

Maatschappij & Gezondheid



- **Dementie en trauma: herkennen wat er onder het gedrag ligt**
- **Samen werken aan betere palliatieve zorg**

Wordt de post-hbo-opleiding Jeugd gesubsidieerd?

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.

Verpleegkundigen over hun passie

Dit Witboek 2022 heeft als doel tegenwicht te bieden aan de vaak sombere berichtgeving in de dagbladen over verplegen en verzorgen.

Witboek 1.162 verpleegkundigen en verzorgenden over hun passie/Aart Eliens Advisering, 2022. Te downloaden via www.venvn.nl

Herkenbaar en aanspreekbaar

Een rapport over herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Herkenbaar impliceert dat er een duidelijk aanspreekpunt in een regio is voor de wijkverpleging en dat teams die wijkverpleging bieden die voor cliënten en professionals makkelijk vindbaar zijn. Aanspreekbaar impliceert dat er geen cliënten tussen wal en schip vallen doordat teams niet kunnen voldoen aan de zorgvraag van een cliënt. Dit onderzoek gaat erover of professionals de omslag naar het andere werken al merken en wat ze ervan vinden.

Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging: Ervaringen en wensen van professionals in de wijkverpleging en van verwijzers/Nivel, 2022. Te downloaden via www.nivel.nl

Ouderen motiveren voor valpreventie

Om ouderen te motiveren voor valpreventie is het belangrijk dat je aanpak goed aansluit bij de motieven en weerstanden die zij hebben. Op basis van onderzoek worden 3 profielen onderscheiden. Per profiel worden tips gegeven hoe je het beste de ouderen kunt motiveren.

Zo motiveer je ouderen voor valpreventie: Handreiking effectief inspelen op verschillende motieven en weerstanden / VeiligheidNL, 2022. Te downloaden via www.veiligheid.nl

We teach...



COMMUNICEREN MET PUBERS

30 september 2022, Utrecht

TRAINING INTERVISIEBEGELEIDER

7 oktober, 11 november (9.30-12.30 uur) 2022 en 7 februari (9.30-12.30 uur) 2023, Utrecht en online

CURSUS TOT GECERTIFICEERD INSTRUCTEUR VAN WIECHENONDERZOEK

11 en 12 oktober en 7 december 2022, Utrecht

KRACHTENVELDANALYSE: MAAK STRATEGISCH GEBRUIK VAN JE NETWERK

13 oktober (9.30-12.30 uur) en 3 november 2022, Utrecht

JOBCRAFTING: ZELFSTURING IN JE WERK

31 oktober 2022, Utrecht

PSYCHOSOCIALE ONTWIKKELING VAN KINDEREN

31 oktober, 7 en 14 november 2022, Utrecht

VOEDING EN EETGEDRAG BIJ PEUTERS

11 november 2022 (9:30-12:30 uur), online

PEUTERS EN SLAAP

25 november 2022 (9.30-12.30 uur), online

ZINDELIJKHEID

29 november 2022 (13.20-16.30 uur), online

OVER KINDEREN EN EMOTIES GESPROKEN

6 december 2022 (13.20-16.30 uur), online



NSPOH 
we teach health

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



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

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

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

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 22, nummer 3, september 2022

ISSN 1568-5853

Redactie: Bente Alessi, Gerben Jansen, Hellen Kooijman (eindredactie), Suzanna van Dam, Marieke Rijsbergen (hoofdredactie),

Valerie Schipper, Huub Sibbing

Redactieadres: Zie onder 'Informatie'

Foto-omslag: Ron Hendriks

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

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

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

Informatie

V&VN Maatschappij & Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

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

Unieke situaties

Inmiddels werk ik al jaren mee aan dit tijdschrift. Als auteur, als (eind)redacteur, als 'doorgeefluik' van ideeën en inzichten van de verpleegkundigen die de redactie vormen. Wat mij telkens weer opvalt is hoe divers en complex de wereld is waarin zij moeten werken. Elke cliënt, elk huis, elk consult, elk kind, elke mantelzorger, elke samenwerking, het is zo merk ik – elke keer weer – anders. En daardoor uniek. Unieke cliënten vragen om flexibiliteit en zorgvuldigheid: Hoe ga je bijvoorbeeld om met een agressieve cliënt die wegens dementie niet aanspreekbaar is op zijn gedrag? Unieke situaties vragen om een open blik en ontvankelijkheid van de zorgverlener voor nieuwe samenwerkingsverbanden; tussen de wijkverpleging en de spoedeisende hulp bijvoorbeeld. Maar het vraagt bovenal om menselijkheid. Een koffiezetapparaat is niet uniek. Een mens altijd. Misschien dat ik het daarom na zoveel jaar nog steeds leuk vind om aan dit blad mee te werken. Oh, en natuurlijk om het te lezen. Ik hoop jij ook! ☺

Hellen Kooijman

(Eind)redacteur Tijdschrift M&G, helkooijman@gmail.com



In dit nummer

Actueel

Post-hbo-opleiding tot Jeugdverpleegkundige:

Komt er subsidiëring?

6

Aan tafel met...

Ouderenpsychiater Sjacko Sobczak

8

Onderzoek

Wijkverpleegkundige, huisartsen en spoedeisende hulp
schouder aan schouder

12

De geschiedenis van...

Het financieringsstelsel in de zorg

14

Praktijk

PaTz: samen werken aan betere palliatieve zorg thuis

22

Achtergrond

Wilma Helmantel GGD Groningen over de
Verpleegkundige Advies Raad

25

Achtergrond

Intercollegiale toetsing maakt de zorg beter;
wijkverpleegkundigen vertellen

27

Vaste rubrieken

Uit het nieuws

4

Vers bloed: wijkverpleegkundige Margreet van Benthem

18

Afdelingsnieuws

20

Het dilemma: hebben we te allen tijde een zorgplicht?

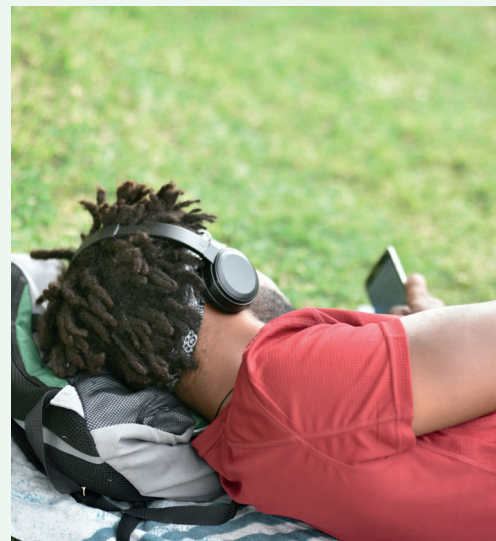
30



Podcastserie over digitalisering thuiszorg

ActiZ, VGN en Zorgthuis.nl hebben in juni de podcastserie InZicht gelanceerd over elektronische gegevensuitwisseling voor bestuurders. Eentje daarvan gaat specifiek over de thuiszorg. De invalshoek bij alle afleveringen gaat over digitalisering en wat dit betekent voor het uitwisselen van gegevens tussen zorgprofessionals en cliënten én tussen zorgprofessionals onderling. Weg met de ordners, de fax en de telefoon. Als elektronische gegevensuitwisseling in de keten goed is geregeld, neemt de kwaliteit van zorg toe. Daarnaast hebben zorgprofessionals meer tijd voor de directe zorg aan hun cliënten. Cliënten zelf ervaren meer regie. En de organisatie? Die is efficiënter. Om de transitie naar het elektronisch uitwisselen van gegevens goed en vlot van de grond te krijgen, is er bewustzijn en verandering in iedere laag van de organisatie nodig. Hoe kun je dit aanpakken en wat komt daarbij op je pad? Dat hoor je in deze podcastserie. 📻

Te beluisteren via Actiz.nl (in zoekvenster Podcast InZicht schrijven), Spotify, Google en Apple Podcasts



Bijna 240.000 15-plussers werden vorig jaar gepest

In 2021 zei bijna 2 procent van de inwoners in Nederland van 15 jaar en ouder dat ze in de afgelopen twaalf maanden weleens zijn gepest. Dit zijn bijna 240.000 mensen. Ongeveer 6 op de 10 hebben emotionele of psychische problemen ondervonden als gevolg van het pesten. Dit blijkt uit de Veiligheidsmonitor van het CBS en het ministerie van Justitie en Veiligheid, een enquête waaraan 173.000 Nederlanders van 15 jaar en ouder hebben deelgenomen.

Mannen en vrouwen werden vrijwel even vaak gepest.

Jongeren zijn vaker slachtoffer dan ouderen en homo's, lesbiennes en biseksuelen vaker dan heteroseksuelen. Bijna een kwart van de 15-plussers – dat zijn bijna 3,5 miljoen mensen – gaf aan ooit (dus ook langer dan een jaar geleden) gepest te zijn.

Van de slachtoffers was 47 procent uitsluitend de dupe van traditioneel pesten (niet online), 31 procent kreeg alleen te maken met online pesterijen en 19 procent werd op beide manieren lastiggevallen. De overige 3 procent gaf geen antwoord op de vraag hoe ze werden gepest.

De dader(s) van de pesterijen waren bij 69 procent van de slachtoffers van begin af aan bekend. 2 procent wist in eerste instantie niet wie de pester was, maar later wel. Vooral bij het online pesten was de dader vaak onbekend (43 procent). Ouderen werden vooral gepest door buurtgenoten, bij jongeren waren dat vooral medestudenten of -scholieren of vrienden. 📻

Bron: CBS

Helpt werknemers in de overgang ondervindt hinder op werk

In 2021 gaven 173.000 vrouwelijke werknemers aan dat overgangsklachten weleens van invloed op hun werk waren. Dit komt overeen met 55 procent van alle vrouwelijke werknemers in de overgang. Bij 8 procent speelde dit dagelijks, 9 procent had er wekelijks last van. Dit melden het CBS en TNO op basis van een vervolgmeting van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA).

Van de werknemers in de overgang vindt 36 procent dat zij weleens minder goed functioneren op het werk door bijvoorbeeld pijnklachten, vermoeidheid of concentratieproblemen. Ook beleven zij soms ongemakkelijke situaties op de werkvloer, bijvoorbeeld vanwege opvliegers, stemmingswisselingen of doorlekkers (31 procent). Zo'n 13 procent van de vrouwen in de overgang kampt met minder goed functioneren én ongemakkelijke situaties. Verder heeft 2 procent weleens zoveel klachten dat zij zich ziek melden. 65 procent van de werknemers bespreekt deze klachten als die van invloed zijn op hun werk. Degenen die regelmatig overgangsklachten hebben, doen dit meer (74 procent) dan vrouwen die soms klachten hebben (57 procent). Zo'n 6 procent heeft het er niet over, maar zou dit wel willen. Niet iedereen wil het er op het werk over hebben: voor 18 procent hoeft het niet. 📻

Bron: CBS

Nog nooit eerder voorgekomen: ziekteverzuim thuiszorg boven de 10 procent

Het ziekteverzuim onder werknemers van bedrijven en overheid is in het eerste kwartaal van 2022 gestegen tot 6,3 procent, het hoogste percentage dat het CBS ooit heeft gemeten. In dezelfde periode van 2021 was het verzuim 4,8 procent. In 2021 gaf ruim 8 procent van de werknemers aan bij het meest recente verzuim klachten te hebben gehad die werden veroorzaakt door COVID-19 (corona). Dit meldt het CBS op basis van nieuwe cijfers uit de kwartaalenquête ziekteverzuim en de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van CBS en TNO. Op grond van cijfers uit het programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn kan worden ingezoomd op de verschillende branches binnen de gezondheids- en welzijnszorg. Vooral in de verpleging, verzorging en thuiszorg was het verzuim bovengemiddeld: 10,4 procent in het eerste kwartaal van 2022 en 8,6 procent een jaar eerder. In de kinderopvang

was het verzuim 10,0 procent. Niet eerder werd in een bedrijfstak of branche een verzuim van 10,0 procent of meer gemeten. Vergeleken met een jaar eerder was het verschil het grootst in de kinderopvang (van 6,9 naar 10,0 procent) en in de branche huisartsen en gezondheidscentra (van 5,4 naar 9,7 procent). Van alle bedrijfstakken had de zorg naar verhouding de grootste groep werknemers die verzuimde vanwege een bevestigde COVID-19-besmetting, namelijk 11 procent. Ook in de bouw en in de handel was dit met 9 procent bovengemiddeld. In de informatie en communicatie (5 procent) en bij financiële instellingen (6 procent) was het verzuim met klachten die werden veroorzaakt door COVID-19 relatief laag. Dat blijkt uit de NEA. [v](#)

Bron: CBS

Onderzoek: depressie kan een vroeg kenmerk van dementie zijn

Ongeveer een op de vijf ouderen heeft op dit moment een depressie. Hoewel lang niet iedereen met een depressie dementie krijgt, laat onderzoek zien dat die kans toeneemt wanneer de depressie na het 65e levensjaar ontstaat. Dat blijkt uit onderzoek van dr. Mirjam Geerlings van UMC Utrecht. Ze blijft echter voorzichtig, want onderzoek naar oorzaak en gevolg bij dementie is lastig. Er verandert namelijk al veel in de hersenen voordat je klachten of de diagnose krijgt.

Geerlings en haar onderzoeksgroep volgden tot twaalf jaar een grote groep van duizenden ouderen en keek welke mensen depressieve klachten hadden en dementie ontwikkelden. Geerlings: 'De depressieve klachten ontstaan vaak jaren voordat mensen dementie krijgen, dan denk je al snel dat depressie een oorzaak is. Maar het kan zijn dat depressie en dementie een gezamenlijke oorzaak hebben of dat depressieve klachten een vroeg kenmerk zijn van dementie.' Als depressie een vroeg kenmerk is, dan zou het een rol kunnen gaan spelen bij het diagnosetraject van dementie. Depressieve klachten, zoals somberheid, apathie en slecht slapen, zouden een soort psychische marker kunnen worden. 'Deze klachten kun je makkelijk vaststellen, maar het lastige is dat niet iedereen met dementie deze klachten heeft. We moeten dit nog verder onderzoeken, voordat we het in de praktijk kunnen gebruiken.' [v](#)

Bron: alzheimer-nederland.nl



Post-hbo-opleiding tot Jeugdverpleegkundige:

Gaat het ministerie van VWS over tot subsidiëring?

Achter de schermen wordt al dik twee jaar gewerkt om de post-hbo-opleiding tot Jeugdverpleegkundige gesubsidieerd te krijgen bij het ministerie van VWS. De fractie Jeugd van V&VN Maatschappij & Gezondheid en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) trekken hierin samen op. In dit artikel kijken we naar de achtergronden rondom dit traject. Een ding is klip en klaar. Als de subsidie wordt verleend zal de kwaliteit en het imago van het vak vergroot worden en houdt het jeugdverpleegkundigen langer vast in het vak. De wens is ook uitgesproken dat de titel jeugdverpleegkundige alleen gebruikt mag worden door diegenen die de opleiding succesvol hebben afgerond.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

'Neem kinderverpleegkundigen in het ziekenhuis met een hbo-v in hun zak. Zij mogen eerst drie maanden kijken of het vak iets voor hen is en daarna starten ze de post-hbo-opleiding tot Kinderverpleegkundige. Voor jeugdverpleegkundigen is er niet zo'n voortraject. Momenteel kunnen niet alle verpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg de post-hbo-opleiding tot Jeugdverpleegkundige volgen. De ene werkgever investeert daar wel in, de andere niet. Dat klopt natuur-

'Het voorstel is om jaarlijks aan 10 procent van de jeugdverpleegkundigen de opleiding aan te bieden'

lijk niet en dat komt de kwaliteit niet ten goede.' Aan het woord is Minke Vellinga, adviseur bij het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en voorheen jeugdverpleegkundige. 'Terwijl de kwaliteit juist in deze tijd zo belangrijk is omdat preventie in complexe situaties toeneemt en een steeds grotere rol speelt. Ook de

'Door toepassing van de kennis uit de opleiding kan ik mijzelf beter profileren, naar ouders, het netwerk en de gemeente!'

Jeugdverpleegkundige - GGD NOG

'De opleiding heeft mij meer kennis van de JGZ gebracht. Daardoor voel ik mij nu veel meer thuis in de JGZ-wereld. Dit heeft als resultaat dat ik me zeker voel in mijn vak, dit komt de zorg aan de klanten ten goede!'

Jeugdverpleegkundige - JONG JGZ

maatschappelijke ontwikkelingen en trends, zoals toenemende vraag naar zorg en gezondheid, de groeiende omvang van leefstijl gerelateerde aandoeningen en arbeidsmarktkrapte in de zorg, spelen in de jeugdgezondheidszorg.'

Imagoprobleem

Het vak jeugdverpleegkundige kampt ook al jarenlang met een imagoprobleem. Vellinga: 'Het is moeilijk om verpleegkundigen in het vak te krijgen. Als ze er dan toch voor kiezen, zijn ze vaak erg ambitieus en vol energie. We houden ze vaak niet binnen omdat er nauwelijks een doorgroeimogelijkheid voor ze is. Als je een post-hbo-opleiding verplicht stelt en daar ook een doorgroeimodel en salarisschalen aan hangt, houd je ze langer binnenboord.'

En dat niet alleen, ook de kwaliteit van het vak neemt dan toe, legt Vellinga uit. 'Je borgt immers de basis van het opleidingsniveau van jeugdverpleegkundigen. En dat werkt ook door naar netwerkpartners zoals het wijkteam, de scholen en kinderdagverblijven. Jeugdverpleegkundigen zullen zichtbaarder worden omdat ze beter hun positie kennen in het sociaal domein en hierdoor krachtiger kunnen uitdragen waar ze voor staan.'

'De opleiding was een prettige start na de hbo-v, hierdoor begreep ik beter wat er van mij als jeugdverpleegkundige verwacht werd.'

Jeugdverpleegkundige - CJG Rijnmond

Aankloppen ministerie

Hoog tijd dus om hier iets aan te doen. Samen met jeugdverpleegkundige Suzanna van Dam, werkzaam bij GGD Zuid-Limburg en lid van de fractie Jeugd van V&VN M&G, klopte Vellinga zo'n twee jaar geleden aan bij het ministerie van VWS. Vellinga: 'Eigenlijk was het ministerie meteen enthousiast. Vooral omdat de vraag van de werkvloer kwam. Ofwel: de noodzaak was voelbaar.' Het ministerie gaf de jeugdverpleegkundigen een opdracht. Schrijf een plan waarin zo gedetailleerd mogelijk omschreven wordt waarom de subsidie nodig is, hoeveel het gaat kosten en wat het oplevert. Vellinga: 'Daar zijn we voortvarend mee aan de slag gegaan. Vrij snel haakten andere organisaties aan waardoor het een co-creatie werd van verschillende organisaties, zoals V&VN, AJN (jeugdartsen) en het NCJ. Daardoor kwam er een breed gedragen plan uit. Dat stond natuurlijk heel sterk naar het ministerie toe.'

'Het gezag van een organisatie valt of staat met de mate van bekwaamheid van haar vakmensen. Een wijze bestuurder investeert dus in het menselijk kapitaal, het waardevolste dat een organisatie bezit.'

Igor Ivakic, Directeur Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

En weer was het ministerie enthousiast. 'Vooral omdat het zo breed vanuit het werkveld gedragen werd. Toch stuurde het ministerie ons weer op pad voor een vervolgronde naar JGZ-organisaties. Of die enkel voor het plan waren, of dat zij ook iets tegenover hun steunbetuiging konden en wilden zetten. En wat bleek? Meer dan de helft van de JGZ-organisaties wilden het plan graag steunen, hoewel niet iedereen dit volledig financieel kon opbrengen. Hieruit kwam ook naar voren dat alle JGZ-organisaties in Nederland voor het plan zijn.'

Jeugdartsen

Het ministerie ging zelf ook aan de slag. Zo kreeg het Capaciteitsorgaan de opdracht te kijken hoeveel jeugdverpleegkundigen er nu precies nodig zijn in de



Minke Vellinga: 'Het ministerie was meteen enthousiast. Vooral omdat het breed vanuit het werkveld werd gedragen'

'De post-hbo tot Jeugdverpleegkundige is een goede basis voor de beste zorg voor het gezin'

Annemieke Goudkuil, voorzitter vakgroep jeugdverpleegkundigen V&VN

‘Het is van groot belang dat goed opgeleide, vakkundige professionals worden ingezet ter bevordering van de gezondheid en de ontwikkeling van het meeste kwetsbare deel van de bevolking: onze kinderen. Hier hebben de kinderen ook recht op conform art 3.3 en artikel 24 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind.’

Dr. F.J.M. van Leerdam, coördinerend specialistisch inspecteur Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De post-hbo-opleiding tot jeugdverpleegkundige verrijkt en verbreedt de professional naar een verpleegkundige maatschappij en gezondheid, die stevig in zijn schoenen staat en het belang van het kind en zijn ontwikkeling in de brede context van de leefomgeving herkent en ondersteunt. De jeugdverpleegkundige investeert daarmee in de toekomst, door individuele preventie waar nodig en collectief waar mogelijk. Een prachtig vak met de focus op de jeugd.’

Thieu Smeets, directeur GGD BZO

toekomst. Dit orgaan onderzoekt namelijk de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg en de daarvoor benodigde instroom in de opleidingen en rapporteert hierover aan de overheid en de zorgsector. Zij doen dit al sinds jaar en dag voor de jeugdartsen, maar niet voor de verpleegkundigen en jeugdverpleegkundigen. Vellinga: ‘Dat is waardevolle informatie omdat

dan echt duidelijk wordt over hoeveel verpleegkundigen en jeugdverpleegkundigen we het nu hebben. Ook kunnen we weer kijken hoeveel de opleiding nodig hebben.’

Wat ook tegen het licht wordt gehouden zijn de opleidingen zelf. Op dit moment bieden NSPOH en Avans+ de opleidingen aan en het expertisegedebied Jeugdverpleegkundige van V&VN Vakgroep Jeugd geldt bij deze opleidingen als landelijke norm. ‘Wie weet kunnen deze opleidingen beter op elkaar afgestemd worden. Daar wordt nu dus ook naar gekeken.’

Wie, wat en hoe hoog zijn de kosten?

Momenteel zijn er naar schatting 3500 jeugdverpleegkundigen aan het werk bij de verschillende jeugdgezondheidszorgorganisaties in Nederland. Onduidelijk is hoeveel hiervan de opleiding tot jeugdverpleegkundige hebben gevolgd. Sommige organisaties geven aan dat zo’n 30 procent de post-hbo-opleiding tot Jeugdverpleegkundige deed, terwijl andere organisaties aangeven dat dit percentage veel lager ligt of dat dit niet uitgesplitst kan worden. Het voorstel dat bij het ministerie ligt is om jaarlijks 10 procent van de jeugdverpleegkundigen de opleiding aan te bieden: 5 procent voor nieuwe verpleegkundigen (instroom) en 5 procent voor reeds werkzame jeugdverpleegkundigen (behoud). Dat komt dan jaarlijks neer op 350 verpleegkundigen die opgeleid worden. Na vijf jaar is dan zo’n 50 procent van de jeugdverpleegkundigen opgeleid. De kosten daarvan liggen op zo’n 20.000 euro per verpleegkundige. Daar vallen naast de opleidingskosten ook de begeleiding onder en de vervangingsuren als de verpleegkundige in de schoolbanken zit. Het huidige voorstel is dat het ministerie hiervan 15.000 euro voor zijn rekening neemt en de werkgever 5.000 mee betaalt. De verpleegkundige wordt gevraagd tijd te investeren door het huiswerk in de eigen uren te maken.

‘Eigenlijk zijn alle JGZ-organisaties voor dit plan’

V&VN is inmiddels in de taakomschrijving gedoken als het gaat om een beginnend en ervaren jeugdverpleegkundige. ‘Daar komen functieprofielen uit waarin ook de salarisschalen van de jeugdverpleegkundigen in worden meegenomen. Heel belangrijk voor de doorgroeimogelijkheden van jeugdverpleegkundigen.’

Goede hoop

Binnenkort komen de partijen weer bij elkaar op het ministerie. Dan is er meer zicht op het onderzoek van het Capaciteitsorgaan, het plan van V&VN en de inhoud van de opleidingen. ‘De beleidsmedewerkers van het ministerie zijn in overleg om intern steun te krijgen voor het plan’, vertelt Vellinga. ‘In het najaar van dit jaar gaan we kijken waar we nu staan met elkaar. Wij hebben in ieder geval goede hoop dat de subsidie op de post-hbo-opleiding Jeugdverpleegkundige wordt goedgekeurd. Is het niet dit jaar, dan zeker volgend jaar.’ 

Tijdschrift M&G volgt de ontwikkelingen op de voet. Zodra er nieuwe ontwikkelingen zijn, zullen wij hiervan verslag doen.

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

Psychiater dr. Sjacko Sobczak:

'Dementie en trauma: het gaat om het herkennen van wat er onder het gedrag ligt'

In deze rubriek komen professionals aan het woord die inspireren. Niet alleen hun functie, maar ook hun lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer Sjacko Sobczak, als ouderenpsychiater en senior onderzoeker werkzaam bij GGZ instelling Mondriaan en de Universiteit Maastricht waar ze onderzoek doet naar ouderen met dementie en Posttraumatische stress stoornis (PTSS). 'Vaak is "probleemgedrag" bij mensen met dementie en PTSS "signaalgedrag".'

*Tekst:
Hellen
Kooijman*

Ooit in een ver verleden werkte Sobczak als verzorgende in een verpleeghuis. 'Ik was student en had geen cent te makken.' Daar, zo zegt ze, kwam wel een beetje de affiniteit met het onderwerp vandaan. Niet per se voor de hand liggend. Niet elke jongere staat te sprongen om te werken met ouderen en dementie. 'Jammer genoeg', weet Sobczak 'komt dat vaak voort uit onwetendheid. Helaas hangt er nog steeds een labeltje aan van grijs en saai, maar dat is niet zo. Mensen weten pas wat de ouderenzorg inhoudt als ze het gedaan hebben. Het is heel divers en innovatief en continue in ontwikkeling. Het is heel breed ook.'



'Een brein van iemand met dementie kan minder goed die nare herinnering wegdrücken en de emoties die daarbij horen'

Sobczak is het levende bewijs dat werken met ouderen en dementie alleszins saai is. Ze rolde dit 'gebied' binnen doordat ze binnen de GGZ-groep waar ze werkte onderzoek deed naar behandelingen aan ouderen zonder dementie- die met post traumatische stress stoornissen (PTSS) kampten. 'Ik merkte dat als ik bij mensen met dementie kwam die uitdagingen hadden, dus die moeilijker gedrag vertoonden, zij vaak een traumatische levenservaring hadden. We zijn toen gestart met het geven van behandelingen die we normaliter aan mensen met

PTSS gaven. Die bleken ook vaak te werken bij mensen met dementie. Maar dan moet je natuurlijk nog wel bewijs hebben dat het echt werkt. Dus toen zijn we ons PTSS-onderzoek gaan verbreden naar mensen met dementie.'

Als het gaat om trauma wordt vaak aan oorlogstrauma's gedacht. Inderdaad, zegt Sobczak, de groep ouderen van nu heeft de oorlog vaak als kind meegeemaakt, en als je kijkt naar vluchtelingen, leeft dat al helemaal. Maar er zijn nog veel meer soorten trauma's. Seksueel misbruik bijvoorbeeld, dat wordt onnoemelijk onderschat. Bij PTSS denk je vaak aan oorlog en veteranen, aan vooral mannen. Maar het zijn met name vrouwen die dementie ontwikkelen. En het zijn ook vooral vrouwen die slachtoffers worden van seksueel misbruik en daar PTSS door ontwikkelen. Dus daar zit nog een heel hiaat over wat we weten en zeker qua behandelingen', meent Sobczak. 'Los daarvan is er een hele generatie die niet over hun trauma praatte, er is nog veel schaamte'.

Aan tafel met...

Trauma en dementie

Het komt, zo denkt ze veel vaker voor dan we denken dat mensen met dementie ook PTSS hebben. '80 procent van de Nederlanders heeft een traumatische ervaring meegemaakt. Het gaat nog best goed zolang mensen gezond zijn en jong. Dan kunnen ze zich ontspannen, afleiding zoeken en zich beteugelen. Maar veel valt weg als mensen dementie ontwikkelen. De gebieden in het brein die ervoor zorgen dat heftige herinneringen en emoties die opgeslagen zijn, onderdrukt worden, vallen bij dementie ook weg. Een brein van iemand met dementie kan minder goed die nare herinnering wegdrücken en de emoties die daarbij horen. Daarnaast valt het mechanisme om daar goed mee om te gaan weg. Naast dat minder goed functionerende brein, zijn er ook al die verlies-ervaringen; je partner wordt ziek of gaat dood, je komt daarnaast dingen tegen die je niet snapt. Ofwel, er zijn allerlei prikkels die ervoor zorgen dat een PTSS door dementie, op kan spelen.'

'Het is cruciaal dat je ook als verpleegkundige weet dat bepaalde handelingen of gedrag voort kunnen komen uit een trauma'

En dat gebeurt nogal eens op een manier die nog te vaak niet als zodanig herkend wordt. 'Mensen die gewassen moeten worden maar die dan bij de vraag "Wilt u uw kleren uitrekken" weerstand bieden of angstig worden.' Dit soort gedrag wordt vaak 'probleemgedrag' genoemd, meent Sobczak, maar we kunnen het ook als 'signaalgedrag' zien. Iemand laat gedrag zien omdat hij of zij zich onveilig voelt. Omdat er een trauma onder ligt.' Alleen al het gegeven dat je je daarvan bewust bent is al belangrijk. 'Het is cruciaal dat je ook als verpleegkundige weet dat bepaalde handelingen of gedrag voort kunnen komen uit een trauma.'

Maar verpleegkundigen zijn natuurlijk geen psycholoog of psychiater. Waar ligt hier de taak van de verpleegkundige?

'Een psycholoog of psychiater zou uitleg kunnen geven aan een verpleegkundig team. Wat PTSS is, hoe zich dat kan uiten en hoe je een persoon het beste kan bejegenen. Vanuit de GGZ zou er uitleg gegeven kunnen worden over wat PTSS is en wat een persoon doet. Een oudere met dementie en PTSS is bijvoor-

Hoe vaak komt PTSS voor bij mensen met dementie?

'Volgens schattingen heeft 8 procent van de volwassen Nederlanders een vorm van PTSS. Maar, zo zegt Sobczak, daarbij hebben we de mensen die aan het einde van het leven staan en zeker mensen met dementie, niet meegerekend. Daar is niet naar gekeken. Mensen met PTSS hebben daarnaast, zo blijkt uit onderzoek, een verhoogd risico om dementie te ontwikkelen.'

Meer weten over Sobczak, ptss en dementie, kijk op:

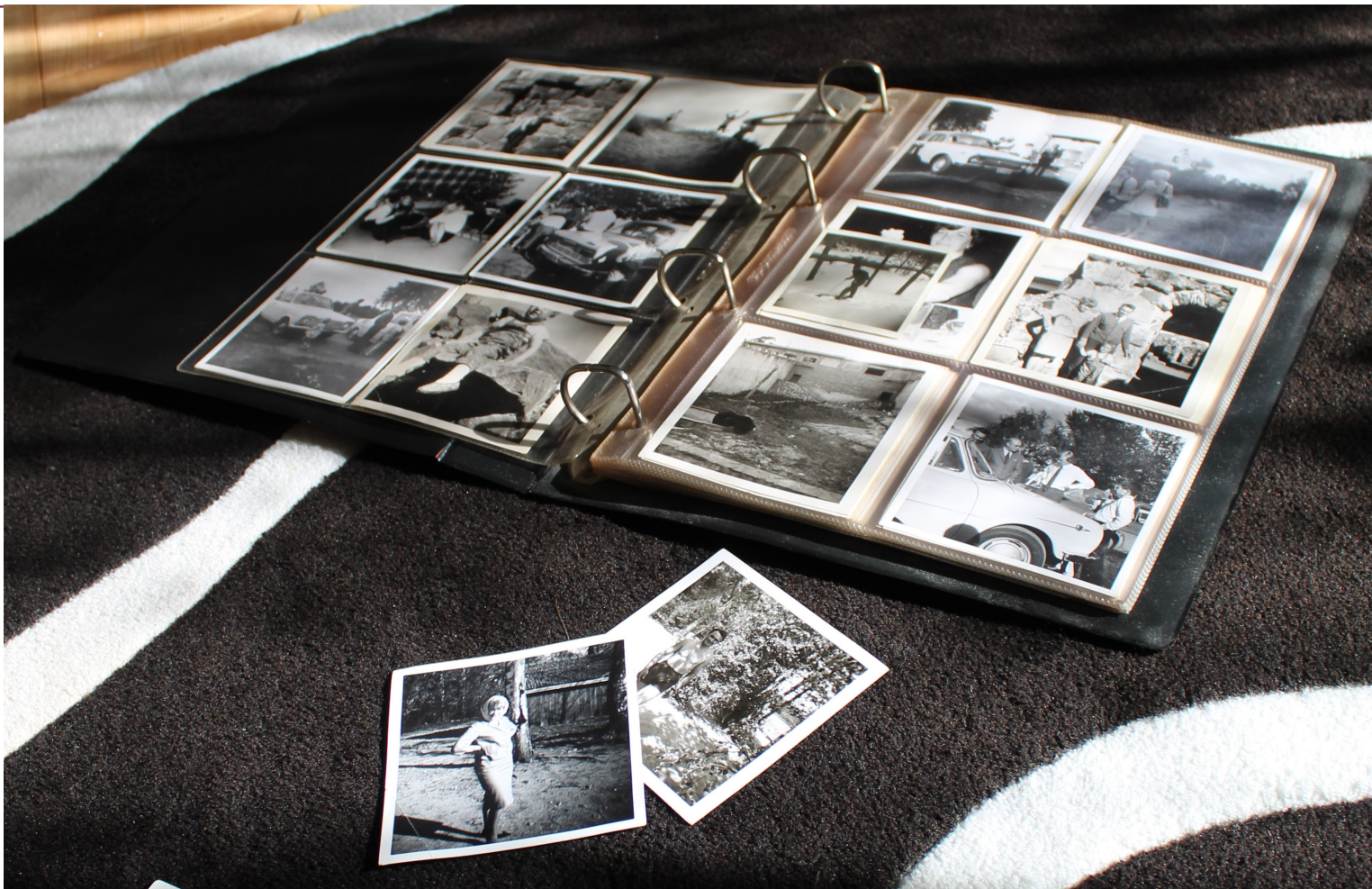
<https://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/wat-als-je-oorlog-misbruik-geweld-steds-herbeleeft>

Sobczak is nauw betrokken bij het Age@Minds Fonds, dat als doel heeft om de zorg voor ouderen met psychische aandoeningen te verbeteren tot in de laatste levensfase.

www.ufl-swol.nl/fonds/ageminds-fonds/

beeld niet bewust agressief tijdens het wassen, maar kan ontzettend angstig zijn. Want die kan misbruikt zijn. Een psycholoog of psychiater komt om de hoek als het gaat wat er nog mogelijk is qua behandelingen. Er zijn diverse traumabehandelingen die we nu ook al toepassen bij kinderen die nog niet kunnen praten, dus dat kan ook bij mensen met dementie. Sommige traumabehandelingen, EMDR bijvoorbeeld, kun je ook toepassen bij mensen met dementie.'

De rol van de verpleegkundige speelt zich af op het gebied van benadering en bejegening. 'Verpleegkundigen komen veel in contact met de persoon en die kunnen bijvoorbeeld hun bejegening aanpassen. Dat ze bijvoorbeeld zelf minder gestrest zijn als iemand angstig is. Of agressief.' Wat je als verpleegkundige zou kunnen doen is dat je luistert en het houdt bij wat je aankondigt. 'Als je komt om het bovenlijf te wassen en dat je denkt: ah, maar ik kan toch nog even snel het onderlijf doen, je je realiseert dat je dat beter niet kunt doen.' Het helpt als je weet wat iemand heeft meegemaakt. 'In praktijk blijkt soms dat mensen die de watersnoodramp hebben meegemaakt, angstig worden als je ze onder de douche zet. Dan kun je dat misschien beter niet doen.' Soms hebben mensen herbelevingen. Dan zijn ze weer even terug in de gebeurtenis die destijds traumatiserend was. 'Je moet je realiseren dat je iemand bij een herbeleving terug moet halen naar het hier en nu. Hoe je dat doet is per mens verschillend. Sommigen zijn gebaat bij een wandelingetje, anderen bij het bekijken van de foto van de kinderen.'



Het scheelt een hoop als je weet wat de geschiedenis van iemand is. Dan weet je wat het trauma is en kun je daar gedrag aan linken. 'Als iemand begint te schreeuwen bij laten we zeggen, een aanraking of douchestrallen, dan is het zaak om dat te benaderen vanuit dat trauma en niet te zien als probleemgedrag. 'Vanuit iemands levensverhaal raakt zo iemand in paniek, dan

kijk je naar triggers. Iemand raakt in paniek als om 12 uur het luchtalarm afgaat. Die persoon heeft wellicht een oorlogstrauma en reageert mogelijk van daaruit daarop.' Of iemand raakt heel angstig als de deur op slot gaat. 'Dan kun je proberen die triggers te voorkomen.'

Wat is jouw advies aan verpleegkundigen?

'Luister naar het verhaal en luister ook naar de woorden die niet gesproken zijn. Probeer het levensverhaal van de persoon mee te nemen in hoe je iemand bejegent. Als er bijvoorbeeld weerstand is tegen iets wat je doet, vraag je dan af: Wat probeert die persoon nu te vertellen? En probeer er vooral ook over te praten. Ga niet 'dicht dekken'. Dat hoor ik best vaak, dat tegen mensen met bepaald gedrag wordt gezegd: Doe maar niet meer. Maar dementie is een progressieve aandoening en de kans dat het alleen maar erger wordt is heel reëel. Als iemand signalen geeft en je hebt vertrouwen gekregen; ga het gesprek aan, loop er niet van weg. Doe in ieder geval wat, ook al is dit niet meteen het goed. Niets doen is nog erger.' 🗨️

*Hellen
Kooijman is
(eind)redacteur
van Tijdschrift
M&G en
freelance
journalist*

Masterclass Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) bij mensen met dementie

Deze masterclass, waar ook Sjacko Sobzcak spreekt, gaat in op de kennis van nu rondom dit thema. Wat is de onderlinge relatie tussen PTSS en dementie? Hoe kan ik PTSS bij mensen met dementie herkennen? Zijn er nog behandelopties? Waarmee moet ik rekening houden in de bejegening en zorg? Kortom deze masterclass biedt 'state of the art' kennis en tools om met deze doelgroep aan de slag te gaan.
15 september 15.00 - 17.00

Aanmelden kan via www.venvn.nl/agenda/masterclass-posttraumatische-stress-stoornis-ptss-bij-mensen-met-dementie/

VTT Envida, HAP en SEH bieden samen de juiste zorg op de juiste plek

Schouder aan schouder in weekend, avond en nacht

Het aantal ouderen dat nog thuis woont, neemt de komende jaren alleen maar toe. En dus ook hun complexe zorgvragen. Om deze groep en hun mantelzorgers zo goed mogelijk te ondersteunen, is samenwerking van groot belang. Een mooie vorm daarvan zien we in Maastricht en Heuvelland. Daar hebben Envida, de spoedeisende hulp (SEH) en de huisartsenpost (HAP) de handen ineen geslagen. 's Avonds, 's nachts en in het weekend bieden ze in Maastricht en Heuvelland samen zorg aan patiënten met een acute hulpvraag. Na anderhalf jaar zijn de resultaten best indrukwekkend: er worden onnodige ziekenhuisopnamen en artsbezoeken voorkomen, het werkplezier is toegenomen en het vertrouwen in elkaar is groot. Verpleegkundige Dankeld Vermaas van Envida, huisarts Siamack Sabrkhany van de HAP en teamleider en -verpleegkundige Sanne Huveners van de SEH delen hun enthousiasme.

Tekst:
Mariette
Stuijts en
Pascal Panis

Sinds anderhalf jaar is er in de avond en nacht altijd een (wijk)verpleegkundige van het Verpleegkundig Technisch Team (VVT) van Envida op de huisartsenpost. Het gaat om speciale verpleegkundigen die bij mensen thuis verpleegtechnische handelingen verrichten die anders in het ziekenhuis zouden moeten gebeuren. Zoals het aanleggen van infusen of palliatieve sedatie. Tegenwoordig draaien ze dus ook diensten op de huisartsenpost.

'Er wordt in toenemende mate gevraagd om meer gedifferentieerde zorg'

Dankeld Vermaas is één van hen. 'Als ik avond- en nachtdienst heb bij de HAP komen de oproepen binnen via de centralist van Envida die 's nachts ook bij de HAP aanwezig is of via de triagist van de HAP. Het voordeel van de samenwerking is dat alle benodigde zorgmede-

Vanaf 2019 werken het ambulante nachtteam en de centralist van Envida op de HAP. Sinds februari 2021 is daar de wijkverpleegkundige van het VTT aan toegevoegd. Tussen 1 februari 2021 en 1 juli 2022 zijn er op de HAP en SEH bijna vijfhonderd ouderen door de wijkverpleegkundige van het VTT geholpen. Zo'n 55 procent van de ouderen was al bekend bij Envida of een andere zorgorganisatie, 45 procent niet. Ruim driehonderd keer werd een huisbezoek van een arts voorkomen en negentig keer een ziekenhuisopname.

werkers zich in één ruimte bevinden. Daardoor kan ik meteen met de arts overleggen hoe we een casus het beste kunnen aanpakken en wie op pad gaat.' In ernstige gevallen is dat de HAP-arts, maar als een cliënt bijvoorbeeld gekatheteriseerd moet worden, neemt wijkverpleegkundige Vermaas die oproep voor haar rekening. 'Het kan ook zijn dat ik eerst poolshoogte ga nemen bij een cliënt en de situatie beoordeel. De HAP-arts en ik bezoeken zelden samen dezelfde patiënt. De onderlinge lijnen zijn kort, waardoor we snel de beste zorg kunnen leveren.'

Niet meteen naar huis

'Die korte lijnen zijn er ook met de collega's van de spoedeisende hulp. Daarbij gaat het dan vooral om kwetsbare ouderen die na een bezoek aan eerste hulp niet meteen terug naar huis kunnen, maar die ook niet in een ziekenhuisbed horen. We zoeken samen naar een passende oplossing. Soms is dat een opname op de acute PG van Envida of op afdeling de Schakel van Vitala+. Op deze manier voorkomen we onnodige ziekenhuisopnamen en krijgen ouderen de juiste hulp op het juiste moment op de juiste plaats.' Ook huisarts Siamack Sabrkhany ziet duidelijk de voordelen van de samenwerking. Samen met zijn echtgenote Ellen Schoorel heeft hij de huisartsenpraktijk Maasmedics in de Maastrichtse wijk De Heeg. Daarnaast werkt hij gemiddeld één dag per week bij de HAP. 'De HAP is doordeweeks van 17.00 tot 8.00 uur geopend en in het weekend voor spoedgevallen. Ik heb daar verschillende functies. Afwisselend van regiearts of behandelend arts ter plekke, tot visitearts bij patiënten thuis die niet naar de huisartsenpost kunnen komen.'



Foto MCM Productions

Van links naar rechts: teamleider Sanne Huveners, huisarts Siamack Sabrkhany en verpleegkundige Dankeld Vermaas.

Eerste medische inschatting

‘De samenwerking tussen het VTT van Envida en de HAP heeft zeker toegevoegde waarde. Temeer omdat steeds meer kwetsbare ouderen een beroep doen op de HAP. Bovendien wordt in toenemende mate gevraagd om meer gedifferentieerde zorg. De wijkverpleegkundige ontlast de HAP door in geval van twijfel bij een patiënt op huisbezoek te gaan. Hij of zij maakt dan een eerste medische inschatting door controles uit te voeren bij een patiënt en geeft de bevindingen door aan de arts. Dan bepalen we een eventuele vervolgactie. Het kan zijn dat een patiënt het advies krijgt om tot de volgende dag op de huisarts te wachten. Het kan evengoed zijn dat iemand meteen een arts nodig heeft of met de ambulance opgehaald moet worden.’

‘Het is erg prettig dat de VTT-medewerkers diverse verpleegtechnische handelingen kunnen uitvoeren, zoals het plaatsen van een infuus of katheter. De samenwerking is plezierig. Samen werken en samen zitten maakt het leuker’, aldus Siamack Sabrkhany.

De spoedeisende hulp (SEH)

Wie ‘s nachts in Maastricht de spoedeisende hulp (SEH) wil bezoeken, komt eerst bij de huisartsenpost voor een triage, beoordeling van de hulpvraag dus. ‘Zo zorgt de HAP ervoor dat de SEH minder consulten in de avond of nacht hoeft uit te voeren. Dat vermindert de druk op de SEH en het bespaart kosten voor patiënten en zorgverzekeraars, omdat een SEH-consult nu eenmaal duurder is.’

Sanne Huveners werkt inmiddels dertien jaar bij de SEH. Ze is deels teamleider en deels SEH-verpleegkundige. ‘De samenwerking tussen het VTT, de HAP en de SEH heeft als doel patiënten de juiste zorg op de juiste plek te

‘De samenwerking heeft als doel patiënten de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden. Niet alleen in het ziekenhuis, maar ook in de eigen thuisomgeving of transferafdeling’

kunnen bieden. Niet alleen in het ziekenhuis, ook in de eigen thuisomgeving of tijdelijk bij transferafdeling De Schakel. Dat lukt goed. We voorkomen dat dure ziekenhuisbedden onnodig bezet worden en kwetsbare ouderen van slag of gedesoriënteerd raken in een ziekenhuisomgeving. De SEH en de HAP liggen vlak naast elkaar in het Maastricht UMC+ maar het zijn in wezen twee zelfstandige organisatieonderdelen. Bij de HAP vallen patiënten onder de eerstelijnszorg, als ze worden doorverwezen komen ze terecht bij de tweedelijnszorg van de SEH. Van samenwerking is met name sprake bij een doorverwijzing.’

Concreet stappenplan

‘We behandelen patiënten in de leeftijdscategorie van 0 tot 100 jaar. Nogmaals, het grote voordeel van onze samenwerking met het VTT en de HAP is dat we meerdere patiënten soms beter passende alternatieven kunnen bieden voor een ziekenhuisopname. Daarbij zorgen we ook voor een concreet stappenplan. We vertellen hun bijvoorbeeld welk nummer ze kunnen bellen voor aanvullende zorg of we maken een vervolgspraak. Kortom, we laten SEH-patiënten nooit met lege handen vertrekken.’ ☺

Mariette Stuijts en Pascal Panis werken bij de afdeling communicatie van Envida

Het financieringsstelsel in de gezondheidszorg

Lees jij ook weleens over 'nieuwe' initiatieven of zorgconcepten en dat je dan denkt: Dat is toch niets nieuws, dat heb ik al eerder gehoord of gelezen? En inderdaad; veel recente ontwikkelingen vloeien voort uit wat daar in het verleden over bedacht of besloten is. Redacteur en adviseur Huub Sibbing plaatst in deze rubriek De geschiedenis van... de actuele ontwikkelingen in een historische context en reflecteert op de dilemma's en wat er mis ging. Deze keer neemt hij de bekostiging van de gezondheidszorg onder de loep.

*Tekst:
Huub Sibbing*

In het vorige artikel in de serie 'de geschiedenis van' ging het over de geschiedenis van het zorgstelsel. Daarin lazen jullie dat er de afgelopen 150 jaar een continue slingerbeweging is geweest tussen publiek (de overheid heeft de regie) en privaat (afzonderlijke marktpartijen zoals instellingen en zorgverzekeraars domineren de gezondheidszorg).

'Als deze tendens zich voortzet zitten we met een groot probleem'

Ook lazen jullie dat de rekening voor de kosten van de gezondheidszorg steeds minder betaald wordt uit de collectieve middelen (belastingen, premies zorgverzekeringen et cetera) maar steeds meer bij de burger wordt neergelegd, in de vorm van eigen bijdrage, eigen risico enzovoorts.

Dit verklaart echter niet de volgende verschijnselen die de gezondheidszorg voor de toekomst ernstig bedreigen:

- de kosten van de gezondheidszorg stijgen exceptioneel, veel sterker dan andere sectoren en veel sterker dan het Bruto Nationaal Product
- er wordt steeds minder besteed aan preventie en eerstelijnszorg en steeds meer aan intramurale zorg.

Dit artikel gaat over de wijze waarop instellingen en vrijgevestigde professionals betaald krijgen en kregen voor hun inspanningen en de effecten hiervan op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Stukje terug

In eerdere artikelen schreef ik dat 1974 gezien werd als een potentieel kantelpunt in de Nederlandse gezondheidszorg. Met de Struktuurnota van staatssecretaris Jo Hendriks trok de overheid het initiatief naar zich toe. De

ongebreidelde kostenontwikkeling in de gezondheidszorg moest tot staan gebracht worden en er moest een verschuiving komen van kosten in de tweede lijn (intramurale zorg) naar preventie en kosten in de eerste lijn. Je zou vanaf dat moment twee ontwikkelingen verwachten:

- de kosten in de gezondheidszorg dalen in vergelijking met andere sectoren in de samenleving en het nationale uitgavenpatroon (Bruto Nationaal Product) als totaal
- verhoudingsgewijs zouden de uitgaven aan preventie en de eerste lijn toenemen en de uitgaven aan de tweede lijn afnemen.

Het tegenovergestelde is echter gebeurd. In 1973 besteedden we circa 6 procent van ons Bruto Nationaal Product (BNP) aan het gezondheidszorgsysteem. Dat is momenteel gestegen naar circa 12 procent van het BNP. Daarmee is de gezondheidszorg de grootste economische sector in Nederland. We geven meer geld uit aan gezondheidszorg dan aan voeding, huisvesting, vervoer, sociale zekerheid of klimaat. En volgens berekening van het Centraal Planbureau en het RIVM zal dit bij ongewijzigd beleid doorgroeien naar 25-30 procent van het BNP in 2035-2040.

Als deze tendens zich voortzet zitten we met een groot probleem, want hoe meer we uitgeven aan gezondheidszorg hoe minder geld we te besteden hebben aan al die hierboven genoemde belangrijke onderwerpen. De Groningse hoogleraar Flip de Kam noemde de gezondheidszorg daarom ooit al eens 'het koekoeksjong' van de Nederlandse economie.

Niet de vergrijzing

In veel analyses wordt de 'vergrijzing' naar voren geschoven als oorzaak van de kostenstijging in de gezondheidszorg. Maar onderzoeksbureau Nyfer toonde in 2012 in haar rapport Integrale zorg in de buurt



overtuigend aan dat deze redenering op een misvatting berust. Het aandeel van de vergrijzing op de kostenstijging van de afgelopen jaar bedraagt max.

10-15 procent. Van de echte vergrijzing, de babyboomgeneratie die zorgbehoevend wordt, is nog maar in beperkte mate sprake. De echte druk van de vergrijzing op de zorgkosten zal pas na 2025 plaatsvinden. Volgens het Nyfer-rapport zijn de hoofdverantwoordelijken voor de stijging de specialisten en de ziekenhuizen die voor hun inkomen afhankelijk zijn van hun verrichtingen. In tegenstelling tot wat je zou mogen verwachten zijn sinds 1974 de uitgaven van de eerste en tweede lijn niet gekanteld. In 1974 gaven we 55 procent uit aan specialistische en intramurale zorg en dat is sindsdien gestegen naar bijna 70 procent.

Tegelijkertijd zijn de uitgaven aan collectieve preventie en eerstelijnszorg in die periode niet gestegen maar juist gedaald van 21 naar 12 procent.

Hoe is dit nu te verklaren?

Blijkbaar is er een mechanisme in de gezondheidszorg actief wat precies de andere kant op werkt dan wat de beleidsmakers in Den Haag beogen.

Dit heeft in belangrijke mate te maken met de mechanismen die sturing geven aan de verdeling van de bestedingen in de gezondheidszorg. Arts-filosoof Paul Juffermans leert ons al 1982 in zijn gedenkwaardige publicatie *Staat en Gezondheidszorg in Nederland* om naar de gezondheidszorg niet alleen te kijken als dienstverlenend, maar ook als economisch systeem. En dan valt op dat economische wetten van toepassing zijn. Eén van de belangrijkste economische wetten is de Wet van de economische prikkel ofwel: welk gedrag wordt (financieel) beloond en welk gedrag wordt (financieel) afgestraft. Als we dit toepassen op de gezondheidszorg dan zien we het volgende.

In het oudste bestaande financieringssysteem, de Ziekenfondswet van 1947, werd de huisarts, als poortwachter binnen de eerstelijnszorg, en de specialist, als poortwachter binnen de tweedelijnszorg beiden gefinancierd. Maar wel volgens een fundamenteel verschillend principe. De huisarts wordt betaald volgens een abonnementssysteem, wat wil zeggen dat een huisarts voor zijn patiënten een vaste vergoeding per patiënt ontvangt. Ongeacht de tijden of energie die hij of zij aan een patiënt besteedt. Een huisarts wordt daarmee

De geschiedenis van...

absoluut niet gestimuleerd om extra zorg te verlenen aan nog thuiswonende cliënten, want dat kost alleen maar extra tijd en hij of zij krijgt er geen cent extra voor.

Verrichtingensysteem

Volstrekt tegenovergesteld is de financieringsstructuur van de medisch specialist: het verrichtingensysteem. Hij krijgt betaald per uitgevoerde verrichting, hoe meer verrichtingen hij of zij uitvoert, hoe meer de medisch specialist verdient.

Kortom: het financieringssysteem heeft de ingebouwde tendentie in zich om, zeker in tijden van hoge werkdruk onder huisartsen, patiënten in de thuissituatie door te verwijzen naar de tweedelijnszorg en tegelijkertijd de tendentie om patiënten binnen de tweedelijnszorg daar te houden.

Dit verrichtingensysteem is af en toe aangepast met marginale aanpassingen, zoals de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC'S) maar het fundamentele principe is strak overeind gebleven en in de laatste decennia dominant geworden voor de hele gezondheidszorg.

Toch zijn vrijwel alle onderzoeksinstituten, adviescolleges en gezondheidseconomen het er al decennia over eens dat het verrichtingensysteem schadelijk en contraproductief is. In tal van rapporten en onderzoeken wordt de theorie van Juffermans ondersteund. En blijkt dat er door het verrichtingensysteem van specialisten een grote mate van overbodige en onnodige zorg en medicalisering plaatsvindt. Een kleine greep uit de recente historie.

- Al in 1991 bracht de Gezondheidsraad het rapport *Medisch handelen op een tweesprong* uit, waarin geconstateerd werd dat alleen al binnen de ziekenhuiszorg vele miljarden euro's bespaard zouden kunnen worden aan volstrekt overbodige of ineffektieve verrichtingen
- Onderzoek van het CPB (2011) waarin overtuigend wordt aangetoond dat de verschillen tussen regio's wat betreft het aantal behandelingen patiënt geen enkele relatie heeft met de gezondheid van de bevolking maar alleen te verklaren viel uit de dichtheid van vrijgevestigde specialisten in de betreffende regio. Een fenomeen wat overigens al in 1982 boven tafel werd gehaald door journalist Piet van der Eijk in zijn boek *De verdoktering van Nederland*
- Het eerder genoemde Nyfer-onderzoek (2012)

- Het onderzoek van organisatieadviesbureau BOOZ (2012) onder leiding van oud-minister Klink, waarin op basis van een vergelijkbare analyse geconstateerd werd dat er in de zorg miljarden (schatting: 8 miljard euro) probleemloos bespaard kon worden door overbehandeling te elimineren.

Is het 'lek' nu boven?

Als we al zo lang weten, dat er een systeemfout zit in de financieringsstructuur, dan is de oplossing: we draaien het om! We gaan voortaan huisartsen extra belonen om patiënten langer thuis te kunnen houden (verrichtingensysteem) en we stoppen met het belonen van extra verrichtingen door specialisten.

Dit idee is overigens niet nieuw. Reeds in de Structuur-

'We weten al heel lang dat er een systeemfout zit in de financieringsstructuur'

nota (1973) en later in het rapport van de Commissie Dekker (1986) werd ervoor gepleit dit mechanisme om te draaien: een verrichtingensysteem voor huisartsen en een abonnementsstelsel voor specialisten. Echter zonder succes.

In 1994 is naar aanleiding van het bovengenoemde rapport van de Gezondheidsraad gestart met vijf experimenten waarbij medisch specialisten niet langer per verrichting betaald krijgen. Het experiment beleefde een roemloos einde.

Decennia lang zijn er vanuit de politiek, vanuit de wetenschap, en vanuit maatschappelijke organisaties initiatieven ontplooid tot fundamentele veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg. Zo publiceerde de overheid onder auspiciën van de Inspectie Rijksfinanciën in 2019 het rapport *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel met "fundamentele structuurwijzigingen"*. Sindsdien is het oorverdovend stil.

Want als je aan de financieringsstructuur in de gezondheidszorg komt, komt je aan de kern van het probleem: de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg. Over die machtsverhoudingen in de gezondheidszorg en over alternatieven voor het huidige bekostigingstelsel gaat mijn laatste artikel in nummer vier van dit tijdschrift. [↗](#)

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



FrieslandCampina 

Institute
for dairy nutrition and health

Informatiematerialen 'Goede voeding voor kinderen'

FrieslandCampina Institute heeft verschillende informatiematerialen over 'Goede voeding voor kinderen' beschikbaar: brochures om aan ouders mee te geven, een poster voor in de wacht- of spreekkamer en verschillende gesprekskaarten voor uitleg over goede voeding tijdens het consult. Hierin worden de voedingsaanbevelingen voor kinderen in de leeftijd van 1 t/m 8 en 9 t/m 18 jaar weergegeven.



Aanvragen?

Bestel deze materialen kosteloos via www.frieslandcampinainstitute.com/nl

Bestel gratis



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

www.frieslandcampinainstitute.com/nl

institute.nl@frieslandcampina.com

 Facebook: /FrieslandCampina Institute

 Twitter: FCInstitute_NL

Wijkverpleegkundige Margreet van Benthem:

‘De zelfredzaamheid van de cliënt verhogen vind ik heel boeiend’

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Deze keer Margreet van Benthem (53), wijkverpleegkundige bij Eean in Purmerend. Daarvoor was ze 25 jaar HR-adviseur bij deze organisatie.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Hoe ben je in de wijkverpleging terechtgekomen?

‘Hiervoor heb ik 25 jaar gewerkt als HR-adviseur bij Eean. Na zo’n lange tijd begint het te kriebelen. Wil ik nog iets anders de rest van mijn werkbare leven? Al snel kwam ik er achter dat ik de zorg niet uit wilde, maar dat ik er echt bij betrokken wilde raken. Bij de HR-afdeling zat ik voornamelijk aan de beleidsmatige kant. Ik besloot de stap te wagen en begon met mijn hbo-v via de LOI. In eerste instantie naast mijn werk als HR-adviseur. Ik liep stages en deed mijn werk op de HR-afdeling. Mijn laatste stage was in de wijkverpleging en toen wist ik: dit is wat ik wil!’

Wat vind je zo leuk aan het vak wijkverpleegkundige?

‘Ik vind het heel fijn om met andere professionals in de wijk samen te werken. Daarnaast vind ik het stukje welzijn heel boeiend. Vooral het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten. Vooral nu de krapte op de arbeidsmarkt dagelijks voelbaar is, is dit bijna een must.

‘Cliënten kunnen vaak meer dan ze zelf denken. Maar sommigen houden soms sterk vast aan het idee dat ze recht hebben op zorg’

Vaak kunnen cliënten veel meer dan ze zelf denken. Maar sommigen houden soms sterk vast aan het idee dat ze recht op zorg hebben. Waarom moet ik opeens

Bio

Naam: Margreet van Benthem

Werkt bij: Thuiszorgorganisatie Eean

Opleiding: hbo-v bij de LOI

Is goed in? ‘Ik kan boosheid bij een cliënt goed ombuigen tot een goed gesprek. Dat is echt een kracht van me.’

Minder goed in? ‘Grenzen stellen. Ik ben altijd bezig met mijn werk en ik kan slecht nee zeggen. Ik weet het, dat is niet goed. Een leerpuntje dus.’

zelf mijn steunkousen aandoen met een handyleg, zeggen ze dan. Als je ze dan uitlegt dat de werkdruk enorm is en dat twee keer per dag langskomen voor steunkousen echt niet meer lukt, dan worden ze vaak milder. En regelmatig zijn ze dan opeens ook weer een beetje trots op zichzelf omdat ze dus toch meer kunnen dan verwacht. Natuurlijk houden we wel altijd een oogje in het zeil en springen in daar waar het echt nodig is.’

Je hebt je eerste stage intramuraal gelopen. Wat is het verschil tussen intramuraal werken en werken in de thuiszorg als wijkverpleegkundige?

‘Qua wijk schrok ik wel van de hygiëne. Dat is intramuraal een groot ding en daar wordt heel serieus mee omgegaan, met alle richtlijnen en afspraken van dien. In de thuiszorg is dat regelmatig niet het geval en moet je roeien met de riemen die je hebt. Met bijvoorbeeld materialen die niet steriel of voorradig zijn. Neem urinezakken. Die worden vaak met een waterkraan uitgespoeld en bijvoorbeeld in de badcel te drogen

gehangen. Dat is echt heiligschennis intramuraal. Het zijn vaak ook de cliënten die dit in stand houden. Zij betalen vanaf een bepaald bedrag zelf voor deze materialen en zeggen dan: "Ik heb nog nooit last van infecties gehad. Dus we blijven het gewoon zo doen." Tsja, wat doe je dan? Dan roei je dus met de riemen die je hebt en spoel je de zakken zo zorgvuldig mogelijk uit.'

Wat vind je moeilijk aan je werk?

'Soms wordt iemand aangemeld die nog maar kort te leven heeft. Onlangs kregen we via oncologie een vrouw in zorg die van mijn leeftijd was. Dat kwam heel dichtbij. Ik voelde de emoties die zij doormaakte echt bij me binnenkomen. Wat ik zo moeilijk vond aan die situatie was dat ze niet kon accepteren dat ze dood ging. In veel situaties hebben mensen wel een soort van berusting, zeker als ze zo ziek zijn dat het niet meer gaat. Maar deze mevrouw was zo intens verdrietig en wilde daardoor niet aan de hulpmiddelen omdat ze dat te confronterend vond. Ze liep slecht,

'Wat ik fijn vind aan het werken in de thuiszorg is de diversiteit. Geen dag is dezelfde!'

maar wilde bijvoorbeeld geen hoog-laagbed. Op die manier hoefde ze niet naar boven voor een dutje. Alles wat wij voorstelden, veegde ze van tafel. Ze had met zoveel meer comfort kunnen sterven als ze ons had toegelaten. De vrouw heeft dus geen zorg gehad, maar we hadden wel telefonisch contact. Gelukkig kreeg ze veel hulp van haar familie en vriendenkring en dat was heel fijn in zo'n situatie.'

Wat heeft tot nu toe de meeste indruk op je gemaakt?

'Eigenlijk ben ik het meest onder de indruk van mezelf. Ik heb een grote stap gemaakt en in het begin had ik echt zoiets van: hoe ga ik dat in godsnaam allemaal leren? En wat blijkt? Elke keer als ik voor iets sta dat ik nog niet zo goed ken of weet, gaat het eigenlijk altijd goed. Neem een drain of een vacuümpomp aanleggen, een complexe wond verzorgen of een neusmaagsonde inbrengen. Daar lees ik me op in zodat ik goed voorbereid ben. En als het echt een eerste keer is neem ik een collega mee. Ik ben er inmiddels achter dat het belangrijker is na te denken over wat er fout kan gaan dan sec te kijken hoe je de handeling moet



uitvoeren. Daar bedoel ik onder andere mee dat als je bijvoorbeeld een neus-maagsonde inbrengt, op dat moment ook goed kijkt hoe het met de cliënt gaat. Dat is zeker de helft van het werk.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'Wijkverpleegkundige is een coördinerende functie, maar ik zal daar nog wel in moeten groeien. Over vijf jaar ben ik daar geroutineerder in. Wat ik zeker weet is dat ik nog als wijkverpleegkundige aan de slag ben. Wat ik zo fijn vind aan werken in thuiszorg is de diversiteit. Geen dag is dezelfde! En dat vind ik zo leuk aan mijn werk.' [🔗](#)

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

Expertgroep formuleert Missie en Visie Wijkgerichte preventie

Tekst: Huub Sibbing

Aanloop

In 2021 heeft de toenmalige vakgroep, nu afdeling Wijkverpleegkundigen, besloten om meer actieve leden te betrekken bij beleidsontwikkeling en profilering, door middel van 'expertkringen'. In 2021 heeft de expertkring veel energie gestoken in het ontwikkelen van een 'missie en visie met betrekking tot wijkgerichte preventie'.

Dit werd belangrijk gevonden omdat er veel verwarring was wat onder 'wijkgerichte preventie' werd verstaan en wat de rol van de wijkverpleegkundigen daarbij is.

Tijdens een drietal virtuele en levendige bijeenkomsten werden ideeën en suggesties aangedragen die leidden tot een werkdocument wat als concept werd gepresenteerd aan de leden van de expertkring en aan externe deskundigen. Na verwerking van alle commentaren, suggesties en aanvullingen ontstond zo het document *Missie en Visie Wijkgerichte Preventie* wat in het najaar van 2021 werd vastgesteld en op de website van de huidige afdeling Wijkverpleegkundigen van V&VN is geplaatst: <https://www.venvn.nl/afdelingen/wijkverpleegkundigen/expertkringen/wijkgerichte-preventie/>

Inhoud Missie en Visie wijkgericht preventie

Missie:

De beroepsgroep van wijkverpleegkundigen staat voor alle benodigde preventieve, cure- en caregerichte verpleegkundige zorg voor alle thuiswonende burgers in Nederland. Wij staan daarmee voor de gezondheid en zorg van alle bewoners in de wijk. We zijn wijkverpleegkundigen, die in hun Expertisegebied (2019) niet voor niets twee centrale CanMeds-rollen hebben geformuleerd: zorgverlener én gezondheidsbevorderaar.

Door zorg en preventie met elkaar te verbinden leveren wij, werkend vanuit de leefwereld van de burgers, een bijdrage aan:

- het behoud en verbetering van de gezondheid van de Nederlandse bevolking
- voor degenen die desondanks zorg nodig hebben het leveren van kwalitatief goede professionele zorg in de thuissituatie en het waar mogelijk voorkomen van escalatie
- het terugdringen van vermijdbare zorglast en daarmee aan het terugdringen van vermijdbare zorgkosten
- de mogelijkheid bieden aan wijkverpleegkundigen om hun beroep breder te ontwikkelen en te professionaliseren wat ook kan resulteren in meer werkplezier en beroepstevendheid
- het verkleinen van vermijdbare sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV).

Visie:

De gezondheid van mensen wordt bepaald door een breed scala van factoren die de gezondheid in positieve en negatieve zin kunnen beïnvloeden. Niet alleen de individugebonden factoren (genetische bepaaldheid, leefstijl) maar ook de fysieke omgeving (huisvesting, inrichting van de wijk, leefomgeving) en de sociale omgeving (inkomen, armoede, laaggeletterdheid, sociale relaties, uitsluiting, welzijn et cetera).

Door middel van een wijkdiagnose verzamelen we alle relevante informatie uit eigen observaties en ervaringen, uit epidemiologisch en demografisch onderzoek en uit ervaringen van bewoners en van andere professionals in de wijk om zo de gezondheidsbedreigende en -bevorderende factoren te analyseren en in kaart te brengen en samen met bewoners doelen formuleren.

Vervolgens gaan we in samenwerking met alle betrokkenen: burgers en andere professionals in de wijk, binnen en buiten de gezondheidszorg (wonen, werk, veiligheid, onderwijs, ruimtelijke ordening et cetera) een wijkpreventieplan formuleren om bestaande en latente gezondheidsproblemen aan te pakken en daardoor de ongezondheid terug te dringen en de gezondheid van de populatie te versterken.



Herkenning en erkenning

- Wijkverpleegkundigen hebben een brede kijk op gezondheid waardoor ze zicht hebben op de invloed van de (fysieke en sociale) omgeving
- Wijkverpleegkundigen komen van nature achter de voordeur en zijn daardoor in staat om 'bottom up' vanuit het perspectief van bewoners (dreigende) gezondheidsproblemen te analyseren en samen met bewoners bottom-up doelen te stellen en naar oplossingen te zoeken.
- Wijkverpleegkundigen zijn al meer dan 125 jaar de 'Spin in het web, de spil in de wijk'. Zij kennen de wijk van binnen en van buiten en hebben een breed netwerk aan contacten binnen en buiten de gezondheidszorg (intersectoraal). Zij verbinden derhalve, zorg, welzijn, wonen etc, niet alleen in individuele casuïstiek maar kunnen dit netwerk ook verbreden naar de hele wijk
- In deze bijdrage willen wij herkend en erkend worden om onze preventie rol in de wijk te heroveren en te versterken.


Rol actieve wijkverpleegkundigen en ambassadeurs Wijkverpleegkundigen bij implementatie

In beide richtingen kunnen jullie, actieve leden en ambassadeurs van de afdeling Wijkverpleegkundigen van V&VN,

bijdragen om de 'missie en visie' wijder te verspreiden, te beginnen met dit artikel en daarnaast het expertisegebied wijkverpleegkundigen waarin de hoofdlijnen al zijn neergelegd. Jullie hebben immers door het hele land de directe contacten met jullie collega's, met het management van thuiszorginstellingen, met lokale zorgverzekeraars, met gemeenten en andere stakeholders.

Om jullie daarbij te ondersteunen zal de expertkring materiaal ontwikkelen en ter beschikking stellen zoals:

- best practices van goede voorbeelden van wijkgerichte preventie
- tools en hulpmiddelen om aan de gang te gaan met wijkgerichte preventie
- documenten die aantonen dat wijkgerichte preventie loont om de gezondheid van wijkbewoners te verbeteren en daardoor de zorgkosten terug te draaien
- eventuele scholingen.

Mocht je hiermee aan de slag willen, ondersteuning nodig hebben, of meer willen weten over de Expertkring wijkgerichte preventie, neem dan contact op met Anke Oevering: anke.oevering@kwadrantgroep.nl 

PaTz: samen werken aan betere palliatieve zorg thuis

De eerste PaTz-groepen startten bijna twaalf jaar geleden in Nederland. In zo'n PaTz-groep werken de huisarts, wijkverpleegkundigen en andere zorgprofessionals nauw samen in de laatste levensfase van ongeneeslijk zieke cliënten. Er zijn zo'n 239 groepen actief door heel het land. Deze palliatieve zorg thuis is bijzonder. Zowel in de praktijk als uit onderzoek van het Expertise Centrum Palliatieve zorg van de VUmc blijkt dat door deze samenwerking de palliatieve zorg thuis verbetert. In dit artikel spreken we drie wijkverpleegkundigen over hun ervaringen met PaTz-groepen en de begeleiding van deze cliënten en hun naasten.

Tekst:
José Maas

Wijkverpleegkundigen Leonie Koster en Barbara Hamer (Buurtzorg) zijn gelijktijdig betrokken geraakt bij PaTz, wat staat voor Palliatieve zorg Thuis. Samen met huisarts Anneke Groot startten ze een aantal jaren geleden een PaTz-groep in Amsterdam. Na het volgen van de voorzitterscursus van PaTz kozen ze voor gedeeld voorzitterschap. Koster: 'Het maakt niet uit welke rol je vervult binnen een groep, als je maar actief meedoet. Door te delegeren ofwel taken te verdelen hoef je als voorzitter binnen een groep niet alles zelf te doen.'

Casuïstiek delen

Ria Anda (Santé Partners, Nieuwegein) is als verpleegkundige in oncologie en palliatieve zorg, nauw betrokken bij PaTz. Zij zit in drie PaTz-groepen. 'De inhoud van de diverse bijeenkomsten van de drie groepen verschilt. Bij de ene groep bespreken we zoveel mogelijk casussen en bij de andere gaan we ook in op thema's waar we meer over willen weten.' Tijdens een casus worden verschillende aspecten van de palliatieve zorg besproken zoals lichamelijke klachten, sociale en psychologische aspecten, zorg in de stervensfase en de mantelzorg.

'In een PaTz-groep zoeken we samen naar antwoorden'

Koster en Hamer vullen aan: 'Niet alleen huisartsen, ook wijkverpleegkundigen delen casuïstiek en kunnen een thema inbrengen en inleiden.' Bijvoorbeeld: begeleiding van naasten, de verpleegkundige taak bij palliatieve sedatie, gesprekken over behandelwensen

en -grenzen, reflectie op zorg na overlijden of een van de richtlijnen van pallialine.nl. Met een gezamenlijke aanpak ontstaat meer aandacht voor anticiperend denken, voor zowel de verpleegkundige en medische kanten en de lichamelijke, sociale, psychische en existentiële aspecten.'

Het gebeurt nogal eens dat een thema ontstaat na bespreking van een cliënt situatie. Zoals: hoe om te gaan met vragen over stoppen met eten en drinken, een euthanasiewens van mensen met dementie, hoe en wanneer medicatie-review zinvol is. Zo kwam de vraag: 'Welke rol kan een geestelijk verzorger hebben?' als thema naar voren in een PaTz-bijeenkomst waar onderstaande casus werd besproken.

Bij een cliënt met ernstig hartfalen stelde de verpleegkundige voor om een hoog-laag bed in de huiskamer te plaatsen, want de trap op lopen werd veel te vermoeiend. Dan kon de cliënt overdag rusten en ook zijn vrouw op bezoek zijn. Maar daar wilde hij niets van weten. 'Als ik overdag ook ga liggen, sta ik nooit meer op'. De verpleegkundige wist niet goed wat te doen: niet meer traplopen en overdag ook op bed liggen, daar zou vast goed doen, tegen zijn zin in een bed in de kamer zetten kon natuurlijk niet. Zij bracht de casus in bij 'haar' PaTz. Daaruit ontstond de suggestie dat er mogelijk sprake was van angst; het niet willen van het hoog-laag bed was mogelijk een uiting van het nog niet onder ogen willen zien van zijn achteruitgang, dat hij niet meer 'gewoon' op kon zijn. Omdat meneer katholiek was stelde men voor een geestelijk verzorger te vragen om langs te gaan. De wijkverpleegkundige stelde een gesprek met de geestelijk verzorger voor aan hem en daarin stemde hij toe. Na gesprek kwam naar voren dat meneer

bang was dood te gaan omdat hij dacht dat hij 'niet goed geleefd had en naar de hel zou gaan'. Deze angst was ontstaan door zijn opvoeding. Zijn ouders hadden hem als kind gezegd dat als hij niet goed zijn best zou doen hij later in de hel zou eindigen. In de gesprekken met de geestelijk verzorger kon de cliënt zijn angsten uiten en na een paar keer ontstond er meer rust en balans. Hierna kon hij het bed in de kamer wel aan en heeft hij zo nog kunnen genieten van het gezelschap van zijn vrouw en bezoek van kinderen en kleinkinderen. Hij is in dit bed omringd door zijn vrouw en kinderen rustig overleden.

Laagdrempelig

De verpleegkundigen geven aan dat de toegevoegde waarde van PaTz-groepen het laagdrempelige is. Anda: 'Dat komt mede door de groepsomvang (twaalf tot vierentwintig deelnemers) en doordat je elkaar leert kennen. Vanuit de voorzittersrol vind ik het gemakkelijker om de leiding te nemen binnen een groep. En het is ook leerzaam, omdat je als wijkverpleegkundige niet gewend bent om die rol op te pakken. Ik vind het heel belangrijk dat iedereen casuïstiek kan inbrengen en een gelijkwaardig gesprekspartner is.'

Elkaar persoonlijk leren kennen is eveneens van grote waarde. Koster: 'Je krijgt meer zicht op wat een ander

'Door de diversiteit in de groep, benader je een vraagstuk vanuit verschillende perspectieven'

te bieden heeft en je neemt, ook buiten de PaTz-groep, veel gemakkelijker contact met elkaar op.' Dit komt de kwaliteit van palliatieve zorg aan de patiënt echt ten goede.' Anda: 'Door de diversiteit in de groep, benader je een vraagstuk vanuit verschillende perspectieven.' Huisartsen bekijken een vraagstuk vanuit medisch perspectief. Een wijkverpleegkundige vanuit een verpleegkundig perspectief. De wijkverpleegkundige ziet de cliënt en naasten vaker in de thuissituatie en stelt meestal andere vragen.' Vragen zoals aan naasten of deze goed geslapen hebben en zij het nog volhouden.

Regelmatig zijn er andere zorgprofessionals bij het PaTz-overleg in de groep, zoals een geestelijk verzorger, een apotheker of iemand van de vrijwilligersorganisatie. Dat werkt erg prettig, vinden de geïnterviewden. Een geestelijk verzorger heeft aan-



dacht voor de levensvragen en morele dilemma's, vraagt ook naar de beleving van de huisarts of wijkverpleegkundige. Een apotheker adviseert over een mogelijk stoppen of vervangen van medicatie zoals het aanpassen van hartmedicatie bij iemand met hartfalen, en de vrijwilligerscoördinator richt zich op de mantelzorger en geeft tips over hoe deze ondersteund kan worden.

Specialistische kennis

'In een PaTz-groep zoeken we samen naar antwoorden', aldus Anda. 'Hierbij is de rol van de consulent palliatieve zorg, die ook altijd in de PaTz-groep zit, belangrijk. De consulent voegt specialistische kennis en ervaring met de palliatieve zorg toe aan die van de generalistisch opgeleide huisarts en wijkverpleegkundige.'

Want palliatieve zorg is vaak niet eenvoudig: er is sprake van een levensbedreigende aandoening en verhoogde kwetsbaarheid en er is geen genezing mogelijk. Daaruit ontstaan ontstane soms heftige klachten zoals extreme pijn, kortademigheid, verlies van eetlust en ernstige vermoeidheid. Hierdoor worden mensen steeds meer beperkt in hun sociale rol en als dan ook het einde van het leven in zicht komt, vraagt palliatieve zorg, naast interesse in mensen, ook veel expertise en goede samenwerking van de verpleegkundige en huisarts, zoals deze casus laat zien.

Een cliënt werd steeds prikkelbaarder en hierdoor ontstond een gespannen sfeer in huis. Bij een gesprek hierover vertelde meneer gefrustreerd te zijn omdat hij het miste om naar buiten of naar de markt te gaan, mensen te zien en een haring te eten. Dat hij te moe was om met zijn kleinzoon te praten en geen energie meer zou hebben voor het bezoek van zijn zus volgende week uit Canada. Hij stemde toe dat dit in de PaTz-groep besproken werd. Hieruit kwam het advies om een bepaald medicijn (dexamethason) te geven. Dit had een goed effect: het gevoel van vermoeidheid nam af, hij kon nog een paar keer met de rolstoel naar de markt en had ook nog voldoende energie voor gesprekken met zijn zus. Toen zijn zus weer naar Canada terugvloog, raakte zijn energie weer op. En dat was prima, alles was gedaan, hij gaf hieraan toe en is kort daarna overleden.

Jose Maas is wijkverpleegkundige en verpleegkundig adviseur van Stichting PaTz

Spin in het web

Alle drie de geïnterviewden hebben eenzelfde advies aan (wijk)verpleegkundigen en nieuwe PaTz-leden: pak je podium! Laat jezelf horen en wees jezelf. Het is vaak door de wijkzorg dat de cliënt thuis kan blijven en thuis kan overlijden. Wijkverpleegkundigen kijken vanuit de zorg naar wat iemand nodig heeft en naar wat iemand zelf kan en wil, naar de eigen regie en inbreng. Dit denken en doen biedt gelegenheid aan verpleegkundig leiderschap. De wijkverpleegkundige kent de cliënt en diens omgeving en diens aandoening. De wijkverpleegkundigen komen bij de cliënt thuis. Zij observeren, stellen vragen en zien hoe het gaat met bijvoorbeeld de kortademigheid, de nachtrust en zelfzorg. Lukt het de cliënt nog om zich te wassen, te eten? Heeft de medicatie goed effect of

'Palliatieve zorg is niet eenvoudig: er is sprake van een levensbedreigende aandoening en verhoogde kwetsbaarheid'

moet het bijgesteld worden? Zij vragen naasten hoe het met hen gaat en bieden een luisterend oor. Is er meer zorg nodig, dan indiceert de wijkverpleegkundige, zij informeert en overlegt met de huisarts en andere zorgverleners. Soms één op één en soms in de PaTz-groep. Zij zijn de 'spin in het web' en dat blijkt in praktijk een groot goed. Anda: 'De verpleegkundige inbreng wordt door de andere deelnemers echt gewaardeerd.' 

Meer weten? Kijk op www.patz.nu.

Wilma Helmantel GGD Groningen:

'Een Verpleegkundige Advies Raad helpt'

In 2017 volgde Wilma Helmantel, jeugdverpleegkundige bij GGD Groningen, het ambassadeurstraject van V&VN. Daar hoorde zij voor het eerst van een VAR, een Verpleegkundige Advies Raad die advies geeft op beroepsinhoudelijke basis aan de directie of raad van bestuur van een organisatie met het doel om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en te verbeteren. Helmantel wilde meteen van start met het opzetten van een VAR binnen GGD Groningen. Een gesprek over valkuilen en successen.

Toen Helmantel over de VAR hoorde was ze meteen geïnteresseerd. 'Elke zorgorganisatie zou toch een club verpleegkundigen moeten hebben die vanuit de beroepsinhoud meedenkt over landelijke issues, beleid van de organisatie en vragen uit de praktijk van de werkvloer?' Deze realisatie was de start van een lang traject om een VAR binnen GGD Groningen op te richten. Trots blikt zij terug op deze periode. 'Het was een traject met ups en downs. We moesten echt een lange adem hebben om te blijven doorzetten. Ik vond en vind echt dat een VAR een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van verpleegkundige zorg. Dat die visie niet meteen door iedereen omarmd werd, was soms best frustrerend'. Tijdens de coronawerkzaamheden stond het idee van een VAR op een nog lager pitje. Helmantel bleef echter lobbyen en kreeg uiteindelijk de handen op elkaar. Samen met Laura de Koning (verpleegkundige infectieziektenbestrijding) Aly Rezig (jeugdverpleegkundige), en Kim Kluin (afdeling Onderzoek en Opleiding) is Wilma Helmantel een Verpleegkundige Advies Raad gestart binnen GGD Groningen. 'Elke keer spraken we over onderlinge verbinding binnen de verschillende afdelingen van GGD Groningen, versterken van de verpleegkundige beroepsgroep, aansluiting tussen de werkvloer en het management en uiteindelijk natuurlijk betere kwaliteit van zorg voor onze zorgvragers. Ik denk dat dat de doorslag heeft gegeven.'

Inwerken

De VAR geeft gevraagd en ongevraagd advies op basis van beroepsinhoud aan het managementteam. 'Een van de onderwerpen waar we mee zouden kunnen starten', zo zegt Helmantel, 'kan bijvoorbeeld het inwerkprogramma van verpleegkundigen zijn. Dan ga je onderzoeken binnen GGD Groningen hoe de verpleegkundigen op de

verschillende afdelingen worden ingewerkt. En wat de wensen zijn als het gaat om goed ingewerkt te worden, hoe verpleegkundigen op de verschillende afdelingen worden ingewerkt en wat de wensen zijn om goed in te kunnen werken.'

In de praktijk is er namelijk veel variatie in de kwaliteit van het inwerken. En op het moment dat je in een krappe arbeidsmarkt je vacatures hebt kunnen opvullen, wil je natuurlijk de nieuwe collega's aan je binden. Goed inwerken kan daarbij helpen; zo voelen zij zich meer verbonden met GGD Groningen. Ook kan de kwaliteit

Tekst:
Bente Allessie



V.I.n.r. Laura de Koning, Aly Reezigt, Kim Kluin en Wilma Helmantel

Wat doet een VAR precies?

Als verpleegkundige of verzorgende je stem laten horen én opkomen voor de belangen van je beroepsgroep door middel van een verpleegkundige en/of verzorgende adviesraad (VAR of VVAR) of een multidisciplinaire professionele adviesraad (PAR). Het is in Nederlandse zorgorganisaties steeds gebruikelijker aan het worden.

Een adviesraad geeft op beroepsinhoudelijke basis advies aan de directie of Raad van Bestuur van een organisatie om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en te verbeteren. Door deze adviserende rol heeft de VAR, VVAR, PAR een stem in het korte- en langetermijnbeleid van de organisatie. Ook stimuleert een adviesraad beroepsinhoudelijke ontwikkelingen en kan bijdragen aan:

- verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten en cliënten
- een beleid dat beter aansluit bij de professionele beroepsuitoefening en de dagelijkse praktijk
- een grotere betrokkenheid van de zorgprofessionals bij de koers van de organisatie
- verbreding van het draagvlak voor nieuw beleid onder zorgprofessionals binnen de organisatie.

van zorg omhoog gaan door verpleegkundigen goed in te werken. Betere kennis van inhoudelijke richtlijnen maakt dat je je werk op een hoger niveau kan uitvoeren. Als je snapt wat de missie en visie is van de organisatie waar je werkt en hoe deze uitgangspunten zich verhouden met je dagelijks werk, ben je meer betrokken bij je werkgever.

Fundament neerzetten

Vandaar het idee van een inwerkprogramma. Waar natuurlijk ook de afdelingen Opleidingen en HR bij betrokken moeten worden. Helmantel: 'Landelijk zouden we dan kunnen kijken naar hoe verpleegkundigen worden ingewerkt bij een GGD. Vanuit die gegevens schrijven we een advies aan het managementteam over wat een nieuw inwerkplan zou moeten bevatten. Wat een valkuil kan zijn, is dat de VAR de aangepaste inwerkprogramma's gaat schrijven. Dat is niet de bedoeling van een VAR. Het managementteam kan het advies opvolgen en verder oppakken.' Helmantel benadrukt echter dat het nog niet zover is. 'Het is één van de onderwerpen waar we mee zouden kunnen starten, maar echt met z'n vieren vastgesteld hebben we het nog niet. Nu zijn we nog bezig om het fundament van de VAR eerst goed neer te zetten zodat we goed ingebed worden binnen de GGD.'

Verskil met ondernemingsraad

In het begin kreeg Helmantel veel vragen over hoe een VAR zich verhoudt tot de ondernemingsraad (or). 'Het verschil met een or is dat een or een belangbehartiger is van de medewerkers, vanuit cao, Arbo- en andere wetgeving. De vormgeving van een or is ook aan strakke regels verbonden. Een VAR gaat over de beroepsinhoudelijke kwaliteit en een VAR kan je zelf vormgeven. Zo zijn er landelijk ook VVAR en PAR bekend (zie kader). GGD Groningen heeft gekozen voor een VAR. De verpleegkundigen zijn de grootste beroepsgroep die een sterkere positie binnen GGD Groningen kunnen oppakken. Verpleegkundigen zijn zich niet altijd bewust van hun kennis uit de praktijk en de invloed die zij daarmee kunnen uitoefenen. Via de VAR kunnen verpleegkundigen aangeven waar zij verbetering van zorg zien, zoals bijvoorbeeld met het inwerken. Verpleegkundige zorg en kunde worden zo serieus genomen', aldus Helmantel.

'Via de VAR kunnen verpleegkundigen aangeven waar zij verbetering van zorg zien'

Voor nu bestaat de VAR uit vier verpleegkundigen, die allemaal intrinsiek gemotiveerd zijn. Dat is volgens Helmantel belangrijker dan per se alle afdelingen vertegenwoordigd te hebben. 'Een kleine, wendbare groep die de weg weet binnen de organisatie is belangrijk. Alle verpleegkundigen zijn onze achterban, niet alleen van de afdelingen Jeugdgezondheidszorg en Infectieziektebestrijding.' Communicatie naar iedereen is dan ook een aandachtspunt. Bekendheid, je overal voorstellen en laagdrempelig bereikbaar zijn, daar is de VAR druk mee bezig in deze beginfase. Helmantel hoopt en verwacht dat de VAR een verschil gaat maken voor de organisatie, verpleegkundigen, andere professionals en de klant. 'Kwaliteit en de verpleegkundige beroepsinhoud worden serieus genomen, verpleegkundigen die met actuele kennis en met meer plezier werken, dat straalt op iedereen af!' [🔗](#)

Meer weten

<https://www.venvn.nl/afdelingen/var/>

Wilma Helmantel is te bereiken via mail:
Wilma.helmantel@ggdgroningen.nl

Intercollegiale toetsing voor wijkverpleegkundigen

Sinds 1 januari 2015 stellen wijkverpleegkundigen de indicaties voor de zorg vanuit de Zorgverzekeringswet. In de praktijk is er echter veel variatie. Intercollegiale toetsing (IT) maakt, zo blijkt, de indicatiestelling en de zorg eenduidiger en kwalitatief beter. In dit artikel delen wijkverpleegkundigen hun ervaringen met het toetsingsinstrument.

Flink wat (thuiszorg)organisaties zijn al bezig of gaan beginnen met intercollegiale toetsing (IT) (zie kader). De wijkverpleegkundige is daarbij in the lead. Zij geeft door middel van IT vorm aan leiderschap. Bovendien komt in veel organisaties ook het initiatief tot het opzetten van IT van de wijkverpleegkundigen zelf. Zij zijn immers autonoom op het gebied van indiceren (norm 1 van het Normenkader) en willen ook dat de wijkverpleegkundige staat voor haar vakmanschap en professioneel handelen. Hieronder volgen enkele ervaringen van wijkverpleegkundigen die ervaring hebben met intercollegiale toetsing of deze aan het implementeren zijn in hun organisatie.

Leren en inspireren

Inge Wielhesen, STMG (Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland): 'Met een groep van zes wijkverpleegkundigen ben ik in samenwerking met de adviseur Opleiden en Ontwikkelen bezig met een projectvoorstel om bijeenkomsten voor IT op te zetten, want die zijn er nog niet bij ons. Onder wijkverpleegkundigen leeft namelijk de behoefte aan IT: elkaar bevragen op de vakinhoud, niet om elkaar te beoordelen, maar om van elkaar te leren en elkaar te inspireren. En om te kunnen reflecteren op professioneel handelen gebaseerd op richtlijnen en procedures. Het projectvoorstel omvat vier bijeenkomsten per jaar voor wijkverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen in opleiding. Voor nu hebben wij voor de roddelmethode als werkvorm gekozen. Die methode werkt als volgt: binnen een groep van maximaal tien deelnemers brengt een deelnemer een casus in. De andere deelnemers luisteren, denken mee en discussiëren over mogelijke alternatieven in de handelswijze. Deze in de praktijk goed uit te voeren vorm van IT helpt wijkverpleegkundigen kritisch naar zichzelf en hun collega's te kijken. Het is tijd om als wijkverpleegkundigen lef te tonen en onze stem te laten horen in wat wij nodig hebben om onze rol als zorgprofessional in verbinding met elkaar uit te voeren. We merken dat er vaak vanuit het management een stap wordt overgeslagen om ons vroegtijdig mee te nemen in het toekomst-



Tekst:
Anneke
Driessen

bestendig organiseren van kwaliteit van zorg binnen de organisatie terwijl wij wel aan het roer staan als het om de uitvoering ervan in de praktijk gaat. Met ons projectvoorstel hopen we dat wij in ieder geval volgend jaar aan de slag te kunnen met IT.'

Voor en door wijkverpleegkundigen

Kakie Ghisiawan (Aafje Thuiszorg): 'Ook Aafje thuiszorg is gestart met het invoeren van intercollegiale toetsing voor de wijkverpleging. De wijkverpleegkundigen in de organisatie hebben aangegeven behoefte te hebben aan intervisie en intercollegiale toetsing. Het project staat nog in de kinderschoenen. Aafje heeft ervoor gekozen om een projectgroep te starten waarin drie wijkverpleegkundigen de leading rol hebben om intercollegiale toetsing op te starten. Deze drie worden

Achtergrond

vanuit de subsidieregeling opgeleid om het toetsingsproces te begeleiden. In de eerste fase is een plan van aanpak opgesteld voor de implementatie. Op dit moment worden de wijkverpleegkundigen geïnformeerd over het toelatingstraject. Het wachten is op de start van de scholing tot procesbegeleider waarna het project met een feestelijke kick off geïmplementeerd kan worden.'

Procesbegeleiding

Intercollegiale toetsing is een instrument dat kan leiden tot verbetering van de indicaties, tot vermindering van ongewenste praktijkvariatie en daarmee verhoging van de kwaliteit van zorg. Maar dan moet het proces ervan wel goed begeleid worden. De wijkverpleegkundige heeft tools nodig om dit proces uit te kunnen voeren. Ze krijgen daarvoor een speciale scholing. **Margreet de Jong (zelfstandig wijkverpleegkundige Parel Indicatie & Advies):** 'Vorig jaar volgde ik de scholing Procesbegeleiding intercollegiale toetsing, georganiseerd door Collegamento. Vanwege corona waren de cursussen online. De eerste cursusdag stond in het teken van indiceren. Wat mij erg is bijgebleven is de vroeg-signale-

Wat is intercollegiale toetsing?

Intercollegiale toetsing (IT) is een vorm van deskundigheidsbevordering waarbij verpleegkundigen als beroepsgenoten onder elkaar volgens een afgesproken systematiek reflecteren op het professioneel handelen van de casusinbrenger. Bij IT staat het individuele professionele handelen van de deelnemer centraal. Hierbij gaat het nadrukkelijk niet alleen om de competenties van zorgverlener, maar kunnen alle CanMeds-rollen aan bod komen. Bij intercollegiale toetsing wordt het professioneel handelen achteraf kritisch beschouwd vanuit ervaringen (eigen en andermans) en theoretische inzichten (beroepsnormen, kwaliteitsstandaarden, richtlijnen, protocollen, meetinstrumenten, theorieën en onderzoeksbevindingen).

rende en preventieve rol van de wijkverpleegkundige. Naast dat de wijkverpleegkundige de Canmeds-rol van zorgverlener heeft, heeft zij gelijkwaardig hieraan de rol van gezondheidsbevorderaar.

De tweede dag vond een masterclass intercollegiale toetsing plaats, onder leiding van Henk Rosendal, Lector Gezonde wijk aan Hogeschool Rotterdam. Hij sprak over de positie van de wijkverpleegkundige als autonome professional, haar taak binnen het hoofdlijnenakkoord en het kwaliteitskader. De cursusgroep ging oefenen in de praktijk waarbij onze eigen casuïstiek besproken werd. Ook leerden we de "roddelmethode" toe te passen.'

'We komen tot indicaties die beter aansluiten op de zorgbehoefte van de cliënt'

'Tijdens de derde cursusdag, georganiseerd door twee adviseurs van Collegamento, stonden onderwerpen als 'Ken jezelf, ken de ander' en 'hoe werkt groepsdynamica' centraal. De kern van het verhaal is dat je procesbegeleider bent. Inhoud speelt een rol, maar je bent voornamelijk de begeleider van het gesprek. En dat is soms wel eens lastig wanneer je zelf ook veel kennis hebt van de inhoud. Stel dat het gesprek gaat over een situatie waarin de wijkverpleegkundige probeert om een lastige cliënt meer zelfredzaam te maken, maar ze stuit op veel weerstand. Omdat je zelf in de praktijk hier soms ook tegenaan loopt, heb je de neiging met een oplossing te komen. Terwijl je rol op dat moment is het



gesprek te begeleiden. Daarna moesten we zelf een groep samen te stellen waarbij je intercollegiale toetsing kon uitvoeren en oefenen. Er waren collega wijkverpleegkundigen die hun proeftuin hadden in de eigen organisatie. Ik als zelfstandig wijkverpleegkundige vond vier wijkverpleegkundigen bereid om met mij bij elkaar te komen en hun casuïstiek in te brengen. Dat was ontzettend leerzaam.'

Vakinhoudelijk leiderschap

Caroline Smeets (wijkverpleegkundige bij Careyn): 'Als een groepje vooruitstrevende indicatiestellers (indicatie coaches) hebben we binnen Careyn de intercollegiale toetsing verankerd in het borgingsplan vakbekwaam indiceren. Verankering in een borgingsplan ondersteund door de zorgorganisatie, zorgt ervoor dat we een kwaliteitsslag kunnen maken. Tijdens IT-bijeenkomsten gebeurt er veel. Op casusniveau voeren we mooie gesprekken die je aan het denken zet over wat bijvoorbeeld een goede doelstelling is, wat de oorzaak (etiologie) is van een verpleegprobleem en wat de meest op bewijs gebaseerde aanpak is (evidence based interventie). We hebben een checklist gemaakt waarmee iedereen twaalf belangrijke aandachtspunten kan beantwoorden bij elkaars indicaties met ja of nee. Zo kan een aandachtspunt de inzet van (digitale) hulpmiddelen en aanpassingen zijn. Is dit meegenomen in de indicatie?

Hierdoor genereren we data over de indicatiestelling binnen onze organisatie en over de regio's en het district heen. Hierdoor kunnen we de aandacht vestigen op punten die algemeen zwak scoren binnen de gehele organisatie. Natuurlijk delen we ook de goede scores met elkaar en geven we elkaar hierover complimenten. Wat wij na drie jaar intercollegiale toetsing zien is dat de indicatiestelling zeker procesmatig eenduidiger is geworden. Ofwel: dat wij in het indicatieproces dezelfde stappen volgen, de anamnese en het actuele aandachtsgebied kiezen, de etiologie benoemen, een doelstelling

opstellen en interventies kiezen. Ook merken we dat we nu inhoudelijke diepgang aan het doormaken zijn. Deze diepgang brengen wij aan door anders te kijken naar de zorg, hoe zet je bijvoorbeeld je cliënt volgens de principes van positieve gezondheid in zijn kracht. Wat wij merken is dat collega's gaandeweg minder bang zijn geworden om feedback te geven en te ontvangen. Iedereen leert dat de feedback die wordt gegeven bedoeld is om jou als indicatiesteller verder te brengen. Zo krijgt de cliënt de best passende zorg vanuit de vakinhoud.'

Toekomstbestendigheid

Marianne Frederix, Renee Meuwissen en Aileen van Dijk (wijkverpleegkundigen bij Envida): 'De meerwaarde voor ons om aan intercollegiale toetsing te doen is om samen met collega's kritisch naar je anamnese en zorgplan te kijken. Door samen te kijken naar de verpleegkundige diagnoses en doelen die er zijn gesteld, en deze vanuit meerdere perspectieven te bespreken, komen we tot indicaties die beter aansluiten op de zorgbehoefte van de cliënt. De cliënt wordt zo bovendien ondersteund in autonomie en zelfredzaamheid.'

'Door in de indicatiestelling al aandacht te hebben voor andere disciplines in de wijk, kunnen we die beter inschakelen'

'Voor ons als zorgverleners is het waardevol om op onze eigen indicatiestelling te kunnen reflecteren, te leren van elkaar en zo onze kennis ten aanzien van de indicatiestelling te verbreden. Zo leren we welke meetinstrumenten en hulpmiddelen zinvol zijn om in te zetten in de indicatiestelling, zoals de meetinstrumenten uit de toolbox Indicatieproces van V&VN. Dat draagt bij aan de toekomstbestendigheid van zorg. Want uiteindelijk zorgt een verbeterde indicatiestelling namelijk voor een betere verdeling van de werkdruk; sommige hulpvragen kunnen worden uitgezet naar andere disciplines in de wijk zoals een ergotherapeut. Door hier in de indicatiestelling al aandacht voor te hebben kunnen we de juiste disciplines inschakelen. Tevens laten we hiermee de Zorgverzekeringswet volledig tot zijn recht komen, door enkel de zorg in te zetten die binnen de Zorgverzekeringswet behoort. Daarom vinden wij het belangrijk dat al onze collega's die participeren in de indicatiestelling van zorg aan intercollegiale toetsing doen.' 📌

IT en V&VN Wijkverpleegkundigen

Inmiddels is er een Expertkring Indicatiestelling en Intercollegiale toetsing gevormd vanuit V&VN. Deze groep van wijkverpleegkundigen heeft onder andere als doel de afstemming op dit gebied te voeren vanuit V&VN en zorg te dragen voor de vermindering van de praktijkvariatie. Binnen deze groep zijn werkgroepen die zich buigen over verschillende onderwerpen zoals bijvoorbeeld de indicatiestelling op het gebied van het Persoonsgebonden budget en het organiseren van een symposium en workshops.

Anne Driessen
is wijkverpleeg-
kundige bij
Aafje Thuiszorg
Ridderkerk

Hebben we te allen tijde een zorgplicht?

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 met dementie die vloekt, tiert en seksueel overschrijdend gedrag vertoont dusdanig dat het team er bijna niet meer langs durft te gaan?

Tekst:
Hans
van Dartel

De casus

Ik heb als dementieverpleegkundige een man in zorg die vloekt, tiert en seksueel overschrijdend gedrag vertoont. Het gaat er heel hard en intimiderend aan toe. Heel bedreigend en beangstigend allemaal. De kinderen hebben inmiddels de handen van hun vader afgetrokken en hebben tegen ons gezegd: regelen jullie alles maar, wij zijn er klaar mee. Wij als team durven bijna niet meer langs te gaan bij deze meneer. Mijn vraag is dan ook: hebben we te allen tijde een zorgplicht? Of is er een grens? Zo ja, wanneer is die dan bereikt?

Beste dementieverpleegkundige

Het zijn interessante en terechte vragen die je stelt over je zorgplicht en de begrenzing daarvan. Zeker nu blijkt dat in de situatie die je schetst de kinderen van de cliënt afstand hebben genomen en de verantwoordelijkheid bij jullie als professionals hebben neergelegd. Want waarom zou jullie verantwoordelijkheid zwaarder wegen dan die van hen? Uiteraard speelt hier het verschil mee tussen professionele zorgverleners en mantelzorgers. De plicht van professionals weegt zeker in juridische zin, anders dan in morele zin, zwaarder. Als zorgverlener kun je nooit zomaar aan het appel van een cliënt voorbijgaan. Burgers, sterker, inwoners van ons land, hebben recht op zorg. Daarmee is niet gezegd dat ze zorg kunnen eisen. In grote lijnen geldt dat het aan de zorgverlener is om te bepalen of er ook echt een indicatie voor zorg is. Ook is het aan de zorgverlener om te bepalen wat voor type zorg zou moeten worden gegeven. Dat is niet aan de cliënt. In de situatie die je schetst is, denk ik, zonder meer sprake van een zorgindicatie. Voor wat voor zorg, dat is niet duidelijk, maar ongetwijfeld speelt in de casus die je beschrijft dementie een rol van betekenis. Want jullie zullen niet bij wijze van tijdverdrijf bedacht hebben dat deze man zorg nodig heeft. Maar ook al is er een indicatie, dan betekent dat

nog niet dat je die zorg altijd zou moeten geven. Wat zijn nu die grenzen? Daarvoor gelden verschillende invalshoeken. In de eerste plaats wordt de verantwoordelijkheid van professionele zorgverleners begrensd door hun competenties. Zo moet je geen dingen gaan doen die je simpelweg niet beheerst of waarvan de wetgever heeft bepaald dat die specifieke vaardigheden vereisen waaraan jij niet voldoet. In deze casus speelt de vraag naar competenties als begrenzer van jullie plicht wel mee, maar eigenlijk gaat jouw vraag daar niet over. Het gaat over begrenzingen op grond van het gedrag van de cliënt. Dat raakt aan de vraag naar de plichten van cliënten.

Onderliggend lijden

Daarmee kom je bij een tweede type begrenzing: cliënten hebben naast de plicht om zorg te dragen voor betaling – dat loopt in de regel via verzekeringsarrangementen – ook een plicht om mee te werken met de zorgverlener of behandelaar. Het gedrag wat

'Burgers hebben recht op zorg. Daarmee is niet gezegd dat ze zorg kunnen eisen'

jouw cliënt vertoont, getuigt zachtjes gezegd nou niet bepaald van een coöperatieve houding. Integendeel. Je hebt het over vloeken en tieren, intimidatie en seksueel overschrijdend gedrag. Dat gedrag vraagt begrijpelijk om begrenzing en hoeft geen enkele zorgverlener te tolereren. Tenminste als het gedrag van de cliënt ook echt aan hem toegeschreven kan worden en niet het gevolg is van een onderliggend lijden dat effecten heeft op iemands normbesef.

Tja, je schrijft er niets expliciets over maar het gegeven dat jij als dementieverpleegkundige betrokken bent,



roept wat dat betreft wel duidelijk vragen op: kun je het gedrag van deze cliënt hem wel aan rekenen? Wat zeggen familieleden over de mogelijkheden van hun vader om zichzelf te begrenzen en zich te houden aan normale fatsoensregels? In de gehandicaptenzorg gebruiken ze het begrip leerbaarheid: ook hier goed bruikbaar want is deze man nog leerbaar? Of te corrigeren? Heeft hij nog zicht op de effecten van zijn eigen handelen? Of moet je op basis van ongetwijfeld wankel diagnostiek vaststellen dat zijn moreel besef fundamenteel is aangetast. Dat hij wat dat betreft niet langer aansprakelijk gehouden kan worden voor zijn gedrag tegenover jullie. Als jullie in samenspraak met anderen – collega's, familie, huisarts – tot het oordeel komen dat hij zich wel degelijk bewust is van wat hij doet, dan dient hij simpelweg daarop aangesproken te worden en is er, wanneer hij niet verandert, aanleiding om de zorg te gaan stoppen. Maar wanneer jullie tot het oordeel komen dat zijn normbesef fundamenteel is aangetast door onderliggend lijden, bijvoorbeeld een dementieel syndroom, verandert de zaak meteen.

Geen onderscheid

Iedereen heeft recht op zorg, wat dat betreft mag je geen onderscheid maken tussen mensen: kleur, sekse, ras, gehandicapt of niet, het mag geen verschil maken. Mensen die zorg nodig hebben maar zich op basis van

een aandoening of stoornis, vreemd of agressief gedragen, hebben net zoveel recht op zorg als een ander. Dus ook als ze niet in staat zijn om mee te werken of zelfs tegen gaan werken. De vraag wordt dan hoe je de zorg het beste in kunt richten, met aandacht voor de zorgbehoeften van de cliënt, maar ook met gerichte aandacht voor jullie eigen veiligheid. Gelet op de aanwijzingen in de casus heb ik de neiging om te denken dat je hier bijna vanzelf in de sfeer van de Wet Zorg en Dwang komt. Dat het hier gaat over een goede

'Kun je het gedrag van deze cliënt hem wel aan rekenen?'

aanpak van onvrijwillige zorg. Met als grote vraag, of deze cliënt thuis nog wel goed kan worden geholpen. Of een andere, intramuraal setting niet beter is. Die vraag valt alleen maar goed te beantwoorden door mensen die de situatie door en door kennen. Niet door een buitenstaander zoals ik. Overigens zal ook een beslissing richting opname, de tragiek van deze situatie niet veel minder maken. Het is een tragisch verhaal dat je vertelt over iemand die het spoor echt bijster is. Een spoor dat niet gemakkelijk terug te vinden zal zijn. ☹

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

Alleen nog buikpijn van het lachen[!]

125
JAAR
NUTRICIA
ONDERZOEK

Bewezen
effectief

Al verbetering
na 1 week¹⁻³



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

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

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

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

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

NUTRICIA