



■ **Wijk-GGD'ers** verbinden en zijn de aanjagers in de wijk

■ **Minister De Jonge van Volksgezondheid:** 'Ik maak me zorgen over de kwaliteit van de indicatiestelling'

Prikaccidenten in de thuiszorg: altijd melden!

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

Handreiking valpreventie

Valincidenten komen bij senioren helaas nog erg veel voor. Vallen is de meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen. Deze integrale aanpak valpreventie wil bijdragen aan het uitstellen van kwetsbaarheid en daarmee het langer zelfstandig wonen bij senioren mogelijk maken.

Handreiking Integrale aanpak valpreventie Regio Gelderland-Zuid/GGD Gelderland-Zuid, 2018
Te downloaden via www.ggd gelderlandzuid.nl

Mensen met complexe psychische problematiek in de wijk

Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners willen meer professionals in de wijk die deskundig zijn in het signaleren en ondersteunen van mensen met complexe psychische problemen. Om mensen met psychische problemen tijdig in beeld te krijgen en vervolgens de juiste ondersteuning te bieden is het belangrijk dat er een wijkteam aanwezig is waarin mensen zitten met specifieke deskundigheid op dit vlak, aldus de ondervraagde zorgverleners. Ook is er behoefte aan meer mogelijkheden om mensen te verwijzen naar meer gespecialiseerde voorzieningen.

Mensen met complexe psychische problematiek in de wijk Vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners/ Nivel, 2018 Te downloaden via www.nivel.nl

Gezondheid in het digitale tijdperk

Het beeldscherm, waaronder tablets, PC, laptops en mobiele telefoon, is niet meer weg te denken uit onze maatschappij. De digitale media leveren onmiskenbaar enorme voordelen op en we kunnen er ook niet meer buiten. Excessief gebruik kan gepaard gaan met gezondheidsrisico's. Daarom is het goed om als kinder- en jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen (maar ook andere artsen/professionals) mogelijk somatische gevolgen van overmatig beeldschermgebruik bij kinderen op een rijtje te zetten.

Factsheet beeldschermgebruik van dichtbij - gevolgen voor de gezondheid in het digitale tijdperk - / AJN;VKN;V&VN, 2018 Te downloaden via www.ajnl.nl

We teach.



TERUGKOMDAG VOOR VAN WIECHEN INSTRUCTEURS (2018)

14 januari 2019, Utrecht

STOPPEN MET ROKEN: TABAKSVERSLAVING

7 februari 2019, Utrecht

JE WERKDRUK DE BAAS!

11 februari 2019, Zwolle

RISICO- EN CRISISCOMMUNICATIE UITGELICHT

12 en 19 maart 2019, Utrecht



STOPPEN MET ROKEN BEGELEIDING EN LAAGGELETTERDHEID

26 maart 2019 (13.00 – 16.00 uur), Utrecht

CURSUS TOT GECERTIFICEERD INSTRUCTEUR VAN WIECHENONDERZOEK

3 en 17 april en 2 oktober 2019, Utrecht

PROFESSIEONEEL PRESENTEREN

9 en 23 april 2019, Utrecht

PRAKTISCHE MEDIATRaining BIJ RISICO- EN CRISISCOMMUNICATIE

8 en 15 mei 2019, Utrecht

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

17 en 24 mei 2019, Utrecht

COMMUNICEREN MET PUBERS

20 juni 2019, Utrecht



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



NSPOH
we teach health



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



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

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

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

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 18, nummer 3, september 2018

ISSN 1568-5853

Redactie: Gerben Jansen, Monique Kemner, Hellen Kooijman (eindredactie), Pascale Lavooij, Suzanna Plaice, Marieke Rijsbergen (hoofdredeactie), Valerie Schipper, Huub Sibbing en Rosanne Steensma

Redactieadres: Zie onder 'Informatie'

of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp en opmaak: Think Next Level, Mijdrecht

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

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

Verhuisd, een andere werkgever of een nieuw e-mailadres? Houd zelf je gegevens actueel op 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

5-minutenregistratie afgeschaft?

Ik weet als geen ander dat het niet makkelijk is om zomaar iets te veranderen in je werkzaamheden. Wel denk ik dat we meer invloed kunnen uitoefenen op hoe we als verpleegkundigen M&G deze werkzaamheden uitvoeren. Neem de 5-minutenregistratie. Ik ken geen zorgverlener die hier gelukkig van wordt. In het gesprek met minister Hugo de Jonge, waar een verslag van te lezen is op pagina 20, kwam ik er achter dat deze 5-minutenregistratie door een van zijn voorgangers al lang is afgeschaft. Maar op de een of andere manier is dat besluit ergens blijven hangen! Ik zag mijn kans schoon om tijdens dat gesprek met de minister het onderwerp preventie op wijkniveau aan te snijden. We waren het er samen over eens dat we ons meer zichtbaar moeten maken bij gemeenten. Dus er is werk aan de winkel! Ga praten, houd elkaar op de hoogte en stap eens binnen bij de wethouder. Dat vergroot de kans dat je écht iets kunt veranderen in je werkzaamheden. Succes!

Valerie Schipper, wijk- en dementieverpleegkundige bij Zorggroep Meander, ambassadeur voor de wijkverpleegkundige en redactielid van Tijdschrift M&G, e-mail: val123_5@hotmail.com, twitter: @ValerieSchipper



In dit nummer

Actueel

Prikaccidenten in de thuiszorg: altijd melden! 6

Onderzoek

Communicatie tussen huisarts en eerstelijns verbeteren via SBAR-methode 10

Wetgeving

5 vragen over verbeterde Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling 14

Aan tafel met...

Hoogleraar Acute ouderenzorg Bianca Buurman: 'preventie krijgt niet altijd de aandacht die het verdient' 16

Achtergrond

De minister versus de wijkverpleegkundigen: 'De wijkverpleegkundige is nog ver weg voor de gemeente' 20

Praktijk

Wijk-GGD'ers: gedoe kan van alles zijn 22

Op pad met tbc-verpleegkundige...

'Tbc-bacterie maakt geen onderscheid tussen arm of rijk' 24

Richtlijn over verpleegkundig handelen

Weet jij een goed idee? 28

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Vers bloed: 'Ik voel me soms net een detective' 9

Afdelingsnieuws 13

Klepel en klok: het ecologische model van Bronfenbrenner 18

Het dilemma: 'Ik pleeg zelfmoord als je mijn ouders belt!' 30



Nederlandse jeugd nog steeds gelukkig; schooldruk neemt toe

Nederlandse jongeren zijn in grote meerderheid nog steeds gelukkig en blij met hun sociale relaties. De Nederlandse jeugd behoort al jarenlang tot de gezondste en gelukkigste jeugd in de wereld. Maar er zijn ook zorgelijke ontwikkelingen. Zo ervaren ze steeds meer druk door schoolwerk, gebruiken ze minder vaak een condoom en 15- en 16-jarigen drinken nog altijd veel. Dat blijkt uit het HBSC-onderzoek (Health Behaviour in School-aged Children), dat op 5 september aan staatssecretaris Paul Blokhuis is aangeboden. Het HBSC-onderzoek wordt sinds 2001 elke vier jaar uitgevoerd door onderzoekers van de Universiteit Utrecht, het Trimbos-instituut en het Sociaal en Cultureel Planbureau.

Hieronder enkele hoogtepunten:

- schooldruk: sinds 2001 is de druk die leerlingen door schoolwerk ervaren meer dan verdubbeld. In 2017 geldt dit voor ruim 35 procent
- condoomgebruik: het condoomgebruik onder seksueel actieve jongeren is sterk afgenomen, van ruim 80 procent in 2009 naar 55 procent in 2017
- alcohol gestabiliseerd: tussen 2013 en 2017 is er nagenoeg geen verandering in het percentage jongeren dat drinkt: nog steeds heeft 40 procent van de 15-jarigen en 50 procent van de 16-jarigen tijdens de ondervraging in de laatste maand gedronken
- roken verder afgenomen. Jongeren zijn wel minder gaan roken tussen 2013 en 2017. In 2017 rookte 17 procent weleens, rookte 8 procent in de afgelopen maand en 2 procent rookte dagelijks
- social media: in het huidige rapport wordt voor het eerst uitgebreid aandacht besteed aan het gebruik van sociale media van Nederlandse jongeren. Bij 7 procent van deze leerlingen is sprake van problematisch sociale media-gebruik en problematisch gamegedrag
- risicogroepen: vooral jongeren op het vmbo, jongeren met een migratieachtergrond, jongeren uit gezinnen met weinig welvaart en jongeren die niet opgroeien bij beide ouders, lopen risico's. De prioriteit zou daarom moeten liggen bij de preventie van problemen bij deze groepen. ☹



Aantal euthanasiemeldingen daalt, palliatieve sedatie stijgt

Voor het eerst in jaren is sprake van een opmerkelijke daling van euthanasiemeldingen. In de eerste negen maanden van dit jaar was het aantal meldingen 9 procent minder dan in de eerste negen maanden van 2017, terwijl de jaren daarvoor steeds sprake was van een stijging. Was in 2003 nog sprake van minder dan 2.000 gevallen, in 2017 was het aantal gestegen naar ruim 6.500. Sommige betrokkenen vermoeden dat de terugval verband houdt met een groeiende angst onder artsen om in aanraking te komen met justitie.

Volgens voorzitter Jacob Kohnstamm van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie is het zoeken naar oorzaken op dit moment nog 'totaal nattevingerwerk'. Kohnstamm: 'We hebben nog een kwartaal te gaan. Deze vermoedelijke daling kan ook een incident zijn.' Volgens hem kan het te maken hebben met de griepgolf begin dit jaar, waardoor in de eerste maanden 3.000 (veelal oudere) mensen méér overleden dan in dezelfde periode in 2017.

Directeur Agnes Wolbert van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) ziet dat anders. Zij vermoedt dat de daling verband houdt met de nieuwe houding van het Openbaar Ministerie. 'Wij horen van artsen dat ze kopschuw zijn geworden door de onnodig stevige taal van het OM', zegt Wolbert. 'Het OM communiceert over euthanasie alsof er een soort normloosheid heerst.'

Ondertussen blijft palliatieve sedatie wel elk jaar toenemen. Volgens Wolbert van de NVVE is het ook mogelijk dat artsen hier nu meer op aansturen bij het levens einde. 'In elk geval merken we uit de vele telefoontjes dat patiënten niet precies het verschil weten tussen euthanasie en palliatieve sedatie.' ☹

Bron: de Volkskrant

Voedselinfecties: norovirus zorgt voor meeste ziekten

In 2017 waren er meer voedseluitbraken dan in 2016, blijkt uit cijfers van de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA). In 2017 registreerde de NVWA in totaal 666 uitbraken, waarbij 2.995 mensen ziek werden. In 2016 lag dat aantal nog op dat 594 uitbraken met 2.731 zieken. Sinds 2012 staat het norovirus als oorzaak met stip op één, gevolgd door infecties met Salmonella en Campylobacter. De genoemde getallen zijn lager dan het werkelijke aantal voedselgerelateerde uitbraken en het aantal zieken. Dat komt onder andere omdat niet iedereen die ziek is naar de huisarts gaat of de NVWA informeert. ☹

Bron: RIVM

Samenwerken aan gezondheid, omgeving en leefstijl in de wijk loont!

V&VN heeft samen met het RIVM, het NHG en andere partners goede voorbeelden verzameld en praktische tools ontwikkeld op gebied van wijkgericht samenwerken aan gezondheid. De voorbeelden laten zien hoe GGD-, wijk- en praktijkverpleegkundigen

werken aan gezondheid en leefstijl-advisering op wijkniveau. En hoe ze daarin samenwerken met de huisarts en welzijnswerkers. Er staan ook praktische tools in waarmee direct aan de slag gegaan kan worden. Daaronder vallen: een praktijkhandleiding voor

de huisartsenpraktijk, een e-learning, het maken van een wijkprofiel, het organiseren van een lokale werksessie om samenwerking te bevorderen en ga zo maar door. ☞

Zie voor meer info: www.loketgezondleven.nl/preventieindebuurt

Nederland gelukkig en gezond, lager opgeleiden blijven achter

Nederlanders hebben over het algemeen een hoge kwaliteit van leven. Het opleidingsniveau stijgt en na economisch roerige tijden neemt de werkloosheid af en herstelt de koopkracht. Dat blijkt uit de jaarlijkse cijfers van het SCP die in *De sociale staat van Nederland 2018* staan. Dit jaar geven Nederlanders hun leven een 7,8. Daarnaast voelt 80 procent zich gezond en ruim de helft sport wekelijks. Ook de levensverwachting blijft stijgen. Op sommige domeinen blijven er wel hardnekkige verschillen tussen groepen. Er zijn mensen waarbij een slechte objectieve leefsituatie gepaard gaat met ontevredenheid over het leven; in de afgelopen tien jaar telkens zo'n 4 procent van de volwassen bevolking. In 2018 waren dat ongeveer 680.000 mensen. Daarnaast voelden in 2016 meer Nederlanders tussen de 18 en 64 jaar zich opgejaagd (39 procent) dan in 2006 (31 procent). ☞



Woordenboek moet leiden tot eenheid van taal in de zorg

Om efficiënte en veilige zorg te kunnen verlenen, is het van belang dat gezondheidsinformatie voor alle betrokken zorgverleners dezelfde betekenis of bedoeling heeft. Daarvoor is het nodig om een gemeenschappelijk woordenboek te ontwikkelen gebaseerd op internationale standaarden. Het gebruiken van dit woordenboek op nationaal niveau, leidt tot eenheid van taal in de zorg. Dat is de aanbeveling deed het RIVM en Nictiz na onderzoek onlangs aan het ministerie van VWS.

Het RIVM en het expertisecentrum e-health Nictiz bevelen aan om drie – reeds bestaande en elkaar aanvullende – internationale standaard terminologieën samen te voegen in een gemeenschappelijk woordenboek, waarmee het grootste deel van de zorg kan worden bediend. Dit woordenboek wordt gekoppeld aan de systemen van de zorgverlener of van de patiënt. Via het woordenboek kunnen de vaak ingewikkelde namen van ziektes en aandoeningen omgezet worden in eenduidige termen (en eventueel in codes). Dit ontlast de zorgverlener van administratieve taken, leidt tot minder fouten in de zorg en maakt de zorg veiliger en efficiënter. ☞

Bron: RIVM

Prikaccidenten in de thuiszorg: altijd melden!

De Inspectie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wil het aantal prikaccidenten in de thuiszorg terugdringen. Want ondanks diverse veilige naaldsystemen, komen prikaccidenten nog te vaak voor in de wijk. Reden voor *Tijdschrift M&G* om er eens in te duiken. Wat komt er kijken bij een prikaccident, wat is er geregeld en wat kun je zelf doen als verpleegkundige M&G?

Tekst: Pascale Lavooij

Bij een prik- spat- of snijaccident komt bloed - of een andere lichaamsvloeistof - van de ene persoon via een scherp voorwerp, bijvoorbeeld een injectienaald of scalpel, in het lichaam van een ander. Je prikt je bijvoorbeeld aan de naald waarmee je net insuline hebt gespoten bij een cliënt of je hebt net een vaccinatie gegeven aan een kind. Hierbij kunnen er door bloed-bloedcontact ziekteverwekkers zoals het hepatitis B- en C-virus en hiv worden overgedragen.

'Thuiszorgmedewerkers lopen er nogal eens tegenaan dat cliënten hun naalden niet goed opruimen'

85 procent van alle prikaccidenten vindt plaats in de zorgsector (arboportaal.nl). Om die reden is er in 2010 een Europese richtlijn ontwikkeld die alle lidstaten verplicht hun medewerkers in de zorgsector te beschermen tegen prikaccidenten. In Nederland is dat vertaald in het arbeidsomstandighedenbesluit, artikel 4.97. In dit besluit staat onder andere dat werkgevers de risico's op een prikaccident moeten beperken door diverse maatregelen te treffen waaronder het beschikbaar stellen van veilige naaldsystemen en het aanbieden van een hepatitis B-vaccinatie aan personeel dat enig risico loopt op een prikaccident. Dus ook jouw werkgever is dit verplicht en in jouw organisatie moet er daarom een prikaccidentenprotocol zijn waarin staat wat te doen bij een prikaccident.

Altijd melden!

Als je een prikaccident hebt gehad is het altijd van belang dat je dit meldt. Waar je dit doet hangt af van het protocol van je werkgever. Een werkgever kan afspraken hebben gemaakt met bijvoorbeeld de GGD of PrikPunt. Onder meer Actiz heeft bij de laatste een mantelcontract voor haar leden. PrikPunt is een landelijk meld- en adviespunt van VaccinatieZorg voor prik-, snij-, bijt-, spat- of krab-

accidenten op het werk waar 24 uur per dag contact mee opgenomen kan worden. Er vallen 80.424 werknemers bij 81 werkgevers onder. Uit de rapportage van 2016 van PrikPunt blijkt dat er 770 prikincidenten zijn gemeld, waarvan in 547 gevallen (71 procent) geen veilig naaldsysteem werd gebruikt. In deze cijfers wordt geen onderscheid gemaakt tussen intramuraal of thuiszorg.

Bij Ilse Berger - van der Meer, verpleegkundige Maatschappij en Gezondheid bij de afdeling infectieziekten van de GGD Rotterdam-Rijnmond komen jaarlijks tussen de 200 en 300 meldingen binnen over prikaccidenten. Ze legt uit waarom je altijd moet melden: 'Mensen denken soms dat het niet nodig is om actie te ondernemen omdat ze de cliënt goed kennen of omdat ze geen bloed hebben gezien. Maar of je wel of geen risico hebt gelopen hangt van meerdere factoren af. Daarom beginnen we altijd met een risico-inventarisatie. Wat is er precies gebeurd? Aan wat voor naald heb je je geprikt, heb je subcutaan, intramusculair of in een bloedvat geprikt? Wie is de bron, ofwel: bij wie is de naald gebruikt? De kans dat een oudere Nederlandse dame hiv, hepatitis B of C heeft is klein, maar helaas niet nul. Wat is de achtergrond van de bron? Aan de hand daarvan bepalen we of er een risico op de infectieziekten hiv, hepatitis B en C.'



En worden er verschillende volgende stappen ondernomen. Iemand die een prikaccident heeft gehad met een insulineaald kan alleen gevaccineerd worden tegen hepatitis B. Na zes maanden wordt gecontroleerd of er voldoende bescherming is. Berger - Van der Meer: 'Prik je je daarentegen aan een bloedlancet, dan moet je zowel op hepatitis B als C en hiv gecontroleerd worden en zo nodig gevaccineerd tegen hepatitis B als je dat nog niet bent. We starten de vaccinatieserie het liefst zo snel mogelijk, bij voorkeur binnen 24 uur. Afhankelijk van de ernst van het risico is het ook mogelijk dat mensen aan de PEP-medicatie tegen hiv moeten.'

Irene Goverse, arts Maatschappij en Gezondheid bij de GGD Groningen deed in 2016 een dossieronderzoek naar de bescherming van werknemers tegen hepatitis B bij werkgerelateerde prikaccidenten. Er zijn veel verschillen tussen de diverse medische beroepsgroepen, zo blijkt. Onder artsen was bij 10 procent actie nodig om de bescherming tegen hepatitis B op orde te brengen (vaccineren of de antistoftiter bepalen), terwijl dit cijfer stijgt tot 70 procent bij verzorgenden of helpenden. Bij 39 procent van de verpleeg- en verloskundigen werkzaam in de thuiszorg en bij 48 procent van de verpleegkundigen in de verpleeghuizen moest actie ondernomen worden. Bij werknemers in de ziekenhuizen lag dit percentage stukken lager. Goverse: 'Ik vind dit echt zorgwekkend. Vooral omdat de werkgever verantwoordelijk is voor het nemen van de juiste preventieve maatregelen ter bescherming van de werknemer tegen hepatitis B en de registratie hiervan.'

Onverwachte situaties

Thuiszorgmedewerkers lopen er nogal eens tegenaan dat cliënten hun naalden niet goed opruimen waardoor het risico toeneemt op een prikaccident. 'Cliënten die zelf prikken, bijvoorbeeld mensen met diabetes, zijn namelijk niet verplicht veilige naalden te gebruiken', legt arbo-coördinator Marieke van Erkelens van zorgorganisatie Vérian uit. Naalden die nog rondslingeren op het bed of

in de keuken en weggegooid worden in de afvalzak, het komt regelmatig voor. Erkelens: 'Wijkverpleegkundigen kunnen cliënten er wel op wijzen dat zij een veilig naaldsysteem kunnen aanschaffen en op zorgvuldig gebruik. Zowel bij gebruik als bij weggooien ervan.'

Op het moment dat een wijkverpleegkundige een injectie moet toedienen verandert de zaak. 'Bij Vérian mogen ze alleen met veilige naalden werken.' Dat is helaas niet bij elke zorgorganisatie het geval. 'Omdat niet iedereen goed wist hoe je moest werken met zo'n veilig naaldsysteem, hebben alle medewerkers in de zorg daar vorig jaar een instructie over gekregen. En ook informatie gekregen waar ze te verkrijgen zijn en welke je precies moet bestellen. De diabetesverpleegkundigen hebben deze cursus voorbereid en gegeven. Volgend jaar willen we deze herhalen om de kennis hierover in de organisatie actueel te houden.' Vérian is op dit moment in overleg om op alle wijkbureaus een noodpakket met veilige naalden te leggen, inclusief containers. 'Want het kan zo maar zijn dat een wijkverpleegkundige een cliënt in een noodsituatie moet prikken omdat hij of zij daar zelf plots niet toe in staat is. Dan is het wenselijk dat een wijkverpleegkundige wel een veilig naaldsysteem voor handen heeft.'

'Het prikaccident had niet hoeven gebeuren'

Volgens Erkelens zijn in haar organisatie de prikaccidenten door onveilige naalden de afgelopen jaren afgenomen. 'Drie tot vier jaar geleden gingen de meeste accidenten daar nog over. Nu gaan de meeste over onverwachte situaties of slordigheden. Kinderen die een onverwachte beweging maken bij een jeugdverpleegkundige of een wijkverpleegkundige die even niet goed oplette.' Daarom vraagt Vérian altijd op het incidentenformulier dat een medewerker moet invullen na een prikaccident, hoe hij of zij dit de volgende keer gaat voorkomen. 'Zo schreef een wijkverpleegkundige dat ze in het ver-

Tips

1. Gebruik je nog geen veilige naalden? Vraag je werkgever erom
2. Gebruik een noodpakket als een cliënt geen veilige naalden in huis heeft. Heb je nog geen pakket? Praat erover met je werkgever
3. Volg na- en bijscholing. De naaldsystemen werken soms net even anders dan je gewend bent. Leer hoe je ze goed kunt gebruiken
4. Ga in gesprek met je cliënt. Leg uit waarom veilige naalden belangrijk zijn en vraag je cliënt alleen veilige naaldsystemen te bestellen
5. Blijf alert. Een ongeluk zit in een klein hoekje, ook met veilige naalden. Laat je niet afleiden!



volg duidelijk zegt dat ze tijdens het zetten van de prik even niet praat. Daarmee ging het de vorige keer fout.'

Naaldencontainer


Odette Boegschoten, jeugdverpleegkundige 4-19 bij het CJG Rijnmond maakte zelf een prikaccident mee. 'Tijdens een vaccinatiedag voor 9-jarigen prikte ik mezelf aan een injectienaald die ik net had gebruikt voor een DTP-prik. In die tijd hadden we nog geen naalden met een veilig naaldsysteem. Ik zat met een collega aan een tafel. Zij maakte de vaccinaties klaar en ik gaf ze.

'Als je nog niet met veilige naalden werkt, bespreek het dan met je werkgever'

Pascale Lavooij is medewerker deskundigheidsbevordering en stagecoördinator bij de GGD Rotterdam-Rijnmond

De naaldencontainer stond altijd op een vaste plek zodat ik er goed bij kon. Op die bewuste dag wilde mijn collega de container op een andere plek hebben. Het was voor mij dus anders dan normaal. Je moet je voorstellen dat je aan de lopende band aan het prikken bent. Dat is best intensief. Goede samenwerking en structuur is dan belangrijk. Voor mijn gevoel moest ik dus een wat lastige beweging maken om bij de naaldencontainer te komen.'

Op het moment dat Boegschoten de naald wilde weggooien, prikte ze in haar eigen hand. 'Ik vroeg direct de ouders en het kind even te wachten en ben op de jeugdarts afgestapt. Zij heeft toen contact gelegd met de afdeling Infectieziekten bij de GGD. Ik ben gevaccineerd tegen hepatitis B en verder was er geen risico op een andere infectieziekte. Ondanks dat ik wist dat ik geen risico had gelopen hield het me toch wel bezig. Het prikaccident had niet hoeven gebeuren, dat stoorde mij. Ik had bij mijn collega moeten aangeven dat de naaldencontainer niet goed stond. De ouders en het kind reageerden begripvol, maar ik kan me voorstellen dat dit ook anders had kunnen zijn.'

Boegschoten adviseert jeugdverpleegkundigen om goed hun grenzen aan te geven en altijd gebruik te maken van veilige naalden. 'Als je nog niet met veilige naalden werkt, bespreek het dan met je werkgever. Die moet hiervoor zorgen. En leer goed hoe je met zo'n veilig naaldsysteem kan werken. Ook jij hebt hierin een eigen verantwoordelijkheid. Wees daarom voorbereid op wat je moet doen in het geval van een prikaccident. Als je dit in de hectiek van dat moment nog moet uitzoeken, ben je een stuk verder van huis.' 

*Meer informatie vind je op:
<https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/prikaccidenten>*

Infectieziekten verpleegkundige Floor Hoogvliet:

'Ik voel me soms net een detective'

In de rubriek *Vers Bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal infectieziektenverpleegkundige Floor Hoogvliet (27), werkzaam bij GGD Hollands Midden waar ze in juli van dit jaar startte. 'Veel mensen realiseren zich niet dat ze niet alleen zichzelf beschermen als ze gevaccineerd worden, maar ook hun omgeving; ofwel de hele maatschappij.'

Waarom voor de wijk gekozen?

'Ik heb twee jaar in het ziekenhuis gewerkt bij onder andere interne geneeskunde en ik was simpelweg toe aan een nieuwe uitdaging. Via een schoolopdracht was ik al in aanraking gekomen met de GGD en dat had toen al mijn interesse gewekt. Vooral omdat je ook iets voor de maatschappij kan doen en niet alleen voor het individu. Dat je grote groepen mensen kan helpen hun gezondheid te waarborgen. Dat is machtig interessant! Daarnaast vind ik het mooi dat wij achter de schermen een heel belangrijke taak vervullen in de volksgezondheid.'

Wat is er zo mooi aan infectieziektenbestrijding?

'Geen dag is hetzelfde. Het ligt grotendeels aan de meldingen die binnenkomen die de werkdag bepalen. Soms voel ik me net een detective. Als er een melding is van een ziekte die een groot risico met zich meebrengt, dan moeten we met het hele team op zoek naar de mogelijke bron- en risicocontacten. Onlangs hadden we een geval van mazelen. Dan moet je meteen kijken waar diegene is geweest in die periode. Als gezin kwam de patiënt aan met het vliegtuig. Na onderzoek bleek dat hij onderweg ziek was geworden dus hoefden we het buitenland niet in te lichten. Hij was ook op de spoedeisende hulp geweest, maar



daar hadden ze meteen goede maatregelen genomen. En gelukkig was de rest van het gezin beschermd. Met dit soort gevallen, is je dag zo om.'

Tekst: Marieke Rijsbergen


De hele discussie over niet of wel verplicht vaccineren, hoe vaak ben je daar mee bezig in je werk?

'Vaak. Veel mensen snappen niet dat ze niet alleen zichzelf beschermen als ze gevaccineerd worden, maar ook hun omgeving en de hele maatschappij. Ofwel dat ze anderen in gevaar kunnen brengen. Want iemand met een milde kinkhoest die een goede afweer heeft, kan daar makkelijk van genezen. Maar iemand anders in zijn of haar omgeving die minder afweer heeft, kan zwaarder getroffen worden en dan kan de afloop wel eens zo ernstig zijn dat de dood erop volgt. Dat beseffen veel mensen vaak echt niet.'

Zit het onderwerp infectieziekten goed in de hbo-v-opleiding verwerkt?

'Totaal niet. Kan me niet herinneren dat we daar een module over gehad hebben. Het was daarom voor mij een enorme omschakeling. Ik doe nu nog steeds veel in samenwerking met collega's. Want elke situatie en elke ziekte is anders. Het zou fijn zijn geweest als de hbo-v wat dieper op infectieziekten in zou gaan. Ik ben sinds kort de opleiding M&G gestart en word zodoende GGD-breed opgeleid.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'Ik hoop dan zover door te zijn gegroeid dat ik mee kan werken aan preventieve programma's van het RIVM. Maar ik heb nog een lange, leerzame, maar ook interessante en nooit saaie weg te gaan.' 

BIO

Naam: Floor Hoogvliet

Werkt bij? GGD Hollands Midden

Opleiding: hbo-v bij Hogeschool Inholland in Amsterdam

Is goed in? 'Ik hoor vaak terug dat ik duidelijk en overtuigend een verhaal kan vertellen en daardoor bij cliënten vaak de onrust wegneem. Bijvoorbeeld bij mensen die bang zijn geïnfecteerd te zijn met rabiës. Dan kan ik ze uitleggen dat als ze risico hebben gelopen, ze een behandeling kunnen krijgen.'

Grootste blunder? 'Ik heb me suf gepiekerd. Maar ik kom op niets. Dat wil overigens niet zeggen dat ik perfect ben, ook ik maak fouten.'

Communicatie tussen huisarts en eerstelijns:

Een wereld te winnen met de SBAR-methode

De communicatie tussen huisarts en wijkverpleegkundige kan stukken beter, meent Minke Nieuwboer (58), junior onderzoeker bij Radboudumc voor het project DementieNet. Ze zag de afgelopen jaren veel onderzoeken voorbij komen over de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen in het ziekenhuis. Maar onderzoek over de eerstelijns ontbrak. Nieuwboer deed dat onderzoek wel. Uit *Communicatie en leiderschap in wijknetwerken voor dementiezorg* blijkt onder andere dat wijkverpleegkundigen hun gesprek met de huisarts beter kunnen voorbereiden waardoor de communicatie beter verloopt. De SBAR-methode kan daarbij helpen.

Tekst:
Rosanne
Steensma

Het onderzoek van Minke Nieuwboer begon allemaal met haar wens om netwerken in de wijk te versterken rondom de dementiezorg, met een centrale rol voor de wijkverpleegkundige en de huisarts als belangrijke samenwerkingspartner. Nieuwboer interviewde verschillende groepen wijkverpleegkundigen en huisartsen en vroeg hen naar de manier van samenwerken en de ervaren belemmerende en bevorderende factoren voor een goede samenwerking.

Tijdens deze gesprekken kwam de grote diversiteit in samenwerking naar voren. 'Die diversiteit is soms erg groot per regio en soms zelfs per praktijk', vertelt Nieuwboer. 'Dat maakt het lastig om een eenduidig beeld te schetsen. Sommige wijkverpleegkundigen werken heel nauw samen met een huisarts of een huisartsenpraktijk, maar je hebt ook wijkverpleegkundigen die hun vraag bij de assistenten neer moeten leggen en via hen antwoord krijgen.'

Organisatorische problemen

Wat Nieuwboer ook blootlegde was dat huisartsen last hebben van de hoeveelheid teams in een wijk. 'Ik sprak ooit een huisarts die er wel twintig had. Allemaal vanuit verschillende organisaties. Daardoor hebben huisartsen niet altijd vertrouwen in een wijkverpleegkundige.

Die kennen ze vaak niet en ze weten niet of ze bij een kwalitatief goede zorgorganisatie werkt.' Deze situatie is moeilijk op te lossen want de marktwerking blijft, met daarbij de verschillende organisaties en dus losse communicatie met verschillende mensen. Nieuwboer richtte zich daarom niet op het herstructureren van de organisaties, maar op het structureren van de communicatie. 'Want als jij als wijkverpleegkundige een goed gestructureerd verhaal hebt, dan groeit het vertrouwen bij de huisarts. Dan is de kans groot dat hij denkt: ik ken deze wijkverpleegkundige niet, maar ze heeft wel een goed verhaal.'

Het structureren van communicatie

Nieuwboer kwam erachter dat er een structuur mist in de communicatie tussen de huisarts en wijkverpleegkundige. 'Veel huisartsen geven aan dat wijkverpleegkundigen soms met veel details dingen vertellen, terwijl de huisarts eigenlijk meteen wil weten: waar bel je voor?' Ze ziet dit ook terug in de communicatietrainingen die zij aan wijkverpleegkundigen geeft. Nieuwboer: 'Wijkverpleegkundigen bereiden zo'n gesprek nauwelijks voor. Ze bellen vaak ad hoc, vanuit de patiëntsituatie of de auto. Maar ze geven zichzelf geen tijd, een moment om na te denken, waar bel ik nou echt voor, wat is het doel, wat wil ik eigenlijk vertellen, wat is mijn vraag aan de huisarts?' Ze benadrukt hierin wel de wisselwerking: 'Ook huisartsen bieden niet altijd structuur en sommigen maken van hun kant ook een gesprek langer dan nodig.' Dat huisartsen nog onvoldoende getraind zijn in interprofessionele communicatie is ook een van de belangrijke uitkomsten van Nieuwboers onderzoek. 'Op de opleiding worden ze niet goed voorbereid op het gegeven dat ze later samenwerking met andere eerstelijns-professionals moeten aangaan. Ze worden wel getraind in communicatie, maar voornamelijk tussen arts en hulpvrager. De wijkverpleegkundige wordt buiten beschouwing gelaten.'

'Als je die hele SBAR doorloopt, hoef je soms niet eens de huisarts te bellen'

De SBAR-methode

De opmerking van één huisarts heeft Nieuwboer aan het denken gezet. 'Die zei: ik zou het fijn vinden als wijkverpleegkundigen mij bellen net zoals dat in het ziekenhuis gebeurt. Op de spoedeisende hulp (SEH) wordt een lijstje afgewerkt waaruit duidelijk blijkt wat er aan de hand is.' Deze lijst is de SBAR-methode, wat staat voor

Huisarts Eva Brandse, 34 jaar, Zorggroep Almere:

'Er valt nog veel te winnen in de communicatie tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen. Helemaal nu met het tekort aan personeel merk je dat vaste medewerkers wegvallen. En met hen ook de vaste contacten die je opgebouwd hebt. Als ik een wijkverpleegkundige niet ken, dan vind ik het lastiger te beoordelen hoe deskundig ze is. Ik vind dat wijkverpleegkundigen over het algemeen goed zijn in het filteren van situaties en dat ze een situatie hierdoor goed kunnen bekijken. Maar ik denk dat een betere structuur in communicatie nooit kwaad kan. De SBAR kan helpen bij een gezamenlijke besluitvorming want je maakt immers gezamenlijk besluiten op basis van een goed geanalyseerde situatie. Ik denk dat de SBAR de wijkverpleegkundige ook helpt omdat deze besluiten beter gedragen worden door een team. Teamleden zien immers dat afspraken gebaseerd zijn op gedegen informatie. Natuurlijk valt of staat het met een goede rapportage met een juiste beschrijving van de gemaakte besluiten. De huisartsen op hun beurt moeten ook structuur aan een gesprek kunnen geven. Het klopt dat ik dit niet in de opleiding heb geleerd, maar in de huisartsenpraktijk leer je dat vanzelf wel, vind ik. Dit zit soms wel wat minder in de traditionele huisartsen. De nieuwere generatie lijkt het belang van een goede communicatie met wijkverpleegkundigen soms meer in te zien. Wijkverpleegkundigen zijn de oren en ogen van de wijk en daar moet ik iets dus iets mee. En nog belangrijker: daar wil ik ook iets mee.'

Wijkverpleegkundige Anneke Wisse (29) bij ZZG zorggroep Nijmegen

'Mijn team en ik zitten in een luxe positie omdat wij in het dorp maar één wijkverpleegkundige organisatie en een huisartsenpraktijk hebben en we ook nog eens in hetzelfde gebouw zitten. Toch hebben we vaak mailcontact omdat we allemaal druk zijn. Dan is een concrete vraagstelling wel belangrijk omdat de huisarts dan makkelijk kan reageren. Ik merkte aan mezelf en collega's dat onze mails niet altijd concreet waren waardoor de huisarts toch om verduidelijking moest vragen in een vervolgmil. Daarom heb ik de SBAR-training gedaan en daarna heb ik met het team casuïstiek doorgenomen zodat zij nu ook met de SBAR kunnen werken. We hebben door de SBAR als team handvatten gekregen voor concretisering van de vraagstelling naar de huisarts. In e-mailcontact, maar ook als je telefonisch contact opneemt met de huisarts voor een vraag. Ik merk dat vooral het klinisch redeneren verbeterd is. Het zorgt ervoor dat je een heldere vraagstelling voor de arts hebt in plaats van voor jezelf. Het scheelt ook tijd. Ik heb de SBAR-methodiek ook geïmplementeerd in het multidisciplinair overleg in het dorp. Dit overleg duurde normaal anderhalf uur. Inmiddels hebben we dit kunnen terugbrengen naar een uur. Ik ben er dus zeer tevreden over.'



Situation-Background-Assessment-Recommendation. De methode is overgewaaid uit de Verenigde Staten en helpt om de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen te structureren en eenduidig te maken. Nieuwboer: 'Enkele wijkverpleegkundigen hebben deze methode op de hbo-v gehad, maar ze maakten nooit de vertaling naar de wijkverpleging. Zij dachten dat dit echt bij de SEH hoorde.' Nieuwboer besloot de SBAR-methode zo te veranderen dat die ook bruikbaar is voor in de eerstelijns (zie kader op volgende pagina). Nieuwboer: 'De tool is eigenlijk ontwikkeld voor communicatie binnen het ziekenhuis. Wij vertaalden deze naar de eerstelijns in de Nederlandse situatie.' Inmiddels traint Nieuwboer wijkverpleegkundigen in het omgaan met deze methode. Ze heeft inmiddels al tweehonderd wijkverpleegkundigen, casemanagers en welzijnswerkers getraind en hoort de eerste positieve effecten terug: 'Wijkverpleegkundigen voelen zich na de training zekerder en deskundiger. Onlangs vertelde een wijkverpleegkundige dat er in de teambespreking ook de SBAR gebruikt werd, waardoor die bespreking nu veel efficiënter verloopt. Je ziet dit dus niet alleen terug in telefoongesprekken maar

De SBAR-Methode voor de eerstelijns

Situatie/Probleem

- S** **U spreekt met** (naam, functie, organisatie)
Ik bel over (naam patiënt, adres, geboortedatum)
Probleem waar ik over bel (wat is anders)

Achtergrond, Voorgeschiedenis, Context

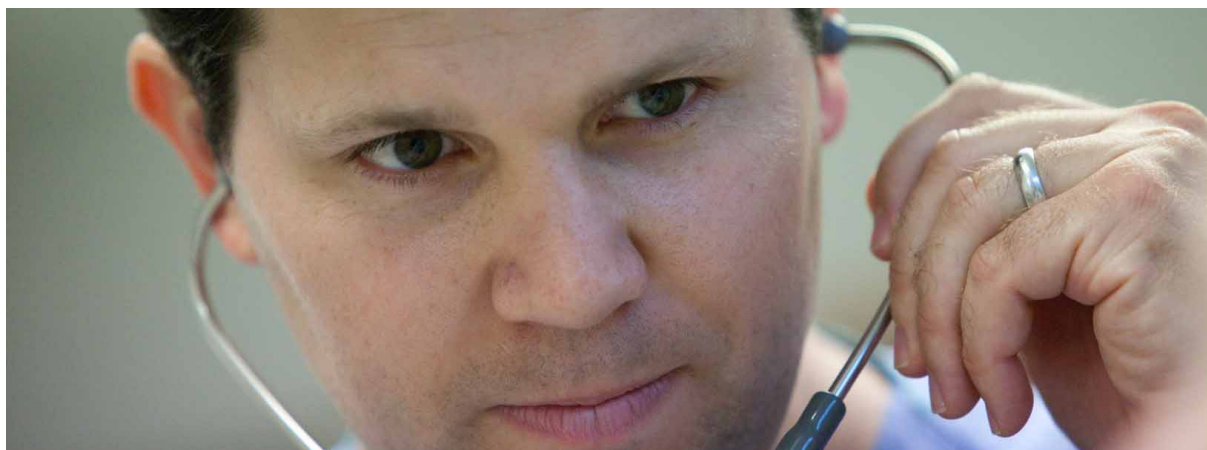
- B** **Deze patiënt is bekend met** (relevante medische informatie, diagnoses, recente opname, OK, huidig medicatie beleid en- veranderingen)
Ik heb de patiënt zelf gezien (wanneer) en trof aan/ observeerde/hoorde van patiënt/familie (...)
Het probleem/verandering bestaat sinds (...)

Beoordeling:

- A** **Ik heb gemeten** (gewicht, temp, RR, saturatie en AHF, DOS, pijnschaal, glucose) **geïnspecteerd** (oedeem, wond, incontinentie, huidafwijkingen), **geobserveerd** (verlaagd bewustzijn, verwardheid, sombere stemming), **besproken** (verandering in medicatie, vocht- en voedingintake, sociale situatie). **Ik denk dat dit een probleem is of ik weet niet wat het probleem is, maar de patiënt gaat achteruit/ is instabiel.**
Ik heb al geprobeerd om (...)
Ik schat de ernst als volgt in (...)

Aanbeveling:

- R** **Mijn voorstel is..** (geef aan wat je wilt dat er gebeurt). **Ik zou het fijn vinden als** (spreek af hoe je verder gaat en wie wat doet). **Ik doe** (...) **binnen ... uur/ dagen.** **U doet** (...) **binnen uur/dagen.** **Ik bel over... uur/ dagen terug als situatie patiënt niet verbeterd.**
Herhaal afspraken hardop en noteer in dossier.



Rosanne Steensma is wijk-verpleegkundige, junior onderzoeker bij VU Medisch Centrum en redacteur bij Tijdschrift M&G

... dus ook in directe overleggen als een teamvergadering.' Een mooie bijkomstigheid noemt Nieuwboer de efficiëntieslag die gemaakt lijkt te worden: 'We kwamen er door de training achter dat als je die hele SBAR doorloopt je soms niet eens de huisarts hoeft te bellen. Dit komt omdat je goed analyseert wat er eigenlijk aan de hand is. Soms kom je er dan zelf uit en soms kom je erachter dat je eigenlijk een andere discipline nodig hebt. Dit scheelt een extra telefoontje.' Het trainen van artsen ziet Nieuwboer als een mooie vervolgstap en dan het liefst interprofessioneel.

Nieuwboer: 'Ik heb op het wetenschappelijk congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de resultaten gepresenteerd. Maar verder nog geen contact met de NHG gehad'. Ze ziet de SBAR niet als iets heiligs maar vooral als middel. 'Ook andere aspecten zijn belangrijk in communicatie, zoals elkaar kennen en vertrouwen. Een tool alleen doet het werk natuurlijk niet, maar geeft wel een mooie duw in de goede richting.' [🔗](#)

Meer info: ga naar www.dementienet.com en tik SBAR in het zoekvenster

Afdelingsnieuws

Afstemming vakgroep wijkverpleging, ambassadeurs en medewerkers bureau

Leden van de Vakgroep wijkverpleging, ambassadeurs en medewerkers van het bureau van V&VN worden vaak gevraagd om in allerlei overleggen een bijdrage te leveren. Een goede afstemming is dan noodzakelijk. Vooral wat betreft een gezamenlijke visie. Daarover zijn tijdens een overleg in oktober 2018 afspraken gemaakt waarbij is geconcludeerd dat de vakgroep in the lead is bij het agenderen van issues en het formuleren van standpunten. [🔗](#)

Scholing over dementie bij migranten

Vakgroep dementieverpleegkunde van V&VN M&G organiseert met BPSW, Inholland en Gerion een scholing op 18 januari 2019 over mensen met dementie met een migratieachtergrond. Deze vindt in Rotterdam plaats met als gastheer Brederode Hoge School. Aanmelden kan via V&VN Academy. [🔗](#)

Meer info op mgz.venvn.nl bij dementieverpleegkundigen onder het kopje scholing.

Procesbegeleiders gevraagd voor pilot Intercollegiale toetsing!

Er bestaan nog veel verschillen in de door wijkverpleegkundige afgegeven indicaties (praktijkvariantie). *Intercollegiale toetsing* kan de kwaliteit van het indicatieproces enorm verbeteren. Daarom gaat Vakgroep wijkverpleging van V&VN M&G van start met de pilot *Intercollegiale toetsing*. Het gaat om een landelijke uitrol van *intercollegiale toetsing* voor wijkverpleegkundigen, waarbij de focus ligt op het verbeteren van de kwaliteit van de indicatiestelling. Door heel het land gaan 32 groepen starten waar procesbegeleiders voor worden gezocht. Deze begeleiders krijgen daar een speciale opleiding voor. Interesse? Stuur dan als wijkverpleegkundige een mail met motivatie en cv naar Karen Achterberg (ka@collegamento.nl) of Annette de Ruiter (adr@collegamento.nl). [🔗](#)
Zie voor meer informatie: mgz.venvn.nl.

Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging

Diverse partijen hebben op 6 juni 2018, waaronder V&VN, het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022 afgesloten om de wijkverpleging een kwaliteitsimpuls te geven. Vakgroep wijkverpleging van V&VN M&G zal bij veel deelprojecten nauw betrokken zijn. De vakgroep heeft veel van deze deelonderwerpen als speerpunt genomen in 2019. Dit zijn de speerpunten waar de vakgroep zich hard voor gaat maken in het nieuwe jaar:

- kwaliteitskader verder door ontwikkelen inclusief toepassing en implementatie
- formuleren uitkomstindicatoren wijkverpleging
- kennisagenda/ontwikkelagenda wijkverpleging
- selectief ontwikkelen richtlijnen/ protocollen
- verder ontwikkelen (wijkgerichte) preventie
- indicatiestelling, verkleinen praktijkvariantie door intercollegiale toetsing en intervisie
- evaluatie en bijstelling *Expertisegebied wijkverpleging*
- afname onnodige registratielast
- doorontwikkeling regionale platforms. [🔗](#)

Vakgroep jeugdverpleegkundigen lieten zich zien!

Vakgroep jeugd zette zichzelf goed op de kaart de afgelopen maanden. Zo verzorgde jeugdverpleegkundige Betty Bakker Camu, samen met haar Vlaamse collega Monica Bulcke en Duitse Fabienne Thewissen eind september tijdens ISSOP2018 samen een workshop over de inzet van de jeugdverpleegkundigen op scholen in de verschillende Europese landen. Deze internationale contacten zijn ontstaan door het lidmaatschap van EUSUMH. Jeugdverpleegkundige en ambassadeur Minke Vellinga werkte mee aan het themanummer van V&VN Nieuws over eenzaamheid en trad voorzitter Annemieke Korver als gast-twitteraar op het twitteraccount van Verpleegkundig leiderschap. En als klap op de vuurpijl ging de tweede groep Ambassadeurs van de jeugdverpleegkundige en openbare gezondheidszorg in oktober op bezoek bij de VVD in de Tweede Kamer. Kamerlid Judith Tielen gaf ze een rondleiding door de Kamer en daarna gingen ze op bezoek bij zes medewerkers van de directie Publieke Gezondheid VWS. [🔗](#)



5 vragen over de verbeterde Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Per 1 januari 2019 wordt het afwegingskader in de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* actief. V&VN heeft daarom de V&VN Meldcode uit september 2018 herzien. Maar wat gaat er nu precies veranderen voor verpleegkundigen M&G? We stellen Projectleider Hester Diederich en bestuurslid Jacqueline de Vries van V&VN M&G vijf vragen. Zij werkten mee aan de verbeterde meldcode.

Tekst:
Suzanna
Plaice –
van Dam

Wat is het afwegingskader in het kort?

Hester Diederich: 'Het afwegingskader is onderdeel van de verbeterde *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Iedereen kent inmiddels de vijf stappen uit de meldcode. Het zogenoemde afwegingskader is gekoppeld aan stap 4 en 5. Bij stap 4 weeg je alle informatie die je hebt af. Bij stap 5 moet je de beslissing maken of je moet melden en daarna of je hulp kunt geven of organiseren (zie schema) De grootste verandering is dat melden vanaf 1 januari 2019 verplicht is wanneer er sprake is van acute of structurele onveiligheid en dat het verlenen van hulp eerst wordt overlegd met Veilig Thuis.'

'Oók als je denkt dat je de hulpverlening zelf kan oppakken gaat dit altijd in overleg met Veilig Thuis'

Jacqueline de Vries: 'De stappen in de meldcode vormen een analysemodel om de situatie vanuit verschillende kanten inzichtelijk te maken. Vaak zien we dat verpleegkundigen opzien tegen stap 3, het gesprek met de cliënt, maar dat is bedoeld om je zorgen te delen en na te gaan wat er volgens de cliënt aan de hand is en hoe je kan helpen. Daarna ga je in stap 4 pas afwegen of er sprake is van geweld of van iets anders.'

Waarom is het afwegingskader ontwikkeld?

Diederich: 'In het verleden kon er sprake zijn van structurele onveiligheid, maar kon bijvoorbeeld een verpleegkundige dit zelf oppakken zonder de situatie te melden bij Veilig Thuis. Als dan een andere professional zijn of haar zorgen deelde met Veilig Thuis, leek het alsof dit de eerste melding in een gezin was. Het afwegingskader voorkomt deze situatie omdat melden vanaf 1 januari 2019 dus verplicht wordt. Oók als je denkt dat je de hulpverlening zelf kan oppakken. Dit gaat altijd in overleg met Veilig Thuis. Veilig Thuis heeft andere bevoegdheden. Zij mogen onder meer bepaalde informatie opvragen of inzien waarover verpleegkundigen en hun directe collegae niet beschikken. Daarnaast werkt Veilig Thuis met een gezinsdossier waarin het volledige gezinssysteem zal staan. Dus ook halfbroertjes, stiefmoeders, opa's et cetera. Hierdoor hebben zij een volledig overzicht en kunnen de linken snel gelegd worden bij verschillende meldingen.'

Wat denken jullie dat het effect zal zijn van het afwegingskader?

Diederich: 'Ik denk dat het ervoor zal zorgen dat ouderen, volwassenen en kinderen sneller én beter geholpen kunnen worden. Veilig Thuis heeft langdurig zicht op de veiligheid, terwijl veel verpleegkundigen voor kortere tijd betrokken zijn of dit overzicht niet hebben. Voor veel verpleegkundigen zal het uiteindelijk leiden tot de bewust-

Melden bij acute onveiligheid zoals:

- disclosure: patiënt of cliënt geeft zelf aan de situatie niet meer aan te kunnen of slachtoffer/pleger te zijn van geweld in de huiselijke kring
- huiselijk geweld: Patiënt of cliënt wordt met opzet verwond (bijvoorbeeld verwurgen, verbranden)
- client of patiënt dreigt om zichzelf of een ander iets aan te doen/ zeer agressief gedrag
- wapengebruik
- geweld tijdens de zwangerschap
- seksueel misbruik/geweld
- verzorger van kind (kindcheck) of van zorgafhankelijke volwassenen valt uit door zelfmoord(poging), overdosis alcohol of drugs, ernstige psychiatrie.

Stappenplan Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

- | | |
|---------------|--|
| Stap 1 | Signalen in kaart brengen
Doe de Kindcheck |
| Stap 2 | Overleggen met deskundig collega en evt. Veilig Thuis voor advies |
| Stap 3 | Gesprek met cliënt |
| Stap 4 | Wegen van huiselijk geweld/ kindermishandeling
<ul style="list-style-type: none"> • Blijft het vermoeden van huiselijk geweld/ kindermishandeling bestaan? • Is er een vermoeden van acute of structurele onveiligheid? (z.o.z.) |
| Stap 5 | Beslissen:
1. Is melden noodzakelijk?
2. Is hulp bieden/organiseren (ook) mogelijk?
<ul style="list-style-type: none"> • Ben ik in staat om effectieve hulp te bieden of te organiseren om dreiging af te wenden? • Kan ik deze hulp samen met de betrokkenen bieden of organiseren? • Leidt deze hulp tot duurzame veiligheid? |

Afsluiten meldcode en vastleggen in dossier

wording dat veel cliënten die je voor je hebt, onderdeel uitmaken van een gezin. Neem een cliënt die agressief was, besef je dan dat deze man een gezin met kinderen kan hebben en doe daarom altijd de kindcheck.'

De Vries: 'Het afwegingskader helpt om sneller tot een besluit te komen. Is je conclusie bij de afweging in stap 4 'ik weet het niet, ik twijfel' ofwel ik kom er niet uit, dan moet een melding gedaan worden. Als professional blijf je op deze manier niet in de cirkel hangen van twijfel.'

Melden bij structurele onveiligheid zoals:

- huiselijk geweld: bijvoorbeeld psychische mishandeling (treiteren, stalken, kleineren) of financiële uitbuiting
- iemand verwaarlozen: geen/onvoldoende eten, medicatie, hulp of toezicht
- onverantwoorde zorg als gevolg van psychiatrie, verslaving verzorger kind (kindcheck) of zorgafhankelijke volwassene
- het ontbreken van kennis en inzicht over het zorgdragen voor kinderen (pedagogische verwaarlozing) of zorgafhankelijke volwassene
- vechtscheiding
- gebruik van drugs of overmatig alcohol of seksueel ongepast gedrag door verzorger van kinderen of zorgafhankelijke volwassene

Hebben jullie tips voor de praktijk?

Diderich: 'Kopieer alle stappen van de verbeterde meldcode in het dossier en beschrijf per stap wat je gedaan hebt. Zo kun je altijd laten zien welke inspanningen je geleverd hebt. Als je gaat melden, moet je daar ook de cliënt van op de hoogte stellen, als je hier vanaf wijkt, bijvoorbeeld omdat een cliënt erg agressief was, moet je dit noteren. Geef in een gesprek aan: "Ik maak mij zorgen, om deze redenen en ik moet dit melden bij Veilig Thuis." Daarna leg je de cliënt uit dat Veilig Thuis met hen in gesprek gaat

om te kijken welke vrijwillige hulp mogelijk is om ze te ondersteunen. Het belangrijkste in dit soort gesprekken is empathie, geef aan dat je je oprecht zorgen maakt. Daarbij is het belangrijk dat je kunt uitleggen wat Veilig Thuis gaat doen, daar hebben cliënten vaak zorgen over.'

De Vries: 'Deel vooral je zorgen met de ouders. Het gaat er niet om dat je de ouders wilt beschuldigen, maar om het delen van jouw zorgen met ouders. Ook zij willen het beste voor hun kind net als jij. Dit is het onderdeel van de analyse. Je zit nog helemaal niet in de fase van een beslissing over wat er daadwerkelijk aan de hand is.'

Diderich: 'Naast dat professionals zoals verpleegkundigen M&G goed op de hoogte moeten zijn van de verbeterde meldcode, is het belangrijk dat elke organisatie een aandachtsfunctionaris heeft met geld, tijd en mandaat. Zo'n functionaris draagt zorg voor scholing en geeft advies bij twijfel.'

Gemeld, en dan?

Diderich: 'Stel dat jij als verpleegkundige gemeld hebt, en je kunt zelf onvoldoende tot geen hulp bieden, dan gaat Veilig Thuis verder aan de slag met de cliënt of het gezin. Zij kijken met de cliënt of de ouders welke hulp nodig is. Veilig Thuis verleent zelf geen hulp, maar regelt dat anderen zoals een wijkteam dit gaan doen. Kan of wil jij als verpleegkundige zelf een deel van de hulpverlening op je nemen, dan zal Veilig Thuis met jou afstemmen welke andere hulpverleners dit samen met jou gaan doen.'

De Vries: 'Ik wil adviseren om te investeren in een goede

relatie met Veilig Thuis. Deze organisatie krijgt vanaf 2019 een andere positie en gaat meer samenwerken met het lokale veld. Ga met een open mind een nieuwe samenwerkingsrelatie aan. Zorg ervoor dat je elkaar al kent voordat je een melding doet. Je leert veel van elkaar met casusbesprekingen, zeker van situaties die je gemist hebt. Zo krijg je begrip voor elkaar en vertrouwen in elkaars expertise.'

De V&VN Meldcode staat op www.venvn.nl.

Gebruik het zoekvenster en hij komt omhoog.

Suzanna Plaice – van Dam is jeugd- en stafverpleegkundige bij de JGZ van Envida in Maastricht en Heuvelland

Bianca Buurman, hoogleraar Acute ouderenzorg bij het AMC Amsterdam

'Ik wil het beter doen voor de oudere'

In deze rubriek komen professionals die inspireren aan het woord. Niet alleen hun functie, maar ook lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer een gesprek met Bianca Buurman, lector *Transmurale ouderenzorg* aan de HvA en sinds een jaar hoogleraar *Acute ouderenzorg* bij het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Een gesprek over de noodzaak voor samenwerking tussen ziekenhuis en de wijk, administratie als bijdrage aan goede zorg en het belang van over de eigen grenzen kijken.

Tekst: Valerie Schipper en Hellen Kooijman

Je begon als verpleegkundige in het ziekenhuis. In juli 2017 ben je benoemd tot hoogleraar. Was dat eigenlijk ook je plan?

'Ik zei altijd op het hbo-v: ik wil iets doen met de praktijk, met het onderwijs en met kwaliteitsverbetering. Onderzoek is een middel om die verbetering te bereiken. Maar wat ik doe moet er altijd toe leiden dat het voor de oudere in de praktijk beter wordt.'

Je bent bezig met verbindingen leggen tussen het ziekenhuis en de wijk, bijvoorbeeld in het zogenoemde wijkziekenhuis (zie kader). Waarom is dat belangrijk?

'De populatie ouderen verandert. Vroeger lagen mensen tien a vijftien dagen in het ziekenhuis. Nu gaan ze zo snel mogelijk naar huis. Je krijgt daardoor een andere zorgvraag in de thuissituatie. Bovendien zullen mensen in de toekomst vaker lijden aan meerdere chronische ziektes; kanker, diabetes, COPD, reuma. Dat is complexe zorg.

'Over tien jaar ga je denk ik enkel nog naar het ziekenhuis voor de IC of operaties. De rest gebeurt in de wijk'

Nu wordt de acute en complexe zorg nog in het ziekenhuis gegeven en de rest thuis. Over tien jaar ga je denk ik enkel nog naar het ziekenhuis voor de IC of operaties. De rest gebeurt in de wijk.'

Je bent ook lector Transmurale ouderenzorg aan de HvA. Wat geef je mee aan je studenten?

'Ik vind het belangrijk dat studenten breed leren kijken. Niet alleen naar medische, maar ook naar sociale en functionele problemen. Soms moet je eerst sociale problemen

oplossen om medisch gezien wat te kunnen bereiken. Als iemand zijn financiën niet op orde heeft of geen goed lopend sociaal systeem heeft, dan is het lastiger voor zo iemand om bijvoorbeeld diabetes aan te pakken. Stress bemoeilijkt gezond eten en kan ook schommelende bloedsuikerwaardes veroorzaken. Daarnaast leer ik studenten kijken naar de doelen die de cliënt zelf heeft. Want wij als verpleegkundigen kunnen wel vinden dat iemand bijvoorbeeld gezonder moet leven, maar soms moet je accepteren dat iemand dat (nog) niet kan. Dat mensen er bijvoorbeeld geestelijk niet aan toe zijn door problemen in de privésituatie. Ook vind ik het belangrijk dat studenten leren over de grenzen van hun eigen gebied heen te kijken, van het ziekenhuis, maar ook van de wijk. Je komt elkaar in de zorg vaak tegen, maar je wordt wel los van elkaar (dus als arts, verpleegkundige, fysiotherapeut et cetera) opgeleid. Je vraagt elkaar minder snel om bijvoorbeeld advies dan wanneer je wel samen wordt opgeleid.'

Hoe breng jij dat in praktijk als lector?

'De trainingen in het kader van de transmurale zorgbrug, (waarbij kwetsbare ouderen voor ze naar huis gaan, in het ziekenhuis al bezocht worden door een wijkverpleegkundige. Red.), proberen we zoveel mogelijk samen met wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen te doen. Ziekenhuisverpleegkundigen werken vaker gestructureerd met vragenlijsten en 'klinisch redenen'. Wijkverpleegkundigen denken vaker vanuit intuïtie. Het is goed om samen te kijken of het objectief gezien klopt wat de wijkverpleegkundige intuïtief aanvoelt. Iemand kan heel somber zijn, een wijkverpleegkundige kan denken dat dit een depressie is, maar dan is het wel goed om te screenen om welke klachten het nu precies gaat. Zodat je later kunt monitoren of die klachten door de behandeling verholpen worden. Waarmee ik overigens niet wil zeggen dat alles met lijsten en administratie moet gaan.'



De WijkKliniek

Wat is de beste plek om ziekenhuiszorg te bieden, wat zijn voor ouderen gewenste uitkomsten en moet alles in het ziekenhuis? In de WijkKliniek wordt ziekenhuiszorg in de wijk gegeven. Ouderen worden dus direct opgenomen in de WijkKliniek. Bianca Buurman: 'We passen daar alles toe waarvan we weten dat het goed is voor de uitkomsten. Zo bereiken we dat de impact van een ziekenhuisopname verminderd wordt. De effecten daarvan meten we ook.'

In het komende Tijdschrift M&G een reportage over de eerste WijkKliniek in Amsterdam

Dus administratie en lijstjes hebben wel nut?

'Met de trend *Meer zorg, minder papier* is er de wens om minder te administreren. Dat snap ik, maar tegelijkertijd denk ik ook dat administratie in deze tijd teveel gezien wordt als administratie op zich in plaats van iets wat bij kan dragen aan goede zorg. Vaak is het wel goed om een screeningsinstrument te gebruiken om te duiden wat er aan de hand is. Het is een middel om passende zorg in te zetten. Hoewel zo'n instrument natuurlijk nooit los moet staan van het gesprek met mensen.'

Je wilt ook als hoogleraar de praktijk blijven omarmen?

'Onderzoek is voor mij altijd een middel om de praktijk te verbeteren en geen doel op zich. Ik vind dat wij wetenschappers vaak te veel bezig zijn met het project en minder met hoe dat beklijft in de praktijk. Ik vind dat je als onderzoek iets goeds moet achterlaten, iets waar de maatschappij wat aan heeft. Er is wel wat veranderd hoor. Maar het kan beter. Laatst las ik dat slechts 2

procent van de onderzoeken die door ZonMW waren gefinancierd structureel in de praktijk geïmplementeerd zijn. Dat lijkt me niet de juiste manier.'

Hoe houd jij voeling met die praktijk?

'Dat is best lastig. Ik probeer zo nauw mogelijk samen te werken met verpleegkundigen maar merk dat ik als hoogleraar wel meer op een abstract niveau zit. Met de WijkKliniek is het goed gelukt om die binding te houden. Die heb ik samen met verpleegkundigen, ouderen en artsen opgezet.'

Tenslotte: Wat zou je nog heel graag willen doen?

'Ik zou het fantastisch vinden als we een systeem krijgen waarin dat wat ouderen belangrijk vinden, centraal staat. Ik denk dat wat we nu in de keten doen, onvoldoende rekening houdt met wat ouderen nodig

'Ook al ben ik hoogleraar, ik blijf altijd die praktijk omarmen'

hebben. We zitten in de fase waarin we met kinderen ook hebben gezeten. Bij de kindergeneeskunde gingen er lang van uit dat kinderen kleine volwassenen waren en dat je met kinderen in feite hetzelfde kunt doen als volwassenen. Inmiddels is alles nu ingericht op wat voor kinderen belangrijk is. Dat zou ook voor ouderen zo moeten zijn. We weten uit studies al wat werkt; breed kijken, continuïteit, het belang van een rustige omgeving. En toch doen we het niet genoeg. Maar iedereen is wel wakker nu. Al is voor verandering heel veel nodig. Daar gaan jaren overheen. Het is mijn drijfveer om dat voor elkaar te krijgen.'

Valerie Schipper is wijk- en dementieverpleegkundige, ambassadeur voor de wijkverpleging, lid van het NWG en redactielid van Tijdschrift M&G

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

Het ecologisch model van Bronfenbrenner

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

Tekst: Huub Sibbing

De beleidsstukken van tegenwoordig staan er vol van: termen als 'gezond gedrag', 'eigen verantwoordelijkheid', 'zelfregie', 'zelfmanagement' en 'actieve participatie'. We hebben hoge verwachtingen over de mate waarin de burger zelf richting geeft aan zijn gezondheid en de benodigde zorg. Maar tegelijkertijd is de praktijk divers en dwars en zijn professionals regelmatig gefrustreerd over het feit dat menigeeen niet aan deze hoge verwachtingen voldoet. Hoe komt dat? Wat maakt dat mensen doen wat ze doen? Hoe zijn ze geworden tot wie ze zijn en hoe zijn ze gekomen tot hun opvattingen, normen, waarden en overtuigingen. Voor professionals in de gezondheidszorg is het antwoord op deze vragen van essentieel belang om verwachtingen en mogelijkheden realistisch te kunnen inschatten. Voor M&G-verpleegkundigen is het extra van belang omdat 'uitgaan van de leefwereld van de doelgroep' een van de 8 peilers is waar ons professioneel handelen is gebaseerd (zie Tijdschrift M&G 2016 nr.2).

Het gedachtegoed van Bronfenbrenner heeft niets aan waarde ingeboet

Ecologisch model van Bronfenbrenner

De Amerikaanse psycholoog Urie Bronfenbrenner heeft in de jaren zeventig van de vorige eeuw een 'ecologisch model' ontwikkeld om te analyseren waardoor het gedrag en de ontwikkeling van mensen wordt beïnvloed, waarbij hij aandacht schenkt aan een groot aantal omgevings- en maatschappelijke invloeden die de ontwikkeling van mensen bepalen. Het model lijkt gericht op kinderen maar wanneer je 'kind' in het centrum van het model vervangt door 'mens' is het breder bruikbaar.

Uitleg van het model:

Het ecologisch model van Bronfenrenner is een sociaal systeem-model en plaatst het individu temidden van een aantal ringen van 'beïnvloeding'.

Het kind/de mens staat in het midden: daaromheen staan achtereenvolgens:

- I: De eerste ring: *het microsysteem*.
- De ontwikkeling van elk mens begint bij **het gezin**

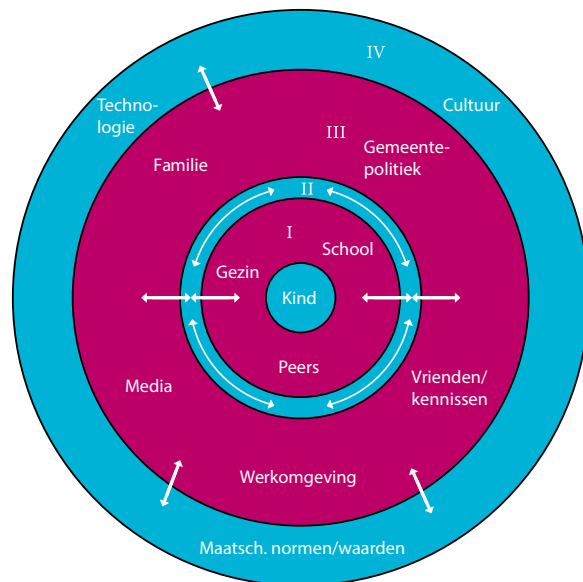
waarin je opgroeit. Allereerst erf je daar je genetisch materiaal van. In hun boek *Mismatch* geven Giphart en van Vught honderden voorbeelden hoe ons oerbrein ons stimuleert tot gedrag wat in de oertijd functioneel was (bijvoorbeeld veel en vet eten) maar in de huidige tijd disfunctioneel is.

In het gezin breng je grotendeels de eerste vier jaar van je leven door. Wat je daar aan ervaringen opdoet vormen de basis voor, vaak diepgewortelde, gewoontes, opvattingen, normen en waarden. Als daar wel of niet gerookt of gedronken wordt, veel gepraat of juist veel geruzied ga je dit 'normaal' vinden; je hebt geen ander referentiekader. Je startbagage voor de rest van je leven vormt zich in die periode.

- Na die eerste vier jaar verbreedt zich je blikveld. Je gaat naar de **basisschool**. Voortaan breng je het grootste gedeelte van je tijd door op school met je klasgenoten en met je vaste leerkracht. Je leert samenwerken, doet nieuwe indrukken op en verbreedt je perspectief. Heel veel mensen weten, tot op zeer hoge leeftijd, nog te vertellen over een meester of juf die hen passie voor bijvoorbeeld natuur of geschiedenis meegegeven heeft. Maar als je in de groep buiten de boot valt, word je gepest en wordt je negatieve zelfbeeld versterkt.
- In je adolescentie verkeer je de meeste tijd met je **leeftijdsgenoten ('peers')**. In deze fase ontwikkelen je sociale relaties en seksualiteit zich, experimenteer je wel of niet met alcohol en drugs en word je geconfronteerd met groepsnormen en groepsdruk. In de jeugdgezondheidszorg is het zich verdiepen in deze groepscultuur van essentieel belang. Een meisje dat op advies van haar ouders of de jeugdverpleegkundige altijd condooms bij zich heeft om zich goed te beschermen, loopt het risico dat ze op een 'slutlist' (slettenlijst) terecht komt, want 'als je altijd condooms bij je hebt, zul je het wel met iedereen doen'.

II: Ook school, gezin en peers beïnvloeden elkaar onderling: het **exo-systeem**.

III: Maar het gezin, de school en de 'peers' zijn geen eilandjes in de samenleving. Ze worden op hun beurt weer beïnvloed door de ring daaromheen; het **meso-systeem**: Invloeden die wat verder af staan, maar wel



via het gezin, de school en dergelijke invloed hebben op het kind en later de volwassene.

Voorbeelden zijn:

- **vrienden en kennissen** en **de familie** en de daarin geldende opvattingen, normen en waarden. In de 'ik-cultuur' is het gezin dominant en staat de familie wat verderaf. Maar in een 'wij-cultuur' die wij bij veel migranten aantreffen, zal de invloed van de familie veel groter zijn en vaak zelfs onderdeel van het 'microsysteem'. Bij beslissingen over bijvoorbeeld beroepskeuze en doorstuderen speelt de familie vaak een grote rol.
- **werkomgeving of woonomgeving**. In de arbozorg zal de factor 'werkomgeving' een dominante rol spelen, inclusief bedrijfswaarden en groeps cultuur onder collega's. In andere situaties, bij gezinnen en ouderen speelt de woonomgeving, de wijk met al zijn dynamiek, een grote rol. Denk aan een beweeg-onvriendelijke wijk of een wijk die slecht is afgestemd op wat thuiswonende ouderen en dementerenden nodig hebben.
- **de media: tv, reclame, social media**. De invloed van de media is overweldigend en niet te onderschatten. Voor veelgebruikers zijn de sociale media feitelijk onderdeel van het microsysteem geworden waartegen ouders zich veelal onmachtig voelen.

- **de maatschappij, de politiek, normen en waarden-systemen**. We zien daarin een verharding van de menselijke verhoudingen, een dedain ten opzichte van groepen in achterstandssituaties ('wat is die onderklasse dom'). Wat is het effect van het geschied in de Tweede Kamer ('oprotten jij, nee, jij moet oprotten') en de berichtgeving over de schandalen en bonussen in de financiële sector op mensen in langdurige achterstandssituaties?
- **de technologie**. Als er één sector is die sluipenderwijs onze ontwikkeling en ons gedrag heeft beïnvloed is het wel de technologie. Ga voor jezelf maar eens na hoe je eigen wereld door internet en mobiele telefonie verandert is. En van iedereen wordt verwacht dat ze in de 'rat-race' van alsmear meer technologie blijven meerennen. Steeds meer ouderen en laagopgeleiden kunnen niet volgen en worden als 'losers' aan de zijkant geparkeerd.

Lessen

Dat het gedachtegoed van Bronfenbrenner niets aan waarde heeft ingeboet blijkt uit het WRR-advies *De Menselijke beslisser* uit 2009 waarin veel door hem genoemde invloeden op de ontwikkeling en gedrag van mensen met recent onderzoek worden ondersteund. Het model van Bronfenbrenner leert ons dat wie we zijn, hoe we zo zijn geworden en wat we doen of laten het resultaat is van een complex van processen en invloeden. Appeleren aan higher- en middle-class waarden als 'eigen verantwoordelijkheid', 'zelfregie' en 'gezond gedrag' sluiten goed aan bij degenen die deze bagage in de loop van hun leven zich eigen hebben gemaakt, maar slaat dood bij mensen van wie hun ontwikkeling andere afslagen heeft gekend. Aansluiting bij 'de leefwereld van de doelgroep' betekent dat je je echt verdiept en verplaatst in de manier waarop mensen in het leven staan. Daarbij passen geen standaard-aanpakken en concepten maar maatwerk. 🔄

Appeleren aan higher- en middle-class waarden als 'eigen verantwoordelijkheid' slaat dood bij mensen wiens ontwikkeling andere afslagen heeft gekend

- IV: Tenslotte in de buitenste ring het **macrosysteem**: Deze beïnvloeden weer het mesosysteem en daarmee het microsysteem:

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

De minister versus de wijkverpleging

Minister Hugo de Jonge van Volksgezondheid ging onlangs in gesprek met dertig wijkverpleegkundigen en acht verzorgenden wijkverpleging. Bijna alle wijkverpleegkundigen doorliepen het ambassadeurs-traject van V&VN M&G. De minister sprak via rondetafelgesprekken met telkens circa vier verpleegkundigen, de rest was toehoorder. Per gesprek stond een onderwerp centraal; indicatiestelling, preventie, de deskundigheid van verzorgenden en samenwerking in de wijk. In dit artikel de hoogtepunten.

Tekst: Marieke Rijsbergen

Indicatiestelling

Marjolein Zilverentant leidt het onderwerp in. 'Indicatiestelling is maatwerk. We kijken niet alleen naar de medische kant maar ook naar de psychosociale aspecten van gezondheid. Wat past bij de cliënt, welke interventies zijn er nodig en wat wil en kan de cliënt zelf? En dat op een zo transparant mogelijke manier. Want de indicatie moet onderbouwd zijn. Zo staat het in de wet.' De minister reageert: 'Ik maak me soms wel zorgen over de kwaliteit. Die is niet

'Ik maak me soms wel zorgen over de kwaliteit van de indicatiestelling'

altijd voldoende, mede door gebrek aan intercollegiale toetsing.' Er klinkt geroezemoes in de zaal. Over het ontbreken van de collegiale toetsing is iedereen, hoe spijtig ook, het eens. Zilverentant: 'Het klopt dat hier te weinig aandacht voor is. Dit komt mede omdat de verzekeraar helaas niet kijkt naar de uitkomsten van zorg, maar alleen naar de inzet van zorg. Daarom moeten we rap professionaliseren op dit vlak. Dus meer intervisie, leren met en van elkaar en meer leiderschap tonen.' De minister: 'Wat hebben jullie nodig om op dit vlak te professionaliseren?' Zilverentant: 'Vooral tijd en vertrouwen. Om te leren en te verbeteren. Om het oude denken aan onze kant: "hoe kan

ik helpen" los te laten. Ofwel: je niet alleen afvragen welke zorg je kan bieden, maar je ook vragen te stellen als: wat is er aan de hand en wat willen we bereiken? U kunt de organisaties vragen de collegiale toetsing beter in te bedden. De zorgverzekeraars op hun beurt moeten niet alleen in kosten maar ook in resultaten denken. Wondverzorging is daar een goed voorbeeld van. Je kunt telkens de wond verzorgen, maar het levert uiteindelijk geld op als je kijkt hoe het komt dat de wond steeds terug komt. Die professionaliseringsslag moeten we uiteindelijk met z'n allen maken.'

Preventie

Wijkverpleegkundige Petra Feenstra trapt af: 'We moeten van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. De vraag is alleen hoe we dat gaan bereiken. Wij wijkverpleegkundigen merken dat zorgverzekeraars en gemeenten naar elkaar wijzen als het gaat om de financiering. En daarom komt collectieve preventie nauwelijks van de grond.' De minister reageert: 'Dat is wel heel somber ingezet hoor. Ik ken ook gemeenten waar goed wordt samengewerkt in alle disciplines.' Wijk- en dementieverpleegkundige Valerie Schipper geeft een voorbeeld. 'In Oost-Groningen waar ik heb gewerkt, zijn zes kroegen, een bakker en een supermarkt. Samenwerking tussen GGD, jeugdzorg en scholen is lastig. Iedereen denkt: dat is mijn taak niet. Een collega wijkverpleegkundige heeft op eigen initiatief 40 dagen alcoholvrij



georganiseerd. Het was voor haar een hele klus, maar het heeft zeker effect gehad. Ik vind wijkpreventie echt tot onze taak behoren.' Daar is de minister het mee eens. 'Vanaf 1 januari is er de leefstijlpreventie, wat een verzekerd recht is. Ik zie wel vooral grote steden meer doen dan kleine gemeenten. Als het om alcohol gaat zijn er zoveel mogelijkheden die gemeenten kunnen regelen. Neem de openingstijden van de bar, gezonde drankjes in de sportkantine en bier pas vanaf 18 uur.' Maar zeker zo belangrijk vindt de minister dat de wijkverpleegkundige een stem neemt en heeft in het gemeentelijke beleid. 'De wijkverpleegkundige is nog ver weg voor de gemeente. Laat je zien en laat van je horen! Er is zoveel mogelijk rondom collectieve preventie.'

'De wijkverpleegkundige is nog ver weg voor de gemeente'

De wijk- en dementieverpleegkundigen vullen aan: 'Wij signaleren. Wij zijn zeg maar de oren en de ogen in de wijk. Dat kan de integrale aanpak alleen maar ten goede komen.' Maar ze geven ook toe: 'Dan moeten we onszelf wel zichtbaarder maken bij de gemeenten.'



Deskundigheid verzorgenden

'Van het team wijkverpleging is 70 procent verzorgende.' Dat zegt verzorgende wijkverpleging Marita de Kleijn. 'Wij zijn vakvrouwen die veel kennis en kunde hebben en onze deskundigheid is te kijken naar heel de cliënt. Helaas holt ons imago achteruit en heeft onze opleiding geen beschermde beroepstitel zoals dat wel is bij verzorgenden IG. Wij vragen u als minister om dat ook voor ons vak in te voeren. Dan is er een kwaliteitsregister en moeten we onder andere ons vak bijhouden. Daarnaast balen we ervan dat altijd de verpleegkundigen aan het woord komen in de media, bij bijeenkomsten. Maar wij horen ook bij het team wijkverpleging en ons vak mag ook als volwaardig gezien worden.' De minister reageert: 'Waarom zetten jullie je zo tegenover de verpleegkundigen? Je hebt goede verzorgenden nodig voor goede zorg. Jullie moeten oppassen zo over jullie zelf te praten. Ik ben nu ruim een jaar minister en ben op heel wat werkbezoeken geweest. Daar heb ik nog nooit gezien en gehoord dat er met minachting over de

verzorgenden werd gesproken. Als ik in de Tweede Kamer spreek over de wijkverpleging dan bedoel ik daar iedereen mee die valt onder het wijkverpleegkundig team. Dus ook

'Iemand die toevallig in de wijk een paar cliënten heeft, is mijns inziens geen wijkverpleegkundige'

de verzorgenden. Het optuigen van een beschermende titel voor de functie verzorgende wijkverpleging is volgens mij niet nuttig en niet nodig. Ik wil geen extra bureaucratie. Daar ben ik beducht op.'

Samenwerking in de wijk

'Bij alle drie de andere onderwerpen – indicatiestelling, indicatie en deskundigheid verzorgenden – is samenwerken in de wijk aan bod gekomen en heeft onze aandacht', zegt Saskia Bouma - De Vries. 'Maar het staat wel onder druk. Door marktwerking is er versnippering en het is onduidelijk waar de grens van de WMO ligt. Ook hier is het spanningsveld de financiering. Betaalt de zorgverzekeraar of de gemeente? Het is heel frustrerend dat de niet productieve uren die niet cliëntgebonden zijn niet tot nauwelijks vergoed worden.'

Terwijl werkzaamheden zoals multidisciplinair overleg wel bij ons werk horen. En dan heb ik het nog niet eens over de concurrentie tussen de verschillende thuiszorgorganisaties in de wijk.' De minister reageert: 'Zorgorganisaties moeten juist samenwerken. Vooral met het tekort aan wijkverpleegkundigen. In Limburg zie je dat daar zorgorganisaties prima zijn gaan samenwerken. Uit nood geboren, maar het gebeurt nu wel. Een goede wijkverpleegkundige heeft kennis van de wijk, weet wie hij moet hebben bij de gemeente als het gaat om de WMO, kent de gebiedsmanager en heeft contact met de stakeholders van de wijk zoals politie, school en woningbouw. Hij of zij is echt ingevreten in de wijk. Iemand die toevallig in de wijk een paar cliënten heeft, is mijns inziens geen wijkverpleegkundige.' De wijkverpleegkundigen: 'Dat klinkt mooi, maar dan moeten we daar wel ruimte en tijd voor krijgen en structureel terug gaan zien dat die niet productieve uren bij ons vak horen.' De minister: 'Klopt. Zo maak je het werk niet populair. Daar moeten de gemeenten en zorgverzekeraars meer rekening mee houden.' ❧

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

Het werk van de Wijk-GGD'er

Gedoe kan van alles zijn!

De verkiezing *Meest invloedrijke persoon publieke gezondheid* georganiseerd door de NPHF federatie voor gezondheid en GGD GHOR Nederland leverde voor het tweede jaar op rij verpleegkundige winst op. Dit jaar ging de prijs naar Esther Pullen en Sarah Voss, sociaal verpleegkundigen bij de GGD Hart voor Brabant voor hun vernieuwende aanpak voor de omgang met personen met verward gedrag. Pullen en Voss introduceerden de wijk-GGD'er in de gemeente Vught. En met succes, want de aanpak is inmiddels landelijk uitgerold in dertien gemeenten en daar komen snel meer bij. Reden voor een gesprek aan deze dames en te vragen wat het geheim van hun succes is.

Tekst: Pascale Lavooij

Esther Pullen en Sarah Voss hebben beiden ruime ervaring in de OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg), met name in de bemoeizorg, hulpverlening die zich richt op zogenaamde zorgwekkende zorgmijders.

Voss: 'Ik werkte al met Esther samen toen zij nog in de verslavingszorg werkte in het bemoeizorgteam. We konden altijd al goed met elkaar opschieten en hadden vaak dezelfde ideeën en gedachten over situaties. Toen in 2015 de pilot Wijk-GGD'ers startte heb ik haar gevraagd dit met mij te gaan doen.'

Drie jaar geleden begonnen jullie aan de pilot *Wijk-GGD'er*. Wat was de aanleiding en wat houdt het precies in?

Voss: 'De politie in Vught heeft veel meldingen waar een zorggerelateerd probleem aan verbonden is. Daar zijn ze veel tijd aan kwijt terwijl het in veel gevallen niet de taak van de politie is. De gemeente Vught wilde daar wat aan doen. Geïnspireerd door Pieter-Jan Aalbersberg, hoofd-commissaris politie in Amsterdam die een aantal jaren geleden in het programma *Dit is de dag* op NPO uitsprak dat er in een stad naast een wijkagent ook een wijk-GGD'er zou moeten zijn; iemand die bekend is in de wijk en goed op de hoogte is van het sociale domein en problemen die er spelen. Een idee was geboren. We gingen aan de slag, maar er was nog helemaal niks. We begonnen helemaal blanco.'

'We verbinden en we fungeren als aanjagers'

Pullen: 'We zijn eerst heel veel gaan investeren in het netwerk. Wie werken hier allemaal, hoe ziet het sociale domein eruit, wat voor problematiek is er? Dat is erg belangrijk. Daarnaast zijn we meteen aan de slag gegaan met de hoofdpijndossiers van de gemeente; cliënten die al langdurig overlast veroorzaakten in Vught.

We constateerden dat er een groot gat was tussen openbare veiligheid en zorgverlening. Wij zijn in dat gat gestapt, maar we zorgen er ook voor dat we niet het werk van een ander gaan doen. We verbinden en we fungeren als aanjagers en daar waar de zorg maar ook de politie, het even niet weet. Daar komen wij in actie. Inmiddels zijn we bij veel partijen bekend en weten mensen ons te vinden.'

Hoe pakken jullie dat aan?

Voss: 'We trekken heel veel op met de politie. Van hen horen we waar ze tegenaan lopen en wat voor problematiek er speelt. Ik dacht dat het heel veel psychiatrische problematiek zou zijn, maar dit blijkt maar 40 procent te zijn. 60 procent heeft dus een andere oorzaak. Dan moet je denken aan verslavingsproblematiek, maar ook aandoeningen als dementie, diabetes of Parkinson.'

Pullen: 'Zo was er een dementerende man die wel tien keer per nacht 112 belde. Het ging om een man die ook wel eens was gevallen, maar in veel gevallen was er niets aan de hand. Familie had aangegeven bij de politie dat ze maar niet meer moesten reageren, maar dat kan niet. Hulpdiensten zijn verplicht om te reageren. In dit geval zijn we om de tafel gaan zitten met de familie, de huisarts en de politie en hadden we vooral een bemiddelende rol om alle partijen goede afspraken met elkaar te laten maken. Familie wilde de man niet in een verpleeghuis laten plaatsen, maar nam verder weinig verantwoordelijkheid op zich. Dat zijn soms pittige gesprekken waarbij het van belang is om ook op het neer te gebied van openbare veiligheid te weten wat de mogelijkheden zijn. We hebben de druk wat opgevoerd bij de familie om goede zorg thuis te regelen voor de man door te bespreken dat het een vorm van ouderenmishandeling is als zij de man aan zijn lot overlaten en het probleem bij de politie neer te leggen.'

Voss: 'We hebben niet alleen contact met de politie. Ik praat bijvoorbeeld ook regelmatig met wijkverpleegkundigen of het personeel van de supermarkten in de wijk. Zij zien en



Esther Pullen (links) en Sarah Voss in gesprek met een jongere.

horen veel en zo kom je op het spoor van bijvoorbeeld een oude dame die met de boodschappen van gisteren nog in haar tas precies dezelfde boodschappen komt doen.'

Wat is er vernieuwend aan deze aanpak?

Pullen: 'Wij richten ons niet alleen op crisissituaties vanuit de psychiatrie wat in veel gemeentes gebeurt. Somatische problemen worden vaak onderschat. Verward gedrag of gedoe zoals wij het liever noemen, kan ook veroorzaakt worden door ontregelde diabetes of bijvoorbeeld een verwaarloosde blaasontsteking. We kijken verder. Wij werken erg in de breedte en we proberen zo vroeg mogelijk te signaleren. Een brand blussen kost veel tijd, we willen een crisis voorkomen door laagdrempelig in beeld te zijn in de wijk. Een woningcorporatie belde een keer dat ze al zes keer een toilet hadden ontstopt bij een bewoner. Elke keer zaten er hele rollen toiletpapier in. Dat is een teken dat er iets niet klopt. Of de apotheker belt met een vraag of wij contact op kunnen nemen met een cliënt omdat hij nooit zijn maandelijkse medicatie ophaalt. Ze sturen het dan wel op, maar ze

hebben zorgen over het medicijngebruik. Er bleek uiteindelijk sprake van grote verwaarlozing en we hebben de juiste zorg in gang kunnen zetten.'

Hebben jullie tips voor verpleegkundigen M&G?

Voss: 'Als verpleegkundige M&G ben je de oren en ogen van de wijk. Durf daarbij ook over je eigen grenzen te kijken. Ben je jeugdverpleegkundige, maar signaleer je problemen

'We trekken heel veel op met de politie'

bij een volwassene? Zorg dat er actie ondernomen wordt. Als dit niet linksom kan dan rechtsom. Soms moet je buiten de gebaande paden durven te werken. Heb oog voor elkaar!' Pullen: 'Wat ik mee wil geven is dat gedoe van alles kan zijn. Het gaat niet altijd om criminelen of mensen met zware psychiatrische problematiek. Het gaat om patiënten en soms is iets heel makkelijk op te lossen. En soms duurt het wat langer' ☺

Pascale Lavooij is medewerker deskundigheidsbevordering en stagecoördinator bij de GGD Rotterdam-Rijnmond

Sociaal verpleegkundige tbc Geraldine ter Linde:

‘Waarom ontwikkelt de ene persoon tbc en de andere niet; dat intrigeert me’

Verpleegkundigen Maatschappij&Gezondheid zijn er in alle soorten en maten. Wat ze met elkaar delen is de focus op preventie. Om een kijkje in elkaars keuken te geven, zoekt *Tijdschrift Maatschappij&Gezondheid* regelmatig een collega op. Ditmaal liepen we een dagje mee met sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding Geraldine ter Linde van GGD Kennemerland. ‘De tuberculosebacterie maakt geen onderscheid tussen arm of rijk. Iedereen haalt adem dus iedereen kan geïnfecteerd raken.’

Tekst: Marieke Rijsbergen

Sociaal verpleegkundige tbc, Geraldine ter Linde zit tegenover een 25-jarige man van Oost-Europese afkomst. ‘Hoe vaak ben je met Tomasz* in een kleine ruimte geweest? En voor hoe lang?’ Bij zijn collega is long-tbc geconstateerd. Ze werkten samen in een groot horecabedrijf en woonden ook in hetzelfde huis. Ter Linde voert haar contactonderzoek gedegen uit: ‘Hoe lang duurden de gesprekken tussen jullie in de keuken?’ De man vertelt dat zij elkaar daar een paar keer vluchtig hebben gesproken. Na een kwartier besluit Ter Linde dat het contact geen aanleiding geeft om opgenomen te worden in het contactonderzoek. Poolse Tomasz is een van de circa 800 mensen waarbij jaarlijks tbc wordt vastgesteld in Nederland. Bij een op de vier is het open tbc, ofwel long-tbc. Dat is de enige vorm van tbc die besmettelijk is. Daarnaast kan tbc ook voorkomen in andere organen zoals het hart, lymfeklieren, wervels, hersenen et cetera.

In Nederland wordt ongeveer 80 procent van de tbc-patiënten in het ziekenhuis gediagnosticeerd. De resterende 20 procent spoort de GGD op. De GGD heeft

‘Check als jgz-verpleegkundige goed of een kind de BCG-vaccinatie heeft gekregen’

als taak tbc te bestrijden via screening bij onder andere immigranten, asielzoekers, gedetineerden en bron- en contactonderzoek. Daarnaast begeleidt en behandelt de GGD tbc-patiënten en geïnfecteerden en komen de meldingen bij de GGD binnen omdat tbc een meldingsplichtige ziekte is. In totaal zijn er zo’n zestig sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding gespecialiseerd in tbc-bestrijding bij de diverse Nederlandse GGD-en.

Tien pillen per dag

In de wachtkamer van GGD Kennemerland zitten diverse mensen uit India, China en Eritrea. Ter Linde: ‘In deze drie landen heeft meer dan 50 op de 100.000 inwoners tbc.’ Personen uit hoog endemische landen worden bij binnenkomst gescreend via een longfoto bij de GGD. Tuberculose is goed te behandelen met medicatie. ‘Al is de behandeling wel intensief’, legt Ter Linde uit. ‘De patiënt slikt twee maanden lang minimaal vier verschillende soorten medicijnen wat kan betekenen dat iemand zo’n tien pillen op een dag krijgt. Na deze periode volgt er nog een aanvullende fase van vier maanden met in ieder geval twee soorten medicijnen. De bijwerkingen kunnen ernstig zijn. ‘Maar wanneer een patiënt twee tot drie weken lang zijn medicatie iedere dag juist heeft ingenomen, is een patiënt niet meer besmettelijk.’ Helaas zijn sommige patiënten niet gevoelig voor de medicatie; dan is er sprake van (multi)resistente tbc (MDR). ‘Behandeling van een resistente tuberculosebacterie is nog intensiever en duurt langer dan de gevoelige variant.



Afnemende expertise

‘Door het preventief screenen op tuberculose en infectie van tbc (Latente Tuberculose Infectie - LTBI) is de ziekte in Nederland goed onder controle’, vertelt Ter Linde. ‘Maar we moeten waakzaam en alert blijven. Juist omdat het minder voorkomt, neemt de kennis van de ziekte af. Artsen in opleiding komen er steeds minder mee in aanraking waardoor het risico ontstaat dat er minder snel aan tbc wordt gedacht. De diagnose tbc kan daardoor een lange “delay” hebben. Met alle gevolgen van dien.’

Onlangs nog was er een Nederlandse man met klachten passend bij tbc opgenomen in het ziekenhuis. Ter Linde: ‘Zowel de huisarts als de longarts dachten niet direct aan tbc en hebben de patiënt eerst behandeld voor een longontsteking. Pas na maanden werd er tuberculose diagnostiek ingezet en tbc gediagnosticeerd. Het blijft daarom belangrijk dat zowel artsen als verpleegkundigen tijdens de opleiding kennis opdoen over tbc.’ Dat is de reden dat sociaal verpleegkundigen tbc-bestrijding geregeld lessen verzorgen op de hbo-v-opleidingen. ‘Ook hebben we een keer per jaar een tweedaagse nascholing en is er wekelijks een multidisciplinair patiëntenoverleg samen met de arts M&G tbc. Maar zeker zo belangrijk is de samenwerking met de regionale ziekenhuizen. Iedere tuberculoseafdeling van de GGD heeft daarom structureel overleg met regionale longartsen, infectiologen en microbiologen.’

Deze vorm komt wereldwijd maar ook in Nederland helaas voor. Wanneer er sprake is van MDR-tbc worden patiënten opgenomen in één van de twee sanatoria, ofwel klinische tbc-centra die Nederland nog rijk is. Dit zijn Beatrixoord in Haren en Dekkerswald in Groesbeek. De behandeling bestaat dan zowel uit intraveneuze als orale antibiotica.’

Therapietrouw

Ter Linde vertelt dat ze haar werk ontzettend interessant vindt. ‘De tuberculosebacterie maakt geen onderscheid tussen rijk of arm. Iedereen haalt adem dus iedereen kan geïnfecteerd raken. Waarom de ene persoon de ziekte ontwikkelt en de ander niet, dat intrigeert me.’ Als de weerstand afneemt, kan de tbc-bacterie actief worden.

Tijdens de behandeling van tbc heeft Ter Linde diverse mensen die de medicatie onder DOT krijgen. Dit staat voor Directly Observed Treatment, wat neerkomt op het dagelijks onder toezicht medicijnen innemen. Therapietrouw is namelijk van groot belang. Ter Linde: ‘Als je onregelmatig medicatie gebruikt of een paar weken geen

medicatie neemt, kan de bacterie resistent worden. Ook kan het betekenen dat je de toch al lange en intensieve behandeling opnieuw moet starten.’ Kinderen vallen altijd onder de DOT, maar ook verslaafden en mensen met een psychiatrische achtergrond.

‘In het ergste geval worden patiënten opgenomen in één van de twee sanatoria die Nederland nog heeft’

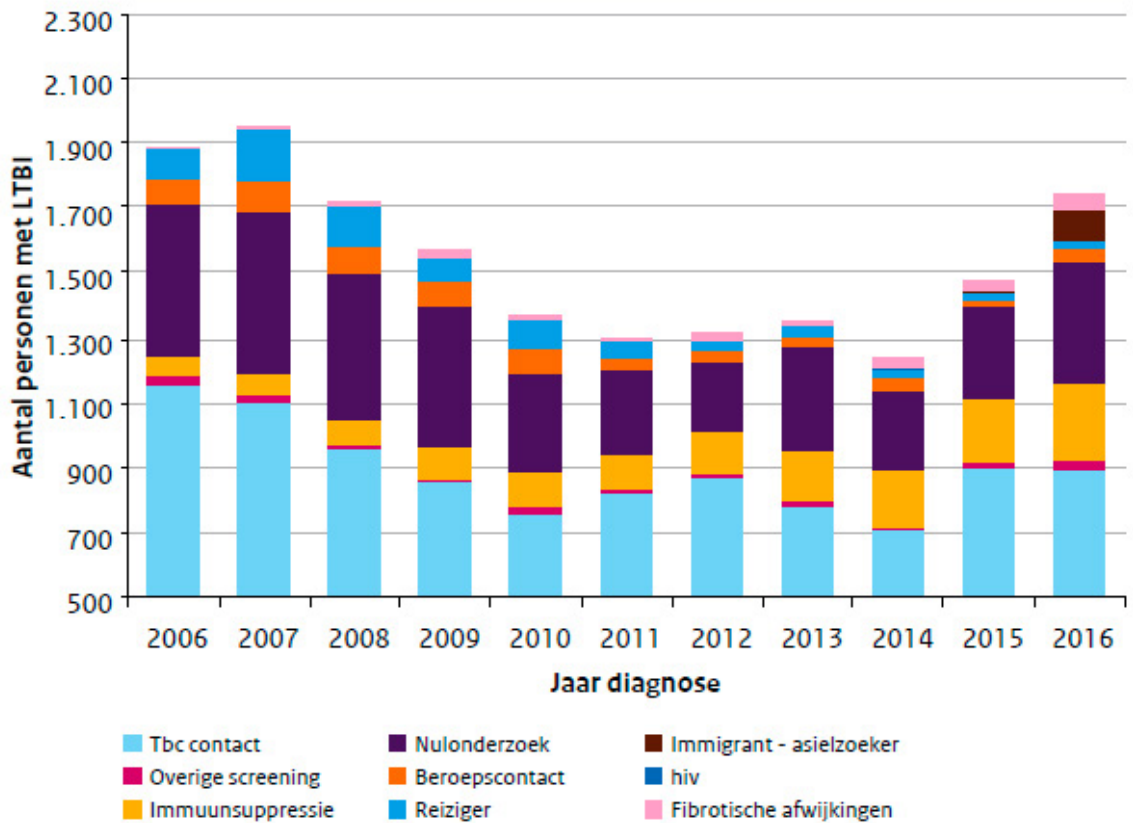
We gaan op bezoek bij de 4-jarige Jane* die één van de DOT'ers is die Ter Linde begeleidt. Bij binnenkomst is meteen een kleine, aangepaste rolstoel te zien. Op het kleed zit Jane. Ze heeft nauwelijks haar, is vrij mager en alles wat ze doet kost haar energie en moeite. Haar moeder laat foto's zien van Jane voordat ze ziek werd. We zien een prachtig meisje met dik, zwart golvend haar en blakend van gezondheid. Twee jaar geleden ging Jane met haar ouders naar Indonesië om haar oma op te zoeken. Haar moeder is Indonesisch. Wegens geloofsovertuiging kreeg Jane geen BCG-vaccinatie die onder andere bescherming biedt tegen hersenvliestuberculose ‘Oma bleek multiresistente tbc te hebben en infecteerde haar kleindochter. Na een heftig ziekteperiode met veel ziekenhuisopnames is Jane thuis en redelijk stabiel.’ Duidelijk is dat Jane nooit meer op hetzelfde niveau kan functioneren als voor de ziekte. Voor deze DOT-therapie werkt de GGD samen met de thuiszorg. ‘Bij Jane komt er elke dag een wijkverpleegkundige langs om de intraveneuze medicatie te geven. De rest van de medicatie krijgt Jane van haar ouders die daar een medicatietraining voor kregen.’

BCG-vaccinatie

Ook jeugdverpleegkundigen spelen een belangrijke rol rondom de tbc-bestrijding in Nederland, zegt Ter Linde. ‘Zij zien kinderen tot vier jaar gestructureerd op het consultatiebureau en later op de scholen. Kinderen waarvan een of beide ouders afkomstig zijn uit een land waar tuberculose vaak voorkomt, krijgen een uitnodiging voor een BCG-vaccinatie. Deze vaccinatie valt niet binnen het Rijksvaccinatieprogramma waardoor de dekkinggraad, vergeleken met andere Europese landen, vrij laag is. Jeugdverpleegkundigen hebben een belangrijke signalerende functie en kunnen altijd contact met ons opnemen of verwijzen naar de afdeling tbc van de GGD als er vragen of twijfels zijn. Want de BCG-vaccinatie is verstandig voor deze groep kinderen ook als zij niet regelmatig terug gaan naar landen waar tbc veel voorkomt.’

Na Jane gaan we door naar een Ghanese man, echtgenoot en vader van twee kinderen. Na zijn hiv-diagnose die hij aanvankelijk goed liet behandelen, was hij twee jaar uit

Figuur 32 Reden onderzoek LTBI, 2006-2016




beeld van de behandelaar. Sinds twee maanden is nu ook de diagnose tbc bij hem gesteld. De combinatie van deze twee ziektes heeft een heel slechte prognose. 'Daarom wordt iedereen die tbc heeft, ook getest op hiv', zegt Ter Linde. Als we aanbellen bij de Ghanese man, doet zijn vrouw open. Ze vertelt dat haar man niet thuis is, maar laat ons wel binnen.

Via de telefoon wordt contact gelegd. In dat gesprek zegt de man dat hij naar Amsterdam is omdat hij schulden heeft en er een deurwaarder achter hen aan zit. Wanneer Ter Linde vraagt hoe het gaat met zijn medicatie, vertelt hij deze iedere dag trouw te nemen.

Ter Linde vertelt hem dat zijn kinderen anoniem uitgenodigd kunnen worden voor een bronopsporing zodat zij niet hoeven te weten dat hun vader tbc heeft. Tot op heden weigerde hij dit. Ter Linde: 'Ze krijgen dan van de GGD een brief waarin staat dat zij in aanraking zijn gekomen met iemand die tbc heeft en dat zij zich kunnen laten testen.' De Ghanese man belooft er over na te denken. Ze spreken af dat hij morgen contact met haar opneemt.

Medicatie valt in eigen risico

Buiten zegt Ter Linde onmiddellijk: 'Ik vertrouw de situatie niet en ga vandaag nog de apotheek bellen om na te gaan of hij zijn medicatie heeft opgehaald nu ik weet dat hij schulden heeft. Nederland is het enige land ter wereld waar patiënten moeten betalen voor hun medicatie wanneer zij het eigen risico nog niet hebben besteed. Gelukkig heeft de GGD een vangnetfunctie en kan er financieel wat geregeld worden wanneer patiënten de behandeling echt niet kunnen betalen. Tuberculose kan immers een gevaar vormen voor de volksgezondheid.'

We nemen afscheid, het is 16.30 uur, de werkdag zit er bijna op. 'Maar eerst nog even de apotheek bellen' zegt Ter Linde. 'En morgen verwacht ik een telefoontje van deze meneer. Ik houd hem goed op mijn netvlies.' 

**Om privacyredenen zijn de namen van Thomasz en Jane gefingeerd*

Mijn ambassadeurschap

Wijk- en dementieverpleegkundige Valerie Schipper

'Ik heb geleerd mijn mening beter te formuleren'

Sinds vijf jaar verzorgt V&VN M&G ambassadeursopleidingen. In een traject van twee 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. Valerie Schipper bijt de spits af. Zij is zes jaar dementie- en wijkverpleegkundige bij Zorggroep Meander in Veendam.

Hoe begon het ambassadeurschap voor jou?

'Zorgverzekeraar Menzis organiseert jaarlijks bijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen. Ik besloot hierheen te gaan omdat ik tegen een aantal knelpunten aan liep die ik graag wilde bespreken. Tijdens dit gesprek merkte ik dat de visie van de zorgverzekeraar en die van mij als wijkverpleegkundige soms uiteen lagen. Na het overleg vertelde een zorginkoper over het ambassadeurstraject van V&VN M&G. Nadat ik meer informatie via internet had gelezen en een informatieavond erover heb bijgewoond, besloot ik mij aan te melden. Ik wilde al langere tijd mijn persoonlijk leiderschap ontwikkelen en ik merkte tijdens gesprekken met de zorgverzekeraar of met andere bestuurders dat ik handvaten miste. Daar is dit traject precies voor bedoeld!'

En, voldoet het aan de verwachtingen?

'Jazeker! Er is veel aandacht om je persoonlijk leiderschap te ontwikkelen. Zo moest ik aan het begin van het traject mijn eigen persoonlijk ontwikkelingsplan schrijven. Daarbij ondersteunt een persoonlijke coach je. Dit kan een hoogleraar, een bestuurder of zorginkoper zijn. Samen

Kennis waar ik blijvend wat aan heb! Voor vragen kan ik nog steeds bij hem terecht.'

Wat heeft de organisatie waarbij je werkt, eraan?

'Ik draag het ambassadeurschap ook uit bij Zorggroep Meander. Zo ben ik betrokken bij de oprichting van de verpleegkundige vakgroep. Daarin zitten verpleegkundigen uit de hele organisatie. Deze vakgroep geeft adviezen aan de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) die op haar beurt weer de directie en Raad van Bestuur adviseert. Momenteel zijn we met de vakgroep bezig met het herschrijven van een functiebeschrijving van de wijkverpleegkundige. Een tijdrovende klus. Maar wat ik geleerd heb in het ambassadeurstraject, kan ik daar wel meteen in praktijk brengen. Zo heb ik geleerd mijn mening beter te formuleren en vraag ik regelmatig naar de mening van andere ambassadeurs als het gaat om een functiebeschrijving. Het is fijn om met elkaar daarover van gedachten te wisselen.'

Wat wil je verder met het ambassadeurschap doen?

'Ik merk dat er steeds minder mensen kiezen voor het super leuke en interessante vak van wijk- en/of dementieverpleegkundige. Naar mijn idee is het te weinig bekend wat ons vak inhoudt en wordt er te weinig aandacht aan besteed op de hogescholen. Bij Zorggroep Meander bieden we snuffelstages aan voor eerstejaars hbo-v'ers. De eerste dag van deze snuffelstage hebben ze een informatiedag. In de middag geef ik een presentatie over mijn werkzaamheden. Elke keer weer zijn de stagiaires positief verrast. Eigenlijk zou ik graag, voordat de jongeren een beroepskeuze maken, al mijn vak onder hun aandacht hebben gebracht. Maar hoe we dit kunnen gaan doen, daar ben ik flink over aan het brainstormen met mijn collega-ambassadeurs. Inmiddels heb ik mijn certificaat ontvangen, maar ik blijf nog een jaar verbonden aan het traject.' 📄

met hem (of haar) werk je dan aan je coachingsvraag. Mijn coach is inkoper wijkverpleging bij Menzis. Hij heeft mij geholpen met mijn coachvraag die gericht was op invloed vergroten. Hij weet goed hoe de lijnen lopen en waar ik voor welke vraag kon aankloppen.



Guus Pauka

Gerben Jansen is voorzitter van de vakgroep dementieverpleegkundigen van V&VN M&G en redacteur bij Tijdschrift M&G

De richtlijn

Richtlijnen voor verpleegkundige handelingen

Weet jij een goed onderwerp?

Sinds mensheugenis verschijnen er richtlijnen over ziekten die de medische kant ervan voor artsen en medisch specialisten tot in de puntjes beschrijven. Hoe deze ziekten doorwerken in het dagelijks leven van een patiënt en hoe een verpleegkundige haar eigen handelen vervolgens kan onderbouwen, werd daarin nauwelijks tot niet belicht. Daar is verandering in gekomen. V&VN heeft nu zelf de mogelijkheid om vraagstukken rondom het verpleegkundige en verzorgend handelen te ontwikkelen. De eerste *Verpleegkundige zorg voor een ziek kind thuis* is inmiddels klaar en vijftientig zijn nog in ontwikkeling. En in 2019 worden weer acht nieuwe onderwerpen gekozen. Verpleegkundige en adviseur kwaliteitsstandaarden bij V&VN Alke Nijboer: 'Ervaar jij knelpunten in jouw dagelijkse praktijk en hoop jij daar antwoorden op te krijgen? Dien dan jouw onderwerp bij ons in!'

Tekst:
Marianne
Rijsbergen

Hoe is dit traject tot stand gekomen?

'Als verpleegkundige wil je goede zorg verlenen en interventies bedenken die goed bij een cliënt passen. Daarbij hoort ook dat die interventies onderbouwd zijn en afgestemd zijn op de situatie. Binnen het verpleegkundig werkveld is nog weinig in richtlijnen beschreven over de onderbouwing van onze interventies. En juist die bundeling van verpleegkundig wetenschap, ervaringen van professionals en patiënten bij elkaar is zo belangrijk. Die drie bronnen maken de aanbevelingen. De voormalige minister van Volksgezondheid heeft V&VN drie jaar geleden subsidie gegeven om de komende jaren verpleegkundige richtlijnen te ontwikkelen en de eerste rolt nu dus symbolisch van de band.'

Waarom is het zo belangrijk dat deze richtlijnen voor verpleegkundige handelingen er komen?

'Neem bijvoorbeeld iemand die kanker heeft en bestraald moet worden. Wat betekent dit dan voor zijn of haar voedingstoestand of bijkomende vermoeidheid? Of iemand heeft net een stoma gekregen. Wat houdt dat in voor het dagelijks leven van een cliënt? Hoe maak je het schoon? Wat betekent dit voor iemands seksualiteit? Ofwel, wat zijn de beste interventies die je als

'Neem iemand die bestraald moet worden. Wat betekent dit dan voor zijn of haar voedingstoestand?'

verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende op dit soort momenten kunt doen? Nu krijgen verpleegkundigen dus hun eigen richtlijnen. En nog belangrijker: zowel de onderwerpen als de ontwikkeling van de richtlijnen gebeurt door de beroepsgroep zelf.'

Zijn er ook richtlijnen in ontwikkeling specifiek voor verpleegkundigen M&G?

'In eerste instantie werken we juist sectoroverstijgend. Een zorgvrager beweegt zich namelijk door de keten heen. Wel zien we dat de verpleegkundigen in de eerste lijn veel van onze onderwerpen aandragen. Neem een richtlijn die in ontwikkeling is met als onderwerp zorgmijding in de wijk. Dan worden alle verpleegkundigen uit de wijk hierbij betrokken. Ook de GGZ-verpleegkundigen, de dementieverpleegkundigen en verpleegkundigen die te maken hebben met verslavingsproblematiek.'

Welke richtlijn die in ontwikkeling is, gaat eveneens vrijwel alle verpleegkundigen aan?

'De richtlijn *Verstoord slaapwaakritme*. Echt een onderschat probleem. Dat gaat bijvoorbeeld over het effect van voeding, licht en temperatuur op slaap, en dus vervolgens hoe je als verpleegkundige hier goed op kunt sturen. Maar bijvoorbeeld ook hoe je een verstoord slaapwaakritme vroegtijdig kunt signaleren. Vooral in verpleeghuizen wordt gezien dat er snel wordt gewerkt met slaapmedicatie, terwijl de oorzaak van

Richtlijnen die in ontwikkeling zijn

Verstoord slaap-waakritme, Mantelzorg, Communicatie en benaderingswijzen bij zorgvragers met dementie, Decubitus, ADL-zorg, Vocht-voedingstekort, Zorgmijding, Infectiepreventie (vervolg), Medicatietrouw (vervolg), Veranderd seksueel functioneren, Voor toedienen gereedmaken medicatie (VTGM), Delier, Kwetsbare geboortezorg, Tuberculose (3 modules), Vrijheidsbeperkende interventies, Skin tears.

het slaapprobleem ook gemakkelijker aangepakt kan worden. Allemaal zaken die daarin belicht worden waar verpleegkundigen, zoals wijkverpleegkundigen, geriatrisch verpleegkundigen, complementair verpleegkundigen, verpleegkundigen vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg mee te maken hebben. En dus ook in de werkgroep over deze richtlijn zitten.'

Stel, ik wil als verpleegkundige in zo'n werkgroep. Hoe kom ik daarin terecht?

'De afdelingen doen altijd een oproep via de eigen kanalen, bijvoorbeeld op de website en in hun nieuwsbrieven. Dus houd deze media dan goed in de gaten. Wees je

dit dus vooral het knelpunt was. Dan gaat het om randvoorwaarden die veranderd moeten worden. In dit geval is het geen gat in kennis. Een ander knelpunt dat naar voren kwam is dat verpleegkundigen aangeven niet het gevoel te hebben bekwaam te zijn

'Nu krijgen verpleegkundigen dus hun eigen richtlijnen'

om de wonden goed te verzorgen. Dan is scholing het beste hulpmiddel, en niet zozeer een richtlijn. Ik raad aan om met je team het onderwerp te bespreken en pel



er wel van bewust dat zo'n traject gemiddeld twee jaar duurt. Er wordt dan van je verwacht dat je namens jouw afdeling spreekt, dus vertegenwoordiging namens V&VN is belangrijk. Er zijn vacatiegelden beschikbaar en je krijgt reiskostenvergoeding. En natuurlijk doe je veel inhoudelijke kennis op samen met je collega's.'

En als ik een idee heb voor de ontwikkeling van een richtlijn voor verpleegkundig handelen? Hoe pak ik dat dan aan?

'Het is belangrijk dat je goed kan onderbouwen waarom die richtlijn er moet komen. Welke knelpunten zijn er en wat mis je daarover in je werk? Wees daarbij kritisch. Zo sprak ik eens iemand die wilde een richtlijn over wondzorg en dan specifiek decubitus. Na goed doorvragen, bleek dat zij bij het uitvoeren van de handeling geen handschoenen kreeg van haar werkgever, en dat

de vraag dan helemaal af. Is het onbekend of interventie A of B het beste werkt? Zien jullie veel praktijkvariatie rondom een bepaalde handeling? Of merk je bijvoorbeeld dat het protocol in de organisatie of wetenschappelijke literatuur iets anders aanbeveelt dan dat jij ziet gebeuren in jouw team? Al dit soort onderwerpen kunnen ingediend worden.'

Waar kunnen alle goed geformuleerde ideeën heen gestuurd worden?

'Voor verpleegkundigen M&G kan dat naar het volgende e-mailadres: richtlijnen@venvn.nl. Het kan zo zijn dat mijn collega Eefje Verhoof of ik nog contact met je opneemt om het verder met je te concretiseren. In 2019 prioriteren we twee keer, in januari en juni. De onderwerpen moeten voor het einde van 2018 en mei 2019 ingediend zijn. Dus kom maar op met al die mooie ideeën!' 

Marieke Rijsbergen is freelance journalist en hoofdredacteur van Tijdschrift M&G. Zie ook www.bladritme.nl

‘Als je mijn ouders benadert, pleeg ik meteen zelfmoord!’

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Want wat doe je met een puber die dreigt zelfmoord te plegen, maar je mag haar ouders niet inlichten. Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst: Hans van Dartel

Casus

De vriendinnen van Floor hebben de mentor benaderd. Die maken zich grote zorgen om haar. Floor is somber en teruggetrokken, spijbelt en blowt veel. Maar met de mentor wil ze niet praten. Ik als schoolverpleegkundige word gevraagd het gesprek met Floor aan te gaan. Ze zit tegenover me. Een tenger meisje van bijna 17 met sluike haar en een sombere blik. Als ik haar vertel dat ik een beroepsgeheim heb en dat alles wat tussen deze twee muren besproken wordt, tussen haar en mij blijft, wil ze wel praten. Ze ziet het leven niet meer zitten. School niet, alles niet. Met veel tranen vertelt ze dat ze haar afscheidsbrief al geschreven heeft en dat ze de datum waarop zij uit het leven wil stappen, al gekozen heeft. Die is over enkele weken. Alleen over de manier waarop is Floor nog niet helemaal zeker. Ik laat deze enorme ontboezeming even op mij inwerken en zeg tegen haar: ‘Dank dat je me dit hebt toevertrouwd. Maar hier wil ik wel zo snel mogelijk met je ouders over praten.’ Ze reageert als een stier op een rode lap: ‘Mijn ouders mogen hier niets van weten! Als je ze toch belt, dan doe ik het meteen!’ Ik ben behoorlijk geïntimideerd. Ze heeft me hiermee in de tang. Wat zal ik nu doen? Toch de ouders benaderen? Tegen de wil van Floor in?

Oef. Dat komt nogal binnen: de wilsuïting van zo’n jonge meid. Die dreiging met zelfdoding, de concrete uitwerking van de plannen. Het verzet tegen jouw voorstel om naar haar ouders te gaan. Heel voorstelbaar levert dat een soort blokkade op in je hoofd die jou kan beletten om verder te denken. Ook emotioneel betekent zo’n gesprek een forse inbreuk. In een split second moet je een beslissing nemen die hopelijk goed uitpakt en Floor wat veiligheid kan bieden. Hoe doe je dat? Wat is hier een goede aanpak? Wat is goede zorg voor Floor?

Jonge mensen en zelfdoding

Onze samenleving met haar eisen en prestatiedruk blijkt een zware wissel te trekken op jonge mensen. Er zijn veel signalen van depressiviteit onder jongeren, van vroegtijdige burn-out, van gruwelijke eenzaamheid. Er zijn minder

plekken waar jonge mensen terecht kunnen met hun zorgen en vragen. Het aantal zelfdodingen onder jonge mensen stijgt. Hoe liefdevol de omgeving ook is, gevoelens van verlatenheid en eenzaamheid, van mislukking en falen blijken geen zeldzaamheid. Zelfdoding lijkt ook door een zekere mate van romantisering - bijvoorbeeld via een populaire Netflix-serie - een ‘mooie’ uitweg te bieden uit de ervaren problemen. Tegelijk is er een taboe op het bespreekbaar maken van de onderliggende angstgevoelens en verlangens naar de dood. In die sfeer past jouw verhaal over Floor.

In de val

Complicerend in je verhaal is dat je aan het begin van het gesprek een sfeer van vertrouwen hebt gecreëerd, die Floor ertoe bracht om te vertellen wat er speelt. Heel mooi dat ze op grond daarvan begon te praten, maar o zo pijnlijk dat je daar later in het gesprek op terug moet komen. Zeker, het beroepsgeheim mag inderdaad worden doorbroken als je door het opheffen van je zwijgplicht dreigend gevaar kunt afwenden. Maar ook heel negatief voor de sfeer van vertrouwen die je juist door verwijzing naar dat beroepsgeheim hebt gecreëerd. Zo kom je in een vertrou-

‘De regie is hier allang overgenomen door de ziekte, door armoede en door instanties die schulden proberen te saneren’

wensconflict terecht dat je in zekere zin zelf tot stand hebt gebracht. Niet voor niets melden preventierichtlijnen dat je in dit soort gesprekken nooit moet beloven dat je niets door zult vertellen. Maar ja dat is misschien vooral wijsheid achteraf.

Het respecteren van iemands wil

‘Nou ja’, zul je zeggen: ‘Floor wilde toch zelf niet, dat ik het aan de ouders zou vertellen. En iemands wil dien je toch gewoon te respecteren? Het gaat toch om autonomie,



om eigen regie? Of niet soms?' Natuurlijk, iemands autonomie respecteren is een belangrijke opgave in de zorg: maar dan moet je er wel van overtuigd zijn dat die

'Wilsuiting moet berust zijn op een goed afgewogen oordeel'

wilsuiting ook echt bij iemand past en ook echt berust op een goed afgewogen oordeel. En dat is niet erg zeker in deze situatie. Daarbij gaat het niet alleen om het verzet van Floor tegen jouw voornemen om haar ouders te bellen, maar ook om haar verlangen naar de dood. Want wil ze wel echt dood? Waar staat die behoefte om dood te willen eigenlijk voor? Wil ze van bepaalde problemen af? En denkt ze dat ze daar alleen nog maar een uitweg voor kan vinden door zelfdoding? Of wil ze echt, echt dood?

Open in gesprek

Iemand respecteren betekent niet dat je zomaar meegaat met wat iemand zegt te willen. Of dat je, als iemand zegt dat hij iets niet wil, daarin zomaar toestemt. Respecteren vraagt dat je in gesprek met de ander oprecht nagaat wat zijn of haar verlangens nu eigenlijk inhoudt. Ook als die ander zegt dood te willen: hoe ziet dat verlangen er concreet uit? Wat zit er eventueel achter of onder dat verlangen? Hoe lang bestaat het al? Bij velen bestaat het idee dat praten over zelfdoding de kans op zelfdoding vergroot. Daarom mijden ze het gesprek. Jammer. In gesprek gaan helpt. In de situatie van Floor is de jeugdverpleegkundige dat gesprek ook echt begonnen. Mooi. Alleen hield de dialoog weer op toen de verpleegkundige aangaf dat ze zo snel mogelijk de ouders van Floor wilde spreken. Voor Floor brak het daar: ze voelde zich blijkbaar niet langer serieus genomen. De openheid die er eerst nog was, is helaas verdwenen.

Inspringende zorg

Zie dan het gesprek maar weer eens open te krijgen. Dat is een kunst op zich. Misschien krijg je Floor weer mee, als jij oprecht je zorg toont; laat zien hoe moeilijk het is om dit op je eentje te dragen, niet alleen voor haar, maar ook voor jou. En als Floor niet meebeweegt, in verzet blijft? Dan rest er niet veel anders dan bij haar blijven, haar echt niet laten gaan; zorgen dat er gespecialiseerde hulp komt. Want hoe tragisch ook, soms moet je in de zorg inspringen, dwars tegen de wil van iemand in. Maar wel met het oog op wie iemand straks zou kunnen zijn. Ook al denkt zo iemand daar zelf heel anders over. ☹

Hans van Dartel is ethicus en niet-praktiserend verpleegkundige

Onze meest geavanceerde flesvoeding

Nutrilon met Pronutra™ ADVANCE



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

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

- ✓ darmmicrobiota meer in lijn brengt met dat van borstgevoede baby's ¹⁻³
- ✓ minder doorlaatbare darmwand geeft ⁴
- ✓ veilig is, goed verdragen wordt en een normale groei ondersteunt ⁵⁻⁶

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

