagen raken op en ze melden zichzelf steeds vaker ziek. Wij nemen dan de zorg een paar keer per week over. De zorgverzekering vergoedt deze kosten als hier een indicatie voor is afgegeven.'



RS-virus

We zijn inmiddels op weg naar zorgkind drie. Een jongetje van drie maanden, laten we hem Willem noemen, met het RS-virus. Rutjes moet diep gapen. En dat is niet de eerste keer deze dag. 'Vannacht om 3 uur werd ik door dit gezin gebeld. De slang van de neusmaagsondevoeding was er bij hun zoontje uit gegaan en hij had alle voeding er al twee keer uitgespuugd. De ouders wisten niet wat ze moesten doen

want ze wilden graag dat hun zoon toch zijn voeding binnen kreeg. Omdat het hun eerste nacht alleen was na het ziekenhuis, ben ik er heengegaan.' Het RS-virus is een infectie aan de luchtwegen en is tot het eerste levensjaar de meest voorkomende virusziekte.

De baby's worden kortademig en de eetlust neemt af. 10 procent van deze kinderen belandt in het ziekenhuis omdat ze te veel afvallen en telkens ademtekort hebben. Er wordt vaak besloten tot sondevoeding zodat het kind genoeg eten binnen krijgt en daar geen energie aan kwijt is. Op die manier kan het lichaam zich concentreren op herstel. De ouders van Willem zien er nog een beetje ontredder uit. Ze zijn doodmoe en weten niet of Willem wel genoeg eten heeft binnen gekregen vannacht. Rutjes blijft kalm en schept rust en duidelijkheid voor ze. 'We gaan Willem zo weer eten geven. Een nachtje minder voeding is niet erg.' Rutjes checkt tijdens dit intakegesprek ook hoe het zit met hun werk en de opvang. De ouders vertellen dat de kinderen eigenlijk twee keer per week naar opa en oma gaan, maar die durven het nog niet aan met de sondevoeding van Willem. 'Wij kunnen ook langskomen en daar de zorg leveren net zoals we hier doen.' Daar kijken de ouders van op. 'We gaan het met ze bespreken.'

'Kinderen die het niet halen, houden me iets langer bezig'

Kindercomfortzorg

Het zwaarste, maar misschien ook wel het mooiste onderdeel van haar werk is het verlenen van palliatieve en terminale zorg. 'Sinds ik voor KinderThuisZorg werk, hebben we als team vijf kinderen moeten verliezen. Het meest intensieve en indrukwekkende sterfgeval vond ik die van een 8 maanden oud jongetje die met de geboorte een hersenbloeding kreeg. Uiteindelijk is hij gediagnosticeerd met een ernstige encefalopathie - ziekte van de hersenen - en het syndroom van West wat een vorm van epilepsie is. Door deze ernstige hersenschade heeft hij zich niet tot nauwelijks ontwikkeld. Hij ging ziekenhuis in en uit. Op een gegeven moment was duidelijk dat het einde ging naderen. Het was indrukwekkend om hier een rol in te mogen spelen. Ik geef toe dat deze kinderen me iets langer bezighouden.' Het is inmiddels 15.30 uur. We nemen afscheid. Het dagje meelopen zit erop. Voor ik het weet rijdt de gele Fiat 500 met Rutjes erin weg. Ze is wat verlaat en moet snel naar Jens in het kinderdagverblijf. Voor zijn tweede sondevoeding. 🐾

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

Het Opvoedkwaliteitspel:

Op zoek naar de kracht van de ouders

Jeugdverpleegkundige Ingrid Diepstraten bij GGD regio Utrecht en Inkura, ziet dat er teveel wordt gekeken naar wat niet goed gaat bij de opvoeding van kinderen. Zij vindt dat er veel meer vanuit de kracht van ouders gehandeld moet worden. Daarom ontwikkelde ze het *Opvoedkwaliteitspel*. Een gesprek.

Tekst: Hellen Kooijman

Kun je kort beschrijven wat het spel inhoudt?

'Het *Opvoedkwaliteitspel* is een gesprekstoel voor professionals om met ouders in gesprek te gaan over de krachten in ouderschap en opvoeding. Met dit spel kan de professional met de ouders de context verhelderen, onderzoeken waar ze nu staan, waar ze tevreden over zijn en waar ze heen willen. Een voorbeeld van een concrete manier om in gesprek te komen is als je als professional de volgende vraag stelt: 'Als ik uw kind zou vragen wat hij of zij uw grootste kwaliteit als opvoeder vindt, welk kwaliteitenkaartje zou uw kind dan pakken?' De ouders kunnen daarop bijvoorbeeld het kaartje 'beschermen' pakken of 'humor', 'consequent zijn' of 'goed voor jezelf zorgen'. Vervolgens gaat de professional in gesprek met de ouder over de krachten in de opvoeding.'

Waarom heb je het spel ontwikkeld?

'Als jeugdverpleegkundige verzorgde ik binnen *Piep zei de muis* - een cursus voor kinderen die opgroeien in stress-

ondanks dat je problemen hebt, ben je natuurlijk ook goed in dingen, dus laten we daar over in gesprek gaan. In het land kon ik daar geen tool voor vinden. Daarom ben ik zelf kaartjes gaan maken en ben die gaan inzetten bij de volgende bijeenkomst. Er kwam een heel andere dynamiek in de groep. Ouders gingen plots vertellen waar ze goed in en trots op waren. En op die manier leerden ze van elkaar. Dat was mooi om te zien.'

Wanneer zet je het spel in?

'Het *Opvoedkwaliteitspel* kan worden toegepast tijdens een positief gesprek tussen ouder(s) en professional, maar ook wanneer ouders vastgelopen zijn en niet meer goed weten hoe ze de opvoeding aan moeten pakken. Daarnaast kan het ook uitstekend worden gebruikt tijdens een oudercursus of mamacafé, waarbij ouders van elkaars kwaliteiten leren.'

Waarom zou een jeugdverpleegkundige juist dit spel moeten gebruiken?

'Ouderschap is kwetsbaar en mensen voelen zich toch snel beoordeeld door de jeugdgezondheidszorg. Door middel van de opvoedkwaliteitskaartjes kan je als professional op een oordeelvrije manier in gesprek gaan met de ouders over opvoeding en ouderschap en hen daarin versterken. Natuurlijk, als het voor ouders belangrijk is om te praten over wat er niet goed gaat, moet de professional daar zeker erkenning aan geven. Dit spel is mijns inziens vooral helpend als je met ouders wilt bespreken waar ze heen willen, ofwel als je wilt inzoomen op de veranderwens. Met dit spel geef je ouders de ruimte om te reflecteren.'

Kun je een voorbeeld geven wanneer je het spel zelf inzet?

'Laatst zette ik het spel in bij een moeder toen het gesprek ging over de obesitas bij haar kind. Ik had al vaak met haar gesproken over leefstijl, maar we kwamen niet verder. Ik ging met haar via de Opvoedkwaliteitskaartjes in gesprek over haar krachten. Kwaliteiten zoals verzorgen, aandacht geven en beschermen, gingen haar heel na-

'Ouders groeien door te vertellen waar ze trots op zijn'

volle thuissituaties - de ouderbijeenkomsten. Daar gingen we in op opvoedthema's en een veilige basis bieden aan je kinderen. Het viel me op dat de ouders steeds vertelden over de problemen en hoe zwaar het was. Toen dacht ik:



tuurlijk af en vormden echt haar kracht. Vervolgens zijn we gaan kijken welke kwaliteiten ze graag meer wilde gaan inzetten. Dat waren onder andere consequent zijn, uitdagen en grenzen stellen. Bij doorvragen kwam het gesprek op haar eigen opvoeding. Ze vertelde dat haar vader erg streng was en dat ze daardoor angstig en onvrij is opgegroeid. Ze heeft zich daarom voorgenomen om dit bij haar eigen kinderen anders te doen. Daardoor zorgt ze supergoed voor hen en komen ze niks te kort, maar vindt ze nee zeggen heel moeilijk. Omdat ze bang is voor dat angstige gevoel. Door deze moeder bewust te laten worden van haar eigen rol in de opvoeding, heeft ze weer een stapje kunnen maken. Achteraf vertelde ze erg verrast te zijn door de vorm via dit spel en ze vond die manier fijn na alle statige gesprekken over hun leefstijl.'

Hoe wordt het spel door jeugdverpleegkundigen ontvangen?

'Er zijn verschillende jeugdverpleegkundige in het land die ermee werken. Voorbeelden van wat ik van hen terug hoor is onder meer: "Het is een mooi instrument om het met ouders te hebben over dat waar ze goed in zijn en om van daaruit de overstap te maken naar een verkenning naar hoe deze sterke kanten ingezet kunnen worden om wat nog niet lukt, aan te pakken". Of: "Door de oplossingsgerichte vragen en kwaliteitenkaartjes zet ik ouders in beweging zodat ze zelf nadenken wat voor hun werkt".'

Tenslotte: wat kan de jeugdverpleegkundige van het spel leren?

'Praten over opvoeding en ouderschap is enorm kwetsbaar en je hebt als ouder het gevoel dat je vaak tekort schiet. Gevoelens van schaamte en onzekerheid kunnen dan de kop op steken en al helemaal als je in gesprek gaat met een professional. Wij als professionals hebben op onze beurt vaak het gevoel dat we de ander moeten helpen en in actie moeten komen; het zogenaamde reparatiereflex. Het invullen wat goed is voor een ander ligt daarbij op de loer. Kortom: ik hoop door middel van het Opvoedkwaliteitenspel de professional en ouder een tool te geven waardoor ze op een open en oordeelvrije manier met elkaar in gesprek kunnen. En wel op zo'n manier dat de ouder weer zelfvertrouwen ontwikkelt en kan groeien in het ouderschap.'

Interesse in het Opvoedkwaliteitenspel? Dan kun je een V&VN- en SKJ-geaccrediteerde training volgen. Zie voor meer informatie www.inkura.nl

Hellen Kooijman is freelance journalist en redactielid van Tijdschrift M&G



‘Cliënten zeggen vaak: voor jou maak ik een uitzondering’

In de rubriek Vers Bloed komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Jelle Reijngoudt (23), wijkverpleegkundige bij thuiszorgteam Bladel-Oost van thuiszorgorganisatie RSZK. Hij is kersvers, want pas in februari 2018 afgestudeerd aan de hbo-v. ‘Ik werd meteen als volwaardig lid van het thuiszorg-team gezien.’

Tekst: Marieke Rijsbergen



Waarom koos je voor de wijkverpleging?

‘Ik belandde vorig jaar via een stage in de wijk. Daarvoor werkte ik onder andere op de OK in het ziekenhuis. Dat hiërarchische en het type werk was het niet voor me. In de wijk ben je eigen baas en heb je veel vrijheid. En ook al begin ik net, ik word als volwaardig lid van het team gezien. Ook door andere zorgverleners zoals de huisarts.’

Je werkt als man in de thuiszorg. Hoe is dat?

‘Vooral vrouwen willen soms niet dat ik ze verzorg. Maar ik kom wel bij ze over de vloer om de indicatie te doen of het zorgplan op te stellen. Regelmatig neem ik dan heel subtiel steeds meer zorg over. Dan gaan ze vaak toch overstag, zeggen: “Voor jou maak ik een uitzondering.”’

Wat is er mooi aan het werken met ouderen?

‘Al die levensverhalen vind ik prachtig om te horen. Ik doe ook regelmatig aan stervensbegeleiding. Dat is zo intens. De eerste keer zal ik nooit vergeten. Een dag voor het overlijden van een vrouw, moest ik de dosis morfine in de pomp verhogen. Haar ogen spraken

boekdelen: ze gaf me een teken dat het goed was. Na haar overlijden werd ik genoemd in de speech tijdens haar begrafenis. Dat gaat je niet in de koude kleren zitten als 22-jarige.’

Je bent het jonkie van het team. Wat kun jij van oudere collega’s leren?

‘Veel. In de zorg draait het allemaal om ervaring in de praktijk. Neem een cliënt met diabetes die een hypo heeft, waardoor slikken lastiger gaat. Dan is het handig om een dextro onder de tong te leggen. Die lost wat langzamer op maar doet zo wel zijn werk. Ook bij wondzorg kan ik veel van mijn collega’s leren. Welk soort gaas hoort bij welke wond? Daar zijn zoveel soorten en maten in.’

Wat doe jij over vijf jaar?

‘Ik vind het leuk om mezelf te blijven ontwikkelen. In september ga ik de 2-jarige post-hbo-opleiding tot verpleegkundig pijnconsulent doen. In België, want in Nederland mag je deze opleiding pas na twee jaar werkervaring doen. Ik wil graag verder leren en pijn is een onderschat probleem in de ouderenzorg. Op wat langere termijn wil ik verpleegkundig specialist worden. Maar laat ik nu eerst maar eens deze post-hbo-opleiding afronden.’

BIO

Naam: Jelle Reijngoudt

Werkt bij? Thuiszorgorganisatie RSZK in Bladel

Opleiding: hbo-v, Fontys Hogeschool Tilburg

Is goed in?

‘Ik blijf nogal zelfverzekerd en kan goed mensen overtuigen. Zo belde laatst een VVE-voorzitter van een appartementencomplex. Hij wilde geen sleutelkluisje bij zijn appartementencomplex. Die wilden wij plaatsen voor een cliënt. Na een uitgebreid gesprek ging die voorzitter toch akkoord.’

Grootste blunder?

‘Een cliënt waarbij het been was afgezet hielp ik met het aantrekken van de broek. Been één zat erin en ik riep standaard: “Kom maar op met het andere been.” Ik schaamde mijn ogen uit mijn kop, maar die cliënt vond het wel grappig.’

Afdelingsnieuws

Schrijf je in voor je eigen vakgroep!

V&VN Maatschappij & Gezondheid heeft zeven herkenbare vakgroepen die zich op een specifiek onderdeel richten: wijkverpleegkundigen, jeugdverpleegkundigen, tuberculose, seksuele gezondheid, reizigersadviesing, infectieziekten en dementieverpleegkundigen. Het is sinds kort mogelijk om online aan te geven bij welke vakgroep(en) je hoort. Dit kan door in te loggen via *Mijn V&VN*. Voor de afdeling is het fijn om te weten welke verpleegkundigen onder welke vakgroep vallen. We kunnen dan veel gericht informatie doorsturen en mensen benaderen met vragen. Voor onze leden is het fijn dat ze vooral informatie ontvangen die voor hen relevant is, zoals bijvoorbeeld de nieuwsbrief voor dementieverpleegkundigen. Alle leden van de afdeling M&G kunnen zich aanmelden voor één van de zeven vakgroepen. De vakgroepen zijn onderdeel van de afdeling. Er zijn dus geen extra kosten verbonden aan het vakgroep lidmaatschap. Ook als je al actief lid bent binnen een vakgroep, vragen we je om jouw vakgroep in *Mijn V&VN* vast te leggen. Waarvoor dank! Mocht je nog vragen hebben, neem dan contact met ons op via mgz@venvn.nl. ☺

Start nieuwe groep ambassadeurstraject wijk- en dementieverpleegkundigen

In september start er een nieuwe groep ambassadeurs voor de wijkverpleegkundige. Het doel van het ambassadeurstraject is het ondersteunen en opleiden van wijkverpleegkundigen in hun rol als ambassadeur. In het traject word je getraind om namens de beroepsgroep de visie op de wijkverpleging te verwoorden, belangen te behartigen, te lobbyen en te onderhandelen. Na het traject ben je inzetbaar bij presentaties, debatten, pers, radio en tv, scholingen en politieke bijeenkomsten. Het leertraject richt zich niet alleen op de generalistische wijkverpleegkundigen. Ook gespecialiseerd wijkverpleegkundigen en dementieverpleegkundigen worden van harte uitgenodigd om zich voor dit traject aan te melden.

Ken je of ben je een talentvolle wijkverpleegkundige of dementieverpleegkundige die:

- het lef heeft om het hoofd boven het maaiveld uit te steken
- de ambitie heeft om leider en rolmodel te zijn
- collega's en aankomend talent wil inspireren
- graag leert
- tegen een stootje kan
- en minimaal twee jaar werkervaring heeft?

Interesse?

Dan nodigen we je uit om je aan te melden voor de selectieprocedure. Meer informatie vind je op onze website: mgz.venvn.nl. ☺

Bestuurslid afdeling M&G iets voor jou?

Onlangs heeft Sanne Koster besloten om haar bestuurslidmaatschap van de afdeling M&G neer te leggen. Sanne vertegenwoordigde in het bestuur de verpleegkundigen Openbare gezondheidszorg. Het bestuur van de afdeling is nu op zoek naar een nieuw bestuurslid werkzaam binnen de openbare gezondheidszorg. Heb jij ruime ervaring als verpleegkundige in de openbare gezondheidszorg, ben je communicatief sterk, initiatiefrijk en vind je het leuk om je actief in te zetten voor jouw beroepsvereniging? Dan is het bestuurslidmaatschap mogelijk iets voor jou.

Heb je belangstelling of wil je meer informatie? Stuur dan een mail naar mgz@venvn.nl. Een van de bestuursleden neemt dan contact met je op. ☺

Geef dit tijdschrift eens door

Heel wat verpleegkundigen M&G weten niet dat je naast lid zijn van V&VN, ook lid kunnen worden van V&VN Maatschappij & Gezondheid. Onze afdeling van V&VN dus! Wijs je collega's hier eens op. Leg ze uit dat wij ons inzetten voor jeugd-, dementie-, wijk- en sociaal verpleegkundigen (infectieziekten, tbc-verpleegkundigen, verpleegkundigen reizigersadviesingen en seksuele gezondheid) een eigen bestuur hebben. Geef daarom dit tijdschrift ook eens door! Die krijgen ze immers als ze lid zijn van onze afdeling. En zeg nou zelf? Wie wil dit tijdschrift niet ontvangen? Dank alvast voor jullie hulp. ☺

Vorbereidingen congres Maatschappij & Gezondheid van start

In het voorjaar van 2019 organiseert de afdeling M&G weer haar gezamenlijk congres voor alle verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid. Ofwel: de wijk-, jeugd-, sociaal en dementieverpleegkundigen. Datum en thema worden binnenkort bekend gemaakt. Houd hiervoor onze website in de gaten. ☺

Afdelingsvergadering en themabijeenkomst op 19 april

Het bestuur organiseert op 19 april weer een bijeenkomst voor alle leden van de afdeling M&G. Reserveer deze datum in je agenda. Alle leden ontvangen een uitnodiging voor deze bijeenkomst. Het thema van de avond is: huiselijk geweld en kindermishandeling. ☺

Gemeentepolitiek:

Hoe werkt het en wat kunnen verpleegkundigen M&G ermee?

Als we denken aan 'de politiek' dan is de focus meestal gericht op de landelijke politiek. Begrijpelijk, want landelijke politieke beslissingen hebben grote impact en gelden voor iedereen. Neem de hoogte van het eigen risico of de verhoging van de AOW-leeftijd. Toch wordt de gemeentepolitiek steeds belangrijker als het gaat om de gezondheidszorg en het sociale domein. De hoogste tijd om, net na de gemeenteraadsverkiezingen, de gemeentelijke politiek wat nader te verkennen. En te kijken op welke gebieden de verpleegkundige M&G een rol kan spelen.

Tekst: Huub Sibbing

Eigenlijk hebben gemeenten een vergelijkbare structuur als de landelijke overheid maar wel met belangrijke verschillen. De 'regering' van de gemeente bestaat uit het college van Burgermeester & Wethouders (B&W) waarbij de burgermeester niet wordt gekozen, maar benoemd. De wethouders zijn als het ware de ministers van de gemeente en worden geleverd door de partijen die een coalitie in de gemeenteraad hebben gevormd. Dat levert soms verrassende combinaties op. Zo vormen VVD, SP en D66 in Amsterdam het stadsbestuur, terwijl deze partijen in de Tweede Kamer vaak lijnrecht tegenover elkaar staan.

Een andere belangrijk verschil is de omvang van de portefeuilles van wethouders. In de meeste landelijke kabinetten zitten zo'n twaalf tot vijftien ministers met elk nog één of meerdere staatssecretarissen. Ministers

onderwijs. In potentie zijn er dus betere mogelijkheden voor een bredere integrale aanpak.

Een ander belangrijk verschil met de landelijke politiek is de bereikbaarheid en benaderbaarheid van wethouders en de gemeenteraad. De lijn tussen de politici en de burgers is veel korter. Dat geldt in kleinere gemeenten maar net zo goed in grote gemeenten.

Zo houden in veel gemeenten wethouders spreekuren waar burgers zaken waarmee ze geconfronteerd worden, aan de wethouders kunnen voorleggen. In grotere steden zijn wethouders vaak ook verantwoordelijk voor een speci-fieke wijk. Neem Laak in den Haag of Tilburg Noord in Tilburg. Als jij in die wijk werkt, maakt dat de stap een stuk gemakkelijker om contact te zoeken met de wethouder of gemeenteraadsleden.

Rol van de gemeenten

Gemeenten spelen van oudsher een belangrijke rol in het leven van burgers op een aantal terreinen. Neem huisvesting. Gemeenten hebben de wettelijke taak om voldoende betaalbare woningen te bouwen, ook voor minder bedeelden. De gemeenten organiseren daarom al meer dan honderd jaar de sociale woningbouw. Ook de openbare gezondheidszorg en met name infectieziekten kennen een lange historie. De rest van de gezondheidszorg was terrein van de landelijke overheid, de zorgverzekeraars en de zorgkantoren. Daarom was er op het terrein van gezondheidszorg weinig deskundigheid binnen gemeenten, noch bij bestuurders en wethouders, noch bij gemeenteraadsleden.

De transities

Er heeft de laatste jaren een enorme verschuiving plaatsgevonden van de landelijke en provinciale overheid naar de lokale overheid. De gemeenten hebben een enorm pakket aan taken overgeheveld gekregen die het werk van verpleegkundigen M&G direct raken. De bekendste voorbeelden zijn:

Wat is er mooier voor een wethouder dan tijdens een raadsvergadering met concrete praktijksituaties te kunnen schermen?

hebben vaak de neiging om hun departement af te schermen van andere departementen om zich te profileren. Je wilt immers dat jouw partij bij de volgende verkiezingen weer goed voor de dag komt en daarvoor heb je resultaten nodig. In praktijk leidt dat tot verkokering in het beleid, zowel de beleidsvoorbereiding als beleidsuitvoering. Veel problemen, zeker in de gezondheidszorg vragen echter om integraal beleid, afstemmingen tussen meerdere departementen en dat is in de verkokerde Haagse politiek lastig.

Gemeentes, ook de allergrootste, hebben daarentegen maximaal zeven wethouders en zij hebben vaak een veel breder taakterrein. Zo komt het voor dat een wethouder niet alleen volksgezondheid en zorg in de portefeuille maar ook welzijn of sociale zaken of wonen of



De WMO

Voor de uitvoering van de WMO hebben gemeenten een aantal taken waarop zij zich moeten richten. Dit zijn onder andere de leefbaarheid en sociale samenhang bevorderen en mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen. Maar ook het bevorderen van mensen met een beperking of psychische problemen om deel te nemen aan de samenleving, het bieden van maatschappelijke opvang, het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg en het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning, het bevorderen van verslavingsbeleid en het preventief ondersteunen van jeugdigen met problemen.

Jeugdwet

Deze wet beoogt naast de bestaande jeugdgezondheidszorg het inschakelen, herstellen en versterken van het probleemoplossend vermogen van kinderen en jongeren, hun ouders en sociale omgeving, het bevorderen van de opvoedcapaciteiten van de ouders en de sociale omgeving, preventie en vroegsignalering en het tijdig bieden van de juiste hulp op maat bij probleemsituaties en een effectieve en efficiënte samenwerking rond gezinnen.

Wet Preventieve Gezondheidszorg

De Wet publieke gezondheid (WPG) stelt gemeenten verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg, waaronder de jeugdgezondheidszorg. Terwijl de WMO

zich vooral richt op mensen die al ziek zijn of symptomen hiervan hebben, wil de WPG vooral de algemene gezondheid bevorderen en ziekten bij risicogroepen voorkomen. Ook verplicht de WPG de gemeenten om lokaal gezondheidsbeleid te maken en plannen om de gezondheid van de lokale bevolking te verbeteren.

Participatiewet

Het belangrijkste doel van de Participatiewet is om uitkeringsvoorwaarden, financiering, ondersteuning en uitvoering van uiteenlopende regelingen gelijk te trekken en in één hand te leggen. Namelijk die van de gemeente. Met de invoering van een regeling voor iedereen die in staat is om te werken moet het stelsel eenvoudig en transparant worden. Naast het tegengaan van de versnipperde regelgeving moet de Participatiewet uitnodigen tot participatie. Deze inhoudelijke vernieuwing is erop gericht alle mensen in Nederland, met of zonder beperking, als volwaardige burgers mee te laten doen aan de samenleving

Omgevingswet

Deze wet is nog in voorbereiding maar gaat van de gemeenten vragen om maatregelen te nemen om te komen tot het bevorderen van een gezonde fysieke omgeving. De komende jaren zullen gemeenten een visie moeten ontwikkelen op hoe zij een gezonde leefomgeving zien en hoe ze dat willen bereiken. Verpleegkundigen M&G kunnen hier een belangrijke bijdrage aan leveren.

Afdelingsnieuws

Wat hebben gemeentes ons te bieden?

Door al deze transities hebben de gemeentes inmiddels zeggenschap gekregen over allerlei maatregelen en voorzieningen die voor verpleegkundigen M&G van essentieel belang kunnen zijn.

Een paar voorbeelden ter illustratie:

- wil je maatregelen laten nemen om ouderen, ook dementerende ouderen, langer thuis te kunnen laten wonen zoals woningaanpassingen, voorzieningen in de wijk, veiligheid, mantelzorgondersteuning en dergelijke: dan heb je daarvoor de gemeentes nodig
- wil je voorzieningen creëren voor kinderen in armoede om de negatieve gevolgen van armoede voor hun gezondheid en ontwikkeling te beperken? Neem het Armoedeproject van de GGD in Brabant, dan beslist de gemeente daarover
- wil je aandacht voor het probleem van laaggeletterdheid in jouw wijk of bij jouw doelgroep: de gemeente kan daarin een rol spelen
- wil je meer ruimte voor investeren in wijkgerichte preventie of het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en wil je daardoor niet gehinderd worden door verschillende financieringsstromen? De gemeente kan met de zorgverzekeraar onderhandelen om (delen) van haar budgetten uit WMO, Jeugdwet en WPG samen te voegen om integrale preventieve projecten te bekostigen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse gemeentes (VNG) hebben in 2016 al een samenwerkingsagenda opgesteld om gemeentes er zorgverzekeraars te ondersteunen om te komen tot een gezamenlijke aanpak van onder andere 'zorg in de wijk', deGGZ-keten en preventie.
- wil je meer verbinding tussen jeugdgezondheidszorg en onderwijs: de gemeente kan daarbij een rol spelen.

Kortom: reden genoeg om de weg richting gemeentelijke politiek verder te bewandelen. Daarvoor is wel nodig dat de gemeente goed op de hoogte is van wat wij als verpleegkundige M&G anno 2018 te bieden hebben.

Laat je horen!

Wethouders en gemeenteraadsleden missen vaak essentiële up-to-date achtergrondkennis, zeker als een beleids terrein relatief nieuw is. Vaak bestaan er nog verouderde beelden over wat professionals doen. Zo is bij veel bestuurders en raadsleden weinig bekend dat wijkverpleegkundigen niet alleen zorg verlenen, maar dat (wijkgerichte) preventie ook een belangrijk gedeelte van hun beroepsinhoud vormt. Ook over het werk van jeugdverpleegkundige bestaan veel misverstanden. Vaak worden jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg met elkaar verward of is men zich niet bewust van de brede insteek van jeugdverpleegkundigen. Nog minder bekend is wat de resultaten van het werk van verpleegkundigen M&G voor de gemeente en voor de samenleving kunnen betekenen.

Wat hebben verpleegkundigen M&G de gemeentes te bieden

1) Verpleegkundigen M&G hebben iets wat lokale bestuurders en ambtenaren graag zouden willen hebben: up-to-date feitelijke kennis over de dagelijkse gang van zaken binnen de wijken en bij doelgroepen. Jeugdverpleegkundigen kunnen je haarfijn vertellen wat er speelt onder de jeugd en bij kinderen in een bepaalde gemeente of in een bepaalde wijk. Wijkverpleegkundigen en dementieverpleegkundigen weten precies waar bijvoorbeeld cliënten en mantelzorgers tegen aanlopen wat betreft de WMO-voorzieningen et cetera. Voor politici en ambtenaren is het bijna ondoenlijk om daarvan



up-to-date op de hoogte te blijven, terwijl ze dat maar wat graag zouden willen. Al was het maar omdat ze daarmee kunnen scoren. Want zeg nou zelf, wat is er slechter voor het imago van een wethouder dan om in gemeenschappen te blijven steken bij kritische vragen van plaatselijke journalisten? En wat is er mooier voor een wethouder dan tijdens een raadsvergadering met concrete praktijksituaties te kunnen scherpen? Voorbeelden die de ambtenaren niet kunnen leveren omdat ze nu eenmaal niet permanent in de wijken kunnen verkeren. En jullie wel.

2) De transities hebben de gemeentes voor grote problemen gesteld. De budgetten die gemeentes kregen toegewezen waren gemiddeld 30 procent lager dan voorheen. De gedachte hierachter was dat gemeentes de zorg efficiënter konden organiseren. Maar uit bijvoorbeeld de evaluatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau over de voortgang van de WMO en de recent verschenen evaluatie van de Jeugdwet, blijkt dat gemeentes bij gebrek aan beleidsmatige ervaringen af en toe letterlijk met de handen in het haar zitten. Ze weten vaak niet hoe ze dit in goed banen moeten leiden zonder dat er allerlei onrust ontstaat onder de bevolking, want daar zit geen enkele wethouder op te wachten. Bij gebrek aan ervaring op de nieuwe beleidsterreinen die de gemeenten de afgelopen jaren toebedeeld kregen - WMO, Jeugdwet, Participatiewet en dergelijke - zag je dat gemeenten veelal bureaucraties in plaats van beleidsmatig reageerden. Dus wat doe je wanneer je budget met 30 procent verlaagd wordt? Dan ga je niet kijken hoe mensen langer gezond en vitaal kunnen blijven waardoor er minder beroep gedaan hoeft te worden op voorzieningen. Waarom niet? Omdat je als gemeente geen flauw idee hebt hoe je dat aan moet pakken. Dan resteert de bureaucratie manier: we hebben 30 procent minder te besteden dus we gaan snijden in voorzieningen. We gaan mensen in keukentafelgesprekken vertellen dat ze echt geen recht meer hebben op voorzieningen in het kader van de WMO en dat ze voortaan meer zelfmanagement moeten vertonen. Een andere strategie is om de voorzieningen overeind te houden, maar de zorgverlenende instellingen met wurgcontracten te confronteren waardoor en nauwelijks nog fatsoenlijke zorg te leveren valt. Of we gaan ouders duidelijk maken dat noodzakelijke voorzieningen voor hun kinderen met opvoedingsproblemen niet langer beschikbaar zijn, of de gemeenten beperken de contracten met instellingen zodanig dat er lange wachtlijsten ontstaan.

Kortom: gemeenten waren bij gebrek aan alternatieve inzichten veelal vooral bezig met symptoom-bestrijding in plaats van het aanpakken van de daadwerkelijke oorzaken. Om de werkelijke oorzaken aan te pakken, om te zorgen dat er minder beroep hoeft gedaan te worden op de Jeugdzorg, om er voor te zorgen dat er minder beroep gedaan wordt op de WMO, om ervoor te zorgen dat mensen en jongeren langer gezond blijven, daarvoor heb je die inzichten van de verpleegkundigen M&G nodig.

3) Zoals uit het artikel *Investeren in preventie en eerste lijnszorg loont!* uit dit tijdschrift van december 2016 blijkt, beperkt de meerwaarde van het werk van verpleegkundigen M&G zich niet tot de kosten van de WMO, de Jeugdwet en dergelijke. De meerwaarde van een gezonde bevolking en een gezonde gemeente gelden voor een breed terrein waarvan allerlei partijen in de gemeenten profiteren. In de evaluatie, na tien jaar van het programma *Gelijke Gezondheid, Gelijke Kansen*, werden de volgende voorbeelden van positieve effecten van een gezonde gemeente geformuleerd. Wat zouden we winnen bij een gezondere gemeente? Daarop zijn uiteenlopende antwoorden mogelijk, die duidelijk maken dat iedereen er beter van wordt:

- onderwijs: minder schooluitval, meer diploma's
- financiën: gezonde burgers, minder uitkeringen
- milieu: meer lopen en fietsen, minder vervuiling
- economie: beter vestigingsklimaat voor bedrijven en aantrekkelijk woongebied voor hoger en middenkader
- economie: gezondere werknemers, minder verzuim
- veiligheid: gezonde mensen zijn actiever in de openbare ruimte
- toerisme: een groene en gezonde gemeente als potentie
- bestuurlijk: meer waardering voor het bestuur (betere resultaten verkiezingen).

Mission statement

Maar hoe pak je nu het aan als je in contact wilt treden met de gemeente, de wethouder, een raadslid of met een ambtenaar? Dat hangt sterk af van de lokale situatie en die verschilt per gemeente. Actiz heeft een heel handige brochure geschreven over hoe je invloed kunt uitoefenen op de lokale politiek. Die is op www.actiz.nl te vinden. Tik in het zoekvenster: alles over lokale besluitvorming en beïnvloeding. Een tips daarin is om gebruik te maken van een 'mission statement'. Afdeling V&VN M&G is bezig zo'n mission statement te ontwikkelen. Als het goed is staat deze op de site (mgz.venvn.nl) als dit tijdschrift verschenen is. ☺

Handreiking Intake JGZ voor statushouderskinderen

Wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en handreiking voor verpleegkundigen en andere professionals in de zorg leveren een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van ons handelen. Soms kan het fijn zijn om wat praktische ondersteuning te krijgen in het toepassen van diverse richtlijnen door middel van een handreiking. Een handreiking wordt vaak opgesteld ter ondersteuning van de besluitvorming. Ditmaal de in november 2017 uitgekomen handreiking *Intake jeugdgezondheidszorg voor statushouderskinderen*. Ingrid Brokx, verpleegkundig specialist en vakgroepslid van de afdeling jeugd van V&VN M&G was erbij betrokken. Ze doet er een boekje over open.

Tekst: Ingrid Brokx

Waar gaat de handreiking *Intake JGZ voor statushouderskinderen* over?

Deze handreiking is een hulpmiddel en biedt achtergrondinformatie en aandachtspunten voor de JGZ-professional die te maken krijgen met de gezondheid, ontwikkeling en zorg voor vluchtelingenkinderen. Het is geen evidence-based richtlijn maar een bundeling van praktische tips en suggesties, interessante achtergrondinformatie met heel veel diverse linkjes, ook van landelijk goede voorbeelden. Het gaat over de procedure die deze mensen hebben moeten doorlopen maar ook over culturele achtergrond, cultuursensitiviteiten en praktische intakeformulieren. Neem het inhaalvaccinatieprogramma. Welke formulieren heb je hiervoor nodig? Maar ook staan er tips in als je met de tolkentelefoon aan de slag wil, om maar een paar praktische voorbeelden te geven.

'Check op welke adressen de vluchtelingen in Nederland hebben gewoond. Het komt vaker voor dat een kind teveel vaccinaties kreeg'

Waarom tot stand gekomen?

Bij de enorme hausse aan vluchtelingen twee jaar geleden, kregen veel van hen vrij snel een voorlopige verblijfsvergunning van vijf jaar, ofwel een status. Daardoor kregen jeugdverpleegkundigen in diverse gemeenten plots te maken met kinderen waarvan nog nauwelijks een gezondheidsdossier was opgestart. Zij moesten extra huisbezoeken inplannen, volledige inhaalvaccinatieprogramma's opstarten en ook de huidige en gezondheids-historie in kaart brengen. Omdat de statushouders over heel Nederland werden verspreid, was het van belang dat kennis hierover voor alle jeugdverpleegkundigen beschikbaar moest komen. Want er was op dat moment wel veel informatie voorradig, maar die was nogal versnipperd en niet voor iedereen makkelijk en snel te vinden. Daarom is deze informatie gebundeld in deze handreiking.

Er staat in de handreiking met welke ketenpartners je te maken krijgt bij de behandeling van een statushouderskind. Waarom is dat belangrijk en wat moeten jeugdverpleegkundigen hierover weten?

Als ouder(s) met jonge kinderen die zich hier net in Nederland settelen met helemaal niks, dan moet er veel gebeuren. Wij treffen ze nog regelmatig aan met matrassen op de grond en een plastic tas met een hoop ongeordende enveloppen. Dan is samenwerking met andere partners heel belangrijk, zoals vluchtelingenwerk, wijkteamleden, vrijwilligers en welzijnsorganisaties, maar ook de Praktijkondersteuner GGZ. Want psychische problematiek bij deze groep vraagt extra aandacht. En een zinvolle tijdsbesteding en wellicht toeleiden naar werk en het leren van een taal. En vergeet Nidos niet. Laatstgenoemde is de organisatie die de voogden regelt voor alleenstaande minderjarige vreemdelingen. Die samenwerking draait vooral om af te stemmen wie doet wat. Andersom is het van belang dat betrokken voogden, woonbegeleiders, leerkrachten de jeugdverpleegkundige makkelijk kunnen vinden bij zorgen. Daarom zijn in de handreiking alle ketenpartners genoemd, wat we voor elkaar kunnen betekenen en diverse tips voor de jeugdverpleegkundigen.

Ook is er een stappenplan in opgenomen voor de beoordeling van de vaccinaties van een statushouderskind. Waarom is deze ontwikkeld?

Vanwege de snelle procedure moet er meestal nog een vaccinatie-intake plaats vinden. Daarom is afgesproken dat bij deze groep nieuwkomers de reguliere jeugdgezondheidszorg de vaccinatie-status beoordeelt. In veel gevallen moet er een inhaalplan gemaakt worden omdat ze vaak nog niet alle vaccinaties hebben gehad. Daarvoor zijn speciale formulieren voor opgesteld. Dit vraagt aardig wat werk want je hebt een tolk/vertaler nodig om precies na te gaan wat er gegeven is en welke vaccinaties nog missen en dus nog gegeven moeten worden.



Wat wil je jeugdverpleegkundigen in de maatschappelijke gezondheidszorg meegeven over de intake bij statushouderskinderen?

Bij deze gezinnen gaat het vooral ook om het opbouwen van een goede vertrouwensrelatie. Ze zijn onbekend met ons preventieve zorgsysteem. Als ze bijvoorbeeld direct naar een arts willen omdat hun kindje hoge koorts heeft, dan word je hier in Nederland niet zomaar gezien. Nee, dan moet je eerst bellen en vindt er triage plaats. Dan krijg je advies, maar niet van een dokter. Dat is voor de meeste vluchtelingen moeilijk te begrijpen en kan veel stress en emoties geven in het begin. Vooral ook omdat ze de taal niet spreken en soms ook de Engelse taal niet machtig zijn. Zorg daarom voor een goede kennismaking, heb aandacht voor hun situatie en wees nieuwsgierig. Extra contactmomenten en een huisbezoek is een must in mijn ogen. Wij kunnen voor deze kwetsbare groep kinderen met hun ouders en alleenstaande jongeren veel betekenen. Vooral door actief te luisteren en samen met ouders de context te versterken voor het gezond en veilig opgroeien van hun kinderen. 🌱

De hele handreiking lezen? Ga dan naar www.ncj.nl en tik in het zoekvenster de volledige naam van de handreiking

Met het stappenplan in de handreiking wordt heel overzichtelijk gemaakt hoe je dit moet aanpakken.

Wat is er anders aan een intake bij een kind geboren in Nederland en een statushouderskind?

Dit gesprek kost meer tijd en energie. Ook omdat je vaak een tolk moet gebruiken. Het moet de ouders meteen duidelijk zijn waarom je bepaalde informatie over hun kind wilt weten, dat het gesprek vertrouwelijk en binnen deze vier muren blijft. Een intake is vaak een mooie ingang om veel informatie over een gezin te verkrijgen. Wat deze gezinnen vaak fijn vinden is als je vraagt naar de familie in het thuisland. Wie woont daar nog, hebben ze daar contact mee en hoe vaak? Ook is het relevant om huidinspectie te doen bij het kind in verband met huidziektes en littekens van geweld. Daarnaast is het handig om het gehoor te checken want soms hebben ze door oorlogsgeweld schade opgelopen. En ook navragen hoe het met het kind ging in eigen land. Wat ging goed en wat niet? Hoe voelt het kind zich nu? Meer klachten? Wees er altijd op bedacht dat bepaalde klachten zich later alsnog kunnen ontwikkelen. Dit geldt ook voor post traumatische stress. En check vooral ook op welke verschillende adressen ze in Nederland hebben gewoond. Het komt vaker voor dat een kind teveel vaccinaties kreeg.

Together

Gezien de vele knelpunten met betrekking tot de gezondheid en integratie van vluchtelingenkinderen is er een landelijke interdisciplinaire taskforce zorg vluchtelingenkinderen genaamd *Together*, opgericht in 2017. Dit is een breed landelijke platform van vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en organisaties die zich met gebundelde krachten en ervaring inzetten om de zorg voor vluchtelingenkinderen hier in Nederland te verbeteren middels onderwijs, onderzoek, advocacy, het uitwisselen en delen van kennis, interdisciplinaire projecten en bijdragen aan kortere lijnen in de keten. Deelnemende partijen zijn onder andere Pharos, GGD GHOR NED, Actiz, AJN, NVK, NVvP, NVOG, V&VN Jeugd, LOWAN, KNOV. Oprichters: Geert Tom Heikens (emeritus hoogleraar Kindergeneeskunde & Jeugdgezondheidszorg, coördinator Together), Ahmad Mohamad (Syrisch kinderarts, sinds 2015 woonachtig in Nederland), Charlotte Clous (medisch antropologe, PhD candidate migratie en mental health).

Ingrid Brokx is verpleegkundig specialist Jeugd bij JGZ Almere, zit in de vakgroep Jeugd van V&VN M&G en is lid van Together

Twee problemen, twee voedingsoplossingen

Problemen in de slokdarm en maag

Regurgitatie

50% van de kindjes heeft regurgitatie¹

48% van de ouders ziet regurgitatie als **een probleem waar ze alles aan willen doen** om dit op te lossen²

Nutrilon A.R. is bewezen effectief bij regurgitatie³⁻⁸

Problemen in de darm

Krampjes

42% van de kindjes heeft krampjes²

54% van de ouders ziet krampjes als **een probleem waar ze alles aan willen doen** om dit op te lossen²

Moeizame ontlasting

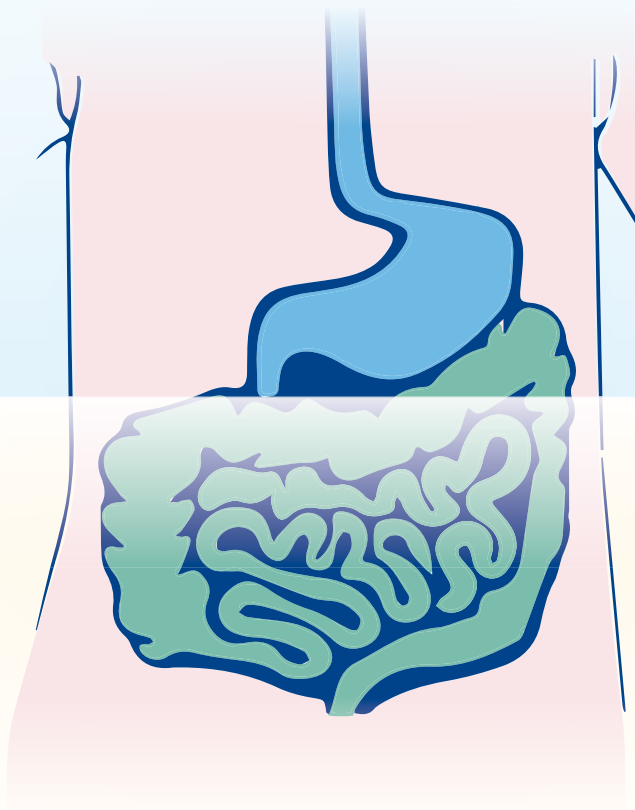
12% van de kindjes heeft moeizame ontlasting²

43% van de ouders ziet moeizame ontlasting als **een probleem waar ze alles aan willen doen** om dit op te lossen²

Nutrilon Omneo-Comfort is bewezen effectief bij krampjes⁹⁻¹¹ en moeizame ontlasting^{9,11-14}

Referenties: 1. Kneepkens CMF et al. (2014) *NvD*. 2. Brand E et al. (2014) It's normal to be special - results of quantitative research. 3. Wenzl TG et al. (2003) *Pediatrics* 111 (4 Pt 1): e355-92. 4. Vandenplas Y et al. (1994) *Eur J Pediatr* Jun;153(6):419-23. 5. Horvath A et al. (2008) *Pediatrics* Dec;122(6):e1268-77. 6. Nutricia Research (1997) Report: Artificial digestion model measuring viscosity of different thickeners. 7. Abrahamse E (2009) Intern report Nutricia Research, ARTIS study. 8. Borrelli O et al. (1997) *Ital J Gastroenterol Hepatol*. Jun;29(3):237-42. 9. Savino F et al. (2003) *Acta Paediatr Suppl* 441, 86-90. 10. Savino F et al. (2006) *Eur J Clin Nutr* 60, 1304-1310. 11. Veith V et al. (2000) *J Ernährungsmed* 2:14-20. 12. Savino F et al. (2005) *Acta Paediatr Suppl* 94:120-4. 13. Bongers MEJ et al. (2007) *Nutr J* 6:8. 14. Schmelzle H, Wirth S, Skopnik H et al. (2003) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 36: 343-51

www.nutriciavorprofessionals.nl



NUTRICIA
early life nutrition