



■ **Palliatieve zorg voor migranten;**
in gesprek over leven en dood

■ **Hoe behandel je scabiës het beste bij Eritreeërs?**

**Expertisegebied
wijkverpleegkundige vernieuwd!**

De informatiebron

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

Thema migranten

Al deze onderzoeken zijn op de site van de diverse organisaties te vinden.

Factsheet Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland / COA;GGDGHOR Nederland, 2019

Alleen krijg je het niet voor elkaar: een verkenning van medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland / Kennisplatform Integratie en Samenleving, 2018

Welzijn en gezondheid van gezinsherenigers: Een verkenning / Pharos, 2018

Wijteams voor alle doelgroepen effectief: Een diversiteitskader met praktische tips / Verwey Jonker Instituut, 2018

Sociaal makelaars en diversiteit: Gerelateerde spanningen in de wijk / H.U. Lectoraat Innovatieve Maatschappelijke Dienstverlening, 2018

Gezonde leefstijl statushouders: Wat kunt u als gemeente doen? / Pharos etc., 2018

Zorg en wonen voor ouderen met een migratieachtergrond / Kennisplatform Integratie en Samenleving, 2017

Kinderen

Informele opvoedsteun aan vluchtelinggezinnen: Handreiking voor ondersteuning van ervaren vrijwilligers / NJI etc., 2019

Grenzen aan de opvoeding: Turkse en Marokkaanse gezinnen in een polariserend Nederland / Fontys Hogeschool Lectoraat Diversiteit, 2019

Publieksrapportage diversiteitsonderzoek Superdivers opvoeden: Hoe sluiten we met opvoedinformatie nog beter aan op ouders met een niet-westerse migratieachtergrond? / Apparant R&D, 2018

Schaderisico bij uitzetting langdurig verblijvende kinderen: Een multidisciplinaire wetenschappelijke onderbouwing / R.U Groningen;V.U, 2018

Divers bereik: Jeugdhulp naar migratieachtergrond in Amsterdam / Verwey Jonker Instituut, 2018

Infosheet Abi, ik ben bang in bed... : Opvoeddilemma's Syrische Vluchtelingenouders in Nederland / Trimbos Instituut, 2017

We teach...



OPLEIDING VERPLEEGKUNDIGE MAATSCHAPPIJ & GEZONDHEID

- profiel Jeugdgezondheidszorg
- profiel Algemene Gezondheidszorg

“Door de persoonlijke aandacht bij de NSPOH werk ik nu – zichtbaar – met meer zelfvertrouwen en plezier. Mijn positie als verpleegkundige is verbeterd. De verschillende modules geven me een hoop bagage! Die gebruik ik nu bij alle veranderingen die gaande zijn binnen het vakgebied. Ik weet nu beter hoe de publieke gezondheidszorg is georganiseerd.”

Je vak en de omgeving veranderen.

Jouw rol verandert mee.

Speel met plezier een actieve rol in de vernieuwing van het verpleegkundig beroep. Leer effectief samenwerken met ketenpartners, problemen in de gezondheid van cliënten signaleren en daarop acteren.

Kies voor de kleinschalige (post-HBO) opleiding bij de NSPOH:

- actuele ontwikkelingen en vernieuwingen in de inhoud van de AGZ en JGZ
- gebruik van evidence, zoals richtlijnen
- kansen voor preventie, bv door social media
- strategisch samenwerken met ketenpartners
- professionele rolontwikkeling

Interesse?

Kijk op www.nspoh.nl of neem contact op met opleider/adviseur Martine van der Kruk, telefoon 030-810 05 00, e-mail info@nspoh.nl.



NSPOH
we teach health

**HOGESCHOOL
UTRECHT**

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



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

ontvangt u gratis wanneer u lid bent van de afdeling V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid.

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

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 19, nummer 2, juni 2019

ISSN 1568-5853

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

of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp en opmaak: Think Next Level, Mijdrecht

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

Het abonnementsstarief voor instellingen bedraagt € 84 per jaar, excl. BTW. Beëindiging van het lidmaatschap/abbonement: schriftelijk tot uiterlijk 1 december van het lopende jaar. Bij niet tijdig opzeggen wordt het lidmaatschap automatisch met een jaar verlengd.

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

Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij

& Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

W mgz.venvn.nl

Word ook redactielid!

'Ik heb het nog nooit gedaan, dus ik denk dat ik het wel kan.' Dat is één van de wijze uitspraken van Pippi Langkous die me vaak helpt om dingen in een ander perspectief te zien. Zo ook m'n start als redacteur bij het *Tijdschrift M&G*. 'Moet je dan geen ervaring hebben?' En: 'Maar ik werk nog niet zo heel lang in de publieke gezondheidszorg.' Dat waren vragen en onzekerheden die in m'n hoofd speelden. Nergens voor nodig bleek later. Ik schoof voor het eerst aan bij een redactievergadering, er werd druk gebrainstormd en uiteindelijk maakten we samen dit toffe themanummer *Zorg voor migranten*. Ik ben zo trots als een pauw want het eerste artikel van mijn hand staat er in en gaat over schurft bij Eritreeërs. Zie pagina 16. Om bij te dragen aan zo'n mooi nummer voelt goed en daarom kan ik het andere verpleegkundigen M&G alleen maar aanraden: word ook lid van de redactie! We kunnen zeker nog hulp gebruiken. Stuur een mail naar TijdschriftMG@gmail.com ter attentie van hoofdredacteur Marieke Rijsbergen. Antwoord verzekerd!



Paulien Meijers

Verpleegkundige Infectieziektenbestrijding bij GGD Fryslân

E-mail: p.meijers@ggdfryslan.nl

In dit nummer

Actueel

Expertisegebied wijkverpleegkundige herzien! 6

Achtergrond

Palliatieve zorg voor migranten; gesprekken over leven en dood 8

Aan tafel met...

Carel Jacobs, socioloog en specialist in cultuurverschillen in de zorg 14

Praktijk

Scabies onder Eritreeërs: goede communicatie noodzakelijk 16

Interview

Naomi Vandamme over veerkracht 22

Project

Thee en dementie 27

In gesprek met...

Hanneke Hillmann: 'Verpleegkundigen zijn nog steeds te lief, te aardig en te bang' 28

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Vers bloed: 'Tijdens de opleiding leer je buiten je comfortzone te denken' 13

Afdelingsnieuws 19

Klepel en klok: het model van Stronks 20

Mijn ambassadeurschap: 'Ik zie JGZ-verpleegkundigen veel meer in de media' 26

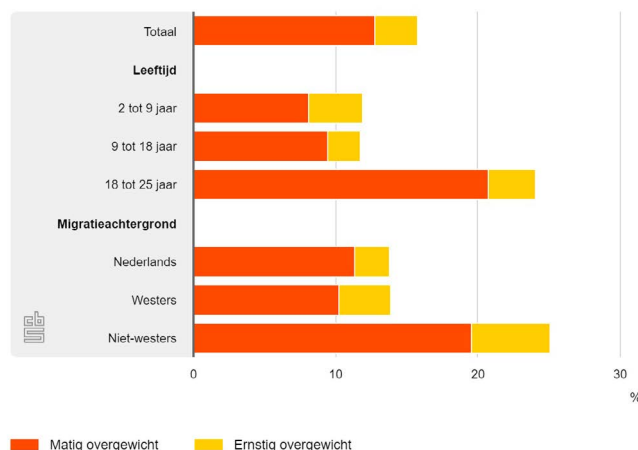
Het dilemma: Moeder vertelt dat zoon naar Turkije wordt gestuurd 30



16 procent van jongeren overgewicht

In 2018 had 16 procent van de kinderen en jongeren van 2 tot 25 jaar overgewicht. Van de jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) was bijna een kwart te zwaar. Dat meldt het CBS naar aanleiding van nieuwe cijfers in de Jeugdmonitor. Van de 2- tot 25-jarigen had 12,8 procent matig overgewicht en 3,0 procent ernstig overgewicht (obesitas), gebaseerd op de body mass index (BMI). Het totaal van 15,8 procent te zware kinderen en jongeren is hoger dan in 2000, toen het nog 12,5 procent was. Overgewicht komt het meeste voor bij kinderen en jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond (25,1 procent) en bij 18- tot 25-jarigen (24 procent). Jongeren met een niet-westerse migratieachtergrond hebben ook vaker ernstig overgewicht dan jongeren zonder migratieachtergrond. Overgewicht komt bij meisjes en jongens ongeveer evenveel voor. [↗](#)

Overgewicht 2- tot 25-jarigen, 2018



Bron: CBS

Aantal asielzoekers neemt weer toe

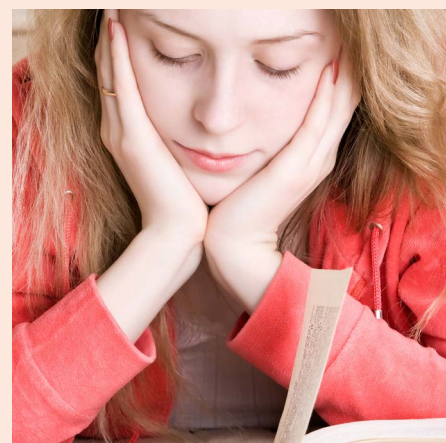
Het aantal asielverzoeken is in 2018 weer toegenomen, na dalende aantallen asielverzoeken in 2016 en 2017. Opkomende nationaliteiten van de eerste asielverzoeken zijn Jemen en Moldavië. Opmerkelijk is de toename van het aantal Turken dat in ons land asiel aanvraagt. Dit meldt het CBS op basis van nieuwe cijfers van de Immigratie- en Naturalisatiedienst. In 2018 kwamen 20,5 duizend asielzoekers naar ons land en 6,5 duizend nareizigers. Het aantal eerste asielverzoeken was een kwart hoger dan in 2017, het aantal nareizigers is met de helft afgenomen. Er is een aantal opvallende ontwikkelingen te zien in de nationaliteit van de asielzoekers. Sinds 2016 zijn er enkele opkomende herkomstlanden van de asielzoekers, zoals Jemen en Moldavië. In Jemen is al jaren een burgeroorlog aan de gang en is hongersnood. De toename van Moldaviërs heeft mogelijk te maken met de politieke situatie in de regio Transnistrië. Opvallend is de blijvende toename van asielzoekers uit Turkije. Sinds de mislukte staatsgreep in juli 2016 komen meer Turkse asielzoekers naar Nederland. Ook het aantal Nigeriaanse en Iraanse asielzoekers neemt toe. Vrij stabiel op een hoog niveau blijft het aantal asielzoekers met de Syrische nationaliteit. Afnemend zijn de aantallen asielzoekers uit Irak en Eritrea. [↗](#)

Bron: CBS, IND

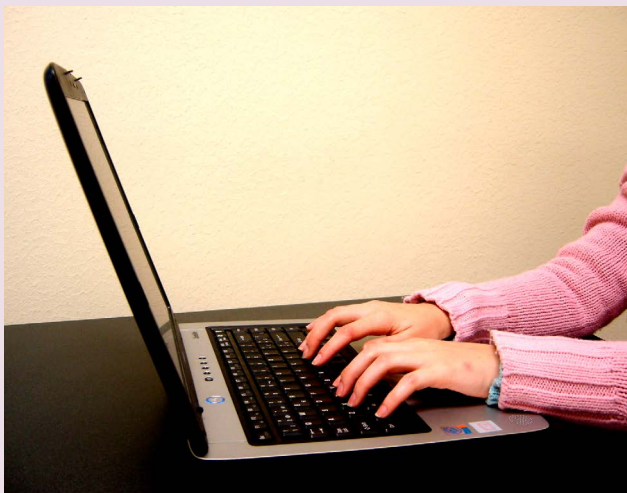
Een op de tien jongeren in aanraking met jeugdzorg

Steeds meer jongeren in Nederland krijgen te maken met jeugdzorg. In 2018 ging het om bijna een op de tien jongeren, oftewel 428.000 jongeren. Dit zijn er achtduizend meer dan een jaar eerder. In 2015, het jaar dat de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg bij de gemeenten kwam te liggen, ging het nog om 380.000 jongeren. Kinderen uit bijstandsgesinnen en families met schuldproblemen krijgen relatief vaak jeugdzorg. Dat geldt ook voor jongeren met een migratieachtergrond. Jeugdzorg is een verzamelnaam voor jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugd-reclassering. De zorg wordt verleend aan jongeren met psychische problemen of gedragsproblemen en kan door de rechter worden opgelegd. Relatief veel jongeren uit gemeenten in Limburg en het noordoosten van ons land krijgen jeugdzorg. Deze CBS-cijfers hebben betrekking op jongeren tot 23 jaar. [↗](#)

Bron: nu.nl



Vaker online op zoek naar informatie over gezondheid



Nederlanders zoeken steeds vaker informatie over gezondheid en leefstijl op internet. Van de Nederlanders van 12 jaar of ouder zocht 67 procent in 2018 online naar informatie over gezondheid en leefstijl. In 2012 was dit nog niet de helft. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om informatie over ziekten, voeding of beweging. Het percentage vrouwen dat op internet op zoek was naar dit soort informatie was hoger (71) dan het percentage mannen (63).

Het zijn vooral 25- tot 45-jarigen die online zochten naar informatie over gezondheid; 80 procent van de personen in deze leeftijdsgroep had dit in 2018 gedaan. Van de Nederlanders in de leeftijdscategorieën van 45 tot 65 jaar en 65 jaar of ouder gaf 70 procent en 52 procent aan online op zoek te zijn geweest naar informatie over gezondheid. Verder geldt dat het aandeel hoogopgeleide Nederlanders dat deze informatie zocht (81 procent) groter is dan het aandeel middelbaaropgeleiden (73 procent). Onder middelbaaropgeleiden was dat weer hoger dan onder laagopgeleiden (49 procent).

Een kwart van de Nederlanders van 12 jaar of ouder maakte in 2018 gebruik van het internet om een afspraak te maken met een huisarts of medisch specialist. In 2012 was dit 10 procent. Ook kopen we steeds vaker medicijnen online. Kocht in 2012 nog geen 3 procent medicijnen via internet, in 2018 was dit gestegen naar 10 procent. Nederland heeft van alle EU-28 landen het hoogste percentage mensen van 16 tot 74 jaar dat informatie opzoekt over gezondheid op internet. In 2018 had 72 procent van de Nederlanders van deze leeftijd dat gedaan, het gemiddelde van de Europese Unie is 52 procent. [🔗](#)

Bron: CBS

Polyfarmacie neemt toe en niet alleen bij ouderen

Het aantal Nederlanders dat vijf of meer medicijnen langdurig gebruikt, neemt gestaag toe. Dat meldt het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG). In de periode 1999-2014 is het percentage volwassenen met polyfarmacie zelfs meer dan verdubbeld, van 3,1 naar 8,0 procent. Dit komt niet alleen door de vergrijzing, berekenden Monika Oktora (UMCG) en collega's. Ook onder volwassenen jonger dan 65 jaar komt polyfarmacie steeds vaker voor. Uit het onderzoek blijkt wél dat polyfarmacie nog altijd het meest voorkomt onder ouderen. De toename van polyfarmacie komt grotendeels door preventieve medicatie, meldt het NTvG. Met name het gebruik van protonpompremmers, angiotensine-II-antagonisten en statines nam toe, vermoedelijk als gevolg van de aandacht voor maagbescherming en cardiovasculair risicomangement.

Meer weten? Ga dan naar www.ntvg.nl waar meer over dit onderzoek te lezen is. [🔗](#)



Bron: nursing.nl

Expertisegebied wijkverpleegkundige vernieuwd!

Sinds het verschijnen van het Expertisegebied wijkverpleegkundige in 2012 is er veel veranderd in de wijkverpleging en in de functie van de wijkverpleegkundige. Hoog tijd dus om het Expertisegebied te evalueren en te actualiseren. Maar wat is nu precies het verschil met het oude Expertisegebied?

Tekst:
Valerie
Schipper

De eerste versie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige is in 2012 geschreven. Hierin staat dat het Expertisegebied wijkverpleegkundige bedoeld is voor allen die bij de wijkverpleging betrokken zijn. Dit is het team wijkverpleging, huisartsen, praktijkverpleegkundigen en andere zorgverleners in de eerstelijns, patiënten- en cliëntenorganisaties, zorginstellingen, wooncorporaties, zorgverzekeraars en lokale overheden. Het is tevens de basis voor onderwijscurricula. Voor de opleidingen is het Expertisegebied belangrijk, doordat er in beschreven wordt over welke competenties een wijkverpleegkundige moet beschikken. Hiermee is het Expertisegebied de basis voor de opleiding.

Duidelijk verschil

Maar er is als gezegd veel veranderd sindsdien, denk onder meer aan de transitie van de langdurige zorg in 2015. Hogeschool Utrecht evalueerde en actualiseerde het Expertisegebied. Bij de evaluatie was onder andere Nienke Bleijenberg betrokken, lector Proactieve Ouderenzorg aan Hogeschool Utrecht. Bleijenberg: 'Het doel van de evaluatie was om na te gaan in hoeverre het huidige Expertisegebied wijkverpleegkundige aansluit bij de actuele context van de wijkverpleging, en hoe draagvlak en bruikbaarheid wordt ervaren door de beroepsgroep, hogeschool docenten, hbo-v studenten, en zorgorganisaties en op welke onderwerpen actualisatie wenselijk is'.

De data werden verzameld via vragenlijsten en focusgroepen met wijkverpleegkundigen en stakeholders. In totaal vulden 255 mensen de vragenlijst in. 'Wijkverpleegkundigen zijn dus door het hele proces van het vernieuwen van het Expertisegebied betrokken geweest', aldus Bleijenberg.

'Er is veel veranderd sinds 2012'

Wat onder andere uit de verzamelde data kwam is dat er in het Expertisegebied een duidelijk verschil moet zijn tussen niveau 4 en 5/6. En dat de verpleegkundige (niveau 4) een belangrijke samenwerkingspartner is van de wijkverpleegkundige (niveau 5/6). Ook de positie van de mantelzorger moest meer beschreven worden. Dat je als zorgverlener ook de mantelzorger moet coachen. Het zijn meteen de onderwerpen waar wijkverpleegkundigen sinds de transitie in 2015 mee te maken kregen.

Functie?

Maar wat kunnen wijkverpleegkundigen met het Expertisegebied? Het Expertisegebied an sich is natuurlijk niet nieuw, alleen is hij nu geactualiseerd. Waardoor het Expertisegebied nu beter aansluit bij de huidige praktijk. Van belang is het krijgen van eenduidigheid als het gaat om de functie. Wijkverpleegkundigen werken op vele

De belangrijkste uitkomsten van de analyse zijn:

- Het Expertisegebied wijkverpleegkundige is bruikbaar, heeft een breed draagvlak, en is voor het overgrote deel actueel;
- Onderwerpen die in de herzieningen een steviger plaats zouden verdienen: positieve gezondheid, aandacht voor ggz-problematiek, regie voeren, ethisch redeneren, zorguitkomsten, wijkgericht handelen en samenwerken.
- Driekwart van de wijkverpleegkundigen kent het Expertisegebied en gebruikt het (soms); en 63 procent van de docenten verpleegkunde.
- Het Expertisegebied maakt duidelijk wat het vak inhoudt, dient als onderlegger van het beroep, is richtinggevend, en kan worden gebruikt als middel om het eigen handelen te evalueren;
 - Het is belangrijk om bij de implementatie van het Expertisegebied duidelijk te maken wat het belang en meerwaarde is van het Expertisegebied voor studenten hbo-v, docenten (onderwijs), wijkverpleegkundigen, zorgorganisaties, huisartsen, financiers en beleidsmakers.

Help!! Het Expertisegebied en het kwaliteitskader?!

Vorig jaar is het kwaliteitskader uitgebracht en nu is het expertisegebied vernieuwd. Hoe zit dit nu? Het Kwaliteitskader beschrijft waar de wijkverpleging aan moet voldoen. Het Expertisegebied geeft meer een verdiepingsslag op de rollen van wijkverpleegkundige. Je kan het Expertisegebied zien als een toets-systeem. Doe je de dingen zoals we deze hebben afgesproken?

verschillende manieren. Er wordt vaak een eigen invulling gedaan van wat wijkverpleegkundigen zelf denken en vinden van wat hun taken zijn. Een voorbeeld hiervan kan zijn preventie in de wijk. Veel wijkverpleegkundigen doen aan preventie bij cliënten die hij of zij in zorg heeft. Maar nog te weinig wijkverpleegkundigen geven preventie in de gehele wijk. Het geven van een voorlichting over valgevaar aan de plaatselijke vrouwenvereniging bijvoorbeeld.

Door de vele en ook grote veranderingen zijn wijkverpleegkundigen een beetje de grip op hun functie kwijtgeraakt. Wat hoort wel bij de taak als wijkverpleegkundige en wat niet.


Het vernieuwde Expertisegebied geeft hier duidelijkheid over. Er staat in beschreven over welke competenties je moet beschikken en wat je moet kennen en kunnen.

Zo staat er in dat je als wijkverpleegkundige streeft naar het bevorderen van eigen regie van mensen, je weet om te gaan met zowel zorgmijders als mensen met weinig gezondheidsvaardigheden en dat de wijkverpleegkundige in toenemende mate bovenal een gezondheidsbevorderaar is. Als alle wijkverpleegkundigen zich hieraan houden, komt er meer eenduidigheid van werken en dus minder praktijkvariatie. Op dit moment is het zelfs voor een huisarts niet altijd duidelijk waarvoor hij of zij een wijkverpleegkundige kan benaderen. De ene wijkverpleeg-

'In het vernieuwde Expertisegebied levert de wijkverpleegkundige zorg aan de wijk dus niet alleen aan cliënten die in zorg zijn'

kundige gaat bijvoorbeeld wel langs bij een cliënt die niet bij hem of haar in zorg is en een andere wijkverpleegkundige wel. Zoals in het vernieuwde Expertisegebied staat, levert de wijkverpleegkundige zorg aan de wijk dus niet alleen aan cliënten die in zorg zijn.

Gezondheidsbevorderaar

Gezondheidsbevorderaar is een van de zeven CanMEDS-rollen. Uit de feedback die onder andere wijkverpleegkundigen gaven, kwam naar voren dat gezondheidsbevorderaar eigenlijk het meeste aansluit bij de functie van wijkverpleegkundige. Marjolein Zilverentant, wijkverpleegkundige en lid van de projectgroep, vertelt hierover: 'Zorg verlenen heeft tot doel bij te dragen aan het behoud, vergroten of herstellen van gezondheid. De wijkverpleging zal in toenemende mate beoordeeld worden op het bereiken van deze resultaten. Naast de benodigde competenties als zorgverlener, zal er meer en meer een beroep gedaan worden op de competenties van de wijkverpleegkundige als gezondheidsbevorderaar. Het voorkomen van ziekte en het versterken van het zelfmanagement begint immers in de omgeving waarin men woont. Van oudsher is preventie een belangrijk onderdeel van het werkterrein en expertise van de wijkverpleegkundige. Dit is de laatste decennia wat verloren geraakt, maar groeit weer aan belang om de gezondheidszorg toegankelijk en betaalbaar te houden voor toekomstige generaties.' 



Dit project is gefinancierd door ZonMw. De projectgroep bestaat uit Henk Rosendal, Nienke Bleijenbergh, Marjolein Zilverentant en Mariska de Bont. Er was een klankbordgroep met wijkverpleegkundigen en stakeholders, deze worden allemaal vermeld in het Expertisegebied. 22 wijkverpleegkundigen hebben daarnaast feedback gegeven in de feedback-ronde.

Valerie Schipper is dementie- en wijkverpleegkundige bij de Meander Zorggroep in Veendam en redacteur bij TM&G.

In gesprek over leven en dood:

Palliatieve zorg voor migranten



Spreken over de dood is in veel culturen een taboe. De directe manier waarop in Nederland soms over de dood wordt gesproken, stuit bij mensen met een migratieachtergrond op onbegrip en vergroot het wantrouwen tegenover Nederlandse zorgverleners. Gudule Boland van Pharos sprak met migranten over wensen en behoeften.

*Tekst:
Gudule Boland*

Meneer Yilmaz (64) is geboren in Turkije maar woont al veertig jaar in Nederland. Hij heeft altijd hard gewerkt in een soepfabriek en 's avonds nog wat extra als schoonmaker om zijn vijf kinderen een opleiding te kunnen laten volgen. Vijf jaar geleden ging de fabriek failliet; hij heeft nu een bijstandsuitkering. Met het schoonmaakwerk stopte hij al enkele jaren geleden omdat hij last kreeg van zijn rug.

Zijn vrouw is drie jaar geleden plotseling overleden aan een hartaanval. Zijn kinderen hebben nu zelf een gezin. Zijn twee zoons runnen samen een groentewinkel elders in de stad. Twee dochters zijn verhuisd naar hun schoonfamilie 100 kilometer verderop. Zijn jongste dochter woont in de buurt, maar zij is erg druk: zij heeft twee kleine kinderen en omdat haar man werkloos is, werkt zij bijna fulltime in de thuiszorg.

Meneer Yilmaz heeft nooit tijd gehad om de Nederlandse taal goed te leren; zijn kinderen tolken waar nodig. Hij is moslim en gaat af en toe naar de moskee. De afgelopen maanden is hij sterk afgevallen, hij hoest veel en is erg moe. Na lang aandringen van zijn kinderen bezocht hij met zijn jongste dochter de huisarts. De huisarts liet foto's maken en stuurde hem daarna door naar de longarts die een bronchoscopie en een CT-scan deed.

Volgende week is er weer een afspraak met de longarts over de uitslag van het onderzoek.

De huisarts is bezorgd en de kinderen vertrouwen het niet. Zij kijken vaak naar de Turkse televisie en hebben

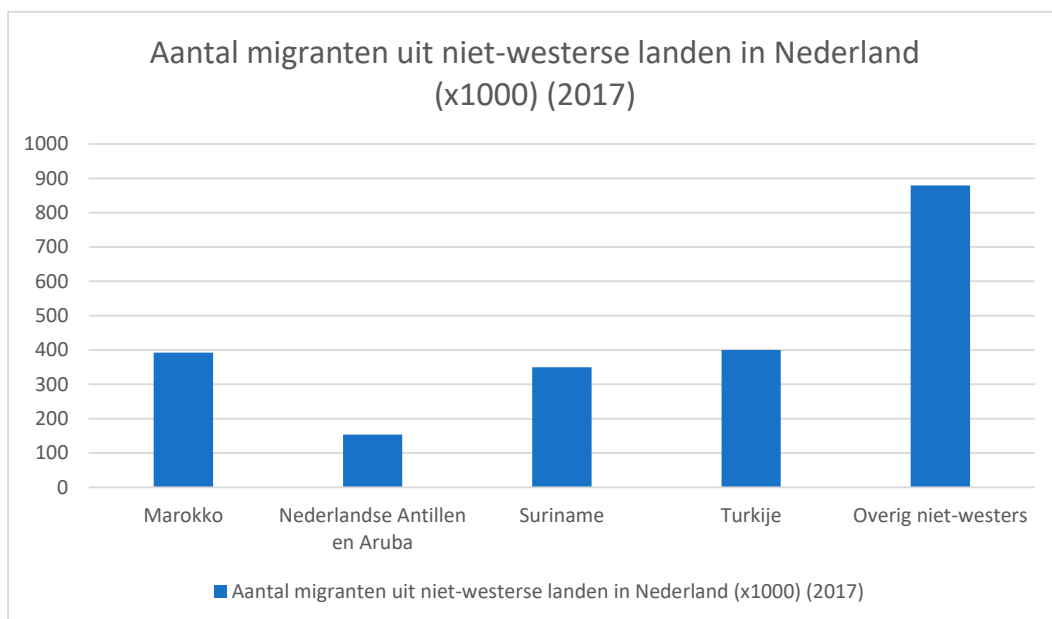
'De kinderen van meneer Yilmaz willen hem de hoop op genezing niet ontnemen'

onlangs een programma over kanker gezien. Zij zijn bang dat hun vader dit heeft, maar zeggen hierover niets tegen hem. Wel hebben ze de assistente van de longarts gebeld en gevraagd of ze de longarts van tevoren mogen spreken. Als de diagnose slecht is, willen zij liever niet dat hun vader dat te horen krijgt.

Migranten in Nederland

In 2017 waren ruim 450.000 migranten van de eerste generatie ouder dan 55 jaar (56 procent) zo blijkt uit cijfers van het CBS. Door deze veroudering krijgen steeds meer migranten te maken met ongeneeslijke aandoeningen. Palliatieve zorg wordt daarom bij deze groep een steeds belangrijker thema.





Bron: CBS statline, geraadpleegd op 1 februari 2018

Een migrantenachtergrond is relevant in de palliatieve zorg. Ten eerste omdat veel eerstegeneratiemigranten, zeker uit een niet-westerse land, geen of weinig onderwijs hebben gevolgd en vaak problemen hebben met de Nederlandse taal. Dit heeft gevolgen voor de communicatie. Ten tweede spelen culturele verschillen een rol, niet alleen bij niet-westerse migranten of bij moslims maar ook bij mensen uit bijvoorbeeld Italië of Polen. Tegelijkertijd is cultuur niet statisch. Culturele opvattingen en uitingen veranderen door ervaringen en ook mensen binnen één 'cultuur' denken niet allemaal hetzelfde. Tweedegeneratiemigranten in Nederland denken vaak al anders over de zorg rond het levenseinde dan hun ouders. Je kunt mensen uit eenzelfde geografische of religieuze groep niet over één kam scheren. Toch zijn er wel in het oog springende verschillen in opvattingen en wensen ten aanzien van zorg tussen de meeste Nederlandse zorgverleners en de meeste (niet-westerse) migranten. Een aantal verschillen komt in dit artikel aan bod.

Niet de hoop op genezing ontnemen

Voor verpleegkundigen is het belangrijk te weten dat veel culturen veel sterker gericht zijn op de familie dan de Nederlandse ik-cultuur. De wensen en behoeften van een individu zijn in wij-culturen ondergeschikt aan het belang van de familie. In de laatste levensfase krijgen migranten en zorgverleners te maken met dilemma's als 'zorgenvrij leven versus het recht om te weten' en 'autonomie versus familiebeslissingen'. De kinderen van meneer Yilmaz willen hem beschermen en hem geen hoop op genezing ontnemen.

Uit onderzoek van het LUMC in het kader van het project *In gesprek over leven en dood. Passende zorg en ondersteuning in de laatste levensfase voor niet-westerse*

migranten (zie ook het kader) blijkt dat met name eerstegeneratiemigranten de voorkeur hebben om een diagnose niet te vertellen; de tweede generatie vindt dat het voorzigtiger verteld moet worden aan hun ouders: stapsgewijs, meer tijd nemen, makkelijkere woorden

'Opvallend was dat de geïnterviewden vrijwel unaniem zelf geïnformeerd wilden worden over een slechte diagnose, maar dat niet wensten als het de eigen ouders betrof'

gebruiken, via een ander familielid. Als reden waarom de patiënt het slechte nieuws moet horen, wordt genoemd dat een patiënt zich dan kan voorbereiden op het naderende einde. Opvallend was dat de geïnterviewden vrijwel unaniem zelf zeker geïnformeerd wilden worden over een slechte diagnose, maar dat niet wensten als het de eigen ouders betrof.

Wel of geen thuiszorg

We maken een sprong in de tijd. Meneer Yilmaz gaat langzaam achteruit. Hij is toenemend benauwd, met een hinderlijke prikkelhoest en veel pijn in zijn ribben en wervels. Zijn dochters en schoondochters verzorgen hem zo goed mogelijk. Hij wil liever geen professionele thuiszorg en zijn zoons steunen hem daarin. Ook zijn (schoon)dochters willen hem echt graag helpen, maar vinden het erg zwaar naast hun gezin, de winkel en hun

Achtergrond

werk, zo vertellen zij de huisarts toen hij daarnaar vroeg. De huisarts ziet dat zij de zorg niet vol houden als hun vader geheel bedlegerig wordt en ook 's nachts hulp nodig heeft. Hij wijst de dochter op de voorlichtingsfilm *In gesprek over leven en dood* van Pharos waarin, ook in het Turks, gesproken wordt over de mogelijkheden van thuiszorg. De dochter heeft haar vader en broers de film laten zien, maar de zoons werden hier boos om en wijzen hulp van buiten resoluut af. Die reactie is niet uitzonderlijk. Veel migrantengezinnen vinden het belangrijk dat de familie de zorg voor een zieke op zich neemt. Men vindt dat familie empathische zorg beter kan leveren dan zorgverleners. Daarnaast weegt de verplichting om voor je ouders te zorgen zwaar; men geeft dat niet graag uit handen. 'Ik zou zelfs mijn baan opgeven om voor mijn ouders te zorgen' en 'Mijn familie heeft altijd voor mij klaargestaan als ik hulp nodig had. Om die reden zou ik ook voor mijn familie willen zorgen als dat nodig is' zijn uitspraken van tweedegeneratiemigranten. Oudere migranten willen graag dat hun dochters voor hen zorgen als het zover is, en niet iemand anders. Tegelijkertijd vindt de tweede generatie zorg door de familie heel lastig, omdat ze niet weten of ze wel voor hun ouders kunnen zorgen omdat de samenleving er niet op is ingericht.

Geen morfine!

Sinds enkele dagen komt meneer Yilmaz zijn bed niet meer uit. Hij is door de pijn en benauwdheid heel moeilijk te verzorgen. Op een dag, toen een van de schoondochters voor hem zorgde, heeft de huisarts voorgesteld om morfine te geven voor de pijn en benauwdheid. Daar zijn deze schoondochter en meneer

Yilmaz echter hevig van geschrokken: dat betekent toch dat de huisarts hem dood wil hebben! Zij hebben dat wel gehoord, hoe dat in Nederland gaat. Daar kan geen sprake van zijn. De huisarts heeft spijt dat hij dit niet beter aangepakt heeft en durft niet opnieuw over morfine te beginnen.

Kinderen raken in paniek

In het geval van de familie Yilmaz gaat de mantelzorg echter niet goed. Meneer Yilmaz krijgt ook nog een doorligwond. De dochter raakt aan het einde van haar Latijn en wordt ziek zodat zij niet meer dagelijks kan komen. De andere kinderen raken in paniek van de benauwdheid en dringen aan op behandeling met zuurstof; zij kunnen bovendien niet de hele zorg overnemen van hun jongste zus. Om beurten bellen ze de huisarts dat het zo niet meer gaat, of vader niet beter weer naar het ziekenhuis zou kunnen. Vanwege de onrust roept de huisarts alle kinderen bij elkaar om met hen en hun vader de situatie te bespreken. Hij legt hen uit dat hij het met hen eens is dat hun vader meer zorg nodig heeft dan de familie nu thuis kan verlenen.

Naar het verpleegkuis

Hij benadrukt dat er ook verpleegkundige zorg gewenst is, voor de benauwdheid en de wond. Daarom lijkt het hem het beste als hun vader opgenomen zou worden in een ziekenhuis speciaal voor mensen met dit soort ernstige ziekten, de palliatieve afdeling van het verpleeghuis in de buurt. Omdat de huisarts bij zijn voorstel de medische kant heeft benadrukt, voelen de kinderen zich niet meer schuldig dat zij vader niet meer thuis kunnen verzorgen. Vader laat de beslissing aan

Advies voor verpleegkundigen M&G

- Ga er niet automatisch vanuit dat de patiënt het centrale aanspreekpunt is met wie alles moet worden besproken; vraag hoe de patiënt en de familie hierin staan en wat hun voorkeuren zijn. Doe dat zo vroeg mogelijk in de behandelrelatie.
- Tast voorzichtig af welke wensen de patiënt en familie hebben over de wijze waarop diagnose en prognose besproken worden.
- Wanneer je als zorgverlener vindt dat iets benoemd moet worden, leidt dit dan in door te vertellen waarom je dit noodzakelijk vindt. Meestal wordt het dan geaccepteerd.
- Schakel voor het overbrengen van belangrijk nieuws altijd een professionele tolk in: het is te veel gevraagd van de familie om zo'n belangrijke boodschap over te brengen. Bovendien weet je met een tolkend familielid niet wat er wel en niet aan de patiënt wordt verteld.
- Er is veel onwetendheid over de laatste levensfase, de mogelijkheid van thuiszorg en begrippen als palliatieve sedatie. Ook het bestaan van hospices is de meeste migranten onbekend. Angst is er bijvoorbeeld voor het opdringen van euthanasie. Goede communicatie is ook hierbij de sleutel naar goede zorg.
- Geef uitgebreide voorlichting over pijnbestrijdingsmogelijkheden en met name morfine.
- Betrek een geestelijk verzorger als de bezwaren vooral levensbeschouwelijk van aard zijn.

Project *In gesprek over leven en dood*

In het project *In gesprek over leven en dood. Passende zorg en ondersteuning in de laatste levensfase voor niet-westerse migranten* probeert Pharos bij te dragen aan passende zorg in de laatste levensfase voor mensen met een migratieachtergrond met aandacht voor de diversiteit in beleving van deze fase op alle dimensies (lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel). Een tweede doel van het project is het versterken van de eigen regie van mensen met een migratieachtergrond in de palliatieve zorg. Pharos richt zich in dit project op zes groepen migranten: van Turkse, Marokkaanse, Hindoestaanse, Creoolse, Antilliaanse en Chinese afkomst. De onderzoeksresultaten en voorlichtingsmaterialen vind je op www.pharos.nl/palliatievezorg

De voorlichtingsfilm *'In gesprek over leven en dood'* (in vier talen) is te bekijken via www.pharos.nl/ingesprek



de kinderen over, en zij stemmen in met opname in het verpleeghuis. Meneer Yilmaz ligt in het verpleeghuis op de palliatieve afdeling. Hij lijkt zich goed thuis te voelen – het personeel is heel vriendelijk, hij voelt rust. Hij heeft zuurstof gekregen. Na uitvoerige uitleg over de werking van morfine en een gesprek met de islamitisch geestelijk verzorger van het verpleeghuis accepteert meneer Yilmaz morfine. Ondanks optimale symptoombestrijding wordt hij steeds kortademiger en kan nauwelijks meer eten. De arts-assistent wil palliatieve sedatie voorstellen, maar de behandelend specialist ouderengeneeskunde heeft ergens gelezen dat moslims dit afwijzen. De oudste zoon heeft bij de verpleging zijn zorg uitgesproken dat vader zo slecht eet, hij wil graag dat er een voedingsinfuus wordt aangelegd: 'Zonder eten verzwakt mijn vader nog meer en gaat hij dood'. In een lang gesprek met de kinderen probeert de specialist ouderengeneeskunde uit te leggen dat hun vader niet eet omdat hij steeds zwakker wordt, en dat het krijgen van voeding dat proces niet zal stoppen. Maar de kinderen blijven bij hun mening dat het niet geven van vocht en voeding onmenselijk is. Als de arts aan meneer Yilmaz zelf vraagt of hij een infuus wil, kijkt deze naar zijn zoon en knikt ja. Een aantal weken later overlijdt meneer Yilmaz dan toch.

Ter afsluiting

Meningen en ideeën over palliatieve-zorggerelateerde thema's lopen sterk uiteen. Mensen met een migratieachtergrond nemen geleidelijk Nederlandse normen en waarden over (en ook die zijn niet eenduidig). Het is daarom essentieel per individu af te tasten wat diens specifieke opvattingen zijn over zijn cultuur en religie en wat dit betekent voor de keuzes die gemaakt worden. Elke patiënt en elke cultuur is weer anders en er is niet één recept. Ga daarom het gesprek aan met uw patiënt, om samen te komen tot de best mogelijke zorg.

Literatuur

1. NIVEL, IKNL en Pharos. (2011). Handreiking Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond. P. Mistiaen; A.L. Francke; F.M. de Graaff; M.E.T.C. van den Muijsenbergh.
2. Nadi-Moyakine, E. (2016) Palliatieve zorg bij migranten. In: Muijsenbergh, M. van den, Oosterberg, E. Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Praktische tips en inspirerende voorbeelden.
3. Boland, G., Kosec, H., Maas, J., Oueslati, R., Pars, L. (2017), Lessen uit gesprekken over leven en dood. www.pharos.nl/palliatievezorg 

Gudule Boland is strategisch projectleider en adviseur bij Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen

Onze meest geavanceerde flesvoeding

Nutrilon met Pronutra™ ADVANCE



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

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

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

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

www.nutriciavorprofessionals.nl



Dementieverpleegkundige Hanane Achahchah

'Tijdens de opleiding leer je buiten je comfortzone te denken'



In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal dementieverpleegkundige Hanane Achahchah (31) bij TWB Thuiszorg met Aandacht in Roosendaal waar zij dik een jaar geleden in deze functie begon. Achahchah doet nu de opleiding tot dementieverpleegkundige.

Waarom koos je voor dementieverpleegkundige?

'Als wijkverpleegkundige werkte ik al met mensen met dementie. Dat vond ik erg uitdagend. Zozeer zelfs dat ik mezelf daarin verder wilde ontwikkelen. Als wijkverpleegkundige miste ik in sommige cliëntensituaties de expertise die nodig is om tot goede zorg voor mensen met dementie te komen. Toen de mogelijkheid zich vorig jaar in de organisatie voordeed, ben ik overgestapt naar de functie dementieverpleegkundige. Ik kon toen ook meteen starten met de opleiding en ben nu bijna klaar.'

Wat heb je geleerd op de opleiding?

'Je doet inhoudelijk kennis op hoe je kunt zoeken naar oplossingen die buiten de normale gang van zaken liggen. Ik zal een voorbeeld geven. We hadden een vrouw in zorg die Lewy body dementie had. Bij dit type dementie kunnen hallucinaties voorkomen. Deze vrouw wilde niet meer in haar eigen slaapkamer slapen. In haar beleving verbleven hier, ongevraagd, onbekenden. We hebben geprobeerd met medicatie haar angst te onderdrukken, inzicht te geven, maar niets leek te helpen. Ze bleef op de bank in de huiskamer slapen. In afstemming met de familie

hebben we besloten belevingsgerichte zorg te bieden. We hebben het bed losgehaald, een bos bloemen laten komen met hierbij een bedankaart. Afkomstig van "de onbekenden". De thuiszorgmedewerkers ondersteunden deze interventie door mevrouw dagelijks naar de afkomst van de bloemen te vragen. Resultaat: in een paar dagen lag mevrouw weer in haar eigen slaapkamer. Op de opleiding leer je buiten je comfortzone te denken.'

Tekst: Marieke Rijsbergen

Je ouders komen uit Marokko en je draagt een hoofddoek. Wel eens problemen mee gehad?

'Nooit. Ik kom in situaties waar de mensen eigen zorgen hebben die veel groter en belangrijker zijn. Ze vinden het prettig als er iemand is die naar ze luistert en die met ze meedenkt. Mijn achtergrond wekt wel nieuwsgierigheid bij de mensen op. Hier komen mooie gesprekken uit voort.'

Waar sta je over vijf jaar?

'Naast dat ik natuurlijk mijn opleiding heb gehaald en nog steeds groei in mijn vak, hoop ik ook mijn steentje te kunnen bijdragen aan een dementievriendelijke maatschappij. Het zou me niets verbazen als er dan eens per week een boodschappenuurtje is voor mensen met dementie bij supermarkten. Zodat ze op een rustige manier geholpen kunnen worden. Ik zie het al helemaal voor me.'

BIO

Naam: Hanane Achahchah

Werkt bij? TWB Thuiszorg met Aandacht in Roosendaal

Opleiding: Hbo-v Hogeschool Rotterdam

Is goed in? 'Luisteren naar het verhaal dat achter de letterlijk uitgesproken woorden zit.'

Minder goed in? 'Omgaan met het gevoel wat bij mij ontstaat wanneer een opname van een cliënt niet meer te voorkomen of uit te stellen is.'



Aan tafel met...

Carel Jacobs, socioloog en specialist in cultuurverschillen in de zorg

'De basis is vertrouwen'



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 socioloog Carel Jacobs, die zijn werk heeft gebaseerd op het wereldwijde onderzoek naar cultuurverschillen van professor Geert Hofstede. Een gesprek over cultuurverschillen en hoe die te dichtn als zorgprofessional.

Tekst:
Hellen
Kooijman

U baseert uw cursussen, lezingen en artikelen op het gedachtegoed van professor Hofstede (zie kader). Wat maakt dit gedachtegoed zo belangrijk?

'Er zijn veel theorieën over cultuurverschillen, maar Hofstede is de eerste en de enige die wereldwijd gevalideerd onderzoek heeft gedaan dat nog steeds staat. De uitkomsten gelden ook nog vandaag de dag.'

Hofstede gaat uit van verschillende culturen, met normen en waarden die daaraan inherent zijn. Maar er is zoveel menging en migratie in deze tijd. Slijt dat begrip 'cultuur' niet door de tijd?

'Nee, cultuur is duurzaam. Frankrijk werd eeuwen geleden geregeerd door zonnekoningen. Nog steeds is de president de belangrijkste politieke figuur daar.'

Info over Geert Hofstede

Gerard Hendrik (Geert) Hofstede (1928) is een Nederlandse organisatiepsycholoog, die internationale bekendheid geniet op het gebied van interculturele studies. Hofstede was hoogleraar *Vergelijkende cultuurstudies van organisaties* aan de Universiteit van Maastricht. Hij is vooral bekend geworden met zijn cultuurmodel, waarbij uitgegaan wordt van 'dimensies': bepalende kenmerken die een cultuur in meerdere of mindere mate bezit en aan de hand waarvan culturen met elkaar kunnen worden vergeleken. De belangrijkste zes dimensies die Hofstede onderscheidt zijn:

- 1) machtafstand** - De mate van machtafstand wordt afgeleid uit de relatieve waardering van maatschappelijke ongelijkheid en hiërarchie. Vrijwel alle landen ter wereld scoren hier hoog tot zeer hoog, Nederland laag
- 2) individualisme** - De individualisme-scores van een land lijken evenredig te lopen met het BNP van dat land; "rijke" landen zijn individualistisch en arme landen zijn in het algemeen collectivistisch
- 3) masculiniteit** - De mate van masculiniteit of femininiteit geeft aan in hoeverre waarde wordt gehecht aan traditioneel mannelijke en vrouwelijke kwaliteiten. De Nederlandse samenleving wordt als zeer feminien bestempeld
- 4) onzekerheidsvermijding** - De mate van onzekerheidsvermijding door regelgeving, formele procedures en rituelen. Dit heeft te maken met de angst voor het onzekere en dus voor alles wat anders is. Hoog scorende landen hebben de neiging alles onder controle te willen hebben waar laagscorende landen een natuurlijke kalmte lijken te hebben en alles op zich af laten komen
- 5) lange- of kortetermijndenken** - In deze later toegevoegde vijfde dimensie wordt (oosterse) volharding in de ontwikkeling en toepassing van innovaties gesteld tegenover (westerse) drang naar waarheid en onmiddellijk resultaat
- 6) toegeeflijk versus terughoudendheid** - Toegeeflijkheid staat voor een samenleving die de bevrediging van de elementaire en natuurlijke menselijke waarde met betrekking tot het genieten van het leven en plezier maken relatief vrij laat. Terughoudendheid staat voor een samenleving die de bevrediging van behoeften onderdrukt en deze door middel van strenge sociale normen regelt.



Nederlanders waren en zijn nog steeds heel direct. Een cultuur verwatert niet snel. Het zit diep in een land verankerd.'

Maar Amsterdam is Witmarsum of Gouda niet. Bovendien zijn mensen als individu onderling ook verschillend.

'Natuurlijk zijn er ook deelculturen. Friesland heeft een andere cultuur dan Brabant. En inderdaad, mensen verschillen onderling ook weer van elkaar. Maar over het algemeen kun je wel zeggen dat 80 procent van een bepaalde bevolkingsgroep, bijvoorbeeld de Nederlandse, dezelfde waarden aanhangt. Ook dat blijkt uit de onderzoeken van Hofstede.'

Laten we de vertaalslag naar de zorgsector maken. Wat is cruciaal als het gaat om de toepassing van het gedachtegoed van Hofstede en de verschillende dimensies waar hij zijn theorie op baseert?

'Als het gaat om machtsverhoudingen, kijk dan naar de gezagsverhoudingen tussen arts of verpleegkundige enerzijds en de cliënt anderzijds. En dan zie je dat in veel niet-westerse culturen de arts maar ook de verpleegkundige vrij dominant zijn. Wat zij zeggen is waar en moet de patiënt opvolgen. Terwijl in Nederland gezocht wordt naar samenwerking. Een Nederlandse arts zal vragen aan een patiënt: "Wat vindt u ervan? Hoe kunnen we samen

tot een zorgplan komen?" Dat zijn veel niet-westerse migranten niet gewend. Die snappen dat vaak niet. Veel migranten denken dan: De arts moet vertellen wat er is, niet ik. Tegelijkertijd is er vaak ook argwaan ten opzichte van bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen die thuis komen: Verstoort die niet ons veilige familieeventje waarin wij gewend zijn om alles onderling te regelen.'

Een groot verschil is ook hoe culturen omgaan met individualiteit. Hoe komt dit terug in de zorg voor migranten?

'In Nederland hebben wij voldoende aan familierelaties in kleine kring: vader, moeder, kinderen, eventueel opa en oma. Privacy staat bij ons hoog in het vaandel: laat mij in mijn waarde. Echter, in vrijwel alle culturen van niet-westerse migranten zijn familierelaties de basis voor geluk en waarborg voor de toekomst. Men deelt lief en leed met elkaar en begeleidt samen het ziekte- en genezingsproces. Als professional moet je daar op bedacht zijn: je krijgt de familie erbij. En dat zijn lang niet altijd enkel broers en zussen, maar vaak ook ooms en tantes of zelfs (verre) neven en nichten.'

Wat kan een verpleegkundige doen om de kloof te overbruggen?

'Het belangrijkste is een relatie aangaan. Daarna kun je voorzichtig de vragen stellen en bij de kern komen van wat er werkelijk aan de hand is. Maar daarvoor moet je vertrouwen winnen. Nederlanders hebben vaak eenzelfde referentiekader. Als een Nederlander bij een arts of verpleegkundige komt, weet hij of zij vaak dat je direct kunt zijn. Meteen je vragen kunt stellen. Maar bij migranten moet die verhouding van nul opgebouwd worden. Dat vertrouwen moet groeien.'

Hoe win je dat vertrouwen?

'Vraag naar het persoonlijke sociaal leven. Naar emoties. Dat is bij veel niet-westerse migranten van belang. En je moet ervoor openstaan. Er gevoel voor hebben, empathie hebben. Stel open vragen. In veel niet-westerse culturen zijn psychische problemen bijvoorbeeld taboe. Die worden dan als somatisch, lichamelijk, gebracht. Daar moet je doorheen kunnen prikken. Maar wel op een manier dat de ander zich op zijn gemak voelt. En blijf vooral jezelf. Begeleid de cliënt en het ziekteproces op de manier waarbij de cliënt zich zo goed mogelijk voelt. Maar houdt wel vast aan je eigen normen en waarden. Blijf vooral ook jezelf.' 📌

Carel Jacobs is één van de ongeveer honderd wetenschappers die een licentie heeft om namens Hofstede zijn gedachtegoed uit te mogen dragen. Hij is daarnaast associate partner van de uitvoeringsorganisatie, de *Hofstede Insight Group*, en is daarbinnen certification officer for the educational sector.



Schurft onder Eritreeërs:

Goede communicatie noodzakelijk!

Scabiës is een hot item. De laatste jaren zijn er meerdere uitbraken geweest bij onder andere studenten, in verzorgings- en verpleeghuizen en in asielzoekerscentra. Oftewel; plekken waar veel mensen dicht op elkaar zitten. Schurft wordt immers overgedragen bij fysiek contact. Verpleegkundigen werkzaam binnen de GGD krijgen onder andere te maken met schurft bij (asiel) migranten. Zoals bij Eritrese vluchtelingen.

Tekst:
Paulien
Meijers

‘Het is duidelijk dat er steeds meer ingewikkelde scabiës-problematiek is’, zegt Willemijn Marsman, adviseur infectieziektebestrijding en verpleegkundige bij de LCI (Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding). Scabiës is niet meldingsplichtig, maar Marsman ziet het aantal vragen over scabiësgevallen bij de LCI toenemen. ‘We kregen steeds meer signalen uit het veld. De LCI heeft contact met GGD’en die ondersteuning vragen bij hun aanpak op het gebied van scabiës. Dat er meer vragen komen is een signaal voor ons.’

Besmet in Libië

Schurft komt onder andere veel voor bij Eritrese vluchtelingen. Als zij vanuit Eritrea vluchten, komen zij via Sudan en Egypte in Libië terecht waarvandaan ze de oversteek naar Europa maken. In Libië leven ze in omstandigheden waar een besmetting met scabiës bijna onvermijdelijk is. Na de overlevingstocht komen deze vluchtelingen in een asielzoekerscentrum terecht. Daar wordt behandeling ingezet onder leiding van de GZA (GezondheidsZorg Asielzoekers). Wanneer zij een eigen woning hebben en statushouder zijn, krijgen ze soms opnieuw klachten. Herbesmetting vindt dan vaak plaats doordat zij contact hebben met andere Eritreeërs die nog niet zijn behandeld of pas recent uit Eritrea (via Libië) zijn gevlucht.

In de Eritrese cultuur is knuffelen, samen slapen, samen koken en veel samen delen veel meer ingebed dan in de Nederlandse cultuur. Hierdoor is de kans op overdracht van scabiësmijten vele malen groter. Wie is er dan om hen te helpen? En hoe bereik je deze groep en hoe dring je als hulpverlener door tot een groep als je de cultuur niet (goed) kent en de taal niet machtig bent?

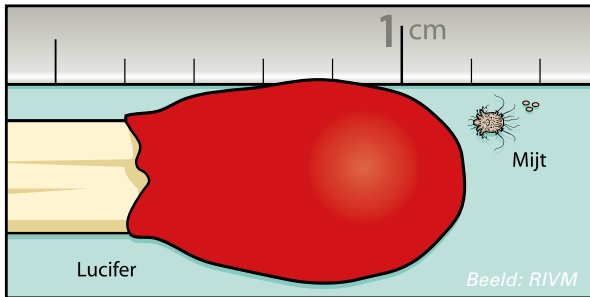
Eritrese tolk

Boven het bureau van Marja Hottinga, verpleegkundige bij team infectieziektebestrijding van GGD Fryslân, hangt een poster; ‘Bureau Scabiës, Directrice; M.

Hottinga’ staat erop. Deze poster prijkt al jaren (trots) boven haar bureau. Ze deed veel ervaring op met scabiës-problematiek en had in Friesland een aantal keer te maken met een uitbraak onder Eritrese statushouders.

‘In de Eritrese cultuur is knuffelen, samen slapen, samen koken en veel samen delen veel meer ingebed dan in de Nederlandse cultuur’

Soms moet je enkel de juiste mensen om de patiënt heen in stelling brengen, meent ze. ‘Dat kost veel tijd en telefoontjes, maar dan krijg je het uiteindelijk wel voor elkaar.’ Ook het goed voorlichten van de huisarts die de behandeling voorschrijft, overleg met de apotheker en het inzetten van thuiszorg bij alleenstaanden zijn dingen die van essentieel belang kunnen zijn bij een goede behandeling van scabiës. Samenwerking tussen professionals is daarbij van belang. ‘Zo werkten we samen met VluchtelingenWerk. Via hen kregen we een melding van een uitbraak van scabiës onder de Eritrese gemeenschap in een stad. Naast de contacten met verschillende huisartsen heb ik toen, samen met een tolk, een presentatie gehouden tijdens een speciaal georganiseerde ochtend. Het Tigrinya is een bijzonder moeilijke taal die bijna niemand in Nederland spreekt. De tolk was zelf een Eritrese vluchteling die ondertussen bij VluchtelingenWerk werkte. Dit zorgde voor een fijne samenwerking.’ Het team infectieziektebestrijding van Hottinga had daarnaast nauw contact met een sleutelpersoon binnen de groep. Dat bleek onontbeerlijk. ‘Deze man had veel aanzien binnen de groep. Hij zorgde er onder andere voor dat de opkomst bij de bijeenkomst heel hoog was en bekrachtigde ons advies om te behandelen waar nodig.’



Knuffelen

Eritreeërs zijn echte 'knuffelaars', ze doen veel dingen samen. Soms komen hele families uit andere delen van het land of Europa bij elkaar op bezoek en slapen samen. Schurftmijten kunnen zich dan snel verspreiden. De kans op herbesmetting is groot als niet iedereen wordt mee behandeld.

Vorig jaar kreeg Hottinga opnieuw een melding van recidiverende schurft bij de Eritrese gemeenschap, ditmaal in een andere stad. Weer was er veel contact met medewerkers van VluchtelingenWerk. Maar ook met collega-jeugdverpleegkundigen die al vaker binnen deze groep presentaties gaven en dus al een ingang hadden. Jeugdverpleegkundigen geven voorlichting over gezondheid en de gezondheidszorg in Nederland tijdens speciale bijeenkomsten. Eritrese mannen en vrouwen zitten daarbij apart van elkaar. Hottinga: 'Eritreeërs durven vaak vrijer uit te spreken als er geen mensen van het andere geslacht in de zaal zitten'.

In deze presentaties namen de jeugdverpleegkundigen voorlichting over scabiës mee. Het team van Hottinga gaf ze de juiste materialen en folders in Tigrinya, de taal die de meeste Eritreeërs machtig zijn. 'Ik ben blij dat de GGD GHOR nu folders in zes verschillende talen (Nederlands, Arabisch, Engels, Frans, Perzisch & Tigrinya) heeft waarin op eenvoudige wijze, met pictogrammen en

korte teksten de behandeling van schurft wordt uitgelegd, zowel voor behandeling met pillen als zalf. In verband met laaggeletterdheid en analfabetisme is het gebruik van korte teksten en pictogrammen van groot belang.'

Tactisch brengen

Ook Charlotte van Rijssel, sociaal verpleegkundige bij afdeling infectieziektebestrijding van GGD Gelderland Zuid, weet hoe belangrijk gerichte voorlichting en personen uit de doelgroep zelf zijn. Van Rijssel raakte betrokken bij een groep Eritrese minderjarige AMV-ers die begeleid woonden binnen verschillende huizen en waar scabiës zou heersen (met één bevestigd geval). 'Allereerst was er veel onrust onder de begeleiders', zegt ze. 'Het was van belang om eerst hen goed voor te lichten.'

Van Rijssel en haar collega's werkten toen samen met een Eritrese arts die als sleutelpersoon werkzaam is binnen hun GGD. Alle jongeren werden bij elkaar geroepen en er kwam een vrijblijvende bijeenkomst waar deze arts met ze in gesprek kon gaan. Het bleek moeilijk om de jongeren te motiveren om zich mee te laten behandelen. Van Rijssel: 'Als je jongeren wilt mee-behandelen en pillen wil laten slikken voor een huidaandoening, moet je dit wel tactisch brengen.'

'In de Eritrese cultuur is lichaamscontact heel normaal. Maar het blijven ook gewone jongeren die je niet kunt vragen om elkaar in te smeren met zalf. Dat vraag je ook niet van Nederlandse pubers.'

Van Rijssel was blij dat haar GGD een arts had die in kon spelen op deze doelgroep en in Tigrinya alles uit kon leggen. Je merkte dat de jongeren dachten: 'Die weet waar hij het over heeft'. Na de groepsvoorlichting hebben we alle jongeren individueel bij ons geroepen. Want wie had nou eigenlijk echt klachten en wie niet? Zo konden we alles goed inventariseren.'

Wat is schurft?

Scabiës, in de volksmond beter bekend als schurft, is een huidziekte, veroorzaakt door de schurftmijt. Schurft is niet alleen vervelend, maar ook besmettelijk. Mensen met schurft hebben last van veel jeuk. Door krabben ontstaan wondjes die soms tot blijvende littekens kunnen leiden. Succesvolle behandeling van scabiës bestaat uit medicatie (in de vorm van zalf of tabletten) in combinatie met het gelijktijdig en juist opvolgen van hygiënemaatregelen. Mogelijk andere besmette mensen om de patiënt heen moeten meebehandeld worden.



Samenwerking met huisarts

William Wezenbeek, deskundige infectiepreventie en verpleegkundige bij team infectieziektebestrijding GGD Zeeland vertelt over een casus van vijf Eritrese dames die samenwoonden. Van een huisarts kreeg zijn team een verzoek om mee te kijken en te denken. De huisarts had bij één van hen scabiës vastgesteld. Het vermoeden was dat er meer speelde.

Wezenbeek: 'Als GGD willen we eigenlijk altijd van een dermatoloog bevestiging dat het daadwerkelijk om scabiës gaat. Het zal namelijk niet de eerste keer zijn dat er een behandeling voor schurft wordt ingezet terwijl het om iets anders gaat. Als iemand bijvoorbeeld huidklachten heeft en ergens scabiës "heerst" wordt vaak behandeling voor schurft ingezet uit angst voor verdere verspreiding.'

Helaas had de dermatoloog geen tijd om de dames allemaal te beoordelen. Wezenbeek maakte toen foto's van de huid en stuurde dit samen met het door hem geïnventariseerde verhaal naar de dermatoloog. Die vond de diagnose scabiës daardoor zeer aannemelijk.

Meestal wordt bij dit soort casussen gebruik gemaakt van een officiële tolk. Zo wordt de betrokkenheid en professionaliteit zo neutraal mogelijk gehouden.

Maar deze dames hadden een Eritrese kennis, werkzaam bij VluchtelingenWerk én op de hoogte van schurft-problematiek, die kon tolken.

Wezenbeek durfde het deze keer wel aan om gebruik te maken van deze kennis als tolk. 'Omdat het hier niet om een uitgebreide anamnese ging, de dames geen schaamte toonden en het slechts om een "boodschapper" ging.' De dames spraken vrijuit en stelden goede

vragen. In het AZC hadden zij al eerder informatie gekregen over schurft en waren sommigen van hen ook al behandeld. Wezenbeek: 'Dat zij al iets over scabiës wisten, was nu dus een pluspunt. De behandeling sloeg aan en de huisarts bedankte voor onze inzet.'

Digitaal platform scabiës

Inmiddels is er ook op landelijk niveau actie ondernomen. De LCI heeft een scabiëswerkgroep, bestaande uit artsen, verpleegkundigen en microbiologen uit het hele land, opgericht om vanuit verschillende invalshoeken de scabiës problematiek te bekijken. Het viel medewerkers van de LCI op dat steeds meer GGD'en hun eigen (voorlichtings)materiaal ontwikkelen ter ondersteuning bij de behandeling van schurft. 'Blijkbaar mist er dus iets', aldus Marsman. De LCI begon daarom onder andere met een nieuw 'experiment'; een digitaal platform Scabiës. 'Hoe mooi is het om best-practices met elkaar te delen, elkaars foldermateriaal te kunnen inzien (en gebruiken) en kennis

'Als GGD willen we eigenlijk altijd van een dermatoloog bevestiging dat het daadwerkelijk om scabiës gaat'

te verspreiden', aldus Marsman. GGD'en zijn uitgenodigd om via een Viadesk-CIB platform informatie met elkaar te delen. Zo is er al een GGD die een 'toolkit Scabiës' heeft gedeeld en er komt waardevolle literatuur online. De scabiëswerkgroep evalueert en coördineert het platform. En dat komt iedereen ten goede, niet alleen de Eritreeërs. ☺

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



V&VN neemt standpunt afdeling M&G over

Afdeling M&G sluit zich aan bij de aanbevelingen van de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) 2018. Daarin staan diverse centrale doelstellingen voor het preventiebeleid. Zoals: het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen door een integrale preventieve aanpak. Hiermee neemt de afdeling afstand van de eenzijdige leefstijlaanpak die het kabinet lijkt voor te staan. In een overleg met V&VN directeur Sonja Kerstens gaf zij onlangs aan dat heel V&VN dit standpunt overneemt. Ze vroeg de afdeling mee te denken hoe V&VN dit standpunt kan uitdragen bij onder andere een Algemeen Overleg in Den Haag over preventie. Ook vroeg ze de afdeling om dit standpunt binnen heel V&VN te helpen uitdragen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen via een themanummer over preventie van V&VN Magazine. Daar geeft de afdeling vanzelfsprekend gehoor aan. [↗](#)

Naast zorgverlener ook gezondheidsbevorderaar in expertisegebieden

In de verpleegkundige beroepsprofielen zal naast het competentiegebied van zorgverlener ook het competentiegebied van gezondheidsbevorderaar centraal komen te staan. Daartoe is besloten omdat op deze manier de rol van preventie in de beroepsuitoefening van M&G-verpleegkundigen geheel tot zijn recht komt. De eerste testcase was de bijstelling van het Expertisegebied wijkverpleging. Zie ook pagina 4 hierover. Afdeling M&G heeft de betrokken medewerkers van het bureau dat verantwoordelijk is voor de coördinatie van de ontwikkelingen van de beroepsprofielen en de expertisegebieden hiertoe weten te overtuigen. De competentiegebieden van zorgverlener en gezondheidsbevorderaar zijn bij een wijkverpleegkundige gelijkwaardig geworden. [↗](#)

Interesse in ambassadeurstraject jeugd- en OGZ-verpleegkundigen?

Schrijf je dan snel in! Dat kan tot en met 15 juni. Tijdens dit leertraject versterken jeugd- en OGZ-verpleegkundigen hun persoonlijke leiderschapskwaliteiten zodat zij, als ambassadeurs, hun vakgenoten optimaal kunnen vertegenwoordigen bij onder andere bij gemeenten, eigen organisaties, ketenpartners en V&VN. Sta jij voor je vak en heb je ambitie een verpleegkundig leider te worden en te zijn binnen je vakgebied? Ga dan snel naar de website: mgz.venvn.nl voor meer informatie en stuur je motivatie en cv naar ambassadeurs.jeugd-ogz@venvn.nl. Wees er snel bij! Er kunnen maximaal 18 jeugd- en OGZ-verpleegkundigen deelnemen. [↗](#)

Uitkomst heidag

Het bestuur van de afdeling M&G en de voorzitters van de vakgroepen hebben zich tijdens een heidag gebogen over de vraag: waar willen we met de afdeling en de vakgroepen het komende jaar aan werken. Voor 2019 (en misschien wel verder) werd gekozen voor:

1. Hoofddoel: streven naar het terugdringen van (vermijdbare) sociaal-economische gezondheidsverschillen en vermijdbare kosten
2. Dat wordt gedaan door het belang van met name collectieve en primaire preventie te promoten en ten uitvoer te brengen
3. Daarvoor is veel meer onderzoek nodig en we moeten laten zien wat het oplevert. Ofwel: wat is het effect (gezondheidswinst en maatschappelijke baten) van ons handelen als verpleegkundigen M&G
4. Daarvoor is het nodig dat de afdeling bij de realisering van haar doelen breed samenwerkt met andere actoren binnen en buiten de gezondheidszorg (multisectorale samenwerking) op macro-, meso- en microniveau
5. Nodig is tevens adequate interne en externe communicatie en beïnvloeding. [↗](#)

Annemarie Klaassen treedt terug als penningmeester

Na negen jaar in het bestuur van V&VN M&G gezeten te hebben, heeft Annemarie Klaassen haar bestuurslidmaatschap van V&VN M&G per 1 februari 2019 neergelegd. Binnen het bestuur vervulde zij de rol van penningmeester. Ze heeft het financiële verslagjaar 2018 nog afgemaakt en is begin april ook met het penningmeesterschap gestopt. Klaassen heeft een belangrijke rol gespeeld in het financieel gezond maken van de afdeling en de vorming van de afdeling M&G. Heel veel dank daarvoor en succes met je nieuwe uitdagingen!



Interesse in een bestuursfunctie? Er zijn meerdere vacatures. Ga voor meer info naar mgz.venvn.nl. [↗](#)

Het model van Stronks

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

Tekst: Huub Sibbing

Karien Stronks, tegenwoordig hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, introduceerde samen met drie mede-auteurs haar model in 1999 in het tijdschrift TSG (Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen) onder de titel *Allochtoon dus ongezond*. Zij noemde haar model een 'Conceptueel model waarin mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid zijn geïntegreerd'. Het gaat in dit model om het vinden van verklaringen die de oorzaak zijn van de achterblijvende gezondheid van burgers met een niet-westerse etniciteit. Stronks gebruikt de determinanten van het Health Fields Model van Lalonde waarover ik in het septembernummer 2018 van dit tijdschrift schreef, maar gaat tevens op zoek naar de factoren die deze determinanten beïnvloeden. Achtereenvolgens onderscheidt het model:

- genetische factoren
- migratieproces
- cultuur & acculturatie
- sociaaleconomische positie
- maatschappelijke context.

Genetische factoren

Genetische factoren spelen een rol in verschillen qua gezondheid tussen groepen in de Nederlandse samenleving. Zo blijkt volgens het diabetesfonds uit onderzoek dat mensen met een Surinaams-Hindoestaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst meer aanleg voor diabetes hebben. En dat Turkse en Marokkaanse kinderen een andere groeicurve hebben dan Nederlandse kinderen waardoor in het verleden regelmatig ten onrechte een groeiachterstand werd gediagnosticeerd.

Migratieproces

Met name voor asielzoekers vormt de tweede factor: het 'migratieproces' een cruciale factor. Veel vluchtelingen maakten tijdens oorlogen of natuurrampen zeer traumatische ervaringen mee. Ze hebben ouders, kinderen of familieleden vermoord of gemarteld zien worden, zagen hun leefomgeving vernietigd worden, zijn zelf soms gemarteld of zaten gevangen. Tijdens hun vlucht zijn ze vaak in barre omstandigheden verzeild geraakt. Stronks spreekt in haar artikel dan ook van 'sequentiële traumatisering waarbij alle ingrediënten voor PTSS aanwezig zijn'. Een bezoek aan een vluchtelingenkamp in Turkije deed



Tineke Ceelen van de stichting Vluchtelingenwerk in het AD van 8 april verzuchtten: 'Hoe moeten deze kinderen ooit normaal worden'.

In de opvangkampen maar ook later in de Nederlandse azc's blijft de stressfactor aanwezig. Enerzijds omdat

'Verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid'

vluchtelingen regelmatig geconfronteerd worden met andere vluchtelingen die in de oorlogssituatie tot de 'andere partij' behoorden, waardoor trauma's herbeleefd worden. Anderzijds wordt de vaak (onnodig) langdurende en onzekere asielprocedure als zeer onzeker en stressvol ervaren.

Cultuur & acculturatie

Migranten en asielzoekers nemen niet alleen hun historie mee, maar ook hun cultuur. Veel migranten passen van oorsprong meer binnen een 'wij-cultuur', waarin groepsbesef en groepsverantwoordelijkheid, normbesef en schaamte dominanten zijn. In Nederland daarentegen is de 'ik-cultuur' dominant. Het individu, de individuele verantwoordelijkheid, voor jezelf opkomen en schuldbesef staan hierin centraal. Als (asiel)migrant kom je letterlijk en figuurlijk terecht in een volstrekt andere wereld. Het is dan ook een natuurlijke reactie om in zo'n vreemde omgeving gelijkgezinden op te zoeken. Die verschillen tussen de ik- en wij-cultuur maar ook de verschillende opvattingen over opvoeding, ziekte en de oorzaken ervan en dus ook de behandeling en de verwachtingen van professionals kunnen conflicteren, zeker bij de eerste generatie. Dit leidt tot mismatches in tegengestelde verwachtingen waarin een zorg-opmaat-aanpak wel past maar geen uniforme aanpak. zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2012 al bepleit in het rapport *Een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond*.

Sociaaleconomische positie

In de jaren '50 en '60 van de vorige eeuw, waarin er grote tekorten aan arbeidskrachten waren voor met name zwaar en vuil ongeschoold werk werden door het bedrijfsleven en de overheid actief buitenlandse arbeidskrachten

geworven; eerst in Italië en Spanje, later vooral op het platteland van Turkije en in het Rif-gebergte van Marokko. De effecten van dit beleid dreunen nog steeds door. Het opleidingsniveau was bewust laag - dat gold ook voor vrouwen en kinderen bij gezinshereniging - en de arbeidsomstandigheden zwaar. Alle ingrediënten voor gezondheidsproblemen bij een lage SES (laag inkomen, lage opleiding en zwaar werk) zijn zo ingebouwd.

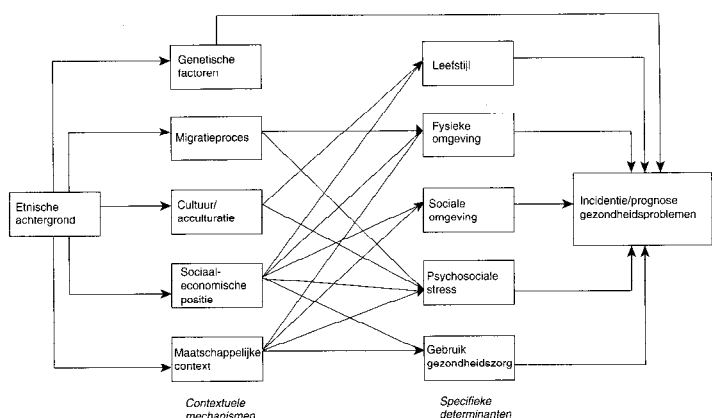
Maatschappelijke context

Nederland heeft de naam een tolerant land te zijn, maar een sterke onderstroom van weerstand tegen migranten heeft altijd bestaan. Belgische vluchtelingen tijdens de eerste wereldoorlog en Duitse joden tijdens nazitijd werden verre van hartelijk ontvangen. De laatste vijftien jaar zien we de polarisatie in de samenleving toenemen zoals het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) twee maanden geleden opnieuw bevestigde. Discriminatie en ook racisme groeien, zeker nu sommige politieke partijen migratie steeds meer tot een politiek issue maken.

voor virussen en ontstekingen. Maar chronische stress speelt ook een rol bij hartritmestoornissen, hoge bloeddruk, hartaanvallen, rug- en hoofdpijn, spijsverteringsmoeilijkheden, eetgedrag, verhoogd alcohol-, nicotine- en medicijngebruik, ernstige slaapproblemen, angst, depressie en andere psychische problemen.'

Ontwikkelingen

De lessen uit het verleden, ook elders in de wereld, leren dat bij de volgende generaties de effecten langzaam uitmiddelen. De tweede en derde generaties migranten 'verwestersen' steeds meer. Met positieve maar ook negatieve gevolgen. Zo zien we de volgende generaties migranten het in het onderwijs beter doen dan de vorige generaties en gelden de Marokkaanse meiden zelfs als de 'carriëretijgers van de 21e eeuw'. Maar je ziet ook het alcoholgebruik onder jonge Turkse en Marokkaanse Nederlanders toenemen. Bovendien passen de jongere generaties steeds meer binnen de ik-cultuur waardoor mantelzorg afneemt.



Steeds vaker geven volgens het SCP migranten aan, dat ze zich minder welkom voelen, zelfs al zijn ze al lange tijd in Nederland of zelfs in Nederland geboren. Dat gevoel wordt nog versterkt door het feit dat discriminatie op de arbeidsmarkt aantoonbaar bestaat, zoals het SCP in 2017 opnieuw bevestigde in het rapport *Integratie in Zicht?*

Psychosociale stress

Een belangrijke invoeging van het model van Stronks in het Health Fields Model is de invoeging van 'psychosociale stress'. Vrijwel alle bovengenoemde factoren leiden tot een toename van psychosociale stress en dan met name langdurige stress. Over de invloed van langdurige stress op gezondheid weten we sinds de presentatie van Paul Verhaegh, hoogleraar psychologie voor de gezondheidsraad in 2013 het volgende: 'Bij langdurige chronische stress, is het cortisolniveau constant te hoog. Het bekendste gevolg hiervan is de vermindering van onze immuniteit waardoor we vatbaarder worden

Wat zijn nu tenslotte de lessen die verpleegkundigen M&G kunnen trekken uit het model van Stronks?

1. Gebruik het model om je te verdiepen in de persoonlijke en maatschappelijke historie die heeft gemaakt tot hoe je cliënt/doelgroep is geworden wie ze zijn.
2. Accepteer dat andere benaderingen en interventies nodig zijn om bij deze doelgroep gezondheidswinst en kwalitatief goede zorg te realiseren. ☺

TIP!

Maak gebruik van de producten van bijvoorbeeld Pharos of het ZONMW-programma Winst door Verschil. Pharos is een kenniscentra op het gebied van gezondheidszorg voor migranten en asielzoekers.

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



Naomi Vandamme over veerkracht:

'Het zijn de kleine dingen die op kostbare momenten magisch worden'

In de loop der jaren heeft Naomi Vandamme zich als klinisch psycholoog en psychotraumatoloog gespecialiseerd in veerkracht. Veerkracht is een essentieel vermogen, zowel bij autochtonen als migranten. Verpleegkundigen M&G spelen een belangrijke rol in het vergroten ervan.

Tekst:
Suzanna
Plaice

Wat is veerkracht?

'Vanuit de literatuur wordt niet één definitie gegeven van veerkracht, omdat het verschilt per context. Veerkracht is niet alleen iets van het individu. Het is de interactie tussen de omgeving én het individu. Michael Ungar, een Canadese onderzoeker die zich voornamelijk richt op veerkracht, beschrijft veerkracht vanuit een ecologische benadering. Namelijk dat veerkracht de mogelijkheid is van mensen om toegang te krijgen tot, maar ook gebruik te maken van, psychische, fysieke en spirituele veerkrachtbronnen die betekenisvol en cultuursensitief zijn. Het bepaalt hoe je omgaat met tegenslag.'

Wat zijn veerkrachtbronnen?

'Dit is bijvoorbeeld het goed kunnen omgaan met emoties, probleemoplossende vaardigheden, toegang tot een netwerk, hoop, structuur, voorspelbaarheid en participatie. Het gaat daarbij om zowel omgevings- als individuele factoren. De veerkrachtbronnen noem ik ook wel puzzelstukjes, omdat er verschillende stukjes nodig zijn die goed in elkaar passen om de puzzel tot veerkracht te maken. Uit onderzoek van onder andere Michael Ungar blijkt dat er een aantal puzzelstukjes is die meerdere mensen hielpen in hun proces naar veerkracht. Vanuit deze gedachte heb ik de veerkracht-puzzel ontwikkeld. Dit is géén methode, maar wel een kapstok om veerkracht bespreekbaar te maken.'

Waarom is veerkracht belangrijk?

'Ik kom zelf als psychotraumatoloog meer uit de psychopathologische hoek. Ik hield mij bezig met het zo goed mogelijk "repareren" van trauma's. Nadat ik een tijdje in Haïti als vrijwilliger had geholpen na de aardbeving in 2010 verwonderde ik mij erover hoe kinderen soms nog zo goed doorleven ondanks alles wat ze meegemaakt hadden. Datgene waar ik mij over verwonderde bleek veerkracht te zijn. Namelijk dat je ondanks tegenslag toch door kunt gaan. Ook is het werken aan



trauma's in onstabiele situaties niet altijd mogelijk en kan het zelfs gevaarlijk zijn. Ik vroeg mij af wat ik dan wel kon doen en hoe ik de trauma's mogelijk zelfs zou kunnen voorkomen. Hierin bleek veerkracht ook essentieel te zijn.'

Wat kan een verpleegkundige betekenen op het gebied van veerkracht?

'Mensen zijn een van de belangrijkste instrumenten van veerkracht. De mens kan zelf een puzzelstukje zijn of heel belangrijk zijn om te helpen de puzzel te leggen. De basis is: ik zie jou, jij lijdt, en ik wil jou laten weten dat ik jou zie, dat je niet alleen bent, dat ik snap wat dat lijden voor jou betekent. Ik heb zelf ervaren hoeveel een verpleegkundige kan betekenen op dit gebied. In 2016



ben ik bij de bevalling van mijn zoontje heel ziek geworden door het HELLP-syndroom. Dit was een traumatische gebeurtenis. Ik dacht dat mijn zoontje dood was. Tegelijkertijd werd mij verteld dat ik ook heel ziek was. Mijn zoontje moest van het ziekenhuis waar wij waren met de ambulance naar een ander ziekenhuis. Twee momenten zijn mij erg bijgebleven. Het eerste was dat, toen mijn zoontje werd opgehaald door de ambulance en ik hem dus niet meer kon zien, de verpleegkundige een foto van hem had gemaakt. Dat vond ik zo bijzonder. Het liet mij zien dat ik er niet alleen voor stond. Op het moment dat hij door de ambulance opgehaald zou worden stopte hij met ademen. Een nachtmerrie. De ambulancebroeder kwam naar mij toe en zei: "Luister, Naomi. Over exact twintig minuten zijn we bij het ziekenhuis. Dan bel ik jou en vertel ik of we het gehaald hebben." Precies twintig minuten later belde hij.'

Wat betekende dat voor jou?

'Dit heeft enorm bijgedragen aan mijn veerkracht. Tot op de dag van vandaag kan ik zeggen dat ik hier geen trauma aan over heb gehouden en kan genieten van mijn zoon, mede door deze verpleegkundigen. Zij voelden mijn angst en hebben mij houvast geboden.'

'Machteloosheid is een heel belangrijke factor om een trauma te ontwikkelen'

Omdat zij mij begrepen, ik er niet alleen voor stond, niet machteloos was. Machteloosheid is een heel belangrijke factor om een trauma te ontwikkelen. Soms kan je als verpleegkundige heel kleine dingen doen, door heel goed te kijken en te anticiperen op dat wat je ziet. Dat kan net maken dat iemand er veerkrachtig uitkomt. Soms zit het in kleine dingen die op kostbare momenten magisch worden.'

En wat als het gaat om mensen met een migratieachtergrond. Heb je een aantal praktische tips waar wij, verpleegkundigen M&G, mee aan de slag kunnen?

'Het begint allemaal bij vertrouwen, een nederige basishouding, erkenning en oprechte interesse. Als er geen vertrouwen is deelt de ander niet snel z'n gedachten. Wij benaderen mensen vaak vanuit ons westerse denken. Begin bij het uitleggen dat dit is hoe wij werken en dat dit niet de enige of beste manier is. Geef aan dat je je kan voorstellen dat het vragen oproept of beangstigend kan zijn. Vraag bijvoorbeeld aan niet-westerse mensen, "Kun jij mij meer vertellen over hoe jullie hiermee omgaan in jullie cultuur?" Ga het gesprek aan over wat die ander nodig denkt te hebben en dat jij niet weet wat de ander denkt. Dit laat een stukje kwetsbaarheid en nederigheid zien. Je gaat samen de eilandjes verkennen van de dingen die nog wel goed lopen. "En wat maakt dan dat dit nog goed loopt?" Zo kun je er samen achter komen wat al helpt en dit vergroten.'

In het asielzoekerscentrum merkte ik dat ik vaak geen antwoord kreeg als ik vroeg naar wat diegene nodig dacht te hebben.

'In veel culturen is de hiërarchie anders dan in Nederland. In Nederland zijn we meer gewend aan gelijkwaardigheid. Zij zien jou als dé expert en ze willen je niet beledigen. Daarbij moet je dus eerst werken aan een situatie waarin je laat zien dat je het waardeert als de ander ook zijn of haar ideeën deelt. Dit kun je doen door voorbeelden te geven. "Ik weet van andere gezinnen, mensen in jouw situatie, dat zij het fijn vonden als er een tolk aanwezig is of een vriend." Door dit te benoemen start er een denkproces. Daarbij verklappen mensen vaak onbewust al veel. Foto's in huis kunnen iets zeggen over wat die ander belangrijk vindt. Of als iemand vertelt dat hij naar de moskee gaat, vraag dan, "Wat biedt het geloof jou? Hoe helpt het geloof jou?" Alleen de vraag,



“Wat heb je nodig?” kan een hele grote vraag zijn. Dan is het fijn dat we door onderzoek al best veel weten over dingen die andere mensen hebben geholpen. Dus kun je die puzzelstukjes op tafel leggen. Jouw observaties, oprechte interesse en de puzzelstukjes die jij al kent uit ervaring of onderzoek, kunnen het denkproces op gang brengen.’

Verpleegkundigen horen vaak heftige verhalen. Hoe reageer je dan?

‘Geef erkenning. Je weet niet hoe het voor die ander is, maar je kunt wel zeggen, “Nu ik dit zo allemaal hoor en ik weet niet hoe het voor jullie is, maar als ik dit moest

‘Wij benaderen mensen vaak vanuit ons westerse denken’

meemaken zou ik dat wel heftig vinden.” Je mag als verpleegkundige dus best een stuk van jezelf teruggeven. Mensen die iets heftigs meemaken komen vaak ook in een automatische modus. Je gaat overleven en realiseert je dan niet meer hoe heftig het eigenlijk was. Jij kunt aangeven dat het heel bijzonder is dat die ander jou vertrouwt. Dat is ook een signaal van de kracht van iemand. Het contrast tussen de heftigheid en alles wat nog wel gaat. Dat is iets waar je verder mee kunt.’

Zit er verschil tussen het werken aan veerkracht bij kinderen en ouderen?

‘Bij ouderen gaat het bij veerkracht meer over de motivatie. Dat is dan iets om verder te onderzoeken met diegene. Dromen en wensen zijn soms nog te ver weg. Wat je wel kunt vragen is, “Wat maakt dat jij iedere dag nog opstaat? Waar ben jij nog voor bereid om voor te vechten? Wat maakt dat je hier nog zit?” En als je merkt dat iemand echt neerslachtig is kun je vragen:

“Hoe kunnen we voorkomen dat het niet nog verder achteruit gaat?”. Zo kun je stapje voor stapje weer vooruit komen.’

Als verpleegkundige maak je zelf ook heftige situaties mee. Hoe kunnen wij aan onze eigen veerkracht werken?

‘Vraag jezelf af: wat doe ik met mijn emoties als ik uit een emotioneel beladen toestand kom. Wat helpt mij? Ben ik iemand die zich moet terugtrekken en in mijn hoofd gaat ordenen voordat ik het met collega’s bespreek? Of wil ik het meteen met collega’s delen? Moet ik gaan sporten? Bij wie voel ik mij veilig? Wie kan bij mij zijn zodat ik dit met iemand anders draag? Dus ook als professional zal je moeten nadenken over welke puzzelstukjes op jouw tafel liggen om tot veerkracht te komen. Dit gaan inzetten. En dit echt gaan doen! Het is daarin ook heel belangrijk om te ontdekken wat jou totaal niet helpt. Op goede hulpverleners heeft hun werk invloed, want dan ben je empathisch. Wees je

‘Wees je ervan bewust dat empathie jouw kracht is en tegelijkertijd ook een risico’

ervan bewust dat dit jouw kracht is en tegelijkertijd ook een risico. Een heel goed inlevingsvermogen kan ook stress met zich mee brengen. Daar moet je iets mee om een goede professional te kunnen blijven zijn, voor anderen en voor jezelf. Dus je moet voortdurend met je eigen veerkracht bezig zijn als professional. Dag in, dag uit.’

Meer weten?

Ga naar www.veerkrachtexpertisecentrum.com

*Naomi Vandamme schreef het boek **Veerkracht bij kindertrauma***

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

E-learning 'Jong geleerd is oud gedaan'

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

E-learning: Jong geleerd is oud gedaan

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

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

Meer informatie en aanmelden

www.fci-academy.nl



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

www.frieslandcampinainstitute.nl

institute.nl@frieslandcampina.com

Facebook: /FrieslandCampina Institute

Twitter: FCInstitute_NL

Mijn ambassadeurschap

Jeugdverpleegkundige Tessa Goorsenberg:

'We worden nu expliciet gevraagd mee te denken over de jeugdgezondheidszorg'

Sinds zes jaar verzorgt V&VN M&G ambassadeursopleidingen. In een traject van een jaar leren wijk-, dementie- en jeugd- en sociaal verpleegkundigen om hun beroep op de kaart te zetten, te positioneren en om te netwerken. Ook leren ze persoonlijk leiderschap te ontwikkelen. Zowel V&VN M&G als hun werkgever steunen de opleiding. In deze rubriek komt elke keer een ambassadeur aan het woord. Deze keer Tessa Goorsenberg (33). Ze is ruim 11 jaar jeugdverpleegkundige bij GGD Zeeland en begin 2018 ontving zij haar certificaat tot ambassadeur.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Voldoet het ambassadeurstraject aan je verwachtingen?

'Meer dan dat! Ik had niet durven dromen dat we ons als jeugdverpleegkundige in zo'n korte tijd meer zichtbaar hebben gemaakt. Ik zie de jeugdverpleegkundigen nu veel meer in diverse media aan het woord komen. Onze contacten zijn uitgebreid en we zijn meer te vinden aan de onderhandelingstafels van onder andere het NCJ, AJN, GGD GHOR en Actiz. Maar ook bij beleidsmedewerkers van het ministerie van Volksgezondheid. We denken actief mee bij maatschappelijke thema's als kindermishandeling, overgewicht, armoede en schoolverzuim. In eerste instantie moesten we netwerken om aan die onderhandelingstafels te komen. Maar zo langzamerhand merken we dat we nu ook terug worden gevraagd.'

Je hebt net een project afgesloten om de tolerantie op scholen rondom LBHT in Zeeland te vergroten. Kun je daar iets meer over vertellen?

'Uit diverse cijfers bleek dat jongeren in Zeeland achterlopen wanneer het gaat om de acceptatie van seksuele diversiteit. Mijn JGZ-collega Lia van Aaken en ik hebben het project Iedereen op school veilig en seksueel gezond herstart. Er is een nieuw projectplan

'Via het ambassadeurstraject steek je je hoofd boven het maaiveld uit'

geschreven voor het voortgezet (speciaal) onderwijs. Er kwam een lespakket voor scholen (Lang Leve de Liefde), ouderbetrokkenheid, leerlingenzorg en de Gay Straight Alliances. Daarna zijn wij de scholen langs gegaan om hen advies en handvaten te geven hoe ze

het thema seksuele diversiteit kunnen opnemen in het schoolgezondheidsbeleid van hun school. Hierin hebben alle jeugdverpleegkundigen van hun school een rol gespeeld. Dat werd een groot succes. In een jaar tijd deden al zeventien van de twintig scholen mee. Door gebruik te maken van de goede contacten die de jgz al heeft met scholen, konden we snel en goed met scholen in gesprek komen.'

Heb je nog wel eens contact met je collega-ambassadeurs?

'Vrijwel dagelijks. Zo verdelen wij onder andere de taken rondom congressen, kennisnetwerken en bijeenkomsten. Wie is er bijvoorbeeld aanwezig bij de Dag voor de Jeugd in Amsterdam? Wie gaat er naar de overhandiging van het actieprogramma *Kansrijke start* over de eerste 1000 dagen van een kind? Maar we houden elkaar ook op de hoogte van wat er regionaal speelt. Ik ben zowel inhoudelijk als persoonlijk gegroeid. Ook dankzij het coachingstraject wat onderdeel was van het leertraject. Ondanks de investering die het kostte, kan ik het iedereen aanraden!' [🔗](#)

Ook interesse in het ambassadeurschap in jouw vakgebied? Er bestaat een traject voor wijk- en dementieverpleegkundigen en voor jeugd- en OGZ-verpleegkundigen. Zie: mgz.venvn.nl. De jeugd- en OGZ-verpleegkundigen kunnen zich nog tot 15 juni aanmelden!



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

Thee en dementie

Hoe krijg je in de wijk het onderwerp dementie bij Turkse en Marokkaanse migranten op de kaart? En hoe bereik je deze groep migranten? In de gemeente Heusden en Tilburg gebeurt dat tijdens een theehuismoment met de Turkse gemeenschap en een 'Marhaban' (welkom in het Marokkaans) met Marokkaanse migranten. Deze aanpak slaat aan. Tijdschrift M&G sprak Chayenna van de Pol, casemanager dementie bij stichting Schakelring en projectleider van het project *Bouwen aan vertrouwen*.

Oudere migranten met een Marokkaanse, Turkse of Hindoestaanse achtergrond kunnen drie tot vier keer vaker dementie hebben dan Nederlandse leeftijdsgenoten, zo blijkt onder meer uit onderzoek van neuropsycholoog Özgül Uysal-Bozkir van de Universiteit van Amsterdam (2016). Een genetische aanleg voor diabetes, een groter risico op hart- en vaatziekten, depressie en eenzaamheid, het zijn allemaal risicofactoren voor dementie. De eerste generatie bereikt nu de leeftijd waar dementie zich veelal openbaart. Tijd dus om deze groep voor te lichten en te bereiken.

Dementie niet herkend

Chayenna van de Pol is vanaf het begin betrokken bij het project Bouwen aan vertrouwen: 'Deze oudere groep migranten weet vaak alleen Alzheimer te benoemen. Andere vormen van dementie zijn vaak onbekend. Dementie wordt hierdoor vaak niet herkend. Ik zie regelmatig dat de omgeving de persoon met dementie niet begrijpt en niet wil inzien dat een familielid een vorm van dementie heeft. Soms met heftige botsingen als gevolg. Ik heb meegemaakt dat mensen met dementie zich terugtrekken op een zolderkamer of zich niet meer in de eigen gemeenschap durven te begeven. Deze situaties kun je voorkomen door meer voorlichting te geven.' De gemeenten Heusden startte daarom eind 2016,

na een vraag van enkele migranten zelf, een theehuis. Onder andere wijkverpleegkundigen en een (woon)zorgconsulent geven er voorlichting over verschillende vormen en oorzaken van dementie. En met succes. Volgens Van de Pol komt dat voornamelijk door het gebruik van sleutelfiguren binnen de migrantengemeenschap. 'Bijvoorbeeld mensen die als vrijwilliger werken bij het theehuis, zelf migrant zijn en in Heusden of Tilburg wonen. Zij kunnen makkelijk contact maken met deze groep, spreken de taal en fungeren daardoor regelmatig als tolk.'


Tekst:
Monique
Kemner

'Er ontstaat meer en meer tweerichtingsverkeer'

De projectleider vindt het mooi dat er steeds meer echte gesprekken ontstaan over waar migranten behoefte aan hebben. 'Vorige keer vroegen ze meer uitleg over diabetes. Daar gaan we het de volgende keer dus over hebben. Er ontstaat meer en meer tweerichtingsverkeer.'

Verdiep je in het individu

Bij de hulp thuis gaat het soms om kleine dingen die problemen kunnen opleveren. 'Een Turkse dochter vertelde me onlangs dat schoenen uitdoen voor haar ouders erg belangrijk is. Maar dat ze dat niet durven te vragen aan onbekenden. Een wijkverpleegkundige die haar schoenen niet uittrekt, kan zo een belasting in plaats van ontlasting vormen. "Mijn ouders moeten het hele huis poetsen na het bezoek", vertelde ze. "De grond moet schoon zijn voor hun gebed". Het is daarom zaak dat een verpleegkundige zich altijd in het individu verdiept. 'De cultuur en het geloof kan anders zijn, maar door met het individu hierover in gesprek te gaan vind je echt aansluiting.'

Van de Pol hoopt dat het project zich als een olievlek verspreid over dementievriendelijke gemeentes. 'De instap voor de migranten is laag, maar het rendement enorm hoog.' 

Meer informatie op www.brabantseproeftuindementie.nl.
Schrijf in het zoekvenster: Project bouwen aan vertrouwen

Monique
Kemner is
adviseur
zorginnovatie
en redacteur
van Tijdschrift
M&G



In gesprek met...

Hanneke Hillmann:

'Verpleegkundigen zijn nog steeds te lief, te aardig en te bang'

'De wijkverpleging is de toekomst, maar dan moet de professional in de wijk die rol wél oppakken! Laat anderen niet bepalen wat jij moet doen.' Aan het woord is Hanneke Hillmann, door sommigen ook wel 'de grande dame van de verpleging' genoemd. Ze heeft een indrukwekkende verpleegkundige carrière achter de rug en geniet al vijftien jaar van haar positie aan de zijlijn. Niet dat ze stil zit overigens. Ze is nog steeds actief als het gaat om de wijkverpleging. Denk aan de *Zichtbare Schakel* en de Ambassadeurstrajecten voor de wijk- en dementieverpleegkundigen. Tijdschrift M&G zocht haar thuis op.

Tekst:
Corien Harder

Hoe kijk je terug op jouw periode in de wijkverpleging?

'Het is wel grappig dat iedereen denkt dat ik mijn leven lang in de wijkverpleging heb gewerkt, maar uiteindelijk was het de kortste periode van mijn werkzame leven. Ik kwam uit de academische ziekenhuiswereld waar ik ruim dertig jaar gewerkt heb. Toen daar eind jaren 80 de verpleegkundige buiten de directie - het bestuur - werd gepositioneerd, ben ik vertrokken en begonnen bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk. Vrij snel ben ik het bestuur van de Landelijke Vereniging Thuiszorg (voorloper van Actiz) ingetrokken. Ik kwam daar binnen op het moment dat lokale kruisverenigingen en de gezinszorg zich moesten samenvoegen tot één - vaak regionale of grootstedelijke - organisatie. De fusies werden gedreven door de enorme bezuinigingen van de toenmalige minister Hans Simons. Ik zag die fusies helemaal niet zitten. Kruiswerk en gezinszorg zijn echt twee verschillende takken van sport, niet met elkaar te vergelijken. Beiden zijn belangrijk. Niet gelijk, maar wel gelijkwaardig. Voor zowel kruiswerk als gezinszorg is de fusie schadelijk geweest.'

De fusieperiode van de thuiszorg brak aan. Hoe gingen wijkverpleegkundigen daarmee om?

'Wat mij tijdens de fusieperiode opviel is dat veel hbo-verpleegkundigen, met name in de stad, geen zin hadden in die bureaucratie. Ze werden immers gedwongen het indiceren van de zorg, de kern van het vak, over te laten aan het Regionaal Indicatie Orgaan, de voorganger van het CIZ. Daardoor vertrokken wijkverpleegkundigen massaal naar andere sectoren waardoor de deskundigheid en expertise verdween. Ook brokkelde de goede samenwerking met huisartsen af. Verder viel op dat 'grote' mannen de baas werden van de gefuseerde thuiszorgorganisatie. Ze hadden het echt

hoog in hun bol. De meesten hadden geen verstand van wijkverpleging. Wel verstand van opschalen en veel geld uitgeven. Grote dure gebouwen kwamen er met dito auto voor de directeur. En de medewerkers? Die lieten het gebeuren. Zij waren veel te veel bezig met de zorgverlening achter de voordeur bij de cliënt thuis.'

Wat vond jij ervan dat medewerkers het lieten gebeuren?

'Verpleegkundigen zijn gewoon te lief, te aardig, te goedgevolvig, te schijterig. Toen al en nu eigenlijk nog steeds. Ze laten zich de mond snoeren door anderen. Niet alleen 'aan het bed', maar ook 'aan de tafel', als ze

'Liever extra handen zonder opleiding, dan goed opgeleid personeel. Onzin vind ik. Ik zeg: meer hersenen aan het bed'

in gesprek zijn met andere zorgprofessionals, politici en beleidsmakers. Keurigheid loont niet. Houd er mee op. Zeg waar het over gaat. Zeg wat je wilt. Zeg wat goed is voor jouw cliënt. Stop met zeggen wat goed is voor de organisatie. Dat helpt niet. Jij als verpleegkundige bent de expert in jouw vakgebied. Anderen hebben geen idee wat het inhoudt. Daarmee heb jij de opdracht en de verantwoordelijkheid om ze dat duidelijk te maken, zodat beleid bijdraagt aan goede zorg voor de cliënt. Gebruik jouw kennis en kunde om invloed uit te oefenen. Om jouw rol te pakken moet je de ruimte niet alleen nemen, maar ook krijgen. De houding van je organisatie en je leidinggevende is daarbij belangrijk. Leidinggeven is zo makkelijk, dat ik me er over verbaas dat leidinggevend, toen al en nu nog steeds, niet doen wat



ze moeten doen. En dat is voorwaarden scheppen dat anderen hun werk kunnen doen. Het puzzelt mij waarom dit niet gebeurt. Er zijn zoveel opleidingen en trainingen over leidinggeven, maar het verandert gewoon niet.'

Wat moeten leidinggevenden vooral niet doen?

'Zich bemoeien met de inhoud van het werk. Laat dat over aan degenen die daar verstand van hebben zoals wijkverpleegkundigen. Waarschijnlijk komt dit omdat leidinggevenden bang zijn de controle te verliezen. Bij leidinggeven gaat het om vertrouwen hebben in je eigen professionals. Je moet ervoor zorgen dat ze hún werk kunnen doen. Dat vraagt om kunnen loslaten, maar ook vooral om waardering tonen voor wat ze doen. Niets is 'dodelijker', dan alleen de fouten te benoemen en wat goed gaat níet uit te spreken.'

En als je kijkt naar het heden? Zitten we nu op de goede weg?


'Ik heb grote zorgen over de positie van wijkverpleegkundigen in zorgorganisaties. Kunnen ze het met elkaar warmaken wat de samenleving van ze verwacht? Om het werk te doen waar de cliënt beter van wordt? Er ligt een fantastisch rapport over vijf jaar Ambassadeurs van de wijkverpleegkundige. Daaruit blijkt dat ze echt het verschil maken. Ze praten mee aan allerlei tafels. Ze worden gevraagd om input te leveren. Dit soort

trajecten vraagt om uitbreiding naar de andere zorgdomeinen. Wel moet er goed gekeken worden hoe je dat uitvoert. Ik maak me echt zorgen dat de snelle jongens, de commerciële bureaus, geld ruiken, waardoor de zorgvuldigheid in het persoonlijk opleiden en coachen van de ambassadeurs verdwijnt. Ik vind dat de beroepsvereniging V&VN een grote verantwoordelijkheid heeft om het opschalen te bewaken.'

Wat zou nog meer beter kunnen?

'Na de 'witte woede' van eind jaren tachtig heeft de Commissie Werner in 1990 het rapport Hoger Beroep uitgebracht met 21 adviezen wat er moest gebeuren om de positie van verpleegkundigen te verbeteren. Op een na zijn al die adviezen inmiddels opgevolgd. Dat die laatste, die over het salaris gaat, nog steeds niet is uitgevoerd, neem ik V&VN als beroepsvereniging kwalijk. Het salaris van alle medewerkers in de zorgorganisatie, dus ook van verpleegkundigen, maakt nog steeds deel uit van de tarieven van een dag zorg. Daar sjoemelen zorgorganisaties mee in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars. Als op de tarieven wordt beknibbeld, wordt er als eerste bezuinigd op het aantal fte's. Want daar haal je het snelst en de meeste winst. Zolang het salaris van verpleegkundigen niet los komt van de dagprijs, krijg je nooit de macht om je te positioneren in de organisatie. Vakbonden en beroepsvereniging wijzen naar elkaar. De een vindt het de verantwoordelijkheid van de ander. Maar het is niet de verantwoordelijkheid van één partij. Ik vind dat ze hierin samen moeten optrekken.'

Hoe ziet de toekomst er uit?

'Ziekenhuizen gaan nog meer krimpen. Zorg verplaatst zich meer en meer naar huis. Eerstelijnsklinieken in de wijk ontstaan. Het mantra is momenteel dat er meer handen aan het bed moeten komen. Liever extra handen zonder opleiding, dan goed opgeleid personeel. Onzin vind ik. Ik zeg dat er meer hersenen aan het bed moeten komen. Plus je personeel op. Verhoog de kennis en deskundigheid van de verpleegkundigen zodat de zorg van de cliënt beter wordt. Dat is inmiddels ook met onderzoek bewezen door onder andere professor Jan Hamers in Maastricht. Kortom, meer deskundigheid en meer kennis is van groot belang voor de verpleging en daarmee voor cliënt. Neem zelf daarin het voortouw.' 

Corien Harder is Adviseur Beroepsontwikkeling Wijkverpleging bij V&VN en tot voor kort redacteur Tijdschrift M&G

Zoon is te verwesterd en wordt naar Turkije gestuurd zonder dat hij het weet

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Wat doe je met een cliënt die je vertelt dat haar zoon naar Turkije wordt gestuurd omdat hij te verwesterd is? Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst: Hans van Dartel

Casus

Al een paar maanden hebben we een Turkse vrouw in zorg die ondersteuning krijgt bij katheterzorg. We komen twee keer per dag langs. De Turkse familie woont ongeveer twintig jaar in Nederland. Ze hebben drie kinderen waarvan de tweede zoon (16) en dochter (12) nog thuis wonen. Sinds enige tijd merken we dat er iets veranderd is in het gezin. Er hangt een bepaalde spanning. Op de vraag hoe het gaat krijgen we telkens het antwoord: 'goed'. Tot een paar weken geleden. Toen raakte mevrouw emotioneel en vertelde dat hun familieleden het gedrag van hun 16-jarige zoon afkeurden. Hij was anders dan andere Turkse jongens want hij ging teveel met Nederlandse jongeren om. Ze hebben meerdere malen met hun zoon gepraat. Die wil koste wat kost met zijn Nederlandse vrienden blijven omgaan. Ook het aanbod

om bij zijn oom in een Turkse winkel te gaan werken om een zakcentje te verdienen en contacten te leggen met de Turkse gemeenschap, slaat hij af. Hij wil best een zakcentje verdienen maar dan bij de plaatselijke supermarkt waar zijn Nederlandse vrienden ook werken. De ouders maken zich grote zorgen en samen met de Turkse familie is besloten dat hun zoon in de zomervakantie naar Turkije gaat en dat hij daar blijft zolang het nodig is. Om hem op het juiste pad te krijgen. Zoonlief weet hier echter niets van. Dat willen ze zo houden omdat ze niet weten hoe hij daarop gaat reageren. Wat doe je als verpleegkundige met deze informatie? Moet je hier iets mee doen? Zo ja, wat dan? De moeder heeft je dit in vertrouwen verteld. Is dit dusdanig ernstig dat je het vertrouwen van mevrouw en waarschijnlijk van de hele familie, moet beschamen?



Complex

Dat verhaal van die moeder komt wel binnen kan ik me zo voorstellen. Het roept van alles bij je op en terecht, want op een of andere manier wordt er een hevig, emotioneel appel op je gedaan en dat doet jou wat, ook in je rol als zorgverlener. En het is ook niet zomaar een verhaal.

Het gaat om iets dat die moeder bijzonder raakt: het wel en wee van haar kind. Dat op zich doet al allerlei alarmbellen afgaan in relatie met 'Veilig thuis' en de taakstellingen van zorgverleners daaromtrent. Heel begrijpelijk om professionele maar waarschijnlijk ook om persoonlijke redenen dat je het vertellen van dit verhaal ziet als een signaal om hulp.

Vragen

Maar ja, wat voor hulp zou je moeten bieden? Natuurlijk, die moeder vertelt dat verhaal niet voor niets aan jou. Maar als je even na gaat denken (en het voor de veiligheid ook in vertrouwen met je collega's bespreekt), komen er allerlei vragen op die de impuls om op een bepaalde manier in de hulpstand te schieten aardig afzwakken. Want ja, zoals je zelf al aangeeft, het is je in vertrouwen verteld. Dus wat moet je daarmee?

'Niks doen zou net zo schadelijk kunnen zijn voor de vertrouwensrelatie'

En natuurlijk is die zoon helemaal niet de zorgvrager, maar de moeder: voor haar kom je. Hoezo is het dus jouw verantwoordelijkheid om iets met die kennis rond die zoon te doen? En daarenboven: hoe zit het eigenlijk met de culturele normen waar je nu op stuit? Jij kunt misschien wel denken dat zo'n aanpak om die jongen naar Turkije te dirigeren, helemaal niet deugt, maar wie ben jij om daarover te oordelen? En wat betreft de veiligheid van die jongen: tja, die is wel al 16 jaar oud. Toch? Die zal zich niet zomaar laten beïnvloeden. Alle kans dat die hele geheime operatie compleet averechts gaat werken. Zo'n jongen is niet gek. Of wel? Als het nu een heel jong kind was en er was duidelijk sprake van ernstige fysieke gezondheidsrisico's, dat zou de zaak veranderen. Als het bijvoorbeeld gaat om melden bij 'Veilig thuis'. Of niet soms?

Het erbij laten zitten?

Met al die beren op de weg, is het goed voorstelbaar dat je zoiets hebt, van 'laat maar zitten. Hier brand ik mijn vingers niet aan.' En dat je dat legitimeert met redelijk klinkende argumenten: over je formele rol en verantwoordelijkheid bijvoorbeeld; of het respect voor de andere cultuur; de nagenoeg volwassen leeftijd van die jongen, nou ja, allerlei zaken waar ik al op wees. De vraag is echter of je met afzien van enige vorm van handelen ook niet voorbijgaat aan het signaal dat mevrouw nu juist bij jou heeft neergelegd. En of je daarmee ook niet het vertrouwen schaadt dat de basis van de zorgrelatie is. Met andere woorden: je kunt wel denken dat je het vertrouwen van mevrouw beschaamt op het moment dat je echt iets gaat doen (vooral in de sfeer van melden bij 'Veilig thuis'), maar niks doen zou net zo schadelijk kunnen zijn voor de vertrouwensrelatie. Met andere woorden: wat je ook doet het vertrouwen staat op het spel. Hoe hieraan te ontkomen?

De vraag daar laten waar hij vandaan komt

In de zorg hebben we vaak de neiging om er meteen met een vraag van een cliënt vandoor te gaan, en er de verantwoordelijkheid voor over te nemen. Ook in deze situatie dreigt dat te gebeuren. Waarom bij mevrouw niet nagaan wat ze nu precies van je vraagt? Waarom niet met haar verkennen hoe ze zelf haar eigen verantwoordelijkheid voor het lot van haar zoon zo goed mogelijk kan invullen? Want in principe ben jij het niet, maar heeft mevrouw als ouder van deze jongen een moreel conflict. Met zichzelf, met haar familie. Over haar rol als ouder en over de vraag wat goed is voor haar zoon. Zeker, het kan zijn dat ze jou op een bepaalde manier in wil zetten om zo invulling te geven aan haar verantwoordelijkheid. Zonder daar open voor uit te komen naar haar familie. Maar de vraag is of jij je ervoor zou moeten lenen om meteen de regie van haar over te nemen. Of je niet eerst na zou moeten gaan hoe zij haar eigen regie in deze zou kunnen versterken. Alles in samenspraak met je collega's. En 'Veilig thuis' waar je anoniem om advies zou kunnen vragen. Helemaal volgens de regels van het stappenplan. ☺

Hans van Dartel is ethicus en verpleegkundige, niet-praktiserend.

UW EXPERTISE

NU NOG BELANGRIJKER VOOR

HUN TOEKOMST



Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. Informatie uitsluitend bestemd voor (para)medici.

Door de nieuwe Europese wetgeving voor zuigelingenvoeding, opvolgmelk en diëtvoeding zal de informatievoorziening op de verpakking en de samenstelling van deze producten veranderen. Ook het uiterlijk van deze producten zal worden aangepast. U, als medisch professional bent als enige in staat om ouders van volledige informatie te voorzien. Uw adviserende rol wordt nog belangrijker. Door hen te ondersteunen met de juiste informatie en de beste voedingskundige oplossing aan te reiken voor ieder kindje, zorgt u ervoor dat elke baby straks klaar is voor de toekomst.

Voor meer informatie: www.nutriciavorprofessionals.nl