



■ **Hoe implementeer je de nieuwe JGZ-richtlijn Opsporing oogafwijkingen?**

■ **Onderzoek naar verschillen in indicatieproces**

Project: wijkverpleegkundigen razend enthousiast over intercollegiale toetsing!

De informatiebron

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

De Sterkste Schakels

In het kwalitatieve onderzoek 'De Sterkste Schakels' is nagegaan welke werkzame elementen de praktijk ervaart in de samenwerking tussen de JGZ, wijkteams en onderwijs. Het onderzoek laat zien dat samenwerking tussen JGZ, wijkteams en onderwijs complex is. Een succesvolle samenwerking vraagt om structurele investering op alle niveaus. De samenwerking valt of staat met de kwaliteit, vaardigheden, attitude, kennis, ervaring en continuïteit van mensen.

De Sterkste Schakels: Wat werkt in de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg, wijkteams en onderwijs? / NJI, NCJ en Jonker-Verwey Stichting, 2019

Te downloaden via www.verwey-jonker.nl

Armoede en de jeugdgezondheidszorg

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt: "Hoe handelt een professional in de jeugdgezondheidszorg na signalering van armoede bij jeugdigen en wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij het in actie komen na signalering?"

Handelen bij armoede in gezinnen binnen de jeugdgezondheidszorg / AWJTwente, 2019

Te downloaden via www.awjtwente.nl

Vaccinatiegraad

Nederland kende tot 2018 een dalende trend in vaccinatiegraad voor een groot aantal vaccinaties in het Rijksvaccinatieprogramma. In 2018 is de vaccinatiegraad voor het eerst niet verder gedaald, wat in de vijf jaren daarvoor wel het geval was. In dit rapport staat daarom de vraag centraal welke aanvullende maatregelen in de Nederlandse context effectief kunnen zijn om de vaccinatiegraad te verhogen.

Maatregelen om de vaccinatiegraad in Nederland te verhogen: Een verkenning / Nivel, 2019

Te downloaden via www.nivel.nl

We teach...

Meer dan 30 nieuwe titels en 160 modules voor professionals in de public en occupational health

BEELDEND WERKEN

23 april 2020, Gouda

De datum van dag 2 bepaal je in overleg

STORYTELLING EN NARRatieve COMMUNICATIEMETHODEN

14 mei 2020, Utrecht



BAECKE-FASSAERT MOTORIEK TEST (BFMT)

18 mei 2020, Utrecht

OMGAAN MET WEERSTAND

18 mei en 8 juni 2020, Utrecht

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

29 mei en 5 juni 2020, Utrecht

JE WERKDRUK DE BAAS!

9 juni 2020, Utrecht

COMMUNICEREN MET PUBERS

11 juni 2020, Utrecht



CREËREN VOOR DE TOEKOMST

18 juni 2020, Utrecht

VISUSONDERZOEK EN SCREENING OP VISUELE STOORNISSEN BIJ JONGE KINDEREN

2 september 2020, Utrecht

VERPLEEGKUNDIGEN MAKEN KENNIS MET DE JGZ EN AGZ

9 en 23 september, 7 en 28 oktober en 9 december 2020, Utrecht



Download onze brochure of ontvang 'm gratis per post. www.nspoh.nl/brochure2020



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.

Colofon



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 20, nummer 1, maart 2020

ISSN 1568-5853

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

of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

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

Het abonnementstarief voor instellingen bedraagt € 98,90 per jaar, excl. BTW. Beëindiging van het lidmaatschap/abbonement: schriftelijk tot uiterlijk 1 december van het lopende jaar. Bij niet tijdig opzeggen wordt het lidmaatschap automatisch met een jaar verlengd.

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

Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

W mgz.venvn.nl

Redactioneel

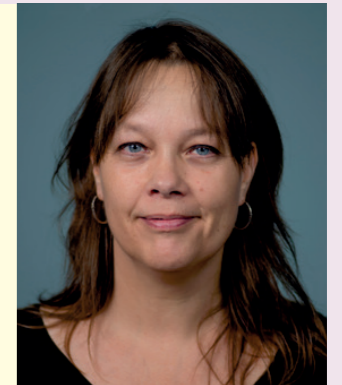
Jullie zijn het waard!

Al jaren werk ik als redacteur bij *Tijdschrift M&G*. Ik doe dat als relatieve leek op het gebied van de verpleegkunde M&G. Schrijven kan ik wel, maar zo deskundig op verpleegkundig gebied als de rest van de redactie word ik nooit. Maar het is bijzonder om voor dit blad te schrijven en wijk-, jeugd- en verpleegkundigen OGZ te begeleiden bij hun schrijfpogingen. Het leert mij maar weer eens dat schrijven niet gemakkelijk is, maar bovenal: hoe nuttig en veelzijdig het werk van verpleegkundigen M&G is. Opvallend vind ik ook hoe bescheiden de meeste verpleegkundigen M&G zijn. Maar ook hoe vanzelfsprekend soms niet-verpleegkundigen het werk wat zij doen, nemen. Terwijl verpleegkundigen M&G zoveel zien, horen, weten en doen. Mijn advies zou dan ook zijn: laat je stem horen, altijd en overal. Jullie zijn het waard. En verder: Chapeau dames en heren! Waar zouden we zijn zonder jullie. En dat meen ik.

Hellen Kooijman

Freelance journalist en (eind)redacteur van *Tijdschrift M&G*

E-mail: helkooijman@gmail.com



In dit nummer

Actueel	
Onderzoek naar verschillen indicatiestelling wijkverpleging	6
Project	
Wijkverpleegkundigen enthousiast over intercollegiale toetsing!	8
Aan tafel met ...	
Directeur Jet Bussemaker van RVS: 'De verbinding tussen volksgezondheid en samenleving moet nog sterker worden'	12
JGZ-richtlijn Opsporen oogafwijkingen	
'Als jeugdverpleegkundigen zijn we zelf verantwoordelijk voor de borging'	15
Onderzoek	
Project DEDICATED: palliatieve zorg bij dementie	18
Interview	
Jacqueline de Vries over het boek Gezond groter groeien	26
Verpleegkundig specialist NIEUWE RUBRIEK!	
'Ik ben geen extra poppetje, ik ben van meerwaarde in de wijk'	28
Vaste rubrieken	
Uit het nieuws	4
Afdelingsnieuws	21
Klepel en klok: Het Expanded Chronic Care Model	24
Het dilemma: huisarts wimpelt vragen over het overlijden van mijn cliënt af, wat te doen?	30
Vers bloed: Infectieverpleegkundige: 'Het is soms flink puzzelen'	32



Dagelijks 13 doden door val

In 2018 overleden 4.628 inwoners van Nederland door een accidentele val. Dat is bijna 600 meer dan in 2017. Dit zijn gemiddeld dertien fatale vallen per dag. Ruim drie kwart van de overledenen was tachtig jaar of ouder. Een accidentele val is een ongeval waarbij een persoon onopzettelijk valt, struikelt of uitglijdt. Vallen met een vervoermiddel zoals op de fiets, brom- of snorfiets of scootmobiel zijn hier niet in begrepen, dit zijn vervoersongevallen. In 2018 kregen 5.863 inwoners van Nederland een dodelijk ongeval, van wie acht op de tien een accidentele val. Zij overleden binnen dertig dagen na de val aan de gevolgen hiervan.

Er overleden 1.887 mannen en 2.741 vrouwen door een accidentele val in 2018. De meesten waren 80-plussers, 69 procent van de mannen en 84 procent van de vrouwen. Een kwart van de door een val overleden mannen en 43 procent van de vrouwen was negentig jaar of ouder. De toename van het aantal slachtoffers door een dodelijke val is niet alleen toe te schrijven aan de vergrijzing. Ook na correctie voor de veranderende leeftijdsopbouw van de bevolking (standaardisatie) is vooral in de laatste vier jaar bij zowel mannen als vrouwen een stijging te zien. In 2018 was het sterftecijfer door een val voor mannen 29 procent hoger dan in 2014, voor vrouwen lag dat percentage op 45 procent. [📄](#)

Bron: www.cbs.nl



‘Zorg voor zelfstandig wonende oudere moet en kan veel beter!’

Deze kop stond boven het artikel dat inging op conclusies van de onderzoekscommissie onder leiding van oud-politicus Wouter Bos. In zijn rapport *Oud en zelfstandig in 2030, een reisadvies* is onder andere te lezen dat zelfstandig wonen op veel manieren beter gefaciliteerd moet worden door de overheid, samen met bijvoorbeeld zorgverleners en woningcorporaties. Ouderen zelf moeten ook tijdig nadenken over aanpassing van hun woning of over een andere, geschiktere woning. Maar dan moet die andere woning er wel zijn. ‘Bevorder de totstandkoming van woonvormen die het ouderen makkelijk maken om elkaar bij te staan’, is dan ook een aanbeveling aan kabinet, gemeenten, woningcorporaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De commissie pleit ook voor meer verpleeghuizen. ‘Doordat mensen minder vaak aan andere ziekten overlijden, wordt dementie een veel voorkomende doodsoorzaak’, constateert de commissie. ‘Het aantal mensen met dementie zal tussen 2015 en 2040 naar

alle waarschijnlijkheid verdubbelen, van 155.000 naar 330.000.’ Zorg voor voldoende verpleeghuiscapaciteit, is dan ook een aanbeveling. De commissie heeft niet gekeken naar de kosten van voorstellen. ‘Dat was niet de taak van de commissie’, zegt voorzitter Wouter Bos in een toelichting.

De zorg voor zelfstandig wonende ouderen kan ook beter. In een en dezelfde wijk zijn nu vaak veel ‘aanbieders’ in de ouderenzorg actief. Dit maakt samenwerking lastig. Grotere organisaties die door zorgverzekeraars gecontracteerd worden, functioneren beter volgens de commissie. Ze stelt dan ook voor de keuze in wijkverpleging te beperken. Nu hebben ouderen volledige keuzevrijheid omdat wijkverpleging bij de zorgverzekeringswet hoort.

Hier zijn maar een enkele van de 35 aanbevelingen te lezen. De rest ook lezen? Ga dan naar www.rijksoverheid.nl en tik *Oud en zelfstandig in 2030, een reisadvies* in. [📄](#)

Bron: *de Volkskrant*

Discussie maternale kinkhoestvaccinatie

Zwangere vrouwen kunnen sinds 16 december 2019 bij 22 weken zwangerschap een vaccinatie krijgen tegen kinkhoest. Zo is hun kind meteen bij de geboorte beschermd tegen deze ziekte. Voor jonge baby's kan kinkhoest gevaarlijk zijn. Zij kunnen longontsteking of hersenschade krijgen en er zelfs aan overlijden. Elk jaar worden er zo'n 170 baby's met kinkhoest opgenomen in het ziekenhuis. Krijgt de moeder geen 22-wekenprik, dan is de baby pas na twee maanden beschermd als het dan een prikje krijgt. Over deze prik is een discussie opgelaaid die gaat over onder andere de schade die de prik zou veroorzaken aan het ongeboren kind. Hans van Vliet van het RIVM verdedigt zich. ‘Er is inmiddels onderzoek in overvloed gedaan. Daaruit blijkt dat er geen enkel risico is op vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen en ga zo maar door.’ Ook hardnekkig is het idee dat als je ingeënt bent, het kind toch kinkhoest kan krijgen. Dat is zo, erkent het RIVM. ‘Het vaccin beschermt niet 100 procent, bij zwangeren beschermt het het ongeboren kind voor 90 procent. En dan met name tegen de ernstige vormen van kinkhoest. Maar dat geldt sowieso voor het vaccin.

Mocht je het krijgen, dan krijg je een soort kinkhoest die minder ernstig is.’ Duidelijk is dat er een schone taak ligt voor jeugdverpleegkundigen om onafhankelijke, duidelijke en begrijpelijke informatie over deze prik geven. De zwangere vrouw krijgt informatie van de verloskundige of gynaecoloog. Zij verwijzen haar door naar de jeugdgezondheidszorg. Daar kan ze terecht voor het halen van de 22-wekenprik. [📄](#)

Bron: *RTL Nieuws*



Ondersteboven

In het vorige nummer is een foutje geslopen. Waarvoor excuses. De piramide van Maslow uit de rubriek *De klepel en de klok* is ondersteboven geplaatst. Dus de top werd de basis en de basis de top. Bij deze de piramide zoals die echt hoort te zijn. Het artikel staat ook op de website met de goede piramide erin! Zie: mgz.venvn.nl [📄](#)



‘Bijna helft nieuwe zorgmedewerkers vertrekt binnen twee jaar’

Volgens de adviescommissie *Werken in de Zorg* onder leiding van Doekle Terpstra is 43 procent van de nieuwe medewerkers in de zorg binnen twee jaar weer vertrokken. Dat veel nieuwe medewerkers snel de zorg weer verlaten komt vooral door een gebrek aan loopbaanperspectief en goed werkgeverschap, meent de commissie. Zo is de zorg onvoldoende ingesteld op persoonlijke ontwikkeling, terwijl vooral twintigers en dertigers daar wel behoefte aan hebben, aldus Terpstra. In het eerste kwartaal van 2019 verlieten 113.000 werknemers de sector Zorg & Welzijn, schreef de commissie. Van die 113.000 werknemers koos 40 procent, dus ruim 45.000, voor een baan buiten zorg en welzijn. De rest ging bijvoorbeeld met pensioen, kreeg een uitkering of werd zzp'er. De uitstroom in de zorg van 113.000 is ongeveer gelijk aan de uitstroom in de afgelopen jaren, aldus de commissie.

Met de instroom gaat het wél beter, blijkt uit dezelfde rapportage: in het eerste kwartaal van 2019 kozen ruim 150.000 mensen voor een baan in de sector Zorg & Welzijn, 10 procent meer dan in het eerste kwartaal van 2018. Er moet een accentverschuiving komen vindt de commissie: van ‘meer kiezen voor de zorg’ naar ‘beter kiezen voor de zorg’ en daardoor ook ‘blijvend kiezen voor de zorg’. Ook adviseert de commissie zorgverleners zoals verpleegkundigen M&G te betrekken bij regionale arbeidsmarktvoorstellen, en niet alleen bij de uitvoering, maar ook al bij het maken van plannen. Zo verdient de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) volgens Terpstra een belangrijke positie. ‘Verpleegkundigen en andere zorgverleners weten het best welke tekorten er zijn, hoe nieuwe medewerkers te begeleiden en hoe te werken aan persoonlijke ontwikkeling.’ [📄](#)

Bron: www.nursing.nl en *NOS Radio 1* *journaal*

Verschillen indicatiestelling wijkverpleging:

Gewenst of ongewenst?

In praktijk en beleid is de laatste tijd veel aandacht voor de indicaties die wijkverpleegkundigen stellen en de verschillen hiertussen. Waardoor komen deze verschillen? En zijn dergelijke verschillen gewenst of ongewenst? Onderzoekers van Nivel, Hogeschool Utrecht en Maastricht University gaan dit uitzoeken met subsidie van V&VN.

Tekst:
Kim de Groot,
Anne Brabers
en Judith
de Jong

Sinds 2015 indiceren wijkverpleegkundigen de zorg die cliënten nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven wonen. Hierbij stemmen zij de inzet van zorg af met cliënten, op basis van hun zorgvragen en context. Onderstaande casus laat zien dat er bij twee cliënten, die op het oog dezelfde zorgvraag hebben, verschillende indicaties worden gesteld.

Casus

Wijkverpleegkundige Liesbeth krijgt vanuit het ziekenhuis aanmeldingen voor twee nieuwe cliënten, meneer Pieterse en meneer Van Dijk. Beide cliënten zijn 81 jaar oud en hebben een vergelijkbare heupoperatie gehad na een evenzo vergelijkbare breuk. Liesbeth voert met beide cliënten een intakegesprek en stelt de indicaties. Meneer Pieterse woont samen met zijn echtgenote die hem in de avond kan helpen met omkleden. Liesbeth plant voor meneer Pieterse eenmaal daags zorg in voor het wassen en aankleden in de ochtend en wondcontrole. Meneer Van Dijk is weduwnaar en woont alleen. Liesbeth plant voor hem tweemaal daags zorg in. Voor het wassen, aankleden en wondcontrole in de ochtend en daarnaast ook in de avond voor ondersteuning bij het omkleden voor de nacht.

Is het verschil in de indicatiestelling bij deze casus ongewenst? Nee, dit is gewenst, want er is sprake van maatwerk. Wijkverpleegkundige Liesbeth keek namelijk naar de individuele zorgvragen van beide cliënten en de mogelijkheden van hun mantelzorgers.

Discussie over praktijkvariatie

De geschetste casus is een voorbeeld van hoe een wijkverpleegkundige verschillende indicaties stelt bij cliënten die, op het eerste gezicht, dezelfde zorg nodig hebben. Dit wordt ook wel praktijkvariatie genoemd. Op landelijk niveau zijn er signalen dat dergelijke variatie in indicatiestelling voorkomt. En dat zorgt voor discussies. Beleidsmakers en zorgverzekeraars zien praktijkvariatie namelijk als een signaal van onnodige en ongepaste zorg. Waarom wordt bij meneer Van Dijk meer zorg gedeclareerd dan bij meneer Pieterse, ondanks dezelfde diagnose? Het normenkader *Normen voor indiceren en*

organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van V&VN stelt dat de indicatiestelling is gericht op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem, ofwel de mantelzorgers. Vanuit dit kader is het verschil in indicatiestelling gewenst omdat meneer Pieterse wel hulp bij het omkleden in de avond heeft van een mantelzorger en meneer Van Dijk niet. Praktijkvariatie is dus niet eenduidig 'goed' of 'slecht'.

Uit bovenstaande casuïstiek blijkt dat als de praktijkvariatie verklaard wordt door de zorgvraag van een cliënt, zijn of haar persoonlijke situatie en sociale context, we spreken van gewenste variatie. In andere situaties is de variatie ongewenst. Bijvoorbeeld wanneer verpleegkundigen niet voldoende kijken naar het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten. Om te weten of variatie gewenst of ongewenst is, is het belangrijk om te zien of er daadwerkelijk praktijkvariatie is en wat de oorzaken zijn van deze variatie.

Weinig bekend over oorzaken

Er is op dit moment weinig bekend over de oorzaken van variatie in indicatiestelling door wijkverpleegkundigen. Wel kunnen we leren van andere zorgprofessionals, zoals artsen. Ook bij artsen komt variatie in de ingezette zorg voor. Een voorbeeld is of er bij een hernia direct geopereerd wordt of dat een meer afwachgend beleid met fysiotherapie wordt ingezet. Vanuit wat bekend is over praktijkvariatie bij artsen, verwachten we dat variatie in indicatiestelling meerdere oorzaken

'Praktijkvariatie is niet eenduidig goed of slecht'

kan hebben. Zo kunnen voorkeuren en eerdere ervaringen van de wijkverpleegkundige zelf van invloed zijn op de indicatiestelling. Bijvoorbeeld als een wijkverpleegkundige slechte ervaringen heeft met de inzet van een medicijndispenser, wordt deze bij een volgende cliënt mogelijk minder snel ingezet. Ook het team waarin een



wijkverpleegkundige werkt kan een rol spelen in de indicatiestelling. Wanneer zij aangeven te krappe of te ruime tijd te hebben, is het denkbaar dat een wijkverpleegkundige de indicatiestelling bijstelt. Een andere mogelijke oorzaak is de invloed van de organisatie waarin een wijkverpleegkundige werkt. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat sommige organisaties meer mogelijkheden bieden om zorgtechnologie in te zetten dan anderen. Deze technologie kan bepaalde zorg door het team vervangen en zo effect hebben op de indicatiestelling. Denk hierbij opnieuw aan de medicijndispenser die meerdere zorgmomenten kan vervangen. Tot slot kan, zoals in de casus, het cliëntensysteem een rol spelen. Is er wel of geen mantelzorger aanwezig die bij bepaalde zorgtaken kan ondersteunen? Van de hiervoor genoemde oorzaken is nog niet bekend of deze ook daadwerkelijk zorgen voor variatie in de indicatiestelling. En zo ja, of en wanneer deze variatie dan gewenst of ongewenst is.

Onderzoek gestart

Op 1 januari 2020 is een onderzoek gestart dat als doel heeft inzicht te krijgen in de aard, omvang en oorzaken van ongewenste praktijkvariatie in de wijkverpleging. Ook wil het onderzoek passende maatregelen vaststellen

om ongewenste praktijkvariatie te verminderen en de kwaliteit van de indicatiestelling te verbeteren. Met de kennis uit dit onderzoek kunnen er gezamenlijk stappen worden gezet worden om de kwaliteit van de indicatiestelling verder te verbeteren. Het onderzoek duurt drie jaar en wordt gefinancierd door V&VN. De onderzoeksgroep bestaat uit prof. dr. Judith de Jong en dr. Anne Brabers van het Nivel, prof. dr. Sandra Zwakhalen van Maastricht University en dr. Nienke Bleijenbergh van Hogeschool Utrecht.

Meedoen?

In het onderzoek hebben we ook jouw hulp als praktiserende wijkverpleegkundige nodig. Op meerdere momenten gaan we jullie vragen om mee te denken. Het gaat dan bijvoorbeeld om het invullen van een vragenlijst.

Lijkt het je leuk om mee te doen of wil je meer informatie over het onderzoek? Stuur ons dan een bericht via a.brabers@nivel.nl. Meer informatie is ook te vinden op de website van V&VN. Tik in het zoekvenster:

Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging of stuur een bericht naar tafelwijkverpleging@venvn.nl. 📧

Kim de Groot is onderzoeker bij het Nivel en daarnaast wijkverpleegkundige bij Thebe Wijkverpleging. Anne Brabers en Judith de Jong zijn ook onderzoekers bij het Nivel. De Jong is tevens bijzonder hoogleraar Zorgstelsel & Sturing aan de Universiteit van Maastricht

Na enige koudwatervrees:

Wijkverpleegkundigen enthousiast over intercollegiale toetsing!

Intercollegiale toetsing kan de praktijkvariatie in de indicatiestelling bij wijkverpleegkundigen verminderen. Daarom startte V&VN in november van 2018 een pilotproject om deze vorm van deskundigheidsbevordering in het werk van wijkverpleegkundigen beter te integreren. Dertien procesbegeleiders werden geschoold. Zij organiseerden gemiddeld drie intercollegiale toetsingsbijeenkomsten voor groepen waar 221 wijkverpleegkundigen aan meededen. Na enige koudwatervrees bleek het een groot succes. Uit het eindrapport blijkt dat alle deelnemende organisaties ermee doorgaan en V&VN staat op het punt het project landelijk uit te rollen.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen en
Valerie
Schipper

Het doel van het project was simpel: het leveren van een bijdrage aan de vermindering van praktijkvariatie in de indicatiestelling en het organiseren van zorg. Plus: onderzoeken wat er nodig is om intercollegiale toetsing in het werk van de wijkverpleegkundigen te integreren en draagvlak te creëren onder het management. De dertien procesbegeleiders kregen training in hoe ze tijdens de intercollegiale toetsing onder andere het gesprek kunnen structureren en discussies leiden.' Dat vertelt adviseur Annette de Ruiter die samen met haar collega Karen Achterberg van adviesbureau Collegamento dit project begeleidde. 'Maar ook hoe de

procesbegeleiders ondersteunend kunnen zijn bij het stellen van de goede vragen. De meerwaarde om een wijkverpleegkundige als procesbegeleider te nemen was dat hij of zij praktijkvoorbeelden kan noemen en in het gesprek de juiste accenten kan leggen. Uit ons eindrapport blijkt dat het zonder procesbegeleiders moeilijk is om intercollegiale toetsing van de grond te krijgen.' Zelfstandig wijkverpleegkundigen Milanda Koopman-Houtkamp en Sanne van der Ent waren twee van de dertien procesbegeleiders. 'Een belangrijk onderdeel van de tweedaagse scholing was groepsdynamica. Daar wist ik voordat ik de scholing deed, weinig van.



Bij groepsdynamica gaat het om hoe je de tijd in de gaten houdt, hoe iedere deelnemer tijd krijgt zijn of haar inbreng te geven en vragen te stellen, maar ook hoe je deelnemers betrokken houdt, zodat er niet een naar buiten zit te kijken tijdens het gesprek. Een gemiddelde wijkverpleegkundige heeft deze competentie niet. Dus de scholing was fijn.' Sanne van der Ent vult aan: 'Zonder begeleiding is er een groepje mensen bij elkaar. Die gaan als je niet uitkijkt, toch vaak zitten klagen. Wat is er fout, zonder eigen verantwoordelijkheid te nemen. Met een procesbegeleider wordt er meer gekeken naar leiderschap: wat kun jij zelf doen om te zorgen dat je juist indiceert.'

Commitment management

Nadat de procesbegeleiders waren geschoold moesten ze commitment vinden voor de invoering van intercollegiale toetsing in de diverse organisaties. 'Dat kostte meer tijd dan verwacht', vertelt adviseur De Ruiter. 'Er kwamen implicaties als: kan het onder werktijd? En waar halen we de tijd vandaan in de toch al overvolle agenda's van de wijkverpleegkundigen? Ook was het verschil tussen intervisie en intercollegiale toetsing vaak niet bekend. Alle investeringen van de procesbegeleiders naar het management toe wierpen uiteindelijk wel zijn vruchten af. Alle deelnemende organisaties waarbij de groepen zijn gestart, gaan er namelijk mee door.'

'Zonder procesbegeleiders is het moeilijk om intercollegiale toetsing van de grond te krijgen'

Wat duidelijk moet zijn is dat het wijkverpleegkundig vak en het professioneel handelen centraal staat in de intercollegiale toetsing en niet de organisatie waarin de wijkverpleegkundigen werkzaam zijn. De Ruiter: 'We constateerden namelijk dat het organiseren van intercollegiale toetsingsgroepen in de regio de voorkeur heeft omdat hierdoor meer regionale uniformiteit en uitwisseling gaat ontstaan.'

Anamneses en zorgplannen

Op hun beurt bleken de wijkverpleegkundigen vaak koudwatervrees te hebben. De Ruiter: 'Het is voor wijkverpleegkundigen nog niet gewoon om bevestigd te worden over hoe ze iets doen in hun werk. Ze zien dat in eerste instantie vaak als een oordeel. Terwijl het open vragen zijn over anamneses en zorgplannen en hoe zij dit aanpakken, en die ervoor zorgen dat je als wijkverpleegkundige kan leren en ontwikkelen.' Procesbegeleider Koopman-Houtkamp: 'Daarom is het belangrijk dat

Diverse leerpunten die werden behandeld

- Indicaties Wlz/Wmo/ Zvw
- Indicatie preventie / overbelasting mantelzorg
- Evaluatie zorgplan
- Eenduidigheid indicatiestelling
- Afwegingen bij het stellen van prioriteiten
- Indicaties zonder financieringsmogelijkheid
- Rol cliënt (eigen regie) bij indicatiestelling en eigen visie hierop
- grenzen wijkverpleging ten aanzien van veiligheid

je als procesbegeleider een veilige omgeving creëert zodat iedereen zich kwetsbaar durft op te stellen en durft te zeggen waar hij of zij mee zit.' Uit de vragenlijst onder de deelnemers, blijkt dat dit meer dan gelukt is. Slechts 1 procent van de deelnemers vond dat er geen veilig leerklimaat was. Procesbegeleider Sanne van der Ent: 'Naarmate de groepen langer draaiden en de deelnemers ervoeren wat intercollegiale toetsing precies inhield, werden ze steeds enthousiaster. Waar de wijkverpleegkundigen vooral naar op zoek waren is eenduidigheid en of ze het doen volgens de regels. Elke keer wordt er een casus ingebracht. Milanda en ik draaien vaak samen een groep. Ik wijs ze erop waar ze iets kunnen vinden in onder andere richtlijnen of bijvoorbeeld het normenkader, Milanda legt meer het accent op hoe ze in de praktijk argumentatie kunnen vinden voor wat ze willen indiceren. Dat is een mooie wisselwerking. Nu vinden de wijkverpleegkundigen het een erg fijne manier van werken.'

Praktijkvoorbeeld

De twee procesbegeleiders geven een voorbeeld van een casus die ze gebruiken. 'Neem het klaarzetten van voeding bij een cliënt. Dan bekijken we de handleiding hierover. Gaat dit werk via de ZVW of de WMO? Theoretisch gezien mag je het volgens de ZVW klaarzetten als het echt een geneeskundige grondslag heeft. De vraag is natuurlijk: wanneer is dat zo? Stel: een mevrouw heeft twee polsen gebroken, wordt uit het ziekenhuis ontslagen, maar kan haar eigen eten nog niet klaarmaken omdat er nog niemand uit het mantelzorgersnetwerk haar daarmee kan helpen. In de aanloop naar het regelen hiervan mag een wijkverpleegkundige het eten klaarzetten. We wijzen de deelnemers dan op de *Factsheet maaltijdondersteuning* uit april 2019. Daar staat een stroomdiagram in, een soort van beslissboom die precies laat zien bij welke financieringsstroom je moet zijn. Je mag dit indiceren als geneeskundig; de indicatie valt dan onder de ZVW. Maar zodra blijkt dat

Wat is het verschil met intervisie?

Bij intervisie staat je eigen persoon in je werk voorop. Je reflecteert dan in een groep hoe jij in een bepaalde situatie met een cliënt, collega of je leidinggevende reageert. Neem die agressieve cliënt. Wat doe je, hoe reageer je en wat kun je de volgende keer beter doen. Dat bespreek je met je collega's. Bij intercollegiale toetsing ga je kijken naar hoe je professioneel je werk uitvoert. Het is een vorm van deskundigheidsbevordering waarbij je je eigen handelen laat toetsen volgens een vaste systematiek. De dagelijkse praktijk wordt getoetst aan vooraf expliciet geformuleerde en geaccepteerde kwaliteitsnormen. Elke keer wordt er een casus ingebracht die wordt bestudeerd, bekeken en gewogen. Richtlijnen worden erbij gehaald en de indicatie tegen het licht gehouden. Individueel en gezamenlijk worden lessen getrokken binnen een toetsgroep van collega-wijkverpleegkundigen. Het doel van intercollegiale toetsing is het vergroten van de kwaliteit van je eigen professioneel handelen en het trekken van gezamenlijke lessen.

mevrouw weer zelf kan koken, maar dat niet doet, dan wordt het een andere zaak. Dan valt het klaarzetten weer onder de WMO.'

Beide procesbegeleiders zijn goed op de hoogte welke argumentatie bij welke indicatie past. 'Dat komt echt door de scholing die we kregen. Samen met de vorm waarin wij de toetsing doen heeft dit een enorme meerwaarde voor toetsingsbijeenkomsten. De wijkverpleegkundige heeft de leiding over haar vak weer teruggekregen doordat zij weer zelf mag indiceren. Wij leren hem of haar deze leiding weer daadwerkelijk op te pakken en ze daar sterk voor te maken via argumentatie en inhoud.'

Gestructureerde vergaderstructuur

Uit het eindrapport blijkt dat een goede gestructureerde aanpak het beste werkt. De Ruiter: 'En daar bedoelen we mee: een vaste vergaderstructuur, duidelijkheid hoe vaak de bijeenkomsten zijn, wie de casus inbrengt, tijdsbewaking en ga zo maar door. Op deze manier is het niet ad hoc, worden de bijeenkomsten gestructureerd ingebed en weet iedereen waar hij aan toe is. Omdat niet elke nieuwe groep opnieuw het wiel hoeft uit te vinden, hebben we aan V&VN voorgesteld om alle organisatie rond het opzetten hiervan, op te nemen in de *Toolkit Indicatie*.'

De adviseurs raden aan om heldere kaders te formuleren ten aanzien van deskundigheidsbevordering met



Wijkverpleegkundigen en procesbegeleiders Milanda Koopman-Houtkamp en Sanne van der Ent

daarin de plek van intercollegiale toetsing en de mogelijkheid om dit onder werktijd te kunnen doen. De Ruiter: 'Zorg tevens voor een verplichtend karakter, bijvoorbeeld door middel van een beleidsregel zoals bij de verpleegkundig specialist en via accreditatie.'

Wat de adviseurs duidelijk werd is dat wijkverpleegkundigen wel willen, maar dat het van groot belang is dat managers hun faciliterende rol nemen. 'Het onderhouden en bijhouden van de bekwaamheid als wijkverpleegkundige is in eerste instantie de eigen verantwoordelijkheid van de professional,' aldus De Ruiter. 'Het allerbelangrijkste hierbij is de intrinsieke motivatie van de wijkverpleegkundigen. Maar niet alle wijkverpleegkundigen zijn even gemotiveerd. Dit heeft onder andere te maken met de drukte en hectiek bij het werken in de wijk. En daarom is die rol van de manager zo belangrijk. Als deze randvoorwaarde er niet is, is het voor de wijkverpleegkundigen veel moeilijker om gemotiveerd te zijn en te blijven. Maar als eenmaal de stap gezet is tot intercollegiale toetsing blijkt al snel de meerwaarde in de dagelijkse praktijk. Dan is iedereen erg enthousiast.'

In de tussentijd is V&VN achter de schermen hard bezig om dit project landelijk uit te rollen en de volgende groep procesbegeleiders op te leiden. Op deze manier kan er weer een flinke stap gezet worden naar minder praktijkvariatie in de indicatie bij wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen Milanda Koopman-Houtkamp en Sanne van der Ent zijn inmiddels een eigen bureau gestart (www.wijkzorgacademie.nl) waarmee ze bijeenkomsten over intercollegiale toetsing organiseren. 📧

Ook procesbegeleider worden? Houd de website van mgz.venvn.nl in de gaten.

OGZ-verpleegkundige Jolanda Rensink

'Onze droom is een YouTube-kanaal over het belang van de publieke gezondheidszorg'

V&VN Maatschappij&Gezondheid verzorgt sinds zes jaar ambassadeursopleidingen. In een traject van een jaar leren wijk-, dementie- en jeugd- en sociaal verpleegkundigen om hun beroep op de kaart te zetten, te positioneren en om te netwerken. Ook leren ze persoonlijk leiderschap te ontwikkelen. Zowel V&VN M&G als hun werkgever steunen de opleiding. In deze rubriek komt elke keer een ambassadeur aan het woord. Deze keer Jolanda Rensink (48). Ze is ruim vijf jaar infectieziekten-verpleegkundige, eerst bij GGD Zuid-Holland Zuid en nu bij GGD Haaglanden. Ze ontving in maart 2019 haar certificaat tot ambassadeur.



Voldoet het ambassadeurs-traject aan je verwachtingen?

'Zeker! Ik begon dit traject omdat ik mijn netwerk in de publieke gezondheidszorg wilde open en uitbouwen. En om meer bekendheid te creëren over de openbare gezondheidszorg bij bestuurders en burgers. We zijn naar

de Tweede Kamer geweest waar we onder andere spraken met Kamerleden die Volksgezondheid en jeugdgezondheidszorg in hun portefeuille hebben. Ook hebben we op het ministerie van VWS gesprekken gehad. En ik ben naar diverse wethouders geweest om over mijn vak te praten. We monitoren de volksgezondheid, met name op het gebied van infectieziekten. Hier gebruiken we veel parameters voor. De bestuurders konden op hun beurt mij goed uitleggen hoe dit van invloed kan zijn op het maatschappelijke belang en het te vormen beleid. Erg interessant.'

Hoe heb je nog meer je netwerk uitgebreid?

'In mijn eigen organisatie heb ik meer mijn oor te luisteren gelegd en ben ik meer in afstemming met andere afdelingen gaan werken. Zo bleek de afdeling Medische Milieukunde (MMK) het zwemwater te checken en wij bij infectieziekten ook. Dat hebben we nu beter

gestroomlijnd. En ook bij de jeugdgezondheidszorg weet ik nu bij wie ik moet zijn als er iets speelt. Daarnaast heb ik meer contact met organisaties buiten de GGD zoals Veilig Thuis en verslavingsklinieken omdat ik nu via het ambassadeurstraject beter nadenk over de vraag: wat heeft mijn advisering voor gevolgen voor andere partijen.'

Op wat voor een manier laat je je als ambassadeur nog meer horen?

'Toen de hele discussie over BIG II losbarstte, heb ik verkenner Rinnooy Kan telefonisch gesproken. Ik ken hem via via en heb daar gebruik van gemaakt. Ik vertelde hem dat er heel wat verpleegkundigen M&G rondlopen die uitermate goed werk leveren, maar die voor 2012 hun opleiding behaalden. Deze mensen zouden dan weer terug de schoolbanken in moeten. Ik ben erg blij dat de wetswijziging van tafel is.'

Wat is een grote droom die je wilt laten uitkomen?

'Samen met de andere ambassadeurs een eigen YouTube-kanaal met filmpjes, blogs en vlogs over de openbare gezondheidszorg beginnen. Om te laten zien waarom deze zorg zo belangrijk is en dat iedereen ermee te maken heeft. Uitleg over infectieziekten, hoe het de gezondheid kan schaden en wat we kunnen doen om het zoveel mogelijk te voorkomen. En dan op zo'n manier dat het inhoudelijk is en leuk, interessant om te kijken. Voor zowel burgers als bestuurders.' 📧

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

Valerie Schipper is wijk- en dementieverpleegkundige bij zorggroep Meander en redactielid bij Tijdschrift M&G

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

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

Voorzitter Jet Bussemaker van de RVS:

‘De verbinding tussen volksgezondheid en samenleving moet sterker gemaakt worden’

In deze rubriek komen professionals die inspireren aan het woord. Niet alleen hun functie, maar ook lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer een gesprek Jet Bussemaker, de kersverse voorzitter van de *Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving* (RVS) en hoogleraar Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg aan de Universiteit van Leiden.

Tekst:
Huub Sibbing

Wat is uw ambitie als kersverse voorzitter van de RVS?

‘Mijn kennis van en ervaring met de weerbaarheid van de politiek mede gebruiken om adviezen te schrijven die betekenisvol, gezaghebbend zijn en die impact hebben voor politiek, beleid, praktijk en samenleving.’

Op de website van de RVS staat dat jullie op zoek gaan naar blinde vlekken in de zorg. Wat vindt u de belangrijkste blinde vlek?

‘Dat betrokkenen bij beleid denken dat wanneer je iets goed op papier hebt gezet en het vast hebt gelegd in wetten, het dus zo gaat gebeuren. Helaas is dat niet vanzelfsprekend. Implementatie van wetten vraagt vaak ook om cultuurverandering en omslagen die tot op het laagste niveau op de werkvloer moet worden doorgevoerd. Dat wordt onderschat.’

In uw eigen oratie als hoogleraar, maar ook in rapporten van het SCP, het RIVM en ook de RVS komt het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen naar voren als een hardnekkig probleem, ook wel een ‘wicked problem’ genoemd. Wat is er volgens u voor nodig om dat proces te keren?

‘Om te beginnen moeten we erkennen dat deze gezondheidsverschillen niet eendimensionaal op te lossen zijn en dat er ook morele kanten aan zitten. Wat vinden we als samenleving aanvaardbaar? Er wordt gemakkelijk een beeld gecreëerd dat ongezondheid je eigen schuld is: Blaming the victim. Dat klopt natuurlijk niet. De wetenschap kan eraan bijdragen om dat beeld te

Wat doet de RVS?

De RVS is de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving en is het adviesorgaan voor de regering en parlement met betrekking tot alle zaken betreffende de volksgezondheid, de gezondheidszorg en de relatie met de samenleving. De RVS is in 2015 ontstaan uit een fusie tussen de eerdere RVZ (Raad voor de Volksgezond en Zorg) en de RMO (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling). Een paar voorbeelden van toonaangevende adviezen:

- *Advies Perspectief op gezondheid* (2010) met het mantra van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Meer aandacht voor preventie
- *Advies Regie aan de poort* (2012) waarin de nadruk werd gelegd op basisgezondheidsteams met M&G-verpleegkundigen, huisartsen en het sociale domein. Daar zijn de sociale wijkteams uit voortgekomen
- *Zorgagenda voor een gezonde samenleving* (2017)
- *Advies Zonder context geen bewijs* (2017) over de illusie van evidence-based practice in de zorg
- *Advies Blijk van vertrouwen* (2019) over een andere manier van verantwoorden van goede zorg.
- *De B van Bekwaam* (2019) over de toekomst van de wet BIG.

ontzenuwen, zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid onlangs in het rapport *Weten is nog geen doen* heeft gedaan. Daarin staat onder andere dat

de groep voor wie de eisen qua redzaamheid en participatie soms te hoog gegrepen zijn, niet beperkt is tot een kleine groep ‘kwetsbaren’ zoals bijvoorbeeld mensen met een laag IQ. Ook mensen met een goede opleiding, baan of een goede maatschappelijke positie kunnen in situaties verzeild raken waarin hun redzaamheid ontoereikend is, zeker op momenten dat het leven tegenzit. Bovendien individualiseert het medische model in Nederland enorm. Er gezonde leefstijl wordt gezien als individuele verantwoordelijkheid. Daar bedoel ik mee: “Jij moet weten dat je meer moet bewegen, dat je minder moet drinken enzovoort.” Maar de maatschappelijke factoren worden hierbij over het hoofd gezien. De RVS heeft dit thema geagendeerd in de nieuwe werkagenda. We moeten op zoek gaan naar externe factoren die voor een doorbraak kunnen zorgen. Vroeger waren bijvoorbeeld schoon drinkwater en riolering zulke doorbraken. Nu kun je denken aan schulden, stress, laaggeletterdheid of fijnstof als oorzaken die om nieuwe doorbraken vragen. Dat kan via preventiebeleid voor schulden (schuldenlab), basisbanen of inzet op gezonde wijken.’

Dit veronderstelt een breed draagvlak in de samenleving, de politiek, het bedrijfsleven en het onderwijs. Hoe gaat de RVS dat aanpakken?

‘Lerende van de evaluatie van de RVS hebben we ons als doel gesteld de verbinding tussen volksgezondheid en samenleving nog sterker moeten maken. Alle volksgezondheidsvraagstukken hebben een maatschappelijke component en andersom hebben de meeste samenlevingsvraagstukken een zorgcomponent. Het is belangrijk om die verbinding te leggen. We staan voor veel uitdagingen. Een manier om daar verandering in te brengen

is om minder in termen van zorg en meer in termen van gezondheid te denken. Minder in termen van patiënten en meer in termen van mensen en dus meer in termen van integrale benadering.’

Het idee van een integrale benadering is niet nieuw en wordt al jaren bepleit door allerlei adviesorganen en onderzoekers. Toch lijkt het in de politiek niet te landen. Hoe komt dat?

‘De politiek en de departementen zijn heel verkokerd. Ik vind dat we nog teveel in eigen bubbels opereren. Voor echt integraal werken moet je een gezamenlijk beginpunt hebben. En dat is natuurlijk reuze ingewikkeld. Dat speelt ook bij professionals en instellingen. Ze hebben hun eigen taal, gaan soms met elkaar de strijd aan, en vinden hun standpunten allemaal belangrijk. We moeten



echter weer terug naar de vraag: waar doen we het voor? En naar de vraag wat de burger wil en wat hij er zelf van vindt. Naar mijn eigen mening is het de kunst

‘Verpleegkundigen M&G komen uit een fantastische Nederlandse traditie, maar ook zij moeten veranderen’

om meer vanuit een missie te werken die niet concurrerend is, maar voor verbinding zorgt. Dat is helaas een hele zoektocht.’

In 2008 sprak u uzelf in de media uit voor het terugdringen van de medicalisering van de jeugd. En in 2009 voor minder registratie en meer vertrouwen in de wijkverpleegkundige. Hoe kijkt u daar nu, tien jaar later tegen aan? Het lijkt alsof we in die tien jaar niks zijn opgeschoten.

‘Het duurt in dit land erg lang om fundamentele veranderingen echt van de grond te krijgen. Daar is langetermijn- en consistent beleid voor nodig terwijl we

Bio

Jet Bussemaker studeerde politicologie, was wetenschapper aan de Universiteit van Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam en vervolgens kamerlid voor de PvdA tussen 1998 en 2007. Daarna werd ze van 2007 tot 2010 staatssecretaris van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS), van 2010 tot en met 2012 lid van het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam en de Hogeschool van Amsterdam en in 2012 tot en met 2017 minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW). Sinds 1 juli 2018 is ze hoogleraar aan het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en de Governance Faculteit van de Universiteit Leiden met als leeropdracht 'Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg'. Op 1 juni 2019 volgde zij Pauline Meurs op als voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

in de praktijk bij elke kabinetwissel het beleid weer helemaal omgooien omdat er dan weer een nieuwe regering zit. Maar aan de andere kant: er is sindsdien wel veel bereikt. In 2009 was de wijkverpleging op sterven na dood. Dat is nu niet meer zo. Wijkverpleeg-

'Alle volksgezondheidsvraagstukken hebben een maatschappelijke component en andersom hebben de meeste samenlevingsvraagstukken een zorgcomponent'

kundigen hebben een veel duidelijkere plaats, bijvoorbeeld bij het indiceren. Maar als je kijkt naar de registratielast en we gaan in ditzelfde tempo voort, dan gaat dat hem niet worden. Daar moeten we meer regie op voeren. Niet in termen van meer beleidsregels maar juist meer positieve krachten ruimte geven, en die steun geven. Regels opruimen is niet genoeg. Het gaat om ruimte creëren voor professionele ambachtelijkheid en bezieling.'

Wat verwacht u van verpleegkundigen M&G?

'Verpleegkundigen M&G komen uit een fantastische Nederlandse traditie, maar ook zij moeten veranderen. Ik ben erg gecharmeerd van het concept positieve gezondheid en heb uit eigen ervaring gemerkt hoe

belangrijk de bijdrage is die verpleegkundigen en verzorgenden kunnen leveren aan de kwaliteit van leven en de normatieve kant ervan. Zij kunnen als geen ander ondersteunen bij lastige keuzes tussen doorbehandelen of aanvaarden van het sterven, zo zag ik bij mijn ouders. Dat zijn we de afgelopen jaren teveel kwijtgeraakt.'

In uw speech tijdens het diner pensant van het traject *Ambassadeur van de wijkverpleegkundige van V&VN M&G* waarschuwde u om niet alleen in te zetten op nieuwe wetten. Elke nieuwe wet kent namelijk ook weer nieuwe nadelen zoals bijvoorbeeld bij de WMO te zien is. Als zaken niet lopen zoals je zou willen schetst u, als variatie op het werk van de econoom en filosoof Hirschman, drie mogelijkheden om iets te doen. 1) *Exit*: ontslag nemen, 2) *Voice*, ofwel je stem laten horen of 3) *Loyalty*, wat betekent dat je loyaal blijft aan de cliënt en de organisatie. Waar moeten verpleegkundigen M&G voor kiezen vind u?

'Mijn oproep aan M&G verpleegkundigen is vooral niet voor *Exit* te kiezen. Daar schiet uiteindelijk niemand iets mee op. Maar ook niet voor *Loyalty*, want dat houdt je niet vol op de lange termijn. Ik ben een grondige voorstander van verpleegkundig leiderschap. Zo ben ik heel blij met toename van het hoogleraren Verpleegkunde. Daarom vind ik dat verpleegkundigen M&G voor *Voice* moeten kiezen. Ofwel: laat je stem horen, vertel je verhalen, zorg dat je als verpleegkundige alom aanwezig bent. Speak up! Het hoeft niet zo heftig als de boeren deden, maar laat wel goed horen waar je behoefte aan hebt om je professionaliteit ten uitvoer te brengen en wat je belemmert om je werk goed te doen. En een tip: blijf bij problemen niet te lang loyaal door het zelf op te lossen. Zet deze problemen vooral weg bij een hoger niveau. Daar zijn managers en bestuurders voor.'

Waar wilt u over vier jaar staan met de RVS?

'Dat we adviezen hebben gemaakt die impact hebben en die verankerd worden of zijn in de samenleving. En dat we meer nieuwe werkvormen ontwikkelingen door bijvoorbeeld via actieonderzoek grip te krijgen op de redenen waarom dingen soms zo moeizaam verlopen en hoe dat beter kan. En dat mag best wat taboes doorbreken en hier en daar schuren.' ❧

Jeugdverpleegkundige Eline Oosting-Ballast:

'Als team zijn we zelf verantwoordelijk voor de borging van de nieuwe werkwijze'

De JGZ-richtlijn *Opsporen oogafwijkingen* is de vervanging van de JGZ-richtlijn *Opsporen visuele afwijkingen* uit 2010. Met deze vernieuwde richtlijn krijgen JGZ-professionals up to date-handvatten om op een systematische en uniforme manier oogafwijkingen zoals een lui oog (amblyopie), staar (cataract) en tumoren aan het oog bij kinderen vroegtijdig te signaleren en ze waar nodig, door te verwijzen voor behandeling. JGZ-instellingen zijn nu druk bezig met de implementatie omdat een belangrijke wijziging al per 1 januari van dit jaar in moest gaan. In dit artikel kijken we naar de aanpak van Icare JGZ in Lelystad. Jeugdverpleegkundige Eline Oosting-Ballast speelde daarin een belangrijke rol.

Wat gaat er veranderen? In de nieuwe richtlijn staat expliciet vermeld dat de Amsterdamse Plaatjes Kaart na 1 januari 2020 niet meer gebruikt mag worden. De kaart die iedere ouder wel kent; die met de afbeelding van de ouderwetse theepot, de waterkan en een sleutel. Eline Oosting-Ballast, jeugdverpleegkundige 0-4 jaar bij Icare JGZ in Lelystad: 'Deze afbeeldingen bleken soms onherkenbaar, zo werd de sleutel omschreven als "een kerk met een wolk erboven". Bovendien kon het kind een plaatje te makkelijk herkennen aan de vorm alleen, zodat je niet meet wat je wilt meten en dat is de gezichtscherpte (visus).'

Wat ook verandert is dat 3-jarige kinderen niet meer standaard de ogentest krijgen. Uit onderzoek blijkt dat kinderen op deze leeftijd nog niet voldoende kunnen meewerken. 'Ook de zogenaamde "afdektesten" om te beoordelen hoe een oog van een kind volgt, worden beknopter uitgevoerd.'

Op 4-jarige leeftijd, wanneer een vaccinatie gegeven kan worden, wordt de visustest wel standaard aangeboden. Voor deze test gaat, in plaats van de huidige Landolt-C, de E-hakenkaart gebruikt worden. Hierbij kan het kind met de hand, met een vormpje of met woorden aangeven welke stand de E heeft op de kaart. Als dat nog niet lukt, mag de LEA-symbolenkaart gebruikt worden. Dat is



Eline Oosting-Ballast

een kaart met een vierkant, een huis en een soort appel/hartje. Deze symbolen verschillen genoeg van elkaar om de meting van het oog (visus) betrouwbaar te meten. Oosting-Ballast: 'Deze kaart mag je ook gebruiken als er een indicatie is om een 3-jarige toch te testen, bijvoor-

Wist je dat...

- Stichting Medic gebruikte apparatuur verzamelt en repareert die van nut is in gezondheidsprojecten in ontwikkelingslanden? Zie www.medic.nl
- op de site van het NCJ nuttig materiaal staat voor de implementatie van de nieuwe richtlijn zoals een filmpje, een quiz en een factsheet?
- twee verpleegkundigen lid waren van de werkgroep en een jeugdverpleegkundige deelnam aan de klankbordgroep?
- in 2002 de eerste JGZ-richtlijn uitkwam over het opsporen van visuele afwijkingen? In 2010 werd de eerste herziening gepubliceerd. In 2016 is de start gemaakt voor deze herziening.
- vier JGZ-teams hebben meegedaan aan de praktijktest van zes maanden om de bruikbaarheid van de richtlijn in de praktijk te onderzoeken?

Tekst:
Bente Allessie

JGZ-richtlijn Opsporen oogafwijkingen

beeld als een kind vaak hoofdpijn heeft, veel struikelt en heel dicht voor de tv moet zitten.'

Ook de lichtbakken achter de kaarten bleken te fel waardoor het voor een kind te gemakkelijk was om de plaatjes te zien. 'Alle lichtbakken moeten verwijderd worden,' aldus Oosting-Ballast. 'Dat is een hele operatie voor alle JGZ-organisaties in Nederland. De lichtkasten die niet meer nodig zijn worden overigens niet weggegooid. Medisch materiaal dat niet meer in Nederland gebruikt wordt, kan van groot nut zijn in landen met minder voorzieningen. Oude lichtkasten kunnen bijvoorbeeld goed van pas komen bij het bekijken van röntgenfoto's.'

Plan van aanpak

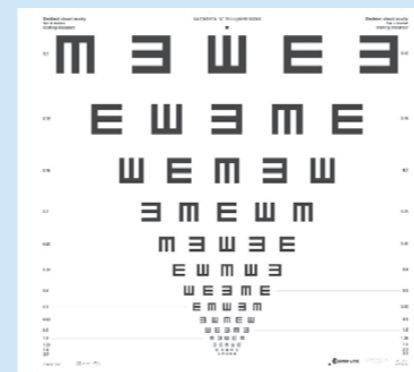
De jeugdverpleegkundige is vanaf het begin betrokken bij de veranderingen rondom de vervanging van de richtlijn in haar organisatie. 'Tijdens een training eind 2018 hoorde ik over de nieuwe richtlijn. Bij de publicatie in de zomer van 2019 gaf ik bij de adviseurs van Icare JGZ aan dat ik graag een rol wilde spelen bij de implementatie. Mijn advies was: jeugdverpleegkundigen gaan met deze richtlijn werken, dan is het ook logisch dat wij meedenken hoe de veranderingen gaan plaatsvinden.'

'Alle lichtbakken moeten verwijderd worden. Dat is een hele operatie voor alle JGZ-organisaties'

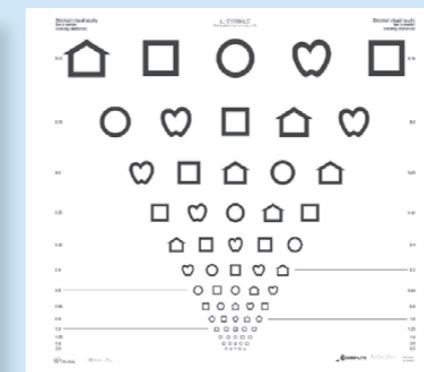
Samen met een collega-jeugdverpleegkundige en een jeugdarts begon ze in september met het schrijven van een plan van aanpak. Scholing, communicatie, facilitaire zaken zoals het verwijderen van de lichtkasten, kosten



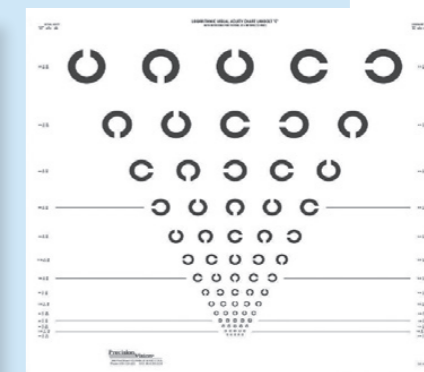
Deze Amsterdamse Plaatjes Kaart is per 1 januari 2020 komen te vervallen



Deze E-hakenkaart wordt nu de standaard



Als de E-hakenkaart niet lukt, mag deze LEA-symbolenkaart gebruikt worden



De Landolt-C-kaart is per 1 januari 2020 komen te vervallen

en accreditatie werden hierin beschreven. Ook praktische zaken kwamen naar voren, zoals hoe dit bij alle 29 locaties ongeveer gelijk kan worden uitgevoerd, welke kaarten er te koop zijn en waar de scholingen gehouden moesten worden. In februari en maart 2020 hebben de scholingen plaatsgevonden. 'Bij Icare JGZ wordt er taakherschikt gewerkt. Dit houdt in dat de jeugdverpleegkundigen, na nauwkeurige triage, artsafgeleide taken uitvoeren bij gezonde kinderen, bij (bijna) alle contactmomenten. We hebben bewust gekozen voor een drie uur durende praktische scholingen in zes groepen van maximaal vijftien artsen, verpleegkundig specialisten en jeugdverpleegkundigen samen. Het was meteen een opfris-moment van de controles van het oog, die de JGZ-professionals blijven uitvoeren, zoals het beoordelen van de aanwezigheid van de rode fundusreflex. Hierbij

wordt er met een zogenaamde "oogspiegel" recht in het oog van het kind gekeken. Zo leer je met en van elkaar.' Tegelijkertijd met de scholingen is er een facilitaire operatie gestart. 'Het secretariaat heeft hierin goed meegedacht. Je wilt bijvoorbeeld niet de lichtkasten verwijderen tijdens de consultvoering.' Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) werd betrokken bij vragen over het bestellen van de nieuwe kaarten. Zij zijn immers de beheerder van de JGZ-richtlijnen en ondersteunen de implementatie hiervan op landelijk niveau.

Leerzaam proces

Toen Oosting-Ballast aan dit traject in haar organisatie begon, had ze niet gedacht dat het zoveel tijd zou kosten. 'Het was een leerzaam proces om het plan van aanpak met elkaar te schrijven. Wat ik merkte is dat ik soms snel iets wil organiseren maar dat dit soort trajecten langer duren dan vooraf gedacht. Voordat je met elkaar om de tafel bent, een compleet plan van aanpak hebt gemaakt, met iedereen contact hebt gelegd, dat kost tijd.' Het werken op basis van richtlijnen hoort bij je professionele standaard, meent Oosting-Ballast. 'Als team zijn we zelf verantwoordelijk voor de borging van de nieuwe werkwijze. Dit kan per locatie dus op een verschillende manier gebeuren. Bijvoorbeeld door een aandachtsfunctionaris af te spreken of door maatjesafspraken te maken waarbij je met elkaar meekijkt. Van alles is mogelijk, als het maar voor jouw team werkt. Als team willen en durven leren, daar gaat de kwaliteit van zorg door omhoog.' Nu bijna alles gereed is bij Icare JGZ, ziet Oosting-Ballast weinig obstakels in het gebruik van de richtlijn. 'Er zijn veel praktische tools in de richtlijn verwerkt. De verwijscriteria bijvoorbeeld, handig om snel te checken welke onderzoeken op welk moment worden

aangeboden en naar wie je zo nodig kan verwijzen. Dat is ook handig voor ouders, die gaan soms naar de brillenverkoper bij een drogist of willen per se naar een oogarts. Ook de foto's van oogafwijkingen zijn helpend.' Het wegvallen van het visusonderzoek bij 3 jaar vindt ze logisch. 'Als uit onderzoek en de praktijk blijkt dat iets niet werkt, moeten we het niet blijven doen. Wel heeft de

'Ik ben wel nieuwsgierig hoe ouders tegen de veranderingen aankijken'

afstemming met de collega's in de oogzorg nog aandacht nodig. Je moet elkaar weten te vinden en goede afspraken maken over verwijzen en terugkoppeling van bevindingen.'

Ouders betrekken

Waar Oosting-Ballast nieuwsgierig naar is, is hoe ouders tegen de veranderingen aankijken. 'Ouders zijn gewend dat wij regelmatig naar de ogen van hun kind kijken en de ogentest doen met 3 jaar. Om echt samen te werken met ouders is het nodig dat we nog meer hun vragen en zorgen serieus nemen en uitleggen waarom we een bepaald onderzoek wel of niet doen bij hun kind. Ook zouden ouders sterker in regie kunnen komen. Het zou bijvoorbeeld mooi zijn als er, voorafgaand aan het consult, een duidelijk filmpje naar ouders gestuurd kan worden met uitleg over de ogentest zodat zij en hun kind voorbereid naar het consult komen. Hierdoor is de kans van slagen en dus het vroegtijdig opsporen en behandelen van afwijkingen nog groter. En daar doen we het allemaal voor!' [🔗](#)

Bente Allesie is jeugdverpleegkundige bij een Jeugd- en Gezinteam, bestuurslid van V&VN vakgroep Jeugd en sinds kort redacteur bij Tijdschrift M&G

Wie doet wat in de oogzorg?

Oogarts

Oogartsen hebben geneeskunde gestudeerd aan een universiteit en zich daarna gespecialiseerd in oogheelkunde. Vrijwel alle oogartsen werken in een algemeen ziekenhuis of een behandelcentrum voor oogziekten.

Optometrist

Een optometrist is gespecialiseerd in het onderzoeken van de ogen en het tijdig signaleren van problemen. Optometristen hebben hiervoor een hbo-opleiding gevolgd. Een optometrist kan in dienst zijn van een optiekzaak.

Orthoptist

De orthoptist is een hbo opgeleide paramedicus die zich bezighoudt met het onderzoek en de niet-chirurgische behandeling van afwijkingen in de samenwerking van de ogen en de oogmotoriek zoals scheelzien, dubbelzien en een lui oog.

Opticiën

Opticiën is geen beschermde titel. Wel is er een mbo-opleiding tot opticiën. Een opticiën kan de sterkte van ogen vaststellen en een bril of contactlenzen aanmeten. Daarnaast kan een opticiën bepalen of verder onderzoek nodig is.

Project DEDICATED: Desired Dementia Care Toward end of life

‘Maak palliatieve fase bij dementie eerder bespreekbaar’

Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg voelen zich vaak onbekwaam in het geven van palliatieve zorg aan mensen met dementie. Dat blijkt uit onderzoek dat onderdeel is van DEDICATED, een project dat als doel heeft om de kwaliteit van zorg voor mensen met dementia in de palliatieve fase te verbeteren zowel thuis als in het verpleeghuis. Dit gebeurt door te werken aan het verhogen van competenties om comfort te kunnen geven, tijdig gesprekken aan te gaan over het naderende levensfase en door samen te werken tussen thuis en het verpleeghuis.

Tekst:
Andrea
Bosman &
Hellen
Kooijman

‘Uit de onderzoeksfase van het project blijkt dat wijkverpleegkundigen zich meer bewust dienen te zijn wanneer de palliatieve fase start bij dementie, meer inzicht te hebben hoe ze comfort kunnen geven en bijvoorbeeld pijn kunnen herkennen. Ook hebben ze behoefte, zo blijkt, aan tools om gesprekken te kunnen aangaan, en willen ze graag meer korte lijntjes hebben en beter geïnformeerd worden in de samenwerking met familie en andere professionals’, zo weet Judith Meijers, senior onderzoeker en projectleider van DEDICATED. Ofwel: ‘Zij voelen zich minder bekwaam om te communiceren over het naderende einde en missen soms belangrijke basiskennis over palliatieve zorg bij dementie.’ Dit herkent wijkverpleegkundige Patricia Paulissen, die

‘De cognitie gaat bij dementie verder achteruit. Om goed te kunnen anticiperen op het levenseinde is het belangrijk tijdig de behoeften in kaart te brengen’

betrokken is bij het project. ‘De vraag of een cliënt wel of niet gereanimeerd wil worden durven wijkverpleegkundigen nog wel te stellen, maar of een oudere met dementie langer thuis wil blijven wonen, of wel of geen antibiotica wil, is veel lastiger.’ Paulissen heeft zichzelf deze vragen eigen gemaakt in de praktijk. Ze deed een opleiding op mbo-niveau en daarna op hbo-niveau en was in 2014 klaar. ‘Tijdens mijn opleiding heb ik het eigenlijk nauwelijks of niet over palliatieve zorg gehad’, zegt ze. Eveneens ontbrak goede basiskennis. ‘Wat is nu precies palliatieve zorg? Wanneer is iemand palliatief’, die vragen en vooral de antwoorden daar weten

wijkverpleegkundigen nog weinig van. En dat geldt zeker als het gaat om palliatieve zorg voor mensen met dementie. ‘Juist bij deze mensen is het van belang de palliatieve zorg op tijd te starten’, zegt projectleider Meijers. ‘De cognitie gaat namelijk verder achteruit. Om goed te kunnen anticiperen op het levenseinde is het belangrijk tijdig de behoeften van de cliënt en zijn naasten in kaart te brengen.’

Kletsspot

Patricia Paulissen werkt als wijkverpleegkundige en adviserend verpleegkundige palliatieve zorg bij Vivantes Ouderenzorg in het Limburgse Beek. Ze ziet bij collega’s dat het best lastig is om de dood te bespreken. ‘Dat is nog vaak een taboe.’ Regelmatig wordt aangenomen dat mensen met dementie er niet over nagedacht hebben. Maar dat is, zo weet ze uit beroepservaring, meestal niet waar. ‘Alleen moet je het bij deze groep anders aanpakken.’ Zo kom je er meestal niet meteen achter wat mensen willen door het direct te vragen, wat bij mensen zonder dementie dikwijls wel kan. ‘Bij deze groep duurt

Zes vragen uit de kletsspot

- Wie ben jij als zorgverlener?
- Wat doet het met je als je weet dat iemand voor wie je zorgt niet meer lang te leven heeft?
- Hoe betrek je naasten in de zorg voor iemand met dementie?
- Waar zou je meer aandacht aan willen besteden in de zorg voor mensen met dementie?
- Hoe kom je erachter wat iemand met dementie nodig heeft?
- Wat was jouw mooiste/verdrietigste moment in de palliatieve zorg voor iemand met dementie?



het vaak langer voordat je vragen kunt stellen over het levenseinde. Bouw eerst een vertrouwensband op. En neem de tijd. Stel vragen niet meteen, maar in verschillende gesprekken.’

Als lid van de ontwikkelgroep van de interventie van DEDICATED is Paulissen betrokken bij de totstandkoming van de competentie toolkit, een instrument dat

‘We hebben via dit project echt het gevoel dat we meer kunnen gaan betekenen voor de cliënt’

ondersteuning biedt bij de hulpverlening in de palliatieve fase. De toolkit wordt ontwikkeld op basis van de inventarisatie van de behoeften van de mensen met dementie zelf, de naaste en de verpleegkundige. De toolkit bestaat uit een kennis- en een communicatie-onderdeel. Het eerste onderdeel van de toolkit, dat overigens nog vol in ontwikkeling is, is de zogenaamde kletsspot, een pot met kaarten waarop verschillende

vragen staan (zie kader). Paulissen: ‘Doel is dat de kletsspot een vast onderdeel van het teamoverleg tijdens het bespreken van casuïstiek gaat worden. Tijdens zo’n overleg wordt een casus besproken over een palliatieve, dementerende cliënt. Dit helpt om met het team te reflecteren over hoe de zorg verlopen is. Om bewuster te worden van de palliatieve fase en de behoeften van de cliënt hierin, evenals de eigen gevoelens en die van collega’s. Daarnaast gaan we bespreken hoe de teamleden hiermee zijn omgegaan en welke interventies er zijn toegepast.’

Vroeg beginnen

Vroegtijdig beginnen is belangrijk, zo weet ook Paulissen. Zo leer je niet alleen de cliënt beter kennen. Maar kun je ook op tijd de familie erbij betrekken. Zodat je een goed beeld krijgt wat de behoeften en gewoontes zijn van een cliënt en wat die nog in de laatste fase graag wil blijven doen. ‘Misschien wil een cliënt niet alleen zolang mogelijk thuisblijven wonen maar ook nog zolang mogelijk dat kopje koffie in het restaurant blijven drinken, of blijven kienen of een blokje omlopen elke dag. Ofwel: ‘Het gaat erom zoveel mogelijk en tijdig

informatie te verzamelen en het plaatje compleet te maken. Hierdoor kan de zorgverlener goed inspelen op de behoeftes en voelt de mantelzorger zich betrokken en gezien. Het geven van een warme overdracht bij een opname, waarbij niet alleen naar medische gegevens maar ook naar persoonlijke behoeftes en gewoonten wordt gekeken, wordt op deze wijze ook makkelijker.' En dat beaamt Renate van IJzendoorn, die als verpleegkundige in zorgcentrum Hoogstaete van Zuiderland in Sittard werkt en eveneens betrokken is bij DEDICATED. Hoewel het daar om intramurale zorg gaat, stuit ook zij deels op dezelfde problemen als in de wijkzorg. Zij wijst eveneens op het belang van de warme overdracht. Goed aan DEDICATED vindt zij dat er regelmatig overleg is met professionals uit verschillende disciplines; docenten, casemanagers dementie, geestelijk verzorgers en verpleegkundigen (zowel intra- als extramuraal). 'Dit maakt dat het project echt vanuit verschillende invalshoeken wordt gevoed en ontwikkeld, wat het draagvlak en de toepasbaarheid vergroot. De aansluiting van een onderwijsinstantie is waardevol omdat het onderwerp palliatieve zorg bij dementie dan ook kan worden opgenomen in het onderwijsprogramma voor aankomende mbo- en hbo-verpleegkundigen.'

En zoals gezegd, begin vroeg met het inventariseren wat cliënt en familie wil. Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan, zo weet ook Paulissen uit de praktijk. Want wanneer ga je nu precies vragen stellen over iemands einde. 'Een goed moment is als iemand achteruit is gegaan, als hartproblemen serieuzer worden bijvoorbeeld, er een luchtweginfectie is. Dan kun je de vraag stellen: 'Heeft u al eens nagedacht over doodgaan?' Ook al is het eerste deel van de interventie net pas gestart, Paulissen ziet al wel meer bewustwording. Collega's van haar team zijn alerter geworden op eerste signalen van de palliatieve fase. 'Ze komen eerder bij mij voor overleg en gaan sneller het gesprek aan. Ze kijken breder en de mantelzorger wordt meer betrokken.' De verwachting is dat het project de palliatieve zorg voor mensen met dementie ook echt in praktijk verbetert. Daarom worden de tools die inmiddels zijn ontwikkeld, steeds weer toegepast op casuïstiek. Op deze wijze blijft er continu weer input vanuit de praktijk komen.'

Draagvlak

'Rond de zomer gaan we starten om samen met onderwijs, onderzoek en de praktijk ook alle behoeftes samen te vatten. Vervolgens zal een samenwerkingsstrategie ontwikkeld worden die organisatie en regio-specifiek is en die zich richt op interprofessionele samenwerking en een warme overdracht van thuis naar het verpleeghuis', zegt projectleider Judith Meijers. Patricia Paulissen is blij dat ze deelneemt aan DEDICA-



Projectleider Judith Meijers

'Ken je cliënt'

DEDICATED is een vier jaar durend onderzoeks- en implementatieproject dat ontwikkeld is als onderdeel van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg in samenwerking met Onderwijs en de praktijk. Zuiderland zorgcentra is penvoerder van dit project. DEDICATED staat voor Desired Dementia Care Towards End of Life. Het project startte in september 2017 met als doel de kwaliteit van palliatieve zorg voor mensen met dementie en hun naasten te verbeteren, zowel in de thuiszorg als in het verpleeghuis. Bijzonder aan het project is dat het zowel de wetenschap, het onderwijs als de praktijk omsluit. In het project werken landelijke partijen als V&VN, IKNL, Vilans, Alzheimer Nederland, Netwerken Palliatieve zorg en dementie, CZ en Consortia Palliatieve zorg samen. Projectleider Judith Meijers onderscheidt vier thema's in het project:

- herkennen van en adequaat reageren op hinderlijke symptomen
- in gesprek gaan over het naderende levenseinde
- verbeteren van interprofessionele samenwerking intra en extramuraal
- faciliteren van een meer proactieve warme en persoonsgerichte overdracht (thuis naar verpleeghuis).

Voor DEDICATED is een miljoen euro beschikbaar gesteld door ZonMw, het instituut dat gezondheidsonderzoek stimuleert.

TED 'De collega's zijn enthousiast. We hebben echt het gevoel dat we meer kunnen gaan betekenen voor de cliënt.'

Meer informatie over het project is te vinden op www.dedicated-awo.eu.

Andrea Bosman is wijkverpleegkundige bij thuiszorgorganisatie Florence in Voorburg

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

Update Wet zorg en dwang

De Wet zorg en dwang (Wzd) is met ingang van 1 januari 2020 ingevoerd. Er wordt van verpleegkundigen en verzorgenden verwacht dat zij op de hoogte zijn van de nieuwe wet, maar er zijn nog veel vragen en onduidelijkheden over de uitvoering daarvan. Dit geldt zeker voor de zorg thuis. Daarom is 2020 bestempeld als overgangsjaar waarin VWS met de veldpartijen gaat werken aan oplossingen om uiteindelijk de wet goed uit te kunnen voeren. In verband met de zorgen over de uitvoering van de wet heeft V&VN in november een advies gemaakt voor verpleegkundigen en verzorgenden. Dit advies verdient inmiddels een update.

Pas geen onvrijwillige zorg toe

Normaal gesproken zou het advies van V&VN kort maar krachtig zijn: 'volg de wet'. Alleen zijn in de wijk de randvoorwaarden van de wet nog steeds niet op orde, zoals V&VN in november al aangaf. Daarom adviseren we nu om geen onvrijwillige zorg in het dagelijkse werk toe te passen totdat er meer duidelijkheid is over de uitvoerbaarheid van de wet in de wijk. Maar: iedereen realiseert

zich dat er situaties zijn waarbij onvrijwillige zorg al plaatsvindt of nodig is. Probeer te voorkomen dat je onvrijwillige zorg moet inzetten, maar als het niet anders kan: volg voor zover mogelijk het stappenplan van de Wzd om (juridische) risico's te beperken.

- Bespreek de casus in je team en met de huisarts
- In het geval van een cliënt met dementie: neem contact op met de casemanager dementie
- Kun je (via de huisarts) een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten om een consult vragen?
- Meld het aan je leidinggevende
- Noteer je acties in het zorgplan.

Loop je in de komende tijd tegen problemen aan? Neem dan contact op met Andrea Steger, adviseur bij V&VN, via een e-mail of via haar rechtstreekse telefoonnummer 06-13606998.

Scholingsbijeenkomsten

Na overleg met de vakgroep V&VN Wijkverpleegkundigen is afgesproken om in 2020 maandelijks in een regio een mid-

dagbijeenkomst voor leden te organiseren over de Wzd in de zorg thuis. Kijk op www.venvn.nl wanneer de bijeenkomst in april plaatsvindt. Deze bijeenkomst zal in het teken staan van:

- scholing over de Wzd
- casuïstiekbespreking
- uitwisselen van kennis en ervaring
- inventarisatie van knelpunten bij de uitvoering van de Wzd.

Voor deze bijeenkomsten is accreditatie aangevraagd.

Heb je vragen over de wet zorg en dwang? Loop je tegen problemen aan bij de uitvoering van de wet? Heb je vragen over de toepassing van onvrijwillige zorg? Mail naar wetzorgendwang@venvn.nl. Je vraag wordt per mail beantwoord of er wordt een belafsprak met je gemaakt.

Op de site van het ministerie van VWS wordt ook steeds meer informatie geplaatst over de Wet zorg en dwang. Zie www.rijksoverheid.nl, ga naar het ministerie van VWS en zoek: 'informatieproducten wet zorg en dwang'.

Houd voor de laatste stand van zaken de website in de gaten: mgz.venvn.nl

LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie klaar!

Deze Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) is een document met handreikingen voor huisartsen, apothekers en wijkverpleging voor afspraken voor de organisatie van zorg rondom medicatiegebruik voor patiënten met wijkverpleging. Met deze handreikingen kan binnen de eigen lokale praktijksituatie verder invulling worden gegeven aan de praktische uitwerking van de Veilige Principes in de Medicatieketen, in dit geval in het bijzonder voor thuiswonende patiënten met chronische medicatie en

ondersteuning hierin door de wijkverpleging. De volgende acht onderwerpen zijn tot in detail vastgelegd. Dat zijn: basisafspraken over samenwerking en communicatie, medicatieoverdracht, patiëntenvoorlichting, therapietrouw, herhaling van chronische medicatie, medicatierollen, medicatiebeoordeling en zelfzorgmiddelen. Wijkverpleegkundigen van V&VN hebben meegewerkt aan deze LESA. Meer weten? De interactieve pdf staat online bij V&VN. Zie www.venvn.nl.

Bekostiging wijkverpleegkunde die écht ruimte biedt voor preventie

Op 14 november 2019 hield de NZA (Nederlands Zorg Autoriteit) een congres over de nieuwe op handen zijnde bekostiging van de wijkverpleging waarbij veel leden van de vakgroep Wijkverpleging en ook veel *Ambassadeurstraject wijkverpleegkundigen* aanwezig waren. Volgens het gepresenteerde tijdspad wordt van de NZA verwacht dat zij rond de zomer een eerste advies over de bekostiging naar de minister stuurt. Een jaar later, in juni 2021, wordt de bekostiging vastgesteld, waarna het nieuwe model in januari 2022 in de praktijk wordt gebracht. Aanleiding voor dit NZA-project is de breed gedragen constatering dat de huidige financiering van de wijkverpleging gebaseerd is op de daadwerkelijk geleverde zorg, daardoor veel administratielijst met zich meebrengt en nauwelijks ruimte biedt aan preventie. In de nieuwe bekostiging moet ruimte komen voor meer autonomie van de wijkverpleegkundige zodat die beter kan inspelen op de behoefte van de cliënt,

met aandacht voor zelfmanagement en preventie. Of, zoals wijkverpleegkundige Pauline Dröge het via een filmpje op het congres presenteerde: 'Wij worden nu betaald voor het uitvoeren van verpleegkundige handelingen. Dat is een verkeerde prikkel.' Liever heeft ze dat wijkverpleegkundigen hun vak écht kunnen uitvoeren: met een brede blik werken aan preventie en investeren in een netwerk in de wijk. Susan Veenhoff, directeur wijkverpleging bij Vierstroom, bevestigde dit beeld. Tijdens het NVA-congres werden ook de resultaten van diverse onderzoekprojecten gepresenteerd die als basis moeten dienen voor de nieuwe bekostiging. Bij deze projecten zijn diverse thuiszorginstellingen en drie universiteiten betrokken: de Maastricht University, Tilburg University en Universiteit Utrecht. Met het nieuwe expertisegebied wijkverpleging van juni 2019 in de hand, moest de vakgroep Wijkverpleging constateren dat de ruimte voor echte preventie magertjes was uitgewerkt.

Zo waren de onderzochte relevante cliëntkenmerken die voorspellend zouden zijn ontleend aan zorgregistraties vanuit Nanda en Omaha van cliënten die al reeds in zorg zijn. Maar bij echte preventie probeer je juist een stap eerder te zetten: voorkomen dan mensen onnodig in zorg zijn. Dit bracht de vakgroep in de discussie in en erkend werd dat die preventieve benadering nog onvoldoende in het onderzoek was meegenomen. De vakgroep gaat zich nu rechtstreeks tot de NZA richten om in het advies van de NZA aan de minister verwerkt te krijgen dat de nieuwe bekostiging ook ruimte moeten bieden aan preventie en het daarvoor benodigde netwerken en het maken van wijkanalyses. Daarin worden ze ondersteund door het rapport van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, onder leiding van oud-minister en oud-vicepremier Wouter Bos die op 15 januari haar eindrapport publiceerde. [🔗](#)

Nieuwe gezichten in bestuur afdeling M&G

Met het vertrek van Marjolein Zilverentant als voorzitter van de vakgroep Wijkverpleging is ook haar plaats in het bestuur van de afdeling Maatschappij&Gezondheid komen te vervallen. Haar plaats wordt ingenomen door Rieke van de Wetering. Zij is wijkverpleegkundige, docent bij de Fontys Hogeschool en lid van de vakgroep Wijkverpleging. Daarnaast heeft Milanda Koopman sinds januari zitting genomen als bestuurslid van de afdeling Maatschappij&Gezondheid. Zij werkt bij de Wijkzorgacademie en is verder lid van het kernteam wijkverpleging van het Platform Verbinden met Zorg. [🔗](#)

Wisseling van de wacht bij vakgroep Wijkverpleging

Door omstandigheden hebben Marjolein Zilverentant (voorzitter) en Suzanne Koning (penningmeester) zich genoodzaakt gevoeld, terug te treden als leden van de vakgroep Wijkverpleging. Bij deze willen we beiden heel erg danken voor hun jarenlange inzet voor de vakgroep en de afdeling M&G! De vakgroep is de afgelopen maanden versterkt door vijf nieuwe leden: Arjenne van der Linden (wijkverpleegkundige bij Zorggroep Elde), Idris Donkers, (wijkverpleegkundige bij Laurens), Olga van der Poel (wijkverpleegkundige bij HWW Zorg), Jilca d'Hert (wijkverpleegkundige bij ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen) en Christien, Merkies, (wijkverpleegkundige bij Patyna Thuiszorg Sneek). De laatste vier namen deel aan het zesde *Ambassadeurstraject wijk- en dementieverpleegkundigen* waardoor de beoogde nauwere samenwerking tussen de vakgroep en het ambassadeurstraject fraai gestalte krijgt. [🔗](#)

Prenataal huisbezoek jeugdverpleegkundigen in de wet

In het kader van het actieprogramma *Kansrijke Start* wordt het prenataal huisbezoek opgenomen in de Wet publieke gezondheid. Annemieke Goudkuil heeft van de directie Publieke Gezondheid van VWS het verzoek gekregen om te reageren op deze wetswijziging. Jeugdverpleegkundigen doen nu van oudsher ook al wel prenatale huisbezoeken, maar zonder wettelijk kader. De reactie van V&VN Jeugd op de voorgenomen wijziging van de Wet publieke gezondheid is: tevreden met het besluit om het prenataal huisbezoek op te nemen in de Wet PG en blij dat er extra budget voor beschikbaar komt. Maar, zo is het advies, borg het prenataal huisbezoek ook in het basispakket Jeugdgezondheid. Tevens heeft V&VN Jeugd de wens uitgesproken om de preventieve activiteiten uit de Jeugdwet, die uitsluitend door de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd worden, te verplaatsen naar de Wet publieke Gezondheid. [🔗](#)



Foto: Juan Encalada, Unsplash

Handreikingen Normenkader en Verpleegkundig proces

Hoe leg ik aan mijn cliënt, collega, manager of zorgverzekeraar uit hoe ik tot een indicatie kom? Hoe sta ik mijn professionele mannetje in discussies over geïndiceerde zorg? Hoe vertaal ik het Normenkader in mijn dagelijkse praktijk? Wat betekenen de zes stappen van het verpleegkundig proces voor mij als wijkverpleegkundige? Wat zet ik daarover in de indicatie en wat in het zorgplan? V&VN M&G wil iedereen die in de wijkverpleging werkt hierbij ondersteunen. Daarom zijn er twee korte en overzichtelijke handreikingen ontwikkeld. Eéntje over het Normenkader, en ééntje over het Verpleegkundig proces.

Wijkverpleegkundigen die indiceren, doen dat op basis van het Normenkader. Dit is in 2014 ontwikkeld door V&VN. Begin 2019 heeft het bureau van V&VN samen met wijkverpleegkundigen en het Zorginstituut het begrippenkader samengesteld. Hierin zijn zes veel gebruikte begrippen uit het Normenkader verder uitgewerkt. Beide documenten – Normenkader en Begrippenkader – worden door sommige wijkverpleegkundigen echter als lang en abstract ervaren. Dat maakt de vertaalslag naar de praktijk soms lastig. Dit soort signalen waren voor V&VN aanleiding voor de ontwikkeling van de handreikingen.

Rieke van de Wetering, lid van de vakgroep Wijkverpleegkundigen van V&VN: 'Goede zorg begint met de zorgbehoefte helder krijgen. De handreikingen moeten helpen om beter beslagen ten ijs te komen in discussies met managers, cliënten of zorgverzekeraars. En om elkaar onderling scherp te houden. Op basis van onze eigen professionaliteit. Het is mijn droom dat ze in elke teamkamer aan de muur komen te hangen. Elke norm of stap in "hapklare brokken" uitgelegd: wat betekent het voor jou als wijkverpleegkundige en hoe maak je dit inzichtelijk?' Beide handreikingen staan op de site van V&VN M&G: www.venvn.nl. [🔗](#)

Het Expanded Chronic Care Model

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

Tekst:
Huub Sibbing

De meeste van jullie hebben hopelijk wel eens gehoord van het Chronic Care Model (CCM). Veel minder bekend is dat er ook een Expanded Chronic Care Model bestaat dat wellicht beter aansluit bij de vraagstukken waarvoor we in de zorg in 2020 staan. Het model speelt in op de noodzaak om de zorg voor chronisch zieken te veranderen, maar is daarnaast ook geschikt voor complexe zorgproblemen bij ouderen en kinderen.

Chronic Care Model (CCM)

De vooronderstelling was dat mensen met een chronische ziekte hun gedrag pas veranderen wanneer zij in dit proces een leidende rol krijgen. Op basis van die gedachte ontwikkelde een team onder leiding van de Amerikaan Edward Wagner (directeur van het MacColl Center for Healthcare Innovation) in 1998 het Chronic Care Model (CCM). Het doel van dit model is om zorg voor chronisch zieken te verbeteren door goede samenwerking tussen de patiënt en een team van zorgverleners. Elk element uit het Chronic Care Model kan bijdragen aan het verbeteren van deze zorg. Het combineren van elementen vergroot de kans op betere uitkomsten op patiëntniveau.

Gezondheidszorgsysteem

De cliënt dient ondersteund te worden bij het nemen van een actieve rol in het zorgproces. Daarvoor zijn de volgende elementen van belang:

1. Zelfmanagement

Het vermogen van de cliënt om zelf de regie te nemen in het zorgverloop. De patiënt heeft een regiefunctie in het zorgproces en in zijn eigen leven. Hij moet leren om met zijn ziekte om te gaan en om met zijn beperkingen zijn maatschappelijke rollen te vervullen.

2. Zorgproces

In de eerste lijn krijgt de patiënt zorg van een multidisciplinair zorgteam, waarbij een vast aanspreekpunt voor de cliënt de zorg coördineert. In de zorgcontacten dient steeds aandacht te zijn voor de gezondheidsproblemen (klachten, beperkingen), maar ook voor gezondheidsbevordering en de consequenties van (de behandeling van) de aandoening voor de kwaliteit van leven.

3. Besluitvorming

Beslissingen worden samen met de cliënt genomen op basis van shared decision making. Bij de behandeling wordt gebruik gemaakt van richtlijnen en protocollen die wetenschappelijk getoetst zijn en effectief zijn gebleken.

4. Klinische informatiesystemen

Alle betrokkenen zijn volledig op de hoogte van alle relevante informatie met betrekking tot het zorgproces.

5. Maatschappij: beleid en middelen

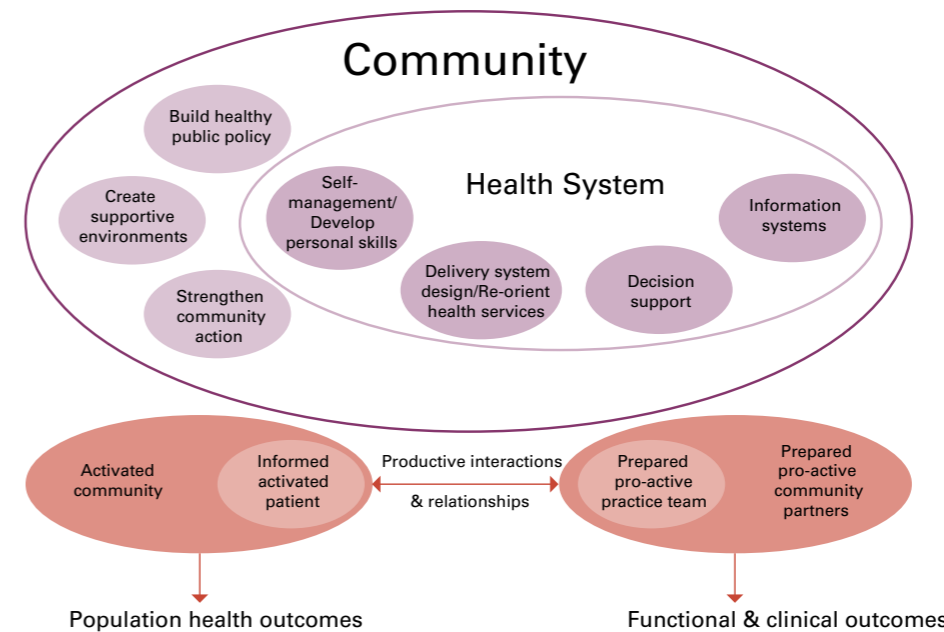
Bronnen uit de samenleving kunnen benut worden om de zorg te verbeteren. Denk aan mantelzorg, lotgenotencontact, cliëntenorganisaties ed.

Beperkingen van het CCM

Al snel na het verschijnen van het CCM kwamen er naast instemming ook kritische reacties. Het model zou te individualistisch zijn, te weinig aandacht schenken aan maatschappelijke en omgevingsfactoren en te weinig gericht zijn op de potentie van preventie. Critici constateren dat de gezondheidszorg van oudsher weinig succesvol is geweest in het aanpakken van de sociale, ecologische en culturele factoren die van invloed zijn op de gezondheid. Als reactie op deze kritiek publiceren Veronica Barr en haar collega's van het Vancouver Island Health Authority in 2002 het Expanded (Uitgebreid) Chronic Care Model waarbij ze gebruikmaken van de verworvenheid van populatiegerichte gezondheidsmodellen.

Expanded chronic care model

Het Expanded CCM kent een aantal aanvullingen. Zo wordt er in het uitgebreide model vanuit gegaan dat niet alleen zelfmanagement maar ook gezondheidsvaardigheden van belang zijn. Want zelfmanagement klinkt mooi, maar is lang niet voor iedereen een gegeven. Zo blijkt uit het rapport Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden (Nivel, 2014) dat de helft van de Nederlanders bij gezondheidsproblemen onvoldoende in staat is voor zichzelf de beste zorg te regelen. Zelfmanagement dient dus aangevuld te worden met systematische aandacht voor de ontwikkelingen van persoonlijke en gezondheidsvaardigheden.



In het Expanded CCM wordt de algemene titel 'Maatschappij, beleid en middelen' uit het CCM vervangen door drie nieuwe onderdelen waarin de invloed van maatschappij en omgeving veel scherper wordt weergegeven.

1. Bouw aan een openbaar gezondheidsbeleid

Begin bij het begin en investeer in preventie van chronische aandoeningen. Uit een reeks van onderzoeken weten we hoe groot de invloed is van sociale determinanten bij een reeks van chronische aandoeningen. Daar serieus aandacht aan besteden en beleid op maken is de eerste stap in de verbetering van zorg voor chronisch zieken.

2. Maak ondersteunende omgevingen

Hierbij gaat het om het creëren van leef- en woonomstandigheden die veilig, stimulerend, bevredigend en plezierig zijn. Het omvat strategieën om de omstandigheden te bevorderen voor optimale niveaus van gezondheid in sociale en gemeenschapsumgevingen. Hoe belangrijk dat is bleek in 2014 toen de RVZ in 2014 in het rapport *Ruimte voor redzaamheid* stelde

zijn. En heel recent (januari 2020) constateerde de commissie Bos dat er nog veel belemmeringen waren om cliënten zelfstandig thuis te laten wonen, onder andere doordat er onvoldoende beschikbare woningen zijn voor ouderen en chronisch zieken met complexe zorgvragen.

3. Community actie versterken

Dit actiegebied omvat het werken aan doelen die de gezondheid van de gemeenschap verbeteren. De empowerment van gemeenschappen is de sleutel tot dit proces. Door effectieve publieke participatie aan te moedigen, is gezondheidsbevordering bedoeld om mensen te ondersteunen bij het vinden van hun eigen manieren om de gezondheid van hun gemeenschap te beheren. Een voorbeeld daarvan is armoedebestrijding. Het SCP constateerde in 2019 in het rapport *Armoede in kaart 2019* dat van de ouderen boven de 80 jaar, 5 procent in armoede verkeert. Van de ouderen vanaf 90 jaar is dit zelfs bijna 11 procent.

Resultaten in het Expanded Chronic Care Model

De resultaten die je volgens het Expanded CCM kunt realiseren zijn veel breder dan in het CCM. Het gaat dan niet alleen om resultaten op individueel niveau maar ook op populatieniveau: meer gezondheid, minder burgers met hart- en vaatziekten, diabetes, depressie et cetera en meer participatie.

Nawoord

Bij het vormgeven van de zorg voor ouderen en chronisch zieken verdient het Expanded Chronic Care Model aanbeveling boven het CCM om de zorgvragen van de toekomst het hoofd te bieden. [E](#)

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

Jeugdverpleegkundige Jacqueline de Vries:

'We wilden woorden geven aan wat jeugdverpleegkundigen doen'

Samen met Margot Kobussen en Willy Brink Schreef Jacqueline de Vries *Gezond Groot Groeien*, een boek waarin 27 jeugdverpleegkundigen – zowel oude rotten in het vak als jonkies – vertellen over hun prachtige beroep. Eind 2019 zag het boek de wereld. 'Iedereen was zo enthousiast. Geweldig om te zien.'

Tekst:
Hellen
Kooijman

Waarom moest dit boek er komen?

'Wij zagen dat het vak van jeugdverpleegkundige eigenlijk onzichtbaar was. Een wijkverpleegkundige heeft te maken met mensen die al ziek zijn, die een wond hebben of die terminaal zijn. Maar bij de jeugdverpleegkundige gaat het volledig om preventie. Jeugdverpleegkundigen versterken het zelfvertrouwen van ouders en voorkomen problemen, maar dat is meestal niet te zien. Voor de buitenwereld lijkt het dan misschien alsof alles vanzelf goed gaat met de kinderen bij de JGZ. Maar er gebeurt heel veel. En dat is al zo vanaf circa 1900, want

'De JGZ is als water uit de kraan. Je mist het pas als het er niet is'

zo lang bestaat het vak al, al heeft het andere benamingen gehad natuurlijk. Wij gebruiken altijd de uitspraak van Groenlinkspoliticus en voormalig wethouder in Den Bosch Bart Eigeman: "De JGZ is als water uit de kraan. Je mist het pas als het er niet is." We vonden het tijd om de verhalen van jeugdverpleegkundigen op te schrijven. Om woorden te geven aan wat ze doen. Voor de doelgroep zelf, maar ook voor de rest.'

Jullie hebben zowel wat oudere jeugdverpleegkundigen als jongeren gesproken. Wat waren de belangrijkste verschillen en overeenkomsten?

'De oudere generatie was destijds gewend om helemaal zelfstandig te werken. Vaak waren zij in het dorp of de stad de enige die het vak van jeugdverpleegkundige uitoefende. Die onafhankelijke en zelfstandige geest hebben jongere jeugdverpleegkundigen nog steeds, maar zijn werken nu in grotere organisaties. Weliswaar in zelfsturende teams, maar niet meer alleen. Een ander

verschil is dat de verpleegkundigen vroeger zelf hun feedback moesten organiseren. Ze waren zich ervan bewust dat ze alleen werkten en er actief aan moesten trekken om te horen wat men vond van wat ze deden en hoe dat eventueel beter kon. Dat is nu anders natuurlijk.'

Wat leren anderen – bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en OGZ-verpleegkundigen – uit dit boek?

'Hoe belangrijk en veelzijdig het vak van jeugdverpleegkundige is. Het gaat om gezondheid en veiligheid bevorderen bij individuele en groepen kinderen. De JGZ probeert onder meer preventief overgewicht te bestrijden, drankgebruik in de tienerjaren voor te zijn. Dat weten de meeste mensen wel. Maar de JGZ doet zoveel meer. Ook het signaleren van trends hoort erbij evenals het afstemmen van het beleid hierop. Laatst was er in het nieuws dat er nu best wat tieners met messen rondlopen. Hoe ga je dat probleem aanpakken? Er zijn flink veel vluchtelingenkinderen nu die de JGZ ook ziet. Die hebben trauma's, zijn kwetsbaar. Hoe maak je die kinderen weerbaarder in hun dagelijks leven? Dit soort onderwerpen liggen ook op het bordje van de jeugdverpleegkundigen.'

Een belangrijke rode draad in het boek is leiderschap bij jeugdverpleegkundigen. Wat houdt dat vooral in volgens jou?

'Dat je initiatief neemt en je nek uitsteekt. Dat je zorgt dat je medestanders hebt, anders ben je een roepende in de woestijn. Om dat goed te doen, moeten jeugdverpleegkundigen voor zichzelf uitvinden wat het beste bij hen past. Je kunt op zoveel manieren aandacht vragen voor het vak. Door te schrijven bijvoorbeeld. Of via de gemeentelijke politiek. En inderdaad, het *Ambassadeurstraject jeugdverpleegkundigen* versterkt dit leiderschap. Ambassadeur voor de jeugdverpleeg-



BIO Jacqueline de Vries

Jacqueline de Vries begon in 1980 als jeugdverpleegkundige op een consultatiebureau. Ze werkte 35 jaar binnen de JGZ en werkte mee aan onder meer het *Family Nursing Partnership-programma* in Nederland alsook *VoorZorg* en *Stevig Ouderschap*. Jacqueline was stafmedewerker bij Jong Florence in Den Haag, projectleider bij de Thuiszorg in Breda, bij Opmaat in Zwijndrecht en teammanager JGZ in Rotterdam. Momenteel is ze voorzitter van de stuurgroep *Ambassadeurstraject jeugdverpleegkundigen*, bestuurslid van V&VN jeugdverpleegkundigen en secretaris van de wetenschappelijke commissie jeugdverpleegkundigen van de afdeling M&G bij V&VN. Jacqueline was twintig jaar geleden een van de mensen die Tijdschrift LVW oprichtte, de voorloper van Tijdschrift M&G.

kundige Minke Vellinga kreeg het voor elkaar dat minister Hugo de Jonge haar noemde in zijn wekelijkse "terugkijk-vlog". Kijk, dan heb je de JGZ toch mooi op de kaart gezet. Ambassadeur Emmy Visser gaat met bewindsliden op de foto. Zo zet ze het beroep toch weer in beeld. Dit zijn twee opvallende voorbeelden, maar de meeste ambassadeurs zijn in hun eigen gemeenten hard aan het werk om zich te profileren. Dat is goed. Zo maak je het zichtbaar.'

Waarom is het van belang dat je zichtbaar bent als jeugdverpleegkundige?

'Je vraagt daarmee aandacht voor belangrijke zaken die misschien anders blijven liggen. Zo zijn er veel preventieve interventies bewezen effectief voor doorsnee kinderen. Ze richten zich echter vaak op één probleem; of op overgewicht, of op drankmisbruik of een depressie bijvoorbeeld. Maar dat werkt niet voor kinderen die deel uitmaken van gezinnen met multiproblematiek. De interventies zouden dan ook veel meer gericht moeten zijn op totale complexiteit. Bovendien ligt het vaak aan de gemeente waar een JGZ gevestigd is wat er mogelijk is. In Rotterdam is dat anders dan in Emmen. Zo was er een tijd dat vanwege de politieke kleur van de Rotterdamse gemeenteraad geen flyers in andere talen konden worden gebruikt. Iedereen moest Nederlands leren. Dat is natuurlijk zo, maar in de praktijk is het wel

heel fijn om aan de hand van de eigen taal uit te leggen wat een kind nodig heeft. In zulke gevallen heb je sterke jeugdverpleegkundigen nodig die laten zien wat van belang is.'

Komt er een vervolg op het boek?

'Het was erg leuk en nuttig om te doen, maar we waren er wel vier jaar mee bezig. Het opzoeken van jeugdverpleegkundigen om te interviewen, het traject van schrijven, vormgeving en drukken – in eigen beheer – tot aan de distributie: we reden alle drie met een auto vol boeken langs de ambassadeurs en andere jeugdverpleegkundigen die we kennen vanuit V&VN. Het was het zeker waard. Iedereen was zo enthousiast. Dat was geweldig. Maar we doen het niet nog eens. Wel gaan vier jeugdverpleegkundige wetenschappers het boek met kwantitatief onderzoek analyseren om er een wetenschappelijk artikel over te schrijven. Ik ben benieuwd wat ze eruit halen.' 📧

Hoe het boek *Gezond Groot Groeien* bestellen?

Maak €18,95 over op NL03 TRIO 0379543621 t.n.v. J. de Vries, onder vermelding van je adres. Met de inkomsten proberen de auteurs een deel van de gemaakte kosten te dekken.

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

De verpleegkundig specialist

NIEUWE RUBRIEK!

Verpleegkundig specialist Ouderenzorg Boris van Zalk:

'Ik ben geen extra poppetje, maar juist van meerwaarde in de wijk'

Dik tien jaar geleden zag het beroep verpleegkundig specialist het licht. Deze zorgprofessional staat met één been in de verpleegkunde en het andere in de medische wereld. Ook in de wijk zijn steeds meer verpleegkundig specialisten te vinden. Welke rol spelen ze, wat willen ze bereiken en wat is hun meerwaarde? *Tijdschrift M&G* laat er elke uitgave eentje aan het woord. Deze keer Boris van Zalk (30), vanaf september 2019 verpleegkundig specialist Ouderenzorg bij Icare in Zwolle.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Waarom ben je de masteropleiding Verpleegkundig specialist gaan doen?

'In 2015-2016 heb ik meegedaan aan het traject Ambassadeur voor de wijkverpleegkundige van V&VN M&G. Dat was een geweldige uitdaging: om het vak wijkverpleegkundige meer bekendheid te geven en om meer leiderschap bij mezelf te creëren. Ik heb er een enorm netwerk mee opgebouwd. Ik merkte daarna dat ik meer de inhoud in wilde. De 2-jarige Master Advanced Nursing Practice combineert dat waar ik naar op zoek was: de verbinding tussen het vak verpleegkunde en het medische domein.'

Wat heb je op de opleiding geleerd wat je nu dagelijks gebruikt?

'Als het gaat om medicijnen en polyfarmacie, wist ik als wijkverpleegkundige in grote lijnen wat de medicijnen inhielden, maar nu weet ik ook hoe ze werken en waar op te letten. Dat is vooral in de ouderenzorg heel belangrijk. Neem een oudere die bij een longarts, een neuroloog en de huisarts loopt en die allemaal medicijnen voorschrijven. Ik zie hoe die op elkaar reageren en

kan dan beslissen er eentje af of bij te doen. Zo was ik onlangs bij een man van 83 die smetplekken had in de lies en de buikplooï. Hij kreeg als medicatie bloedverdunners en hormoonzalf. Dit versterkt elkaar. Daar heb ik de trombosedienst van op de hoogte gesteld en toen kon de medicatie aangepast worden.'

Je bent nu een half jaar bezig. Bevalt het?

'Het is pionierswerk. Ik ben heel erg op zoek naar hoe de functie verpleegkundig specialist Ouderenzorg neer te zetten. Er zijn er maar zo'n 50 tot 60 in Nederland, maar die werken voornamelijk in verpleeg- en ziekenhuizen. In mijn regio is deze functie niet tot nauwelijks bekend. Er zijn heel veel eilandjes in de eerstelijnsgezondheidszorg en ik loop behoorlijk op tegen de bureaucratie. Ofwel; de schotten van de financiering en regelgeving. De bedoeling is dat ik als behandelaar meer verantwoordelijkheid krijg in het medische domein. Maar tot nu toe ben ik alleen nog adviserend bezig. Terwijl de verpleegkundig specialist Ouderenzorg de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde juist kan ontlasten en een brug kan slaan tussen de verpleegkundige en de medische wereld.'

Wat moet er volgens jou veranderen?

'Het besef moet komen dat de verpleegkundig specialist Ouderenzorg een meerwaarde heeft in de wijk. De verbinding tussen de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de wijkverpleging moet beter worden. Als de specialist ouderengeneeskunde wordt ingeschakeld, dan is de cliënt er vaak al redelijk slecht aan toe. Ik kan als verpleegkundig specialist in een eerder stadium ingezet worden via een eerste diagnostiek in de vorm van bijvoorbeeld een huisbezoek. Daar kan ik al signaleren wat er speelt, of wat er op niet al te lange termijn gaat spelen. In het wijkteam word ik op deze manier wel al ingezet. Zo schakelden ze me onlangs in bij een



86-jarige man die cognitief erg achteruit ging en insuline spoot. Na screening bleek hij vasculaire dementie te hebben en een urineweginfectie. De huisarts had het wellicht nog even aangekeken, terwijl ik meteen kon handelen. De infectie werd behandeld en de cliënt werd aangemeld bij het casemanagement dementie. Wijkverpleegkundigen zijn goud waard. Zij zijn dagelijks te vinden bij de cliënten. Zij ruiken, voelen en signaleren vaak als eerste veranderingen. Die brug tussen de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundig specialist moet meer gemaakt worden en levert in mijn ogen meer geld op dan dat het geld kost.'

Waarom willen de huisartsen er nog niet aan?

'Zo scherp wil ik het niet formuleren. De huisartsen zijn nog niet goed op de hoogte van de meerwaarde van de verpleegkundig specialist. Daarom krijg ik nog niet alle ruimte en vrijheid om te handelen in mijn nieuwe functie. Het zou ideaal zijn als ik vier uur gedetacheerd was bij een huisartsenpraktijk. Dan omzeil je de financiering, kan ik de medische dossiers in van de cliënten en kan ik de schakel zijn tussen de huisarts en de wijkverpleging. Op die manier ben ik geen extra poppetje zoals de huisarts dat vaak nog ziet, maar breng ik de eerstelijns bij elkaar en verminderen we de versplintering van de zorg. En wellicht nog belangrijker: ontlast ik de huisarts omdat ik samen met het wijkteam sneller kan signaleren, preventief aan de slag kan en kan

inspringen op onverwachte situaties. Het mooiste zou zijn als er een driehoeksverhouding komt tussen de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundig specialist ouderenzorg die als een geoliede machine op elkaar is ingespeeld.'

Het klinkt alsof je nog erg aan het knokken ben om een plek te krijgen als verpleegkundig specialist in de wijk.

'Klopt! Het is frustrerend om te merken dat ik iets aan het doen ben waarvan ik niet weet of de rest van de eerstelijns er al aan toe is. Dat is eigenlijk wel vreemd want in het *Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging* wordt expliciet vermeld dat er meer verpleegkundig specialis-

'Het is pionierswerk. Ik ben heel erg op zoek hoe de functie neer te zetten'

ten moeten komen om de huisartsen te ontlasten en wijkteams te ondersteunen omdat het aantal ouderen die thuis wonen, alleen maar groeit. Daarnaast merk ik dat ik tot nu toe eigenlijk alleen adviserend bezig ben en ik voor mijn herregistratie moet kunnen aantonen dat ik ook als behandelaar aan de slag ben. Dus als dit niet binnen afzienbare tijd verandert, zie ik geen andere mogelijkheid dan om iets anders te gaan doen. Met pijn in mijn hart overigens. Want die ligt echt in de wijk!'

Marieke
Rijsbergen is
hoofdredacteur
van *Tijdschrift
M&G* en free-
lance journalist

Huisarts wimpelt vragen over het overlijden van mijn cliënt af, wat te doen?

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Want wat doe je als de huisarts je vragen als wijkverpleegkundige afwimpelt over een cliënt met een doodswens die de volgende dag overleden is? Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst:
Hans
van Dartel

Casus

Een cliënt vertelde me dat hij een doodswens heeft. Ik besluit dit te bespreken met de huisarts. Die zegt me dat ik hier verder niets mee hoef. De volgende dag is de cliënt overleden. Ik vind dat er niet aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan en dat de huisarts niet handelt volgens de geldende wet- en regelgeving. Het is overigens niet de eerste keer dat dit speelt met deze huisarts. De huisarts wimpelt mijn vragen af met de opmerking: 'Het is toch fijn dat deze patiënt naar de Schepper mag?' Ik heb sterk de indruk dat de huisarts, zonder consultatie van een andere arts, op eigen initiatief handelt. Ik weet niet wat ik moet doen. De huisarts is erg geliefd in het dorp en neemt een belangrijke positie in. Wat zijn de stappen die ik kan ondernemen?

Beste collega,

Poeh, lastige kwestie die je voorlegt. Maar ook een met heel specifieke kenmerken. Wat ik er ook over zeg, bijvoorbeeld over de stappen die moreel het meest gepast zijn in deze situatie, alles komt onmiddellijk onder een vergrootglas te liggen. Bij sommige kwesties ontcom je daar simpelweg niet aan: ze lijken te veel op andere casussen die tot de verbeelding spreken. Casussen die bekend zijn in de organisatie waar je werkt. Of in het team. Het kunnen ook casussen zijn die volop in de publiciteit zijn geweest en die er daarom toe bijdragen dat je niet zomaar blanco naar de nieuwe casus kunt kijken. Vaak gaat het om zaken die zo'n indruk hebben gemaakt dat ze vasthaken in het collectieve geheugen en dan een soort voorbeeldcasus worden. Van hoe het wel of niet moet.

Tuitjenhorn

Bij de kwestie die jij naar voren brengt is het herkenningwoord: Tuitjenhorn. Je legt een ervaring voor die onmiddellijk herinneringen oproept aan de tragische

geschiedenis van huisarts Nico Tromp. Diens handelen riep indertijd vergelijkbare vragen op, als jij nu stelt in jouw situatie. Nico Tromp had aan een terminale patiënt met ernstige benauwdheid een ongebruikelijk hoge dosis morfine en dormicum gegeven om het lijden te verlichten en de man in slaap te brengen. Korte tijd daarna overleed de patiënt. Wanneer de co-assistent die meeloopt, in het opleidingsziekenhuis melding maakt van het voorval, leidt dat ertoe dat huisarts Tromp door justitie wordt aangeklaagd voor moord. De Inspectie zet hem vervolgens op non-actief en brengt dat met naam en toenaam naar buiten. Daarna pleegt Nico Tromp zelfmoord. Die geschiedenis maakt dat jouw morele oordeel niet alleen gebaseerd kan zijn op afwegingen die puur gerelateerd zijn aan jouw situatie. De geschiedenis van Tuitjenhorn speelt op de achtergrond steeds mee.

Blanco kijken

Natuurlijk is blanco kijken naar een kwestie nooit echt aan de orde: we maken onze mind altijd op aan de hand

'Bij de kwestie is het herkenningwoord: Tuitjenhorn'

van eerdere ervaringen, zowel die van onszelf als di van anderen. Door al die ervaringen hebben we iets ontwikkeld dat we ons persoonlijk oordeelsvermogen kunnen noemen. Of geweten. Maar als het om kwesties gaat die stevig in de publiciteit zijn geweest, gaan vaak andere dingen meespelen. Bijna los van wat ons geweten ons op het eerste gezicht ingeeft. Jij hebt het idee dat het handelen van jouw huisarts blaam treft: heeft de huisarts zich wel aan de wet- en regelgeving en aan de zorgvuldigheidseisen gehouden? Dat vraag jij je af. Daar wil je wat mee. Nog even los van de vraag of het goede




doen wel hetzelfde is als je aan de regels houden, heb jij de overtuiging dat het handelen van de huisarts op een of andere manier bespreekbaar dient te worden gemaakt. Maar de huisarts geeft weinig ruimte. Terwijl de casus van Tuitjenhorn je duidelijk maakt dat je jouw handelen nooit helemaal los kunt zien van de consequenties die dat handelen ook gaat hebben voor de huisarts. Zeker als je met jouw verhaal op een of andere manier naar buiten wil. Wat nu?

De blik verbreden

De beroepscode geeft aan dat jij zorgvragers dient te beschermen tegen tekortschietend of schadelijk gedrag of handelen van andere samenwerkingspartners. Maar of de indruk die jij hebt dat de arts echt tekortschiet en schade toebrengt aan zijn patiënten, correct is, kan niet zomaar van buitenaf worden vastgesteld. Dat is echt een punt. Artsen mogen ook in dit soort kwesties berekend afwijken van de gestelde regels om te voldoen aan hun professionele verantwoordelijkheid. De medische zorg rond het levenseinde valt namelijk niet altijd goed in te kaderen binnen de gegeven richtlijnen. Hoe dan ook, als jij wat met je vermoedens wil, is het verstandig om de verantwoordelijkheid voor de vervolgstappen te verbreden door ondersteuning te vragen en leidinggevendend uit je organisatie te betrekken in het verhelderen van de te zetten stappen. Dat komt de benodigde zorgvuldigheid ten goede. Daarnaast is het noodzakelijk dat jouw oordeel wordt verbreed: hebben jouw collega's vergelijkbare ervaringen met deze

huisarts? Jouw vermoedens vragen minimaal om enige objectivering voordat er sprake kan zijn van vervolgstappen.

Niet buiten de arts om

Zeker als het gaat om vervolgstappen in de richting van een controlerende instantie zoals de inspectie, is het van groot belang om een dergelijke stap niet te zetten buiten medeweten van de huisarts om. Dat aspect van non-communicatie met de huisarts over het inlichten van de inspectie (en vervolgens het Openbaar Ministerie) is in de zaak van Nico Tromp echt een steen des aanstoots geworden. Hoe ernstig de vermoedens ook zijn, men dient niet zomaar achter de rug van de betrokken zorgverlener om naar een controlerende instantie toe te gaan: dat is de opvatting van veel zorgverleners. Tegelijkertijd geeft de inspectie een ander signaal. Naar mijn mening geldt ook hier dat de gestelde regel niet per se gevolgd hoeft te worden. Zo kun je in jouw casus niet voorbijgaan aan het vertrouwen dat de huisarts in kwestie klaarblijkelijk onder zijn patiënten geniet. Ook al contrasteert het met jouw opvattingen, het komt niet uit de lucht vallen en vraagt daarom om extra voorzichtigheid. Kortom, prima om wat met je vermoedens te doen maar doe het niet alleen, betrek het management van je organisatie erbij, tracht je vermoedens te objectiveren in een vertrouwelijk gesprek met collega's en voorkom dat er externe vervolgstappen worden gezet buiten medeweten van de huisarts om. 

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

Vers bloed

Verpleegkundige infectieziekten en reizigersadviesing Merel van Blokland:

‘Het is vaak flink puzzelen bij een melding’

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Merel van Blokland (27), verpleegkundige infectieziekten en reizigersadviesing bij GGD Flevoland. Van Blokland maakte vier maanden geleden de overstap van het ziekenhuis naar de GGD. ‘Bij de GGD zie je veel minder ellende omdat de mensen die daar komen vaak geen ernstige ziekte onder de leden hebben.’

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Waarom heb je de overstap gemaakt?

‘Ik werkte 2,5 jaar op de verpleegafdeling in een academisch ziekenhuis en ik merkte dat ik het steeds minder leuk vond. Dus ben ik om mij heen gaan kijken en kwam de vacature bij de GGD als verpleegkundige tegen. Vooral de zelfstandigheid en de afwisseling trok me erin aan.’

Waar zit die afwisseling in?

‘Ik werk zes uur bij de reizigersadviesing en de rest van de tijd bij infectieziekten. Ik ga op huisbezoek, draai spreekuren en zoek meldingen uit die ik vervolgens op de computer verwerk. In september start ik de opleiding verpleegkundige M&G die anderhalf jaar duurt. Daar heb ik heel veel zin in omdat ik dan echt ga leren hoe ik alle linken moet leggen in de infectieziektenwereld en de reizigersadviesing en krijg ik een overstijgend beeld van de publieke gezondheidszorg.’

Je werd net weggeroepen omdat er een melding binnenkwam. Wat was er aan de hand?

‘Dit betrof een streptokokkeninfectie, waarvan bepaalde ziektebeelden meldingsplichtig zijn. Dit ging uiteindelijk om een ziektebeeld dat niet gemeld hoeft te worden. Hier kwam ik achter na het plegen van wat telefoontjes.’

Dat klinkt als flink puzzelen. Klopt dat?

‘Dat is zeker zo. Soms ben ik een uur bezig om alleen maar de behandelaar of arts te achterhalen. Want dat staat vaak niet op het formulier van de melding. Hepatitis B, kinkhoest en de streptokokken zijn onder andere meldingsplichtig. Of het contact met de verschillende labs. Als duidelijk is of iemand besmet is, moet je

contactonderzoek opstarten. Echt heel leuk om te doen! En bij contactonderzoek ga je vaak ook op huisbezoek.’

Wat doe je bij een huisbezoek?

‘Dan licht je mensen in over een infectieziekte die ze hebben of mogelijk hebben. Zo was ik onlangs in het azc bij een vrouw uit Oeganda. Dan merk je dat je echt wat kan betekenen voor mensen. Deze vrouw bleek drager van hepatitis B en was erg emotioneel. Ze wist niet wat het inhield. Dan ga je het gesprek met haar aan over wat ze kan doen om te voorkomen dat andere mensen de infectie krijgen, dat het besmettelijk is en dat ze goed moet oppassen bij seksueel contact. Maar ook haar tandenborstel uitlenen kan een besmetting opleveren. Die vrouw kon ik geruststellen en zij was blij met mijn informatie.’

Waar sta jij over vijf jaar?

‘Dan werk ik nog steeds als verpleegkundige maatschappij en gezondheid. Op lange termijn wil ik wel een leidinggevende functie. Maar laat ik me nu eerst maar eens verder bekwamen in de infectieziekten. Ik leer hier nog elke dag.’

Bio

Naam: Merel van Blokland

Werkt bij: GGD Flevoland

Opleiding: HBO Verpleegkunde bij Hogeschool Windesheim in Almere

Is goed in: ‘Ik heb geen moeite me op een nieuwe plek te vestigen. Ik ben een makkelijke prater en dat is handig in dit werk.’

Minder goed in? ‘Eigen grenzen aangeven.’

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

