



- **Eerste hoofdredacteur Tijdschrift LVW: 'Ik ben nog steeds trots op de uitgave!'**
- **Psycholoog Maritza Allewijn over kerst, tradities en dementie**
- **Publieke Gezondheidszorg voor Asielzoekers: 'Een mini-GGD binnen de AZC's'**

Interviewspecial!

NUTRILON, EEN COMPLEET ASSORTIMENT VOOR ELKE BABY, OOK BIJ SPUGEN, KRAMPJES EN MOEIZAME ONTLASTING



NUTRILON® A.R. Bewezen effectief bij regurgitatie^{1,2}

- ✓ Vermindert frequentie van regurgitatie met 78%¹⁻⁵
- ✓ Ontlastingskenmerken meer in lijn met die van borstgevoede baby's^{6,7}
- ✓ Complete samenstelling: lagere foutegevoeligheid
- ✓ Verdikt effectief in zowel zuur als niet zuur milieu⁸⁻¹⁰

NUTRILON® OMNEO Bewezen effectief bij krampjes en moeizame ontlasting¹¹⁻¹⁴

- ✓ Minder flatulentie en darmklachten¹⁵
- ✓ Verbeterd de absorptie van vet en vermindert de vorming van calciumzepen die moeizame ontlasting veroorzaken¹⁶
- ✓ Bevordert een evenwichtig darmmicrobiota¹⁷ en bevordert frequente¹⁸ en zachte ontlasting^{17,18}

Referenties: 1. Wenzl TG et al. (2003) *Pediatrics* 111 (4 Pt 1): e355-9. 2. Vandenplas Y et al. (1994) *Eur J Pediatr* Jun;153(6):419-23. 3. Borrelli O et al. (1997) *Ital J Gastroenterol Hepatol* Jun;29(3):237-42. 4. Grosse K et al. (1998) *Kinderärztliche Praxis* (German) 69:204-10. 5. Hegar B et al. (2008) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 47:26-30. 6. Rodriguez-Herrera et al. (2016) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 62:Abstract N-O-010 (p 658-9). 7. Herrera et al. (2015) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 61:516-7 (OP-18). 8. Horvath A et al. (2008) *Pediatrics* Dec;122(6):e1268-77. doi: 10.1542/peds. 9. Nutricia Research (1997) Intern report Artificial digestion model measuring viscosity of different thickeners. 10. Abrahamse E et al. (2009) Intern report Nutricia Research, Anti-Regurgitation formula Thickening Study (ARTIS). 11. Savino F et al. (2006) *Eur J Clin Nutr* 60:1304-1310. 12. Savino F et al. (2003) *Acta Paediatr* suppl 91 (441): 86-90. 13. Bongers ME et al. (2007) *Nutr J* 6:8. 14. Schmelzle H et al. (2003) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 36:343-51. 15. Harms HK et al. (1988) *Gustav Fischer Verlag*, 285-373. 16. Carnielli VP et al. (1996) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 23: 553-60. 17. Moro G et al. (2002) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 34: 291-5. 18. Scholtens P et al. (2014) *World J Gastroenterol* 20(37) 13446-13452. • Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. • Deze informatie is uitsluitend bestemd voor (para)medici. • Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer • April 2020

www.nutriciavorprofessionals.nl

Blijf up to date!



NUTRICIA
NUTRILON



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

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

De redactie nodigt je van harte uit om een bijdrage te leveren aan dit tijdschrift, in de vorm van artikelen, onderwerpsuggesties, ingezonden brieven, 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 20, nummer 4, december 2020

ISSN 1568-5853

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

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

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

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

Informatie

V&VN Maatschappij & Gezondheid

Postbus 8212


3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

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

Aan de bak en gefeliciteerd!

Het verschijnen van het eerste nummer van dit tijdschrift, nu twintig jaar geleden en toen nog *Tijdschrift LVW* geheten, moest bijdragen aan het professionaliseren van de wijkverpleegkundigen. Zie hiervoor het artikel op pagina 6. De context van het beroep is inmiddels enorm veranderd: er is geen groep verpleegkundigen die nu zó door het ministerie van VWS gezien en ondersteund wordt. Veel project- en structurele gelden voor innovaties en kwaliteitsstandaarden gaan richting de wijk. Hoogste tijd om de meest ondergeschoven rol van de wijkverpleegkundige zelf actief op te pakken: de rol van reflectieve onderzoeker. Ik denk dan aan het vormgeven van evidence based werken in de dagelijkse praktijk en in je eigen wijkteam. Zelf praktijkgericht onderzoek verrichten naar jouw knelpunten of jouw wensen in de zorg, hbo-v-studenten onderzoek laten uitvoeren en verplegingswetenschappers in de wijk neerzetten. Ofwel; een dynamiek van continue verbeteren creëren en kansen pakken. Dat moet wat mij betreft de uitdaging van 2021 worden! 



Anke Persoon, eerste hoofdredacteur Tijdschrift LVW, tegenwoordig coördinator, onderzoeker en programmaleider V&V van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) van RadboudUMC. E-mail: Anke.Persoon@radboudumc.nl

In dit nummer

Aan tafel met...

De eerste hoofdredacteur van Tijdschrift LVW en de eerste beleidsmedewerker van LVW 6

Het dilemma

Ethicus Hans van Dartel: 'Ethiek zit onder de huid' 11

Verdieping

Psycholoog Maritza Allewijn over dementie en de feestdagen 16

Achtergrond

Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers: een mini-GGD binnen de AZC's 20

Onderwijs

Meer wijk in de minor 24

Beleid

Ledenraadslid van V&VN, Petra Feenstra; 'Saai is het zeker niet!' 28

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Vers bloed: Van douanebeambte naar dementieverpleegkundige 14

Afdelingsnieuws 26

Klepel en klok: Het Ottawa-charter 30



Werving procesbegeleiders intercollegiale toetsing V&VN

V&VN zoekt wijkverpleegkundigen, die als procesbegeleiders intercollegiale toetsing tot een succes willen maken. Vind je dat het vak van wijkverpleegkundige nog beter kan? Wil jij bijdragen aan betere indicatiestelling? Jezelf verder ontwikkelen in jouw wijkverpleegkundige expertise? En je collega's hierin ondersteunen? Dan is dit iets voor jou!

In 2019 vond een pilot plaats waarin wijkverpleegkundigen opgeleid zijn als procesbegeleider bij intercollegiale toetsing. Hierin zijn mooie resultaten behaald. De volgende stap is om intercollegiale toetsing landelijk uit te rollen.

Verbeteren van kwaliteit

In het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging zijn hierover afspraken gemaakt, waarbij de focus ligt op het verbeteren van de kwaliteit van de indicatiestelling. V&VN is trekker van dit project en wil hiermee een actieve bijdrage leveren aan het 'leren en verbeteren' van wijkverpleegkundigen. Met als resultaat een toename van de kwaliteit van het cyclisch verpleegkundig proces. De indicatiestelling maakt hier onderdeel van uit. Door deelname aan intercollegiale toetsing zal de professionaliteit toenemen en naar verwachting de ongewenste praktijkvariatie bij de indicatiestelling afnemen.

Start in 2021

In het jaar 2021 starten we met vijf groepen: twee in het voorjaar en drie in het najaar. De doorlooptijd per groep is gemiddeld een half jaar. Per groep is ruimte voor 16 wijkverpleegkundigen, die opgeleid worden tot procesbegeleider intercollegiale toetsing.

Na een tweedaagse training zal elke procesbegeleider minimaal één groep intercollegiale toetsing begeleiden. De procesbegeleiders worden hierbij ondersteund en begeleid door twee projectleiders.

Drie maanden na de training is een terugkomdag. Doel is het delen van ervaringen, bespreken van vakinhoudelijke vraagstukken, het borgen van intercollegiale toetsing in de dagelijkse werkpraktijk en het uitwisselen van praktische tips. Tevens zal de terugkomdag een korte opfriscursus bevatten over indicatiestelling en wet- en regelgeving. In het jaar 2022 organiseren we voor vier groepen wijkverpleegkundigen dezelfde training.

Deelname aan de training en invulling van de rol van procesbegeleider is vrijwillig maar niet vrijblijvend.

Meer weten over de vereiste competenties en voorwaarden voor deelname? Mail dan naar:

Karen Achterberg (ka@collegamento.nl) of
Annette de Ruiter (adr@collegamento.nl). 📧

Anne-Mei The benoemd tot bijzonder hoogleraar Langdurige zorg en de Sociale Benadering Dementie

The zal zich bezighouden met de integrale benadering van dementie, waarin de wisselwerking tussen ziekte en sociale aspecten centraal staat. Binnen de leerstoel zal in het bijzonder aandacht worden besteed aan dementie en diversiteit. De benoeming is mogelijk gemaakt door de landelijke verpleeghuisketen Dagelijks Leven, die veel belang hecht aan de Sociale Benadering Dementie en wil bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.

The is cultureel antropoloog, jurist en ze promoveerde in de medische wetenschappen. Sinds 2012 is ze bijzonder hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie. Ze is de oprichter en eigenaar van Tao of Care, een bureau dat zich inzet om mensen met dementie en naasten in hun leefwereld te ondersteunen. Tao of Care werkt samen met PwC aan de ontwikkeling van nieuwe sociale dementiestandaarden in social trials, waarin de Sociale Benadering Dementie en doelmatigheid worden gecombineerd.

In de periode tussen 1995 en 2005 was The reeds werkzaam aan de VU Amsterdam. Ze was achtereenvolgens verbonden aan het EMGO (prof. dr. Gerrit van der Wal) en de vakgroep Contemporaine Geschiedenis (prof. dr. James Kennedy). In deze periode schreef ze haar proefschrift over de hoop van longkankerpatiënten, de bestseller *In de wachtkamer van de dood* over het dagelijks leven in het verpleeghuis en *Verlossers naast God* over de geschiedenis van euthanasie in Nederland.

The is bekend door haar onderzoek en boeken waarin ze verborgen werelden achter complexe en aangrijpende onderwerpen als euthanasie, het naderende levenseinde, palliatieve zorg en leven met dementie bloot legt en vervolgens de resultaten omzet in praktijkoplossingen.

De benoeming is voor de periode 1 oktober 2020 tot en met 1 oktober 2025. 📧

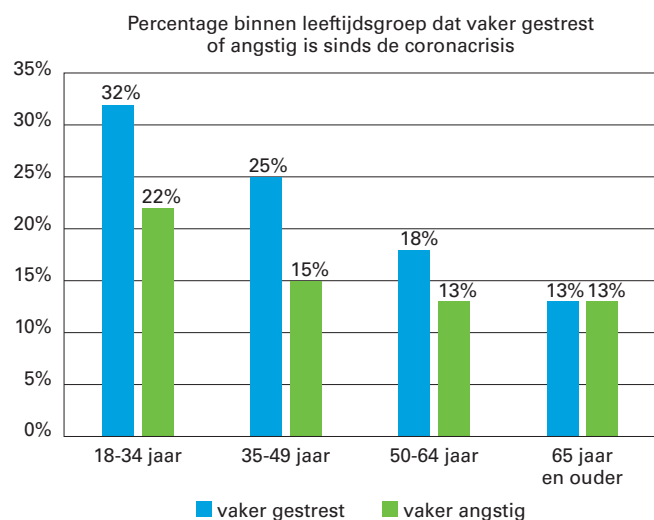
Bron: VU Amsterdam



Jeugd vaker gestrest door corona

Zo'n 74 procent van de jongeren in Nederland heeft last van psychische klachten, zo meldt het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) in oktober van dit jaar. Jongeren hebben het meest last van stress (40 procent), eenzaamheid (38 procent) en aanhoudende vermoeidheid (36 procent). In april lag dit percentage lager; toen had 31 procent last van stress, had 19 procent vermoeidheidsklachten en voelde 26 procent zich eenzaam (Kester, 2020).

Uit onderzoek van de Kenniswerkplaats Leefbare Wijken komt specifiek naar voren dat relatief veel jongeren tussen de 18 en 34 jaar vaker gestrest (32 procent) en angstig (22 procent) zijn door corona. Het gaat om een relatief groter aandeel dan onder oudere leeftijdsgroepen. Onder 50-64 jarigen heeft 18 procent meer stress en is 13 procent vaker angstig (Engbersen et al, 2020). [↗](#)



Bron: www.nji.nl. In zoekvenster coronavirus en opvoeden tikken



Steeds vaker diverse biotica in flesvoeding

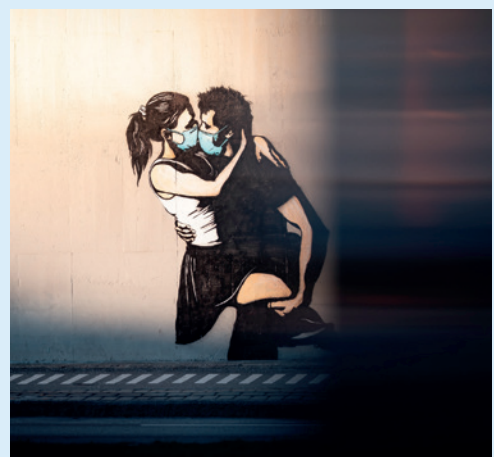
Het onderzoek naar de zo optimaal mogelijke samenstelling van flesvoeding spitst zich de laatste tijd vooral toe op de rol van probiotica, prebiotica, synbiotica en postbiotica in flesvoeding. Moedermelk bevat al deze componenten van nature. Het bevat tevens een grote hoeveelheid human milk oligosaccharides (HMO's) die functioneren als prebiotica. Onlangs zijn de resultaten van diverse onderzoeken naar de verschillende biotica, toegepast in flesvoeding, op een rij gezet door onderzoekers van onder meer de Universiteiten van Utrecht en het Finse Turku en Danone Nutricia Research. Allereerst is er het onderzoek naar de al vele jaren toegepaste prebiotische mix scGOS:lcFOS 9:1 die de functie van HMO's benadert. Ook zijn er onderzoeken naar meer recent toegepaste HMO's: 2'fucosyllactose (2'FL) en 3'galactosyllactose (3'GL). Hieruit zou blijken dat flesvoeding steeds meer moedermelk kan evenaren. Al blijft moedermelk onbetwist de beste voeding voor de gezondheid en ontwikkeling van elke zuigeling. [↗](#)

Lees meer op www.nutriciavorprofessionals.nl

1 op de 7 jongeren heeft depressieve klachten

Maar liefst een op de zeven Nederlandse jongeren ervaart depressieve klachten die vaak gepaard gaan met paniekaanvallen, slaapproblemen en mindere (school)prestaties. Dit blijkt uit onderzoek van het Amsterdam UMC dat in opdracht van twintig gezondheidsfondsen is uitgevoerd en dat in november naar buiten kwam. Om psychisch leed een halt toe te roepen en Nederlandse jongeren te helpen om mentaal gezond te zijn, startten MIND en de Hersenstichting de Alliantie voor een Mentaal Gezonde Generatie. Het doel: ervoor zorgen dat we de mentaal gezondste jeugd hebben in 2040. Als eerste wapenfeit overhandigde de Alliantie op 17 november, mede namens Nederlandse jongeren, een manifest aan de Tweede Kamer waarin het de politiek opriep om tot een Preventieakkoord Mentale Gezondheid te komen. [↗](#)

Bron: www.gezondegeneratie.nl



Aan tafel met...

Rubriek en *Tijdschrift Maatschappij&Gezondheid* bestaan 20 jaar!

'We zijn nog steeds trots op ons tijdschrift'

In deze rubriek komen professionals aan het woord die inspireren. Niet alleen hun functie, maar ook hun lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. En laat het dit jaar nu twintig jaar geleden zijn dat deze rubriek het daglicht zag in het eerste nummer van *Tijdschrift LVW*, het blad dat uiteindelijk is opgegaan in *Tijdschrift M&G*. Daarom gaan we deze keer aan tafel met de initiatiefnemer en eerste hoofdredacteur Anke Persoon en Mariska de Bont, de eerste beleidsmedewerker van de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW).

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Nog voordat de eerste vraag is gesteld, zegt Anke Persoon, coördinator, onderzoeker en programmaleider V&V van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) van RadboudUMC: 'Ik heb het niet alleen gedaan hoor, zo'n heel tijdschrift optuigen. Ik was initiatiefnemer, maar deed het samen met Riet Kuiperij (docent aan de hbo-v van Hogeschool Windesheim), Jolande van Loon (lecturer practitioner bij verpleeghuis De Wever, docent bij Fontys Hogeschool Mens & Gezondheid en op het punt van promoveren) en Jacqueline de Vries (lid van het bestuur van V&VN M&G en het JGZ Crisisadviesteam).' Allemaal voormalig wijk- en jeugdverpleegkundigen.

Tumultueuze tijd

De oprichting van het tijdschrift vond plaats in een tumultueuze tijd voor de wijkverpleging. De thuiszorgorganisaties werden grote molochs door de ene na de andere fusie en de functie van de wijkverpleegkundige werd steeds verder uitgehold. Zo was de indicatie bij de wijkverpleegkundigen weggenomen. Daar was het

Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) voor in de plaats gekomen, de voorganger van het CIZ. 'Met de gedachte dat iedereen recht had op dezelfde zorg. Van Groningen tot Maastricht.' Dit legt Mariska de Bont uit, de eerste beleidsmedewerker van de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW) en nu adviseur beroepsontwikkeling bij V&VN en senior beleidsadviseur wijkzorg bij Envida. 'In theorie klonk dat heel mooi, maar er was vrijwel geen ruimte meer voor maatwerk. Van de zotte natuurlijk, want de ene cliënt met de diagnose dementie is de andere niet. De een heeft veel mantelzorg om zich heen bijvoorbeeld terwijl een ander helemaal alleen woont en er sprake is van multi-problematiek.'

Onder die omstandigheden deden de wijkverpleegkundigen hun werk en werden steeds meer 'het productieproces' in geduwd. Wijkverpleging was verworden tot steunkousen aantrekken en wasbeurten geven. Productiedraaien was de opdracht, want andere activiteiten werden niet vergoed. De Bont: 'En ach, daarvoor hoefde je toch geen verpleegkundige te zijn? Dus werden de





Mariska de Bont



Anke Persoon



hbo-geschoolde wijkverpleegkundigen vervangen door mbo-verpleegkundigen en verzorgenden. Die waren stukken goedkoper. De ene na de andere bezuinigingsronde vond plaats en de ene na de andere wijkverpleegkundige stapte op. Op dit dieptepunt eind jaren negentig van de vorige eeuw, werkten er nog maar zo'n 5.000 hbo-geschoolde wijkverpleegkundigen in Nederland, wat nu op circa 10.000 ligt. En degenen die er nog wel in werkten riepen als een schreeuwende in de woestijn: zie ons, hoor ons! Wij voegen echt meer toe dan wat we nu mogen doen!'

Wijkverpleging met Elan

Om deze ontwikkeling een halt toe te roepen, stak een aantal boegbeelden met hart voor de wijkverpleging de koppen bij elkaar. Hieronder waren Hanneke Hillmann (voormalig directeur van het LCVV), Aart Pool (in die tijd programmamanager bij de voorloper van Vilans), Jobke Kruyt (voormalig voorzitter van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (VVVM). Zij vormden samen de *stuurgroep Toekomst van de wijkverpleging* en brachten uiteindelijk

een landelijke discussie op gang met de titel *Wijkverpleging met Elan*. Daaruit kwam in maart 2000 de oprichting voort van de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW).

Forse ledengroei

Het aantal leden bij de beroepsvereniging groeide fors en er kwam via diverse subsidies geld vrij om het oude vak weer terug te pakken. En dan vooral het stukje vrije

'De functie wijkverpleegkundige werd steeds verder uitgehold en de indicatie was bij ze weggenomen'

ruimte voor de wijkverpleegkundige. 'En toen hield ik een pleidooi voor een eigen tijdschrift', vertelt Anke Persoon, de eerste hoofdredacteur van *Tijdschrift LVW* de voorloper van *Tijdschrift M&G*. 'Want wat is een

Aan tafel met...

beroepsvereniging zonder eigen tijdschrift, zei ik tegen het bestuur. Tot mijn verbazing zeiden de bestuursleden vrij snel ja. Het was natuurlijk niet mijn vak, maar ik zat binnen de kortste keren aan de tafel met drukkers en vormgevers.'

Met Riet Kuiperij, Jolande van Loon en Jacqueline de Vries vormde Persoon dus de redactie en bedachten ze rubrieken voor het tijdschrift en wat er nog meer in moest. Zoals deze rubriek *Aan tafel met...* en *Afdelingsnieuws*. Ik vind het tot op de dag van vandaag geweldig dat het bestuur in die tijd ons de kans heeft gegeven en heeft gezegd: ga jullie gang maar! En na twintig jaar bestaat het blad nog steeds. Super toch?'

In die tijd was namelijk net het *Tijdschrift Maatschappelijke Gezondheidszorg* van uitgeverij Elsevier weggevallen dat zich richtte op de wijk. 'Een prachtig full colour tijdschrift dat voorzag in een behoefte. Dat gat hebben wij een beetje gevuld. We hebben de formule bedacht: hoe kan inhoud en vormgeving elkaar versterken, wat moet het gevoel zijn dat het tijdschrift oproept, hoe moet de bladspiegel eruit zien? Geld voor full colour was er niet, maar met de rode steunkleur konden we veel. De inhoud moest gaan over het delen van kennis, blijven innoveren in je vak, je laten horen als wijkverpleegkundige en het effect van je handelen in de wijk.'

Vuist maken

Maar de drijfveer van Persoon om het tijdschrift op te richten lag er vooral ook in om een vuist te maken en samen sterk te staan. 'Er werd echt op ons vak neergekeken. Zo van, dat kan de buurvrouw ook. Dus naast goede inhoud en actuele zaken, moest het tijdschrift ook nieuwe leden binnenhalen. Om elke cover zat een knalgekleurde banderol waarmee we leden vroegen om andere wijkverpleegkundigen lid te maken. Naast andere

acties heeft het tijdschrift dus goed meegeholpen aan de stijging van het aantal leden in korte tijd. Door ons te verenigen stonden we sterker naar Den Haag toe en andere organisaties. Alhoewel het in deze beginperiode echt pionieren was.'

Enveloppen plakken

Dat kan Mariska de Bont als eerste beleidsmedewerker van LVW, beamen. 'Ik ondersteunde het bestuur en er was een bureaumedewerker. We deden alles zelf: communicatie & pr, het organiseren van congressen, aanvragen van subsidies, lobbyen en netwerken, maar ook enveloppen plakken en mailings versturen. We barstten van de ideeën en vechtlust. Na *Elan* kwam er een projectgroep *Advies en professionalisering* en ontstonden er diverse commissies en werkgroepen over het vak. Het bruiste echt!'

'We barsten van de ideeën en vechtlust. Het bruiste echt!'

Kijk je naar de diverse artikelen door de jaren heen in het tijdschrift, dan zie je regelmatig dezelfde onderwerpen terugkomen, maar ook waarvoor gestreden werd: indicatie, leiderschap, evidence based werken, de competenties van het vak, de oprichting van het kwaliteitsregister V&V en ga zo maar door. Ook is goed te zien dat de achterban, naast de wijkverpleegkundige, in de loop van de jaren van diverse pluimage was. De jeugdverpleegkundigen zaten er al vanaf het begin bij. Persoon: 'Logisch, want de wijkverpleegkundige deed in de jaren tachtig nog alle zorg in de wijk. Van de wieg tot het graf. Ik heb nog meegemaakt dat je in de ochtend bij





het zuigelingenbureau zat en in de middag de wijk in ging om zorg te verlenen bij oudere cliënten.'

Specialistische jeugdverpleegkundige

Het jeugdverpleegkundig vak werd op een gegeven moment zo specialistisch, dat gekozen werd dit los te koppelen van de wijkverpleging. 'Voor sommige wijkverpleegkundigen een uitholling van het vak, maar mijns inziens is het een goede keuze geweest', zegt De Bont. 'Door de oorsprong zijn we altijd samen in de beroepsvereniging gebleven en is de jeugdverpleegkundige dus ook altijd een van de doelgroepen van *Tijdschrift LVW* geweest', zegt Persoon. 'Die kruisbestuiving binnen de beroepsvereniging was en is overigens erg leuk!'

De transferverpleegkundige deed zijn intrede omdat de overdracht van ziekenhuis naar thuis niet goed verliep. De Bont: 'In eerste instantie waren dat wijkverpleegkundigen die in het ziekenhuis gingen werken om de warme overdracht te regelen. Dus kregen ze ook logischerwijs aandacht in het tijdschrift. Ook de wijkverpleegkundige die bij de huisartsen ging zitten, tegenwoordig de praktijkverpleegkundige, kwamen oorspronkelijk uit de wijkverpleging.'

Oprichting V&VN en motie Hamer

Beide dames zijn het over een ding roerend eens. Het was goed dat in 2006 V&VN ontstond en LVW opging in de afdeling V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen. Persoon: 'Er waren volgens mij wel zestig kleine beroepsverenigingen van verpleegkundigen in Nederland. Den Haag zag ons niet en wilde ook niet met al die beroepsverenigingen om de tafel. Met V&VN konden we echt een vuist maken die we nodig hadden.' De Bont vult aan: 'Ook de organisatie professionaliseerde. Er kwam een

secretariaat, een afdeling communicatie en persvoorlichting, de lobby naar Den Haag werd geprofessionaliseerd, het Kwaliteitsregister V&V werd opgetuigd en we kregen via allerlei subsidies meer geld om projecten en onderzoek te doen. Het ledenaantal van V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen en de oplage van *Tijdschrift LVW* nam in die tijd flink toe.' Het tijdschrift ging overigens ook met de tijd mee: in 2007 verscheen het derde nummer in full colour.

Zichtbare schakel

En toen kwam in 2006 de motie Hamer waarin gepleit werd voor de terugkeer van de wijkverpleegkundige in volle glorie. Inclusief indicatie, vrije regelruimte en meer aandacht voor preventie. De Bont: 'Dat sloeg in als een bom. Er kwam een grote pot met geld en daar

'Wijkverpleegkundigen kregen weer tijd voor een goed gesprek met de cliënt'

werden de projecten onder de naam *De Zichtbare Schakel* van gefinancierd. Wijkverpleegkundigen hadden opeens weer tijd voor een goed gesprek met de cliënt en andere mensen in de wijk zoals de wijkagent en de huisarts. Bij V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen hebben we het *Expertisegebied Wijkverpleegkundigen* voorbereid en opgetuigd. Dat zag in 2012 het licht. Er staat precies in beschreven wat de wijkverpleegkundige moet kunnen om het vak goed uit te oefenen. In 2019 is het *Expertisegebied* overigens geactualiseerd.



Aan tafel met...



In 2015 ging wijkverpleging van de AWBZ over naar de Zorgverzekeringswet. Dit was een belangrijke mijlpaal! De hbo-geschoolde wijkverpleegkundige kreeg de vertrouwde plek in de wijk weer terug. 'Inclusief indiceren en vrije regelruimte. Dat we de indicatiestelling terugkregen was in het begin best even hard werken want die waren we vijftien jaar kwijt geweest. In de wet staat dat de beroepsgroep zelf verantwoordelijk is om te bepalen wie in aanmerking komt voor welke zorg. Dat vraagt wel iets van zowel de competenties als de werkwijze van de wijkverpleegkundige. Om dat goed vast te leggen is het *Normenkader* verschenen. Het was nog wel een flink robbertje vechten en lobbyen om de knip in de zorg te voorkomen. De verzorgende taken zouden naar de Wet langdurige zorg (WLZ) gaan waardoor we dus niet de indicatie voor verzorging konden doen. Dat hebben we via hard werken gelukkig weten te voorkomen. Alles ligt nu bij de wijkverpleegkundigen. Zij bepalen of iemand recht heeft op zorg uit de Zorgverzekeringswet.'

Nieuwe naam tijdschrift

Binnen V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen vond in 2015 een fusie plaats. De sociaal verpleegkundigen sloten zich aan en ook de casemanagers dementie gingen deel uitmaken van de afdeling, met de nieuwe naam V&VN Maatschappij&Gezondheid. Dat was het moment dat de transferverpleegkundigen de afdeling verlieten. En *Tijdschrift LVW* kreeg de nieuwe naam: *Tijdschrift Maatschappij&Gezondheid*.

In 2004 verliet Anke Persoon de redactie. 'Ik wilde dat het meer ging over de inhoud van het vak. Dus ook bijvoorbeeld over decubitus, COPD, oncologie en e-health. Terwijl het tijdschrift steeds meer die beleidsmatige kant op ging. Ik voel me nog steeds een wijk-

verpleegkundige, prachtig om achter de voordeur te mogen komen. Ik ben nog steeds lid van de afdeling en heb gewoon een rood hart,' zegt ze met een schaterlach. 'Gelukkig zie ik in het tijdschrift van nu een goede mix. Het gaat inhoudelijk bijvoorbeeld ook over het onderbouwen van het vak, richtlijnen, en evidence based onderzoek en dilemma's. Van die artikelen smul ik. Dus blijf daar vooral mee doorgaan redactie!' Waarvan akte.

'Het tijdschrift voorziet nog steeds in een behoefte en daar ben ik trots op!'

Beide dames raken nog steeds in vuur en vlam als het gaat om leiderschap en opstaan voor je eigen rechten als wijkverpleegkundige. Persoon verwoordt het mooi. 'Maak je zichtbaar als wijkverpleegkundige, als inhoudsdeskundige. Mobiliseer je daar waar het nodig is en trek zaken naar je toe waar je invloed op kunt uitoefenen. Dat is mijn uitdaging in 2021 en ik denk totdat ik erbij neerval, haha.' Weer die schaterlach. 'En dan bel of mail je de redactie en die gaan er dan een mooi artikel over schrijven zodat iedereen weet welke prachtige initiatieven er plaatsvinden in het land. Dan is het balletje rond. Het tijdschrift voorziet daarom mijns inziens nog steeds in een behoefte en daar ben ik trots op!' 📧



Ethicus Hans van Dartel

'Ethiek zit onder de huid'

'Onze' Hans van Dartel, de ethicus die al jaren stevast in elk nummer van Tijdschrift M&G een ethisch dilemma bespreekt, vertelt in het laatste nummer van dit jaar over de noodzaak van het bespreken van morele dilemma's in teams van eerstelijnsverpleegkundigen. 'Doe je dat niet, dan ligt onverschilligheid op de loer.'

De zorg bulkt van de ethische dilemma's, daar weet ethicus Hans van Dartel alles van. En natuurlijk, in veel sectoren krijgen professionals ermee te maken. Maar in de zorg komt het nog dichterbij, zo lijkt het. Volgens Van Dartel heeft dit te maken met de persoonlijke verantwoordelijkheid die mensen voelen voor hun cliënten. 'Zorgverleners willen iets voor elkaar krijgen voor hun cliënten en dat lukt in sommige situaties moeilijk of niet.

Morele stress wordt dat tegenwoordig genoemd. Waarbij je als professional in situaties komt waarbij jij verondersteld wordt om dingen te doen of te laten, die eigenlijk indruisen tegen dat wat jij goede zorg vindt.' Van Dartel noemt het klassieke voorbeeld van de indicatiestelling. 'Stel, je wordt op pad gestuurd om een been te verzorgen bij een oudere mevrouw. Als je daar eenmaal bent, blijkt dat haar echtgenoot ook met allerlei dingen tobt en zorg nodig heeft, en eigenlijk wel op dat moment. Maar daar heb je geen indicatie voor en eigenlijk ook geen tijd. Toch heb je het idee dat je er wat mee moet, of dat je in ieder geval het gesprek aan zou moeten gaan.' In zo'n geval is het belangrijk, aldus de ethicus, hoe de cultuur in jouw organisatie en jouw team is. 'Hoeveel ruimte heb je om af te wijken van die indicatiestelling. Hoeveel tijd kun je nemen, hoever kun je afwijken van de taakstellingen.'

Persoonlijke opvattingen

Zorgverleners gaan in praktijk vaak verschillend om met dilemma's. In bovengenoemd geval kan een zorgverlener besluiten om even te gaan zitten met deze mensen. Gezien de tijd zullen andere vaste taken wat afgeraffeld worden, omdat hij of zij vindt dat het gesprek nu even belangrijker is. Misschien vinden collega's dat dit niet juist is. Nemen collega's elkaar hierin de maat? 'Ja', meent Van Dartel, 'dat gebeurt zeker.' Bovendien wordt



Hans van Dartel

Tekst:
Hellen
Kooijman

er in onder meer de thuiszorg vaak best solistisch gewerkt. Er kunnen verschillen ontstaan hoe professionals in de zorg met situaties en cliënten omgaan. Hoeveel wijkt iemand af van de tijd die hij of zij heeft

'Als professional kom je soms in situaties waarbij jij verondersteld wordt om dingen te doen die indruisen tegen wat jij goede zorg vindt'

voor een cliënt? Neem ik in tijden van corona extra beschermingsmaatregelen of niet? Dat huis waar ik naartoe moet is enorm smerig. Ga ik daar wel of niet naartoe? Het zijn zaken waar binnen teams verschillende opvattingen over zijn. En op zich is dat niet erg. 'Punt is dat die verschillen toch best vaak moeilijk bespreekbaar zijn', meent Van Dartel.

Waarom? 'Omdat deze dilemma's onder de huid zitten. Omdat zorgverleners vaak heel persoonlijke opvattingen hebben over wat goede zorg is. De ene verpleegkundige zal veel meer kijken naar zijn of haar dagritme: krijg ik dat rond? Doe ik wat noodzakelijk is en stel ik daar mensen tevreden mee? Terwijl een ander wat hogere

Het dilemma

eisen stelt met betrekking tot hetgeen hij of zij er bij cliënten uit kan halen.' Als je wat dieper graaft, kom je vaak uit bij botsende waarden en normen, zo zegt Van Dartel. Misschien heeft hij hiervoor wederom een voorbeeld paraat? 'Oh ja, vorige week nog. Een groep zorgverleners die zich binnen een wijkteam druk maakten over iemand die bemoeizorg nodig had. Er zijn dan zeker verschillen in een team. De een zegt: we hebben al zoveel pogingen gedaan om iets te bereiken bij die cliënt, dat haalt niets uit. Moeten we daar nog wel mee doorgaan? Die mensen kijken dan echt naar de gevolgen en effectiviteit van hun handelen. Terwijl anderen zeggen: ik voel dit echt als mijn plicht om hiermee door te gaan. Want als we stoppen, laten we iemand eigenlijk aan zijn lot over.'

Visie van de organisatie

Maar ja, aan die verschillen in opvattingen kun je niet zoveel doen, toch? Nee, dat klopt, zegt Van Dartel. Maar het geeft wel verschil in hoe je cliënten benadert, dus in de zorg die je geeft. 'Dat een cliënt zegt: "Ja, maar bij Tineke gisteren kon dit wel en nu bij jou niet. Hoezo?"' Als dit gaat spelen, is het noodzakelijk om het met elkaar hierover te hebben. Per casus, maar ook op het niveau van de organisatie. 'Ik denk dat je de vraag moet stellen: In welke mate vinden we die verschillen toelaatbaar? Zetten we daar de visie van de organisatie in of laten we dit over aan de persoonlijke opvattingen van de verpleegkundige.'

Je moet het er ook over hebben met je team, op casus-niveau. 'Want', zo zegt hij, 'als er in teams spanningen zijn, is dat bijna altijd te herleiden tot morele spanningen. Daar ben ik echt van overtuigd.' Bij een casus waar je echt niet uitkomt zou je daarom, volgens Van Dartel, moeten kijken of je systematische gespreksvormen erbij kunt halen, vormen van gesprekken waarbij je stapsgewijs het probleem bekijkt, en zodanig dat je mensen steeds meeneemt in dezelfde stap. 'Zodat het niet allemaal door elkaar loopt. De een is bijvoorbeeld nog bezig zich een beeld te vormen van een bepaalde situatie, terwijl de ander al oplossingen aan het bedenken is. Zo'n gespreksvorm ondersteunt een team om een systematisch gesprek te hebben, zonder dat mensen elkaar in de haren vliegen.'

Rol leidinggevende

Zou de leidinggevende dit soort gesprekken moeten leiden? Nee, dat denkt Van Dartel niet. 'We zeggen vanuit de ethiek dat het goed is als leidinggevend signaleren waar het schuurt, maar dat ze niet zelf het gesprek leiden. Omdat ze vaak ook zelf de normen stellen. En

soms daardoor deel van het probleem zijn. De gespreksleider kan beter iemand van buiten zijn, ethici of gespreksleiders die hiervoor een speciale training hebben gehad.'

Uitzonderlijk

Groepsgesprekken over een morele vraag, meestal naar aanleiding van een concrete ervaring, in jargon vaak 'moreel beraad' genoemd, worden regelmatig intramuraal gevoerd. Het is echter uitzonderlijk, zo zegt

'Als er in een team spanningen zijn, is dat bijna altijd te herleiden tot morele spanningen'

Van Dartel, dat dit gebeurt binnen bijvoorbeeld de thuiszorg. 'De cultuur is er ook niet altijd naar. Verpleegkundigen in de thuiszorg werken best vaak solistisch.' Sowieso zijn verpleegkundigen M&G doeners en niet altijd praters. 'Maar dat is voor artsen precies hetzelfde. Die zeggen ook altijd: wij zijn doeners.' Hij lacht. 'Dan zeg ik altijd: "Het doen wordt hopelijk een beetje geleid door het denken"'

Wat is het goede om te doen?

'Kijk', vervolgt hij. 'Je moet niet over alles in gesprek gaan, dat is niet nuttig en vaak onnodig. Maar wel daar waar het zeer gaat doen, mensen elkaar erop aan gaan kijken of "handelingsverleggen" worden. Bijvoorbeeld nu met de coronamaatregelen. Als een verpleegkundige twijfelt: Ik heb toch naar mijn gevoel niet voldoende beschermingsmiddelen. Moet ik nu wel naar meneer Jansen of niet? Veel wijkverpleegkundigen zijn erop aangewezen om zelf die beslissing te nemen, dan is het wel goed om met elkaar na te gaan wat nu het goede is om te doen.'

Bovendien is het gewoon een voorwaarde voor goede zorg, meent hij. 'Een organisatie moet de medewerkers ondersteunen, als ze pijn gaan voelen, verdrietig zijn.' Hij geeft een klassiek voorbeeld: 'Je komt bij iemand thuis en die persoon is aan het dementeren. Jij bent verpleegkundige, maar je bent ook moslima en je draagt een hoofddoek. Die man met dementie begint te schelden dat hij geen "hoofdoekjes" in huis wil hebben. Hoe moet je omgaan met zo'n situatie, waarbij collega's dan soms zeggen: Ja hij dementeert, dus dat moet je hem niet kwalijk nemen. Terwijl dit jou als moslima wel



Bio

Dr. Hans van Dartel (1951) is ethicus en (niet praktiserend) verpleegkundige. Tot eind 2014 werkte hij als universitair docent medische ethiek bij het Leids Universitair Medisch Centrum. Bij V&VN was hij jarenlang voorzitter van de Commissie Ethiek. Als externe ethicus is hij betrokken bij diverse zorginstellingen, vooral in de gehandicaptenzorg. Van Dartel schreef onder andere over ethiek in de verpleegkunde en over overlegmethodes die kunnen helpen om de verschillen in opvattingen, normen en waarden bespreekbaar te maken.

echt pijn kan doen.' Daar zou je dus, meent Van Dartel, een open gesprek over moeten hebben, zodat mensen zich gerespecteerd voelen in wat ze meemaken.

Een suïcidale leerling

Gespreken over morele dilemma's beperken zich niet tot de wijk. 'Ook de jeugdverpleegkundige moet op iemand terug kunnen vallen, als ze geconfronteerd wordt met een leerling die duidelijk suïcidaal blijkt te zijn maar haar ronduit verbiedt om haar ouders erbij te betrekken. Wat te doen?' Dat soort gesprekken zijn echter niet gemakkelijk om te voeren. Ze gaan over kwesties die

zeer doen. Het wordt vaak persoonlijk. En juist daarom, zo weet Van Dartel, aarzelen mensen. 'Ze vinden het lastig om die persoonlijke dimensie te 'pakken', vinden het gemakkelijker om te zeggen: "Ik doe het wel op mijn eigen manier. En zolang ik daar geen opmerkingen over krijg, blijf ik het gewoon zo doen."

Praten over morele gevoeligheden

Toch is met elkaar praten over ethische dilemma's een must. 'Want als je zo'n gesprek niet aangaat, kan er een soort onverschilligheid optreden ten opzichte van elkaar. Zo van: Ik kan het er met jou toch niet over hebben. En dan praten mensen er wel over, maar dan thuis. En dat is eigenlijk niet waar dat gesprek plaats zou moeten vinden.' Bovendien gaat een gesprek over morele gevoeligheden ook over erkenning. 'Veel verpleegkundigen haken af omdat ze zich tekort voelen schieten met betrekking tot wie ze willen zijn volgens hun eigen normen. Dat moet je zien te voorkomen.'

Van Dartel hoopt dan ook voor 2021 dat het applaus dat verpleegkundigen tijdens de eerste coronagolf kregen, wordt vertaald in betere werkomstandigheden 'waarin ze elkaar oprecht kunnen bevragen op de dilemma's die ze ervaren en zo hun professionalisering verder vorm kunnen geven. In de wijk maar ook daar buiten.' ❧

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

Wijkverpleegkundige Harriëtte Smidt:

'Als douanebeambte denk je meer in zwart-wit'

In de rubriek Vers Bloed komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid aan het woord. Ditmaal Harriëtte Smidt (57) wijkverpleegkundige bij TWB, Thuiszorg met Aandacht in Roosendaal. Smidt werkte voorheen bij de douane als beampte. In september 2016 studeerde ze af aan de hbo-v bij AVANS-hogeschool in Breda. In oktober 2019 maakte ze de switch naar de wijk. 'De wijk laat je bijna alle kleuren van de samenleving zien.'

Tekst:
Gerben
Jansen

Van ambtenaar bij de douane naar de zorg. Kun je ons meer vertellen over deze switch?

'Ik heb in totaal twaalf jaar gewerkt voor de overheid als ambtenaar bij verschillende diensten. Na twaalf jaar bij de belastingdienst/douane was ik toe aan een nieuwe uitdaging. Ik stelde mezelf de vraag: "Wat wilde ik worden toen ik jong was?" Verpleegkundige! Gelukkig was ik in de omstandigheden dat ik deze switch kon maken. Ik nam ontslag bij de overheid en startte in 2012 met de opleiding hbo-v. Tijdens mijn snuffelstage werd mij een arbeidscontract aangeboden binnen een intramurale organisatie. Zo heb ik mijn hbo-v in 2016 kunnen afronden. Tot oktober 2019 heb ik gewerkt in een zorginstelling in Roosendaal waar ik de zorg had voor religieuze ouderen die zorgbehoefteig waren. Daarnaast had ik allerlei nevenfuncties; ik was onder meer wondverpleegkundige en coach van nieuwe collega's en stagiaires. Tijdens het boodschappen doen raakte ik in gesprek met een wijkverpleegkundige van TWB, Thuiszorg met Aandacht. Zij nodigde mij uit om eens bij de wijkverpleging te komen kijken. Na een eerste kennismaking heb ik besloten mijn carrière verder te ontwikkelen in de wijkverpleging. Ik vind nu dat een wijkverpleegkundige een uitgelezen functie is voor de hbo-v-verpleegkundige omdat deze het vak van verpleegkundige in de breedste zin kan uitvoeren en veel verantwoordelijkheid draagt. Denk daarbij aan de indicatiestelling die vanaf 2015 van het CIZ terug naar de wijkverpleegkundige is gegaan.'

Heb je veel reacties gehad uit je omgeving op je carrière switch?

'Over het algemeen heb ik vooral positieve reacties gehad. Ook reacties op mijn bevoorrechte positie dat ik

deze switch kon maken. Over het algemeen heb ik volop ondersteuning gehad van iedereen in mijn naaste omgeving. Dit heeft mij gesterkt in mijn besluit om de wijk in te gaan.'

Wat heb je meegenomen van de douane naar de wijkverpleging?

'De douane is een echte mannenwereld. De communicatie verliep er duidelijk en direct, er werd niet om de pot heen gedraaid. Uiteraard werd er respectvol met elkaar omgegaan. In de wijkverpleging werken veel meer vrouwen. Ik moest in het begin erg wennen aan

'In de wijkverpleging werken vooral vrouwen. Dat was even wennen'

de manier van communiceren met elkaar. Een mooi voorbeeld is een multidisciplinair overleg, een overleg waarin huisarts, specialist ouderen, wijkverpleegkundige en casemanager het verdere beleid afstemmen. Daar wordt veel informatie gedeeld, maar niet alles is altijd even relevant. Bij de douane heb ik geleerd om kort en bondig de informatie te bundelen zodat het duidelijk is en er geen tijd verloren gaat.'

En wat zou de douane kunnen leren van de wijkverpleging?

'Vooral veel geduld en nuancering en niet te veel zwart-wit denken. De wijk laat je bijna alle kleuren van de samenleving zien. Iedere cliënt heeft zijn waarden en normen en als wijkverpleegkundige probeer je daarmee mee te bewegen. Bij de douane heb je te maken met vooral wet- en regelgeving. Er is daardoor praktisch geen ruimte voor nuancering, wat er in de wijk wel is. De douane zou wat mij betreft meer kleur mogen bekennen, de wereld is niet zwart-wit.'

Kun je dat uitleggen?

'Kijk, natuurlijk is er, net als binnen de douane, ook in de thuiszorg wet- en regelgeving. We houden ons zoveel als mogelijk aan de geldende protocollen. Helaas heb je in een thuissituatie niet altijd de beschikking over alle materialen, zijn de omstandigheden niet



Harriëtte Smidt

altijd optimaal et cetera. In de wijk is het belangrijk om creatief te kunnen denken. Soms is het van belang om net buiten de gebaande paden te treden. Als het niet gaat zoals het moet, moet het maar zoals het gaat. Er is geen zwart-wit, iedere situatie vraagt om een eigen aanpak. Ook de verschillende culturen maken dat in de wijk geen strikte regels kunnen worden gehanteerd. Ook hier geldt, er is geen zwart-wit. Wat voor de éne cliënt

'Bij de douane heb ik geleerd om kort en bondig de informatie te bundelen'

prima werkt, werkt niet bij de andere. Zorg in de wijk is altijd maatwerk, rekening houdend met verschillende culturen, verschillende opvattingen, verschillende omstandigheden, verschillende mensen. En daar doen we het voor.'

Waar sta je over vijf jaar?

'Over vijf jaar sta ik nog steviger in mijn schoenen, ben ik meer gespecialiseerd in een bepaald vakgebied. Door de sluiting van de verzorgingstehuizen wonen mensen met dementie langer thuis en zie ik schrijnende gevallen. Ik zou meer willen en kunnen doen voor mensen met dementie in de wijk. Als generalist mis ik net dat stukje extra specialisatie.'

Wat wil je nieuwe hbo-v'ers in de wijk meegeven?

'Vertrouwen kunnen winnen is een must in de wijk evenals creatief denken. Als ik het zelf nog een keer over

Bio

Naam: Harriëtte Smidt

Werkt bij: TWB, Thuiszorg met Aandacht

Opleiding: Avans Hogeschool Breda

Is goed in: 'Ik ben goed in kennis over brengen en begeleiden en coachen van collega's en stagiaires. Ik kan situaties goed inschatten en heb lange voelsprietten.'


Minder goed in: 'Ik vind het lastig om nee te zeggen, grenzen aan te geven.'

zou mogen doen zou ik niet gelijk gekozen hebben voor de opleiding hbo-v maar eerst als mbo-verpleegkundige praktische ervaring willen opdoen. Toen ik klaar was met de hbo-v miste ik toch de praktische kennis enorm, dat heb ik later in de praktijk moeten inhalen.'

Wat vind je belangrijk in je werk als wijkverpleegkundige?

'Ik vind het erg belangrijk om gezamenlijke besluitvorming in de wijk toe te passen. Laatst had ik nog een casus van een oudere dame die ondanks haar licht cognitieve beperkingen het erg belangrijk vond om haar eigen regie te houden. Helaas liet haar lichaam haar steeds meer in de steek en kon ze niet meer veilig en verantwoord thuis blijven wonen. Ik ben toen in gesprek gegaan met deze dame en haar mantelzorger. Samen kwamen we tot het besluit dat voor dat moment een opname de meest passende oplossing was. Het was voor haar en de mantelzorger een emotionele beslissing. Uiteindelijk hebben we een mooi appartement kunnen vinden, zelfs op haar voorkeurslocatie. Mevrouw en haar mantelzorger hebben mij bedankt voor mijn inzet en hulp. Zo'n eenvoudig bedankje kan mij nog steeds ontroeren.'

Hoe zie jij 2021 voor je?

'Dit aankomende jaar brengt hopelijk meer nabijheid voor eenieder. Ik hoop dat de afstand, zowel fysiek als mentaal kleiner wordt zodat we meer náást elkaar dan tegenover elkaar komen te staan in de maatschappij.' 

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



GZ psycholoog over mensen met dementie en feestdagen

Maritza Allewijn: 'Met milde

Maritza Allewijn is GZ-psycholoog en gespecialiseerd in mensen met dementie en hun mantelzorgers ofwel 'de mensen die om deze mens heen staan'. Cruciaal in haar zorg staat de kwaliteit van leven van deze mensen. In deze feestmaand hebben we een gesprek over het belang van rituelen en samenzijn voor mensen met dementie. 'De eerste reflex moet altijd zijn: wat betekent dit voor deze persoon?'

Tekst:
Hellen
Kooijman

Allewijn praat aan de telefoon. Een welsprekende dame, met zo te horen immens veel ervaring als het gaat om ouderen met dementie. Op haar 25e moest ze tijdens haar studie psychologie stage lopen. Dat werd in een verpleeghuis. 'En daar loop ik, nu op mijn zestigste nog rond.' Het onderwerp is, zo zegt ze, theoretisch interessant. 'Het vertelt veel over hoe de hersenen werken. Maar ik voel ook in praktijk verbinding met deze groep.' Ze vindt het 'leuk' om met mensen met

'Ik zie mensen die zich ook wel een beetje bevrijd voelen door hun dementie'

dementie te werken. 'Dat klinkt misschien gek maar ze kijken op een andere manier naar het leven. Het zet een mens op andere ideeën, op andere paden. We hebben allemaal voor ogen wat erg is', zo legt ze uit. 'Wij vinden dementie erg. En ja, dat is zo. Wie erover nadenkt, krijgt toch vaak een benauwend gevoel. Niet zelden zeggen mensen: als ik die diagnose krijg dan zou ik niet meer willen leven.' Maar Allewijn ziet ook een andere kant. 'Ik zie veel mensen die zich ook wel een beetje bevrijd voelen door dementie. Omdat ze zich minder zorgen hoeven te maken over hun bankzaken bijvoorbeeld. Of omdat ze hun gevoelens gemakkelijker kunnen tonen, ze meer in het hier en nu kunnen leven en kunnen lachen.' Natuurlijk is er ook veel leed, erkent ze.

'Heel veel leed.' Maar het relateert eveneens. 'We maken ons best vaak druk om dingen die niet zo belangrijk zijn. Dementie laat je ook een beetje de kern van het leven zien. En dat is: een goede dag hebben met jezelf.'

De decembermaand is een maand vol familie en feestdagen. Hoe belangrijk is het voor ouderen met dementie om die dagen overeind te houden?

'We werken persoonsgeoriënteerd. We gaan eerst na wat voor deze specifieke persoon de kernwaarden in het leven zijn. Sommige mensen hechten heel veel waarde aan de feestdagen, andere mensen zijn daar wars van of vinden ze minder belangrijk. De eerste reflex moet altijd zijn: wat betekent dit voor deze persoon? Wat betekent het voor deze persoon in deze fase van zijn of haar leven en gezien de beperkingen en stoornissen die er zijn door de ziekte? Het kan bijvoorbeeld zijn dat mensen zich een tijd van hun geloof of van de kerk hebben afgewend omdat dat niet zo speelde in hun leven. Of omdat ze het er niet mee eens waren, maar op latere leeftijd staan ze daar weer anders tegenover omdat ze weer meer houvast in het geloof zoeken in deze fase. En het juist weer wel fijn vinden om kerkelijke rituelen mee te maken omdat dat een prettig gevoel geeft. Het kan zijn dat dementie de behoefte van mensen verandert. Het is altijd een legpuzzel: wie was iemand? Wat is belangrijk geweest? Dat moet je goed weten. Vaak weet de familie dat nog wel te vertellen.'

Hoe vraag je hiernaar bij de familie?

'Je moet eerst vertrouwen winnen natuurlijk. Je gaat niet meteen iemand het hemd van het lijf vragen. Maar aanstekelijke belangstelling tonen werkt vaak wel goed. En ook iedere keer uitleggen waarom die informatie belangrijk is. Ik merk dat familie het fijn vindt om te vertellen hoe iemand geweest is. De identiteit van mensen met dementie komt door deze ziekte onder druk te staan. De familie kan dan vertellen: "Dit is mijn moeder, ze heeft tientallen jaren voor de klas gestaan. Ze kan het nu niet meer zo goed vertellen, maar de omgang met kinderen was voor haar ontzettend belangrijk." Dan houd je ook iemands identiteit in ere.'

ogen kijken'



Maritza Allewijn



Niet altijd botert het tussen moeder of vader en de rest van de familie. Of hebben kinderen een beeld dat niet per se strookt met hoe iemand echt geweest is?

'Iedereen heeft natuurlijk zijn eigen bril op. De werkelijkheid is altijd subjectief. Maar ook al is dat beeld niet zo positief, dan geeft het toch waardevolle informatie. Als iemand bijvoorbeeld niet zo'n warme moeder is

'Probeer de kern van de kerstrituelen te pakken te krijgen'

geweest, kan dat belangrijk zijn om te weten. Omdat je dan als zorgverlener begrijpt waarom kinderen niet zo vaak meer op bezoek komen, waarom de verhoudingen zijn zoals ze zijn. En dan weet je ook dat je bij die persoon misschien niet moet aandringen op familievieringen in de decembermaand.'

Maar misschien heeft de persoon daar zelf diep van binnen wel behoefte aan.

'Ja, dat kan. Maar niet alle behoeften kunnen vervuld worden, zeker niet als je daar anderen voor nodig hebt.

Je moet denk ik ook respecteren dat de familie hier bepaalde keuzes in maakt. Als de familie zegt: "wij komen niet met kerst", dan kun je daar als hulpverlener respect voor hebben en teruggaan naar je cliënt en zeggen: "Ik begrijp dat dat pijn doet, kan ik u helpen om die pijn te verwerken?" Veel meer kun je dan niet doen.'

Er zijn natuurlijk ook mensen die nauwelijks familie of mensen om zich heen hebben. Wat doe je dan?

'Ik denk dat het belangrijk is om te weten hoe het komt dat mensen niet zoveel anderen om zich heen hebben. Dat kan domme pech zijn. Of mensen zijn zo oud dat alle verbindingen zijn weggevallen. Soms stonden mensen altijd al wat solistisch in het leven en hebben er niet zoveel behoefte aan. Je moet ontzettend uitkijken dat je niet je eigen normen - met kerst moet het gezellig zijn, dat vier je met het hele gezin - oplegt aan een ander. Als iemand niet zoveel bindingen meer heeft, is de vraag: moet je die bindingen opbouwen? Het kan dat iemand dat heel erg op prijs stelt. Maar ik zie ook vaak dat als je gaat sleuren aan families en mensen om zo'n oudere heen, of mensen die veel alleen zijn probeert bij allerlei activiteiten te betrekken, dat heel teleurstellend kan zijn.'

Verdieping

Tevens kan het generatieverschil meespelen. Denk aan Sinterklaas. En zwarte piet. Ik kan me zo voorstellen dat dit wel een punt van discussie kan zijn. Moet piet nu zwart zijn of niet?

'Het hangt een beetje van de aard en de ernst van de dementie af, maar mensen kunnen veranderen in hun oordeel. We maken bijvoorbeeld wel eens mee dat mensen racistische uitingen doen in hun dementie terwijl dat helemaal niet past bij de persoon die ze waren. Dat is uiterst pijnlijk voor alle betrokkenen. Voor

'Dementie laat je een beetje de kern van het leven zien'

de zorgverlener is kennis van het ziektebeeld dan heel belangrijk. Dat die begrijpt dat dementie je kan vervreemden van jezelf en van je omgeving. Mensen met dementie zijn vaak angstig vanuit het gebrek aan houvast. En angst kan een afweerreactie geven: ik ken

jou niet, ik accepteer jou niet. Mensen vallen dan soms terug op stereotype denkbeelden. Het kan voor de familie heel lastig zijn om tolerantie te hebben voor denkbeelden waar ze niet achter kunnen staan. Of de ander niet in herkennen. Dan is het heel belangrijk als hulpverlener om uit te leggen hoe dementie werkt, hoe ingewikkeld het is als jouw hersens jou niet meer bedienen zoals je dat altijd gewend was. Het is dan belangrijk om niet te oordelen, om met milde ogen te kijken. En mensen probeert gerust te stellen in plaats van de discussie aan te gaan.'

Ik kan me ook voorstellen dat kinderen zeggen: 'Zie je wel, moeder deed zich altijd anders voor, ze was wel racistisch'

Allewijn denkt even na. 'Dat zijn filosofische discussies. Is iemand nou "echt" zichzelf als hij of zij zo'n racistische opmerking maakt bijvoorbeeld? Ik kom daar niet uit eerlijk gezegd. Dus dan word ik als psycholoog wat pragmatisch. Kijk, als iemand zijn hele leven lang vriendelijk is geweest en bepaalde oordelen niet uitte is dan dementie de fase waarin we iemand kunnen



afrekenen op dit soort karaktertrekken? Ik denk het niet. Een hersenziekte verandert hoe je naar de wereld kijkt en hoe je reageert en dingen zegt. Uiteindelijk zitten al onze ideeën en overtuigingen in die hersenen. Bovendien, zo'n oordeel van "Zie je wel" helpt je niet in de omgang met iemand met deze ziekte.'

Feestdagen en zeker kerstmis kunnen veel verdriet brengen. Omdat er mensen zijn overleden, misschien willen of kunnen de kinderen niet komen. Dan komt corona er nog bij. Hoe ga je daar als verpleegkundige het beste mee om?

'Dan kom ik met een paar clichés, maar die zijn toch vaak waar. Verpleegkundigen moeten niet onderschatten hoe belangrijk een luisterend oor is. Begrip tonen zodat de ander zijn of haar verdriet mag uiten, is vaak belangrijker dan dat iemand probeert dingen voor je op te lossen. Vaak zijn dingen namelijk niet op te lossen. Relaties kun je vaak niet meer repareren op hoge leeftijd. Maar als een cliënt kan vertellen dat zij of hij het zo erg vindt dat een dochter niet komt met de kerst of over ander verdriet dat mensen met zich meedragen, betekent dat al heel veel.'

Ofwel: laat maar beter even huilen?

'Ja, inderdaad. Ik weet dat verpleegkundigen vaak aanpakkers zijn en dat is ook hun kracht. Maar juist op deze emotionele beleving en zeker bij ouderen met "het zicht op de haven", zoals ik dat noem, is het belangrijk

'Ook mensen met dementie hebben veerkracht om te verwerken en verder te gaan'

dat je kunt laten zijn wat er is. En de kracht bij de ander zoekt. Als je mensen laat huilen of praten over wat er zo erg is, vinden ze kracht om zichzelf weer bijeen te rapen. Ook mensen met dementie hebben veerkracht om te verwerken en verder te gaan.'

En dan komen we toch weer bij het Corona-virus. Het zit er dik in dat mensen niet met hele families bij elkaar mogen komen met de feestdagen. Wat kun je doen als je merkt dat een oudere met dementie de feestdagen graag wel met familie wil vieren?


'Wees creatief. En ga vooral na wat er nu echt voor die persoon belangrijk is. Is dit dat iedereen bij elkaar is? Is dat het gevoel dat er verbinding is? En hoe kun je dat

Bio

Maritza Allewijn (1960) werkt in en rondom Harmelen binnen een aantal zorginstellingen waar ze samen met verzorgenden en collega's van andere disciplines ouderen met dementie en andere ernstige beperkingen begeleidt om zo goed mogelijk de laatste periode van hun leven te leven. Daarnaast werkt ze voor mensen die thuis wonen in een consultatie-team samen met de specialist ouderengeneeskunde en casemanagers dementie. Ze is tevens directeur van PgD Psychologische expertise voor de ouderenzorg, een kennisinstituut dat bestaat uit een netwerk van meer dan 500 psychologen, die met elkaar in contact komen door bijeenkomsten, supervisie en interventie.

dan op een andere manier bekrachtigen? Met kaartjes sturen, misschien beeldbellen? Misschien gaat het er vooral om dat je de sfeer kunt oproepen die er altijd was. Toch die kerstboom, toch dezelfde rituelen, samen zingen, samen eten, cadeautjes geven, maar dan misschien maar met een persoon erbij. Of als dat kan, een klein groepje. En dat je probeert om dat gevoel na te bootsen wat die grote bijeenkomsten altijd opriepen. En dat in het klein na te doen.'

Omdat we het aan iedereen in dit nummer vragen ook aan jou de vraag: Hoe zie jij 2021?

'Ik kijk zelf het liefst met milde ogen naar de toekomst. Ik verwacht dat we langzaam maar zeker kunnen helen van wat 2020 teweeg gebracht heeft. Elkaar opzoeken, ervaringen uitwisselen, verdriet erkennen, hoop de ruimte geven. En in de verpleeghuizen weer werken aan de gemeenschapszin die we nu noodgedwongen wat zijn kwijtgeraakt.' 



*Hellen Kooijman
is eindredacteur
bij Tijdschrift
M&G en free-
lance journalist*

Publieke Gezondheidszorg voor Asielzoekers:

Een mini-GGD binnen asielzoekerscentra

Het waardevolle werk van sociaal verpleegkundigen binnen de Publieke Gezondheidszorg voor Asielzoekers (PGA) blijft vaak onbelicht. In Friesland is Bea Hoinkis sinds 2015 een bekend gezicht binnen de AZC's. Wat houdt het werk van de PGA precies in en wat voor invloed heeft het op je werk als je zelf ook een migratie-achtergrond hebt?

Tekst:
Paulien
Meijers

In 2004 kwam Hoinkis uit Brazilië naar Nederland voor de liefde. 'Gelukkig heb ik niet de angsten en onzekerheid ervaren van het vluchten en aanvragen van asiel. Wel kan ik me goed inleven in vragen over hoe het Nederlandse systeem is ingericht. Daarnaast merk ik dat asielzoekers zich sneller met mij kunnen identificeren dan met Nederlandse collega's. Door mijn donkere haren en getinte huid zien ze meteen dat ik "niet van hier" ben en voelen ze zich sneller op hun gemak. Wij Brazilianen krijgen in het buitenland regelmatig te horen: "Je ziet er niet uit als een Braziliaan." Dat Brazilianen zoveel verschillende gezichten hebben, betekent dus dat ze gemakkelijk geïdentificeerd kunnen worden als iemand uit Syrië of Turkije, maar ook Italië, Spanje, enzovoorts.'

Mini-GGD

Hoinkis is sociaal verpleegkundige Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) en gezondheidsbevorderaar binnen de asielzoekerscentra in Friesland. De PGA is een onderdeel van de GGD. 'We zijn in Nederland als PGA een soort mini-GGD binnen de AZC's', zegt Hoinkis.

'Ik kan me goed inleven in vragen over hoe het Nederlandse systeem is ingericht'

'In Friesland hebben we het goed voor elkaar. Waar in veel regio's de GGD-verpleegkundigen zelf hun weg binnen het AZC moeten vinden om bron- en contactonderzoek (bco) te doen, kan ik dat voor GGD Fryslân oppakken.'

Wat doet een sociaal verpleegkundige PGA?

Hoinkis is het aanspreekpunt voor asielzoekers voor alle afdelingen binnen GGD Fryslân behalve de jeugdgezondheidszorg. Voor de afdeling Infectieziektebestrijding doet ze bron- en contactonderzoek (bco) voor alle meldingsplichtige ziekten. Scabiës-uitbraken worden door Hoinkis gecoördineerd maar ook individuele casuïstiek wordt opgepakt. Zo doet ze bco bij mensen die besmet blijken te zijn met bijvoorbeeld (chronische) Hepatitis B.

Langdurige ondersteuning

De sociaal verpleegkundige PGA ondersteunt ook de afdeling Tuberculose-bestrijding (tbc). Het bco aldaar doen verpleegkundigen van het tbc-team zelf, de langdurige ondersteuning bij een behandeling ligt bij Hoinkis. Ook voor de Soa/Sense afdeling voert Hoinkis de gesprekken. Die gaan over het voorkomen van soa's maar ze kan ook AZC-bewoners verwijzen voor een soa-test. Voor de afdeling Technische Hygiënezorg (THZ), die in opdracht van gemeenten de kwaliteit van tattoo-, pierce- en permanente make-up-shops, schepen, kindercentra, prostitutiewerkplekken en asielzoekerscentra bewaken, biedt Hoinkis ondersteuning in de AZC's naar aanleiding van de inspectierapporten die THZ opstelt. De jeugdverpleegkundigen van de afdeling JGZ zijn vooral samenwerkingspartners van Hoinkis. Ze ontvangt van hen signalen over zorgelijke situaties of mogelijke informatiebehoefte. 'Ik heb meer tijd om advies over opvoeding te geven dan de jeugdverpleegkundigen tijdens het spreekuur.' Daarnaast is Hoinkis in AZC Burgum ook gezondheidsbevorderaar.

Hoinkis is, zo zegt ze, een soort 'schakel' voor vele afdelingen binnen de GGD; de afdelingen infectieziekten en tbc-bestrijding, seksuele gezondheid en technische hygiënezorg. Verder is ze ook nog gezondheidsbevorderaar. Kortom: Hoinkis doet werk waarin 'preventie'



voorop staat; signalen opvangen en die vertalen naar wat nodig is.

Als aanspreekpunt in de AZC's voelt Hoinkis zich ook verantwoordelijk voor iets anders dan het preventie-thema; 'Wij, mensen van het team PGA, maar ook medewerkers van het COA en de GZA, zijn de eerste mensen die een asielzoeker hier in Nederland ziet. Hoe mooi is het als je hierin openheid en diversiteit voorop kunt laten staan?' Hoinkis krijgt vragen als: 'Waarom kan ik niet zelf een afspraak maken bij de medisch specialist?' Maar ook: 'Hebben jullie (vrouwen) tijd om goed voor jullie man en kinderen te zorgen en tegelijkertijd te werken?' Hoinkis: 'Die vragen zie ik altijd als een leuke uitdaging. En als iemand negatief of boos reageert is dat eigenlijk nooit onverwacht voor mij. Het is, zo weet ik, vaak een frustratie over de inrichting van ons systeem, door de onbekendheid ermee en het grote verschil tussen culturen. Dat je hier bijvoorbeeld alleen maar paracetamol krijgt in plaats van meteen antibiotica. Ik ken dat gevoel! Het helpt dan ook dat ik daarover uitleg kan geven met mijn eigen ervaringen als basis.'

Andere prioriteiten

Hoinkis weet dat asielzoekers vanwege hun achtergrond vaak andere prioriteiten hebben dan de cliënten van de gewone GGD's. Zo doet ze bij een uitbraak van een infectieziekte bron- en contactonderzoek binnen de AZC's. Dat is soms lastig, legt Hoinkis uit. Want hoe onbelangrijk lijkt een afspraak met een tot dan toe onbekende GGD als je ook afspraken hebt met advocaten over je status? Terwijl er vaak wel een verhoogd risico op gezondheidsproblemen is en asielzoekers een lagere weerstand hebben door de reis die ze net gemaakt hebben. 'Toch heeft hun eigen gezondheid niet de prioriteit; wel de procedure. Als ik iemand voor het eerst spreek, begin ik ook vaak met uitleg over wat de GGD doet en wat ik dus wel en niet voor hen kan betekenen. Dan is de basis vast gelegd.'

Gezondheid bevorderen

Een bijzonder belangrijke taak is het bevorderen van de gezondheid van AZC-bewoners. Samen met andere gezondheidsbevorderaars geeft Hoinkis groepsvoorlichting over vooraf bepaalde thema's. Ook hier kijkt Hoinkis



Bea Hoinkis

vanwege haar achtergrond toch een beetje met andere ogen naar AZC-bewoners, zo denkt ze. In een groepsvoorlichting over voeding pakte ze het bijvoorbeeld eens heel anders aan. 'Wanneer ik door het AZC loop, ruik ik

'Hun eigen gezondheid heeft bij asielzoekers vaak geen prioriteit; wel de procedure'

om 11.00 uur al de heerlijke kruidige maaltijden die bereid worden. Ik mis het zelf ook nog vaak om uitgebreid te lunchen en vond het vreemd om brood te eten 's middags.' In de groepsvoorlichting legde ze dit uit maar ook waarom het in Nederland anders is. 'Als je een status krijgt en dan een baan, kun je 's middags niet lekker koken dus wordt van je verwacht dat je je eigen lunch meeneemt.'

Ook het onderwerp seksuele gezondheid is een onderwerp voor een groepsvoorlichting als dit nodig is. 'Dat is eigenlijk altijd maatwerk. Cultuursensitiviteit is van groot belang. Voor een groep Arabisch sprekende mannen neem ik een andere insteek dan voor een groep vrouwen uit Zuid-Amerika. Het is sowieso al lastig om over seks te praten, maar in sommige culturen rust er een nog grotere taboe op dan hier. Als ik voor een groep Arabisch sprekende mannen sta, willen ze soms niets over seks horen. Dan leg ik uit wat hun kinderen aan



Bio

Naam: Bea do Amaral Gurgel Hoinkis

Opleiding: Studeerde in Brazilië Rechten en werd advocaat. In Nederland deed ze de hbo-v

Werkgever: GGD Fryslân

Functie: Sociaal verpleegkundige Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers en Gezondheidsbevorderaar

Werkt samen met: Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA), Gemeenten en jeugdverpleegkundigen

seksuele voorlichting op school krijgen. En dan staan ze er vaak op een andere manier voor open.'

Los kunnen laten

Voorheen had Hoinkis, zo vertelt ze, het gevoel dat haar buitenlandse komaf een nadeel opleverde in de Nederlandse maatschappij. 'In Brazilië was ik advocaat. Door het andere systeem hier en door de aanvankelijke beperkingen wat betreft het communiceren in het Nederlands kon ik dat werk hier niet voortzetten.' Maar pas toen ze na haar opleiding tot verpleegkundige de arbeidsmarkt betrad kon ze, naar eigen zeggen 'de

vooroordelen van velen zien en voelen'. Al waren deze momenten gelukkig wel uitzonderingen. Bij de PGA is het, zo zegt ze, 'alsof ik die "negatieve invloeden" in mijn werk als sociaal verpleegkundige heb kunnen omzetten naar iets positiefs.' Hoinkis voelt zich bij de PGA als een vis in het water. Al is het soms ook zwaar: 'Ik hoor echt heel trieste verhalen. Trauma's, onzekerheid en verdriet. Om dit werk te kunnen doen moet je wel

'Om dit werk te kunnen doen moet je leren om goed los te kunnen laten'

leren om ook goed los te kunnen laten.' Muziek werkt in dit opzicht voor Hoinkis therapeutisch. 'Gelukkig zit ik vaak in de auto om door het prachtige Friesland van AZC naar AZC te rijden. Onderweg in de auto de muziek aan zorgt ervoor dat ik door kan blijven gaan.'

Wat verwacht je van 2021?

'Dat we kunnen terugkeren naar het "oude" normaal, met het coronavirus onder controle. En dat ik natuurlijk mag blijven werken met asielzoekers.' 🍷

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

We teach...



...een breed scala aan bij- en nascholing, veelal online: jaarlijks meer dan 30 nieuwe titels en 160 modules.

SIGNALLEN VAN AUTISME BIJ HET JONGE KIND HERKENNEN

29 januari 2021 (9.30-12.30 uur)

ZINDELIJKHEID

04 februari 2021 (13.30-16.30 uur)

STOPPEN MET ROKEN: TABAKSVERSLAVING

10 februari 2021

JE WERKDRUK DE BAAS!

11 februari 2021

CULTURELE DIVERSITEIT IN DE GEZONDHEIDSZORG

11 februari en 11 maart 2021

VERPLEEGKUNDIGEN MAKEN KENNIS MET DE JGZ

4 en 18 maart, 1, 15 en 29 april 2021

BASISDATASET JGZ: BETERE REGISTRATIE VOOR BETERE ZORG

8 maart 2021 (9.30-12.30 uur)

KOPP- KVO- EN KVBO- KINDEREN IN DE JGZ

12 maart 2021 (9.30-12.30 uur)

TERUGKOMDAG VOOR VAN WIECHEN INSTRUCTEURS

24 maart 2021

COMMUNICEREN MET PUBERS

19 mei 2021



Bekijk onze actuele bij- en nascholingskalender op www.nspoh.nl



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.

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 zorg-professionals in de (thuis)zorg: www.captise.nl.

Toolbox dementie en hun naasten

Met de toolbox 'Samen beslissen' kunnen professionals in zorg en welzijn mensen met dementie helpen keuzes te maken en beslissingen te nemen die het beste bij hen passen. Hierbij is o.a. aandacht voor gespreksmodellen die helpen het gesprek te voeren, tips en materialen om te communiceren met mensen met dementie en hun naasten etc.

Toolbox samen beslissen met mensen met dementie en hun naasten / Dementiezorg voor elkaar, 2020 te downloaden via www.dementiezorgvoorelkaar.nl

Zingeving: zo ondersteun je ouderen

In deze corona pandemie zijn ouderen de belangrijkste risicogroep. Ouderen blijven meer binnen, krijgen minder bezoek en ook activiteiten buitenshuis zijn vaak afgelast. Soms zijn medewerkers van de thuiszorg de enige personen die nog in huis komen bij ouderen. Hierbij enige tips wat je kan doen om betekenisvol te zijn.

Zingeving: zo ondersteun je ouderen om ook nu een zinvolle dag te beleven: Lessen uit onderzoek Betekenisvol Leven in de Buurt/ Hogeschool Rotterdam Kenniscentrum Zorg-innovatie, 2020 te downloaden via www.hogeschoolrotterdam.nl

Versterken van eigen kracht: van ouders en jeugdigen

Uitgaan van de eigen kracht van ouders en jeugdigen is één van de transformatiedoelen uit de Jeugdwet. Het is vaak een belangrijk doel van de jeugdhulp. Deze handreiking reikt hier handvatten voor aan. Omschreven staat wat eigen kracht is, wat je ervoor nodig hebt, en wat je erbij kan gebruiken. Je vindt verwijzingen naar bruikbare instrumenten, en ook naar reflectietools om te meten hoe ver je al bent omtrent dit thema.

Versterken van eigen kracht: van ouders en jeugdigen / Ketja, 2020 te downloaden via www.neja.nl

Meer wijk in de minor

Met de invoering van het nieuwe curriculum *Bachelor of Nursing 2020* is de afstudeerrichting MGZ verdwenen. Op diverse hogescholen zijn echter wel minoren die zich richten op het beroep van wijkverpleegkundige, zoals op de Hogeschool Rotterdam en Omstreken (de HRO). Docenten Paulien van Antwerpen en Pia Helder zijn beide nauw betrokken bij de minor *Wijkverpleegkundige in de gezonde stad* die aan 4e jaars hbo-v-studenten aldaar wordt aangeboden. Zij vertellen over de ins en outs.

Tekst:
Huub Sibbing

Docent Pia Helder is de oudgediende van de twee. Van de jaren tachtig van de vorige eeuw tot 2008 was zij werkzaam als wijkverpleegkundige en daarna als opleidingsfunctionaris binnen de wijkverpleging. Sinds 2008 is zij als docent verbonden aan de HRO. Van Antwerpen is de 'jonge hond' van de twee. Sinds 2011 werkte zij als wijkverpleegkundige, vanaf 2016 was ze tevens docent aan de HRO. Sinds 2019 is ze enkel nog docent.

Helder studeerde tevens Onderwijskunde en volgde de master Innovatie. Daardoor merkte ze hoe belangrijke de initiële opleiding tot verpleegkundige is. 'Die bepaalt namelijk welke bagage studenten in de opleiding meekrijgen, met wat voor beeld ze de praktijk inkomen en of ze een idee hebben van hoe veelzijdig, uitdagend en breed het werk van een wijkverpleegkundige is.' Doordat Van Antwerpen op haar beurt verplegingswetenschappen studeerde, weet ze hoe belangrijk het

'Bij de meeste studenten gaan de ogen echt open'

verpleegkundig proces, klinisch redeneren en de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen is. Anno 2020 zijn er geen afstudeerrichtingen MGZ meer, maar wordt er generiek opgeleid. Toch, zo vinden beide, blijft aandacht voor de rol van wijkverpleegkundige heel erg noodzakelijk. Van Antwerpen: 'Als je naar alle ontwikkelingen kijkt, heeft de wijk de toekomst.'

Weinig wijk

Beiden zien hun beeld van de wijkverpleegkundige 'met een brede blik en invullingen van alle ondersteunende rollen' niet altijd genoeg terugkomen in het basisprogramma van de hbo-v. De wijk komt te weinig tot zijn recht in het curriculum. Helder wijt dit onder andere aan de historie van de opleiding. 'Van oudsher zijn we meer intramuraal georiënteerd, mede door onze "grote buurman" het Erasmus Medisch Centrum. Ook speelt de docentpopulatie een grote rol. Veel docenten hebben geen wijkverpleegkundige achtergrond en hebben nog

een beperkt beeld van de wijkverpleegkundige: dat is bovenal lichamelijke verzorging en steunkousen aantrekken. En als studenten dan stage gaan lopen concentreert die stage zich vooral op de rol van zorgverlener. Aan de brede invulling van de ondersteunende rollen (gezondheidsbevorderaar, samenwerkingspartner, organisator) wordt onvoldoende aandacht besteed. Dat proberen wij in de minor wel te doen.'

De docenten willen graag dat studenten opgeleid worden tot startbekwame wijkverpleegkundigen met oog voor verpleegkundig leiderschap in de wijk, verbinder in de wijk met oog voor indiceren binnen de context van de wijk en mede gerichte op een brede wijkgerichte benadering van preventie. Van Antwerpen: 'Dat betekent dat ook ondersteunende rollen zoals de samenwerkingspartner veel breder worden ingevuld: niet alleen samenwerken met professionals *binnen* de zorg maar ook met professionals *buiten* de zorg, zoals de wijkagent, het sociale domein en woningbouwcorporaties.'

Meer wijk

Beiden, elkaar over en weer aanvullend: 'De minor is gericht op studenten uit het vierde jaar van de hbo-v, de afstudeerfase, en duurt een half jaar. De afgelopen jaren kozen gemiddeld zo'n 60-70 studenten voor de minor. In de eerste jaren dat de minor draaide lag de nadruk nog op de zorgverlening aan het individu en het indiceren.'



Paulien van Antwerpen

Gaandeweg hebben we de verbrede en wijkgerichte preventie als tweede pijler ingevoegd.' Gedurende hun minor zijn studenten bezig met twee centrale opdrachten: Zich bekwamen in indicatiestelling en het maken van een wijkscan, een wijkdiagnose en een preventieplan voor hun wijk. Elke groep heeft een eigen wijk toegewezen en alle opdrachten koppelen ze aan die wijk. Bij de indicatiestelling leren de studenten hoe belangrijk het is om naar de hele omgeving van de cliënt te kijken. Er komt zo veel kijken bij het klinisch redeneren, legt Van Antwerpen uit. 'De omgeving, de sociale situatie, financiën et cetera. Om een goed totaal overzicht van de cliënt te krijgen op het verpleegkundig domein is het jouw taak als wijkverpleegkundige om hierin een overzicht te creëren zodat zorg en welzijn bij elkaar komen. Een wijkanalyse met de wijkOPSE, een methode om een wijkanalyse te maken, ontwikkeld door onze lector Wijkzorg, kan hierbij helpen. Alles zo goed mogelijk onderbouwen is hierbij uiteraard een must. De stappen van het verpleegkundig proces zijn uiteraard de basis.'

Ken je wijk

Aan bod komen ook onderwerpen als breed naar preventie kijken, verwarde mensen in de wijk, verslavingsproblematiek in de wijk, palliatieve zorg en thuiszorgtechnologie. Plus 'Ken je wijk', over hoe je een wijkdiagnose maakt. Daarbij leren studenten een wijk echt van binnenuit te kennen. Ze struinen door de wijk, praten met buurtbewoners, gaan wat drinken in een bar of buurtcafé, bezoeken koffieochtenden of inloopspreekuren en praten met bewoners. Van Antwerpen: 'Een groepje studenten had de buurt 's middags geobserveerd. De studenten waren voornamelijk gezinnen met jonge kinderen tegengekomen. Toen kwamen ze zelf op het idee om ook eens 's morgensvroeg te gaan kijken of juist in het weekend. Omdat ze dan misschien heel andere groepen tegen zouden komen zoals werkenden of jongeren. Tevens gingen ze zelf op zoek naar andere ontmoetingsplekken. Dat ze daar zelf opkomen, daar geniet ik van.'

Helder: 'Vroeger kregen we onderzoeksvragen aange-reikt vanuit een Kenniscentrum. Nu werken ze vanuit de behoeften van professionals in de wijk, zoals een huisarts. Die wil echt met de resultaten aan de gang, dat is een groot voordeel.' Van Antwerpen vult aan: 'Tegenwoordig formuleren studenten ook zelf onderzoeksvragen die voortkomen uit hun eigen wijkdiagnose. Dat stimuleert hun onderzoekend vermogen enorm. Ze komen soms ook met innovatieve ideeën waar je in eerste instantie niet aan zou denken. Zo kwam een projectgroep op basis van hun wijkdiagnose tot het aanpakken van laaggeletterdheid. De studenten zochten daarbij samenwerking met het onderwijs. Een andere



groep richt zich niet op het trendy overgewicht, maar juist op ondergewicht onder het motto "ondergewicht is onderbelicht." Weer anderen gingen aan de slag met eenzaamheid en verwarde mensen in de wijk.'

Tevreden studenten

'Bij de meeste studenten gaan de ogen echt open', zeggen de twee docenten. 'Ze zien ineens hoe belangrijk het werk van wijkverpleegkundige is en hoe breed het beroep. Ze ervaren hoe aan hun creativiteit en onderzoekend vermogen geappelleerd wordt. Reacties als "goh, kun je dit ook met je opleiding doen" en "ik zie de ondersteunende rollen nu veel breder" zijn niet van de lucht.'

'Tegenwoordig formuleren studenten zelf onderzoeksvragen die voortkomen uit hun eigen wijkdiagnose'

De docenten zijn trots op hun studenten. Helder: 'Wat mij erg bijgebleven is dat we bij een presentatie van studenten over verslavingsproblematiek in de wijk, waarbij naast studenten waren ook een wijkagent en ervaringsdeskundigen aanwezig waren, onze directeur hadden uitgenodigd. Hij gaf aan maar kort te kunnen blijven, maximaal een half uur. Hij bleef echter een vol uur, toen moest hij echt weg. Hij vond het geweldig. Toen voelde ik me echt gewaardeerd.'

Ze menen beiden dan ook dat hun studenten voldoen aan de vereisten van het herziene expertisegeried wijkverpleging van 2019. Dus, zijn het startbekwame wijkverpleegkundigen?

Uit beide monden klinkt een volmondig en welgemeend 'Ja', maar wel met de toevoeging: 'Alleen als ze deze minor gevolgd hebben, anders niet.' ☺

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

Nieuwe voorzitter voor Vakgroep tuberculose

Sinds juli 2020 is Geraldine ter Linde voorzitter van de Vakgroep tuberculose. Zij nam het voorzitterschap over van Alies de With, die zes jaar voorzitter is geweest en die met haar kennis en ervaring de vakgroep veel bracht. Alies blijft werkzaam in de tuberculosebestrijding bij GGD Flevoland. Geraldine ter Linde is verpleegkundige en werkzaam bij zowel GGD Amsterdam als GGD Kennemerland. Tuberculosebestrijding in Nederland is aan het veranderen. De afnemende patiënten aantallen vragen om een andere organisatie van zorg. Om voldoende expertise te behouden investeerde de vakgroep de laatste 3 jaar onder meer in kwaliteitsborging bij verpleegkundigen werkzaam in de tuberculosebestrijding. De kwaliteitsnormering voor verpleegkundigen wordt herzien en volgt in 2021. Kijk voor meer informatie op de site van de afdeling, bij tbc-verpleegkundigen. Ook werkt de vakgroep mee aan de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard van het ZonMw project 'Verpleegkundige zorg bij behandeling en begeleiding van tuberculose en tuberculose-infectie'. En is er goed contact met samenwerkingspartners als de Vereniging voor Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding (VvAwT), het KNCV Tuberculosefonds, het RIVM en GGD GHOR Nederland. Daarnaast verkent de vakgroep de mogelijkheden tot kennisuitwisseling met verpleegkundige partners van andere Europese landen. Op internationaal niveau leverde de vakgroep in 2018 en 2020 een bijdrage aan een congres van The Union. Kortom: de Vakgroep tuberculose blijft in beweging! En heeft opnieuw een enthousiaste voorzitter. 🌱



Save the date!

Op 11 januari 2021 vindt de Algemene Ledenvergadering (ALV) van V&VN M&G plaats. Deze vergadering zal online zijn. Extra info volgt, maar houd je agenda vrij en de website van V&VN M&G in de gaten! 🌱

Resultaten vragenlijst Ambassadeurs wijkverpleging

In oktober en november zette de Vakgroep wijkverpleegkundigen een vragenlijst uit onder de Ambassadeurs wijkverpleging die in de afgelopen zeven jaar het Ambassadeurstraject volgden. De vragenlijst ging over de wijze waarop Ambassadeurs nu en in de toekomst betrokken wilden zijn en een bijdrage wilden leveren aan de activiteiten van de vakgroep.

Van de 94 benaderde Ambassadeurs reageerden 39 mensen (42 procent). Dat is hoog gezien het feit dat meer dan 20 Ambassadeurs inmiddels niet meer werkzaam zijn als wijkverpleegkundige. Van deze 39 gaven 33 (85 procent) aan hun verworven expertise te willen delen in, of in nauwe samenwerking met de Vakgroep. Verheugend was dat die betrokkenheid zich uitstrekte over het brede terrein waarmee de vakgroep zich in 2021 wil bezig houden. Uitschieters waren 'indicatiestelling en het verkleinen van de praktijkvariantie' (18), door middel van 'intervisie en intercollegiale toetsing' (16), het 'doorontwikkelen van wijkgerichte preventie' (17) en het 'meedenken in het NZA-project over de toekomstige bekostiging van de wijkverpleging' (16).

Daarnaast was er interesse om mee te denken aan de verdere ontwikkeling van het Kwaliteitskader wijkverpleging (9) en de Kennisagenda wijkverpleging (11) evenals over uitkomstindicatoren wijkverpleging (7) en de verdere ontwikkeling van richtlijnen en protocollen in de wijkverpleging (8). Tenslotte wilden acht Ambassadeurs meedenken over de implementatie van het in 2019 herziene Expertisegebied wijkverpleging. Ambassadeurs gaven tevens aan expertise te hebben ontwikkeld op terreinen als onderwijs en stages in de wijkverpleging, zorgspecifieke aspecten (bijvoorbeeld palliatieve zorg, zorgtechnologie en technische thuiszorg) et cetera. Kortom: een enorm potentieel om de activiteiten van de Vakgroep en het bureau te ondersteunen en te versterken. 🌱

Nieuwe voorzitter Vakgroep wijkverpleegkundigen

Marjolein Zilverentant was ruim twee jaar voorzitter van de Vakgroep wijkverpleegkundigen. Na haar vertrek namen Betty Ouwendijk, Olga van der Poel, Froukje van der Honing en Rieke van de Wetering roulerend het voorzitterschap waar. Zij droegen onlangs het voorzitterschap van V&VN Vakgroep wijkverpleegkundigen officieel over aan een wijkverpleegkundige in hart en nieren: Rieke van de Wetering, die tevens docent is en zeer gemotiveerd om nieuwe professionals op te leiden. Marjolein Zilverentant vervulde het voorzitterschap met veel enthousiasme en gedrevenheid. We willen haar daarvoor vanaf deze plaats heel hartelijk bedanken. Ook veel dank aan Betty, Olga en Froukje die Rieke het afgelopen jaar met veel enthousiasme en betrokkenheid ondersteunden. Zij blijven betrokken bij het bestuur van V&VN Vakgroep wijkverpleegkundigen. De vakgroep is blij met de nieuwe voorzitter en wenst Rieke van de Wetering veel succes. 📧



Toekomstkeuzes Vakgroep wijkverpleegkundigen

Deze herfst kwam de Vakgroep wijkverpleging digitaal bij elkaar om de toekomstige positie en structuur uit te werken. Allereerst werd stilgestaan bij de vraag of de Vakgroep er is voor iedereen die werkzaam is in de wijkverpleging, dus ook verzorgenden en verpleegkundigen in de wijk, of alleen voor wijkverpleegkundigen. De conclusie was 'ja', mits er nauw samengewerkt wordt met alle andere beroepsgenoten die in de wijkverpleging werken. De Vakgroep wil graag (interdisciplinair) samenwerken omdat de leden geloven dat goede samenwerking met de andere beroepsgenoten de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening ten goede komt en dit een positieve uitstraling heeft op het hele team.

De volgende vraag was: is de Vakgroep er voor alle wijkverpleegkundigen in Nederland, ook degenen die geen lid zijn van de Afdeling M&G of zelfs geen lid zijn van V&VN. De conclusie is 'ja', maar de leden realiseren zich tegelijkertijd dat er geen rechtstreekse toegang is tot alle wijkverpleegkundigen. Dat hebben de actieve wijkverpleegkundigen die lid zijn van de Afdeling M&G wel, zoals de Ambassadeurs en degenen die de regio-bijeenkomsten bezoeken. Dat zijn immers hun collega's die in hun eigen organisaties werkzaam zijn.

Hoe nu verder?

De Vakgroep gaat werken met een 4-trapsmodel.

- De Vakgroep met maximaal 13-15 leden gaat werken met portefeuillehouders. Elke lid van de Vakgroep is aanspreekpunt voor een van de beleidsonderdelen waaraan de Vakgroep de komende jaren aan gaat werken.
- Rond zulke onderdelen worden werkgroepen gevormd van actieve leden. De uitslag van het onderzoek onder de Ambassadeurs wijkverpleging geeft een positieve verwach-

ting dat die werkgroepen voldoende gevuld kunnen worden. Andere actieve leden kunnen geworven worden middels de Nieuwsbrief van de Afdeling M&G. In die werkgroepen gaat het echte werk gebeuren zoals het meewerken aan de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen, het meedenken over de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging, het meedenken over het terugdringen van de registratielast et cetera. Het grote voordeel is dat alles wat er op de Vakgroep afkomt, vaak via het bureau, direct doorgeleid wordt naar de betreffende werkgroep en daarmee de Vakgroep ontlast.

- De regiobijeenkomsten, waarin Vakgroepsleden en/of ambassadeurs een trekkende rol vervullen, zijn een cruciaal contactpunt met onze achterban. Daarin komen wijkverpleegkundigen in hun regio bij elkaar, bespreken lopende zaken, knelpunten en nieuwe inzichten en ontwikkelingen die zorgen voor een 'proces van halen en brengen'. De Vakgroep krijgt via deze regiobijeenkomsten input wat er leeft onder wijkverpleegkundigen in het land en andersom krijgen de aanwezigen binnen de regiobijeenkomsten input om met hun collega's in hun eigen organisatie te bespreken en daar draagvlak voor te verwerven.
- Alle signalen vanuit de werkgroepen en de regiobijeenkomsten komen via de contactpersonen en portefeuillehouders weer terug bij de Vakgroep die de signalen uitwisselt, weegt en eventueel nieuwe inzichten formuleert ('kruisbestuiving') die weer richting geven aan het vervolg. En daarmee komt de Vakgroep toe aan waar ze er eigenlijk voor is: besturen. Niet alles zelf doen maar ervoor zorgen dat actieve leden in de werkgroepen en regiobijeenkomsten ondersteund worden en nieuwe inzichten formuleren. 📧

Ledenraadslid van V&VN, Petra Feenstra:

‘Saai is het zeker niet!’

Petra Feenstra is wijkverpleegkundige bij Evean, kerngroeplid bij het Nederlands Wijkverpleegkundige Genootschap (NWG) en Ambassadeur voor de Wijkverpleging. Sinds september dit jaar mag ze daar ‘ledenraadslid van V&VN’ aan toevoegen. Dat klinkt wat stoffig. Maar is het dat ook? We vragen het haar zelf.

Tekst:
Valerie
Schipper

Waarom heb je je kandidaat gesteld voor de ledenraad?

‘Omdat ik vind dat er in de ledenraad een stem moet zijn voor de wijkverpleegkundige. Ik ben van mening dat als je denkt dat er dingen anders moeten, je ook zelf actief moet ondernemen. In de ledenraad kan ik mijn stem als wijkverpleegkundige laten horen.’

Was je blij toen je verkozen werd?

‘Ik was op een preventiecongres toen V&VN belde. Ik was een van de acht gekozen leden uit de achttien die zich verkiesbaar hadden gesteld. Ik was enorm verbaasd! Maar tegelijkertijd ook heel blij natuurlijk; dat de leden van V&VN op mij hebben gestemd en daarmee het vertrouwen in mij hebben.’

Wat doet de ledenraad?

‘Op dit moment zijn wij vooral bezig met hoe we beter onze leden met elkaar kunnen verbinden, laten participeren in de vereniging en boven alles hoe we de verschillende stemmen goed kunnen vertegenwoordigen. We willen heel graag samen toewerken naar een vereniging nieuwe stijl.’

Wat is de meerwaarde van een wijkverpleegkundige in de ledenraad?

‘Uiteraard ben ik de stem voor de gehele beroepsgroep maar vooral voor de wijkverpleging. De positie van de wijkverpleegkundige is actueel. Het is belangrijk dat wij zelf laten horen hoe ons beroep zich ontwikkelt. Bijvoor-

nog een collega wijkverpleegkundige en collega’s van V&VN ben ik met medewerkers van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) in gesprek hierover.’

Heeft het opleidingstraject Ambassadeur-schap voor de Wijkverpleegkundigen van V&VN M&G je geholpen om je verkiesbaar te stellen? En te groeien in je rol?

‘Dat heeft mij zeker geholpen. En dan vooral om mijn stem te gebruiken. Ook heeft het mij meer inzicht in mezelf gegeven. Dat je kleine successen ook moet vieren bijvoorbeeld. Een zo’n succesje is bijvoorbeeld dat er tegenwoordig meer aandacht is voor preventie in de wijk. Jaren geleden werd er nog minimaal gesproken over preventie in de wijk. Nu komt het steeds meer naar voren en wordt het ook genoemd in het Expertisegebied wijkverpleging.’

Wat hebben wijkverpleegkundigen eraan dat jij in de ledenraad zit?

‘V&VN werft op dit moment een nieuw bestuur. Wat ik de afgelopen twee maanden heb kunnen doen is als lid van een klankbordgroep fungeren bij de gesprekken met de kandidaat-bestuursleden. De klankbordgroep bestaat uit twee leden uit de Ondernemingsraad (OR), twee leden uit de ledenraad en twee verzorgenden van het platform van verzorgenden. We hebben advies uitgebracht aan de kandidaatstelling-commissie (vier leden uit de ledenraad samen met het bestuur) namens de klankbordgroep. De kandidaatstelling-commissie geeft advies aan de ledenraad. Ik probeer de wijkverpleegkundigen zo goed mogelijk te vertegenwoordigen. En probeer benaderbaar te zijn.’

Je wilt een brug zijn tussen het verenigingsbestuur en de werkvloer. Hoe doe je dat?

‘Door mijn kennis, kunde en ervaring in te zetten. Ook wil ik korte lijnen hebben met de Vakgroep wijkverpleging, overige afdelingen en vakgroepen binnen V&VN. Ik ben er voor iedereen en wil niemand uitsluiten.’

‘We willen graag samen toewerken naar een vereniging nieuwe stijl’

beeld als het gaat over het MultiDisciplinaire Overleg (MDO), (waarbij de tijd die je daar als zorgverlener aan besteed niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vindt dit overlegtijd en geen cliënttijd, terwijl je het wel over een cliënt gaat. Red.) Samen met

Hoe ga je je achterban informeren en contact houden?

'Via de mail van de ledenraad en via mijn LinkedIn. De komende tijd gaan we met de ledenraad kijken hoe we dit kunnen intensiveren en verbeteren. Zodat we meer leden kunnen bereiken. En de leden ons natuurlijk.'

Hoe kijk je wat er leeft onder de wijkverpleegkundigen? Heb je contact met ze?

'Uit eigen ervaring en mijn deelname aan het Nederlands Wijkverpleegkundige Genootschap (NWG). Daar haal ik ook veel informatie vandaan. Als Ambassadeur heb ik een behoorlijk netwerk opgebouwd. Daar zal ik ook gebruik van maken als ledenraadslid.' Wat er nu leeft onder de wijkverpleegkundige is bijvoorbeeld de druk in de wijk tijdens deze covid-periode. Er gaat veel aandacht uit naar het ziekenhuis en in verhouding weinig naar de wijkverpleging. In het NWG en bij V&VN heb ik hier aandacht voor gevraagd en maak ik dit bespreekbaar. Ook laat ik bijvoorbeeld via twitter weten wanneer er bij een talkshow gesproken wordt over de wijkverpleegkundige zonder dat er een wijkverpleegkundige aan tafel zit om mee te praten.'

Wat wil jij zeker gaan inbrengen in de raad?

'Wat ik zeker in de gaten ga houden is of de leden zich gehoord voelen, of het bestuur zich houdt aan de afspraken die gemaakt worden en hoe de afdelingen en platformen zich verhouden tot elkaar in de Vereniging Nieuwe Style.'

Wat vind je zo leuk aan de deelname in de ledenraad? Is het niet saai?

'De ledenraad is zeker niet saai en stoffig. Het is leuk om kritisch mee te denken over hoe wij het beste een sterke vereniging kunnen zijn. Om dit te bereiken gaat de

Wat is de ledenraad van V&VN?

De ledenraad bestaat 4,5 jaar en houdt toezicht op de centrale beleidsvorming. De raad is daarmee het hoogste orgaan binnen V&VN. De 21 ledenraadsleden zitten in de raad op persoonlijke titel. Voorheen was dit als afvaardiging van een afdeling of platform. De ledenraad geeft het verenigingsbestuur richting in het uitzetten en uitvoeren van de strategie van V&VN en vormt dus een brug tussen de wensen van de leden en de uitvoering daarvan door het bestuur. Mocht je vragen of ideeën hebben, de ledenraad is te benaderen via het e-mailadres: ledenraad@venvn.nl.



Petra Feenstra

ledenraad werken met verschillende commissies en dat vind ik leerzaam en leuk. Zo is er bijvoorbeeld commissie informatievoorziening (hoe kunnen we transparanter en toegankelijker worden?), een commissie scholing ledenraad (wat hebben wij als ledenraad voor competenties nodig om onze functie zo goed mogelijk uit kunnen voeren?), een financiële commissie (daarin bekijken we de begroting en onder meer de jaarrekening en geven we advies) enzovoorts. Dus nee, het is niet saai.'

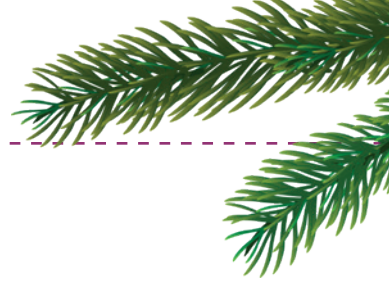
Wat zijn jouw uitdagingen voor 2021?

'In gesprekken met andere wijkverpleegkundigen maar ook via sociale media kwam naar voren dat leden zich ongehoord voelen. Een van mijn uitdagingen wordt dan ook meer de verbinding zoeken met leden. Ook voor de

'Het is leuk om kritisch mee te denken over hoe we het beste een sterke vereniging kunnen zijn'

volgende verkiezingen zou ik graag de nieuwe kandidaten meer inhoudelijk ondersteunen. Bijvoorbeeld bij het stukje dat je moet aanleveren voor de verkiezingen. Hoe schrijf je zo'n stukje? Hier wil ik graag de nieuwe kandidaten bij begeleiden. Op deze manier wil ik mij inzetten voor de persoonlijke ontwikkeling van verpleegkundigen en van het beroep.' [B](#)

Valerie Schipper is wijkverpleegkundige en dementieverpleegkundige bij Zorggroep Meander. Ambassadeur voor de wijkverpleging bij V&VN. Kerngroep lid bij het NWG en redacteur van Tijdschrift M&G



Het Ottawa-Charter

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 Ottawa-charter.

Tekst: Huub Sibbing

Het Ottawa-Charter (Ottawa-handvest) is de naam van een internationale overeenkomst die is ondertekend tijdens de eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering, georganiseerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in Ottawa, Canada, in november 1986. Het lanceerde een reeks acties van internationale organisaties, nationale regeringen en lokale gemeenschappen om het doel van *Health For All* vanaf het jaar 2000 te bereiken via een betere gezondheidsbevordering.

Wat eraan vooraf ging

Het begon in 1977, toen de WHO in Alma Ata in de voormalige Sovjet-Unie, nu Kazachstan, haar ambitieuze *Health for All in 2000* (HFA)-programma presenteerde. Kern daarvan was dat elk WHO-lid een programma moest ontwikkelen, met als doel een aantoonbare verbetering van de gezondheidstoestand in 2000, de zogenaamde 'gezondheidswinst'.

De WHO gaf aan de lidstaten twee hulpmiddelen mee:

1. Het Health Fields Model, in Nederland bekend als het model van Lalonde

Dit model benadrukt dat gezondheid door een veelheid van factoren, de zogenaamde determinanten, wordt beïnvloedt. (Meer over dit model in ons tijdschrift 2018-3)

2. Het Primary Health Care-(PHC)-concept

Het PHC-concept werd als beslissend voor het realiseren van de doelstellingen van het HFA-programma beschouwd. Het is een mengeling van een filosofie en een strategie:

- filosofie: Het PHC-concept gaat uit van essentiële waarden als rechtvaardigheid, gelijkheid en solidariteit
- strategie: Het PHC-concept bevat een aantal strategische concepten die bepalend zijn of de doelstellingen daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden.

Kenmerkende onderdelen van het PHC-concept zijn:

- recht op zorg die aansluit bij zorgbehoeften

Iedere wereldburger heeft recht op noodzakelijke zorg, ongeacht ras, geslacht, religie. In eerste instantie lijkt dit vooral op te gaan voor ontwikkelingslanden, maar naarmate de zorg duurder wordt, de wachtlijsten toenemen, de eigen bijdragen stijgen dreigt ook in Nederland een tweedeling te ontstaan die ertoe kan leiden dat niet voor iedereen het recht op zorg automatisch verzekerd is.

Het tweede gedeelte is zo mogelijk nog belangrijker: 'Zorg die aansluit bij de zorgbehoeften'. Er bestaan grote verschillen in de zorgbehoeften. Het zorgaanbod dient daar op aan te sluiten.

Toegankelijke zorg

Maar als die zorg is afgestemd op de zorgbehoeften ben je er nog niet. De zorg moet ook daadwerkelijk toegankelijk en bereikbaar zijn voor de doelgroep.

Het gaat hierbij om:

- financiële toegankelijkheid: betaalbaarheid
- fysieke en geografische bereikbaarheid. Zijn bijvoorbeeld voorzieningen decentraal georganiseerd of wordt gewerkt vanuit één gebouw, ver weg van de doelgroep
- procedurele toegankelijkheid en laagdrempeligheid: Kan de cliënt makkelijk terecht of moet hij of zij zich eerst door een woud van procedures heen worstelen om de gewenste zorg te krijgen?
- culturele toegankelijkheid: dit wordt verder uitgewerkt in het volgende aandachtspunt.

Aansluiten bij leefwereld

Gezondheidszorgwerkers zijn vaak geneigd om te denken vanuit hun eigen professionele referentiekader en vanuit het referentiekader van hun organisatie. Ze vinden dat mensen ongezond gedrag dienen te vermijden, de adviezen van de arts of verpleegkundige op te volgen. Vaak resulteert dit in de veronderstelling dat voorlichting vooral neerkomt op kennisoverdracht: 'Als ze snappen dat iets ongezond is zullen ze het voortaan wel laten'. Maar doelgroepen handelen vaak vanuit andere motieven en andere afwegingen van belangen. Pas als de doelgroep vanuit het eigen referentiekader, vanuit de eigen leefwereld, het belang inziet van de waarde van adviezen, voorlichting en interventies zullen mensen gemotiveerd zijn om daaraan mee te werken.

Actieve betrokkenheid van de doelgroep

Hoe meer de doelgroep zelf betrokken is, des te groter is de kans dat de leden ervan gemotiveerd zijn een actieve

5 actiegebieden Ottawa-handvest

In het handvest werden vijf actiegebieden voor gezondheidsbevordering geïdentificeerd

1. Bouwen aan een gezond openbaar beleid

Hiermee wordt bedoeld dat we in alle aspecten van het overheidsbeleid de positieve of juist negatieve gevolgen voor gezondheid meenemen: *Health in all policies*. Denk bijvoorbeeld aan de discussie over de uitbouw of juist het verkleinen van Schiphol of het nieuwe vliegveld Lelystad. Van oudsher keken we vooral naar de economische effecten. Maar moeten we effecten op het milieu en de gevolgen voor omwonenden (geluidsoverlast) ook niet mee laten spelen?

2. Ondersteunende omgevingen creëren

Ofwel: Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de omgeving waarin burgers wonen, leven en werken bijdragen aan hun gezondheid.

3. Empowerment

Versterk lokale initiatieven van bewoners. Geef ruimte aan bottom-up-projecten waarin buurtbewoners mee kunnen denken en mee kunnen beslissen over de inrichting en ontwikkeling van hun wijk.

4. Persoonlijke vaardigheden ontwikkelen

Wij gaan er wel van uit dat mensen eigen verant-

woordelijkheid moeten dragen en appelleren daaraan met concepten als zelfregie en zelfmanagement, maar niet iedereen heeft vooraan gestaan toen Onze Lieve Heer dit soort competenties uitdeelde. Laaggeletterdheid bijvoorbeeld maakt het voor circa 2,5 Nederlanders steeds moeilijker om hun weg te vinden in een steeds complexere en digitale samenleving.

5. Heroriëntering van de gezondheidszorg

De gezondheidszorg is nog steeds met name gericht op de cure, op het genezen, op de ziekenhuizen. We moeten het hele gezondheidszorg systeem eigenlijk kantelen: Beginnen met hoe we mensen gezond kunnen houden. De afdeling M&G heeft dat ook als basis genomen voor haar visie: Van ZZ via GG naar MM (zie tijdschrift 2016 nummer 3).

Actueler dan ooit

Ook al zijn ze bijna 35 jaar geleden geformuleerd, de uitgangspunten en wijze lessen van het Ottawa-charter zijn actueler en belangrijker dan ooit. Evenals de rol van M&G-verpleegkundigen. Toen in de jaren tachtig aan WHO-directeur Halfdan Mahler werd gevraagd wat de succesfactor voor het slagen van het PHC-concept was, antwoordde hij: *Nurses lead us the way*. Parafrazerend kan ik stellen: M&G-verpleegkundigen: leidt ons de weg.

bijdrage te leveren en mee te werken. Het betekent ook dat je doelgroep actief zult moeten opzoeken en niet kunt afwachten tot ze naar je toe komen; 'outreaching werken' dus.

Werken met 'intermediarieren'

Hoe sla je nou de brug naar die ander die zich zo radicaal anders gedraagt dan je zou willen, en ieder kent wel de voorbeelden: De jongere die zich elk weekend klem zuipt, de werknemer die alle veiligheidsmaatregelen aan zijn laars lapt. Om de brug te slaan naar de doelgroep zijn intermediarieren vaak onontbeerlijk; mensen die de leefwereld van de doelgroep van binnenuit kennen maar met hun andere been in 'jouw' samenleving staan. Denk aan de conciërge van de scholengemeenschap, huismeesters van woningbouwcorporaties, bewoners die actief zijn in bewonersorganisaties.

Aan de slag

Met het model van Lalonde en het PHC-concept in de hand gingen de landen die aangesloten waren bij de WHO aan de slag. In Nederland leidde dat tot het verschijnen van de Nota 2000 in 1986 die de start vormde voor een samenhangend preventiebeleid en het verschijnen van de preventiecyclus. Na tien jaar werden de wereldwijde lessen verzameld, geanalyseerd en geordend. De conclusies van die wereldwijde ervaringen met het werken aan gezondheidsbeleid vormden in 1987 de basis voor het Ottawa-charter. ☞

Dit is het laatste artikel in de rubriek *De Klepel en de klok*

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

NUTRILON

MET PRONUTRA™ ADVANCE FORMULE

ONDERSTEUNT HET IMMUUNSISTEEM VANUIT DE DARM¹⁻⁹

Met
Human Milk
Oligosaccharides
HMO 3'GL



**DARMMICROBIOTA
MEER GELIJK AAN
DAT VAN BORST-
GEVOEDE BABY'S^{10,11}**



**BESCHERMEND
EFFECT OP DE
DARMBARRIÈRE^{1,12}**



**VEILIG, WORDT GOED
VERDRAGEN EN
ONDERSTEUNT EEN
NORMALE GROEI^{13,14}**

Dankzij:

- ✓ Prebiotische Oligosacchariden **GOS:lcFOS 9:1**
- ✓ **Human Milk Oligosaccharide (HMO) 3'GL**
- ✓ **Postbiotica**, verkregen vanuit ons unieke Lactofidus™ fermentatieproces

Referenties: 1. Varasteh S, et al. (2019) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 68(S1):N-P-016:1049. 2. Roberfroid M, et al. (2010) *British Journal of Nutrition* 104(S2):S1-S63. 3. Boehm G, et al. (2002) *Arch. Dis Child* 86:F178-81. 4. Bruzzese E, et al. (2009) *Clin Nutr* 28(2):156-61. 5. Knol J, et al. (2003) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 36:566-32. 6. Knol J, et al. (2005) *British Journal of Nutrition* 94:783-90. 7. Tims S, et al. (2018) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 66(S2):1-1177:N-O-013:884. 8. Moro G, et al. (2002) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 34:291-5. 9. Knol J, et al. (2005) *Acta Paediatr. Suppl* 94(449):31-3. 10. Tims S, et al. (2018) poster presentation on 12 May 2018 at the 51st Annual Meeting ESPGHAN in Geneva. 11. Rodriguez-Herrera A, et al. (2018) Presented on 10 May 2018 at the 51st Annual Meeting ESPGHAN in Geneva. 12. Renes, et al. (2018) Accepted for oral presentation at the ESPGHAN conference in Geneva, Switzerland. 13. Rodriguez-Herrera A, et al. (2019) *Nutrients* 11(7): 1530. 14. Huet F, et al. (2016) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 63(4):e43-53. Borstvoeding is de beste voeding voor een kind. Deze informatie is uitsluitend bestemd voor (para)medici.

www.nutriciavoorprofessionals.nl

Blijf up to date!



**NUTRICIA
NUTRILON**