

Maatschappij & Gezondheid

- **Sociaal verpleegkundige: 'TBC lijkt in eerste instantie veel op corona'**
- **Aan tafel met Johnny de Mol over Restaurant Misverstand en dementie**
- **Bereik van de JGZ: ieder kind in beeld?**

Zorgpad Covid-19 smaakt naar meer!



De informatiebron

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

Thema; zorgmijders

Zorgmijding onder dak- en thuislozen

Een handreiking met adviezen en aanbevelingen op basis van de werkwijze en ervaringen van geestelijk verzorgers, straatpastors, outreachend professionals en voormalig daklozen. Voor professionals in de maatschappelijke en medische zorg die in aanraking komen met mensen die dak- of thuisloos zijn en professionele zorg mijden.

Zorgmijding onder dak- en thuislozen: Lessen uit de werkwijze van straatpastors en geestelijke verzorgers / VU MC, 2018. Te downloaden via www.narcis.nl

Position Paper Zorgmissers, Zorgmijders en Zorgverstotenen

Het Schakelteam personen met verward gedrag ontvangt bij voortduring signalen dat er een groep meest kwetsbare personen in de samenleving is die nog lang niet altijd de ondersteuning en zorg krijgt die zij nodig heeft. Het Schakelteam noemt deze groep(en): 'zorgmissers' (vinden zelf hun weg naar zorg niet), 'zorgmijders' (willen geen zorg: omgeving vindt dat wel nodig) en 'zorgverstotenen' (vallen tussen wal en schip). Het Schakelteam verzocht de DSP-groep om te komen tot een gedragen voorstel voor de realisatie van een (mogelijk duurzame) oplossing voor de problemen van deze groep.

Position Paper Zorgmissers, Zorgmijders en Zorgverstotenen / DSP-Groep, 2018. Te downloaden via www.ggdghorkennisnet.nl

Meer kennis over zorgmijders

Zorgmijden is een actueel thema. Veel gemeenten vragen zich af of zij hierop beleid moeten ontwikkelen. Zorgmijden is het niet willen, durven, of kunnen zoeken naar hulp. Met behulp van een literatuurscan en interviews heeft AICOM in opdracht van de Gemeente Stichtse Vecht onderzocht of meer zicht en grip krijgen op het mijden van zorg mogelijk is. Daarnaast hebben we voor gemeenten succesvolle methodes in beeld gebracht en aanbevelingen gegeven hoe zij meer grip krijgen op zorgmijden.

Meer kennis over zorgmijders: Hoe krijg je meer zicht en grip op deze groep? AICOM, 2017. Te downloaden via www.AICOM.nl

We teach...



Jaarlijks meer dan 30 nieuwe titels en 160 modules voor professionals in de public en occupational health, fysieke en online bijeenkomsten

NIEUW DE VERTROUWDE ADVISEUR
10 november en 1 december 2020, Utrecht

SPOEDEISENDE HULP EN AED IN BEDRIJF
11 november 2020, Utrecht

OPVOEDINGSONDERSTEUNING EN PEDAGOGISCHE ADVISERING
16 en 23 november en 14 december 2020, Utrecht en [online](#)

NIEUW KRACHTENVELDANALYSE: MAAK STRATEGISCH GEBRUIK VAN JE NETWERK
30 november en 14 december 2020 (9.00-12.30 uur), [online](#)

NIEUW HOOGTEZIEKTE EN SOA OP REIS
10 december 2020, Utrecht

SAMENWERKEN MET BLOGGERS, VLOGGERS EN SOCIAL INFLUENCERS
10 december 2020, Gouda

STORYTELLING EN NARRATIEVE COMMUNICATIEMETHODEN
17 december 2020, Gouda



NSPOH 
we teach health

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



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

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

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

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 20, nummer 3, oktober 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'

of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

Het abonnementstarief voor instellingen bedraagt € 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 mgz.venvn.nl, via mijn V&VN.

Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij

& Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

W mgz.venvn.nl

Ken de wijkagent!

Pak een kopje koffie of thee en zoek een rustig plekje op. Nu ben je klaar om te genieten van dit tijdschrift vol interessante interviews en handige tips. Neem het artikel over Zorgpad Covid-19 op pagina 6. Daarin is overzichtelijk te zien welke stappen je kunt nemen als je cliënten met (verdenking van) Covid-19 moet verplegen. Wij spraken een van de initiatiefnemers. Lees ook het interview met tv-programmamaker Johnny de Mol op pagina 8 over *Restaurant Misverstand*. Redacteur en dementieverpleegkundige Gerben Jansen was daar nauw bij betrokken. Ook doken we in het onderwerp zorgmijders. Daarin komt meerdere malen naar voren dat het allemaal draait om vertrouwen bij de cliënt en samenwerking in de wijk. Dus ken de wijkagent, de maatschappelijk werker en de mensen bij de woningbouwvereniging. Ga langs en drink een kop koffie samen. Tip: neem dit tijdschrift mee ter inspiratie. Veel leesplezier! ☺

Valerie Schipper, wijk- en dementieverpleegkundige bij Zorggroep Meander
Twitter: @valerieSchipper, e-mail: v.schipper@zgmeander.nl



In dit nummer

Actueel

Zorgpad Covid-19 smaakt naar meer 6

Aan tafel met ...

TV-programmamaker Johnny de Mol over *Restaurant Misverstand* en dementie 8

Minispecial zorgmijders

Actueel

Richtlijn over zorgmijders voor de eerstelijns moet handvatten gaan bieden 11

Praktijk

Sociaal verpleegkundige: 'Vervuilde huizen en verwarde mensen, het neemt de laatste jaren toe!' 14

Mening

Het recht op zorgmijden, een voor- en een tegenstander 16

Interview

Hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg Niels Mulder: 'Bemoeizorg moet gewone reguliere zorg zijn' 18

Achtergrond

Bereik van de JGZ: is ieder kind in beeld? 20

Vaste rubrieken

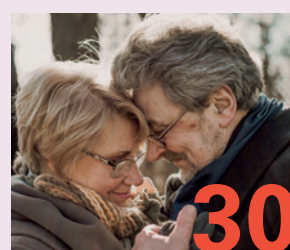
Uit het nieuws 4

Klepel en klok: Het Empowerment-paradigma 23


Afdelingsnieuws 28

Het dilemma: Laten opnemen tegen wil van de 82-jarige cliënt? 30

Vers bloed: TBC-verpleegkundige: 'In eerste instantie lijken TBC en corona erg op elkaar' 32




Training Covid-19-coach met virtual realityscenario's

GGD Fryslân organiseerde onlangs samen met Zorgkantoor Friesland en Friese zorginstellingen een tweedaagse training Covid-19-coach voor medewerkers in de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg. In totaal werden 120 medewerkers geschoold. Voor deze training kregen de bestuurders van de zorgorganisaties een masterclass aangeboden. Alle plekken waren bijna direct 'uitverkocht'. Leren van elkaar en ervaringen delen, basishygiëne, vroegsignalering, oefenen met persoonlijke beschermingsmiddelen en omgaan met maatschappelijke impact, stonden onder andere op het programma. Ook werden er twee speciale virtual-realityscenario's ontwikkeld waarin deelnemers zich konden wanen in een thuiszorg- en een verpleeghuissetting waar ze te maken kregen met besmette patiënten. Op die manier konden ze op een veilige manier ervaren hoe om te gaan met stressvolle situaties. De training is volgens het train-de-trainer-principe opgezet zodat de geschoolde zorgmedewerkers hun collega's weer zelf kunnen trainen. Dit alles om alle medewerkers zo breed mogelijk voor te bereiden op een eventuele terugkeer van het coronavirus. De scholing was een groot succes. Deelnemers noemden het 'een compleet plaatje' en zeiden: 'we zijn nu van A tot Z voorbereid'. Omdat andere regio's mogelijk belang hebben bij het organiseren van een soortgelijke training, wordt gekeken naar mogelijkheden om de virtual-realitytraining en het gehele scholingsdraaiboek beschikbaar te stellen voor andere partijen. Mocht je hier meer over willen weten, neem dan contact op met Paulien Meijers, verpleegkundige Infectieziektebestrijding bij GGD Fryslân: p.meijers@ggdfryslan.nl 


Wereldwijd te weinig aandacht voor veiligheid verpleegkundigen bij COVID-19

Regeringen geven wereldwijd te weinig prioriteit aan de veiligheid van verpleegkundigen. Dat blijkt uit onderzoek van ICN, de internationale organisatie voor verpleegkundigen. Het aantal bevestigde COVID-19-sterfgevallen onder verpleegkundigen over de hele wereld ligt inmiddels ver boven de duizend. Nog eens drie miljoen verpleegkundigen zijn met het virus besmet geraakt. Wat neerkomt op 10 procent van alle gevallen. Deze cijfers dateren uit augustus 2020. ICN pleit ervoor dat COVID-19 overal wordt erkend als beroepsziekte.

Uit het rapport van ICN blijkt dat momenteel minder dan de helft van de onderzochte landen COVID-19 erkent als beroepsziekte. Hierdoor krijgen verpleegkundigen vanuit overheden geen prioriteit als het gaat om hun veiligheid. In Nederland is aan het virus wel al deze titel toegekend, maar dat betekent niet dat het dan meteen is geregeld. Dat de ziekte op het werk is opgelopen moet namelijk eerst worden bewezen. In de eerste plaats zal de werknemer dus moeten aantonen dat de beroepsziekte verband houdt met het werk. In het geval van COVID-19 is het lastig om te achterhalen waar de besmetting heeft plaatsgevonden. Stella Salden, voorzitter van NU'91, en de enige Nederlandse vertegenwoordiging binnen ICN: 'We hebben COVID-19 als beroepsziekte erkend, maar dat betekent niet dat de veiligheid van onze zorgmedewerkers nu overal is gewaarborgd. Want waarom geldt er nog steeds een uitzonderingspositie als het gaat om zorgprofessionals die terugkeren uit oranje vakantiegebieden? Zij hoeven niet verplicht thuis meteen in quarantaine. Hierdoor lopen hun collega's onnodig risico. In het rapport wordt ook de psychologische druk benoemd waarmee verpleegkundigen worden geconfronteerd. Dat zal toenemen en zal leiden tot meer ziekteverzuim, burn-outs en personeelsverloop waardoor de tekorten nog groter worden en er een groot verlies aan ervaring zal ontstaan.' 

Bron: *nu91*

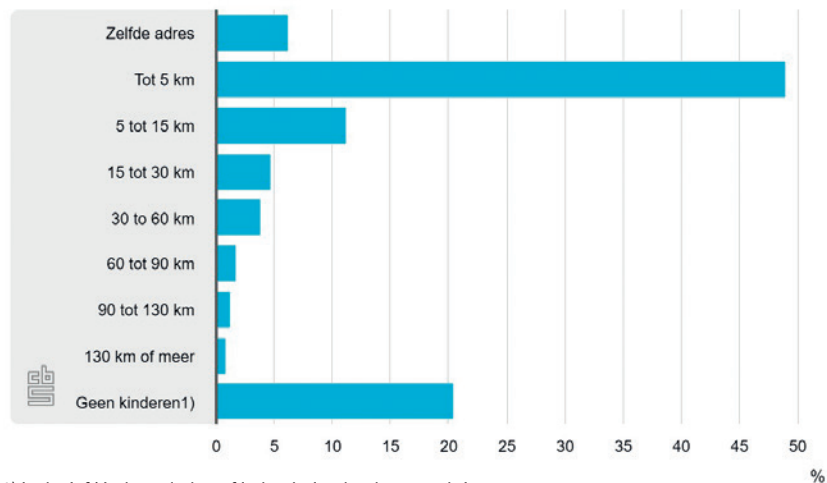
Nieuwe JGZ-richtlijn Houding en Bewegen

Jeugdverpleegkundigen kunnen vanaf nu gebruik maken van de nieuwe JGZ-richtlijn Houding en Bewegen. De richtlijn biedt informatie over voorlichting, (vroeg)signalering, begeleiding en verwijzing rond houding en bewegen. De JGZ kan een belangrijke rol spelen in het stimuleren van een goede houding en gezond beweeggedrag. Bij bijzonderheden kan de JGZ de bevindingen waar nodig normaliseren en/of ouders en jeugdigen informeren, adviseren of verwijzen. Daarnaast kan worden voorkomen dat aandoeningen en klachten verergeren en/of leiden tot een afwijkende of achterblijvende motoriek, lichamelijke inactiviteit, tijdelijke of blijvende functiebeperking of standsafwijking, pijnklachten en onnodige diagnostiek en zorggebruik. De richtlijn is inhoudelijk geautoriseerd door de beroepsgroepen AJN, V&VN vakgroep Jeugdverpleegkundigen en NVDA. Mocht je meer willen weten en meediscussieren over de implementatievraagstukken rondom deze richtlijn? Op 26 november organiseert het NCJ een digitale werksessie. Aanmelden kan via de site: www.ncj.nl 

Helpt 80-plussers had laatste levensjaar een kind in de buurt wonen

Op het moment van overlijden had 55 procent van de 80-plussers die thuis woonden in 2017 een kind binnen vijf kilometer afstand wonen. 6 procent woonde zelfs op hetzelfde adres als een van de kinderen. Van de thuiswonende 80-plussers had 21 procent geen kinderen (meer), of de kinderen stonden niet in Nederland geregistreerd. Dit blijkt uit onderzoek van het CBS naar de laatste levensjaren van in 2017 overleden tachtigplussers. In 2017 overleden ruim 82.000 mensen van 80 jaar of ouder. Dat is ongeveer 10 procent van alle 80-plussers die in dat jaar in Nederland woonden. Bijna de helft van de overleden 80-plussers woonde bij overlijden in een verpleeghuis, twee jaar eerder woonde het merendeel van hen nog thuis. Vooral in het laatste levensjaar nam het aandeel in het verpleeghuis sterk toe. Van de overledenen woonden relatief meer vrouwen dan mannen in het verpleeghuis, ongeacht de leeftijdsgroep. Mannen die bij overlijden in het

Afstand tot dichtstbijzijnde kind bij in 2017 overleden thuiswonende tachtigplussers



1) Inclusief kind overleden of in het buitenland woonachtig.

verpleeghuis woonden kwamen daar vaker dan vrouwen pas kort voor hun overlijden terecht.

Geen partner meer

Vrouwen hadden bij overlijden vaker geen partner (meer) dan mannen. Bij thuiswonende 80- tot 85-jarigen was het verschil het grootst: 69 procent van de

vrouwen en 32 procent van de mannen had geen partner (meer). Dat vrouwen vaker alleen overblijven komt doordat ze doorgaans ouder worden dan mannen en meestal een oudere partner hebben. [↗](#)

Bron: cbs

Liever geen persoonlijke en medische zorg door mantelzorgers

Als mensen in de toekomst hulp nodig hebben in het huishouden vanwege een slechtere gezondheid, wil de helft die graag van een bekende krijgen (mantelzorg). Hulp bij persoonlijke of medische verzorging ontvangt een meerderheid het liefst van iemand anders, zoals een medewerker van de thuiszorg, een vrijwilliger of particuliere hulp. Dat meldt het CBS op basis van nieuw onderzoek. 55-plussers die de vier weken voorafgaand aan het onderzoek geen mantelzorg hebben ontvangen, is gevraagd naar hun voorkeur bij toekomstige zorgbehoefte. Mensen met een partner geven vaker dan degenen zonder partner aan dat ze hulp van een bekende

zouden willen krijgen, vooral bij persoonlijke of medische verzorging. Van degenen die alleen zijn, willen ruim 8 op de 10 liever dat iemand anders (zoals een medewerker van de thuiszorg, vrijwilliger of particuliere hulp) ze helpt bij zaken als douchen en aankleden, of bij medische zaken.

Niet tot last willen zijn

De meest genoemde reden om geen hulp van een bekende te willen bij huishoudelijke taken is dat men niet tot last wil zijn. Dit is ook een belangrijke reden bij persoonlijke verzorging. Verder vinden veel mensen dat professionele hulp beter kan helpen dan een bekende. Dat geldt vooral voor medische ver-

zorging, waarbij 69 procent dit als reden noemt om geen hulp van een bekende te willen.

Degenen die mantelzorg ontvingen, hadden vooral hulp bij huishoudelijke taken (69 procent) en veel minder vaak bij persoonlijke (20 procent) of medische verzorging (17 procent). Daarnaast krijgen ze vaak begeleiding of vervoer bij bezoek aan bijvoorbeeld arts of familie, bij administratieve zaken, klusjes of het klaarmaken van maaltijden. Mantelzorgers bieden daarnaast vooral ook gezelschap, troost of afleiding. [↗](#)

Bron: cbs

Zorgpad Covid-19 voor en door de wijkverpleging een groot succes

Nog zes zorgpaden in de maak

Het werd in korte tijd een grote hit: Zorgpad wijkverpleging Covid-19. Daarin is vrij overzichtelijk te zien welke stappen je kunt nemen als je cliënten met (verdenking van) Covid-19 moet verplegen. Inmiddels zijn er zes andere zorgpaden over de volgende onderwerpen in de maak: Dementie, Eenzaamheid, Gedragsproblemen in de wijk, Hartfalen, Parkinson en Vallen. Als het aan de kerngroep van de zorgpaden ligt, komen er snel nog meer bij. Bij al deze zorgpaden wordt het Kwaliteitskader Wijkverpleging als kader gebruikt. Mocht jij een idee hebben voor een zorgpad, meld je dan aan via de website. Ze kunnen alle hulp gebruiken!

Tekst:
Valerie
Schipper

Evelyn Naalden, Verpleegkundige specialist AGZ bij TWB Thuiszorg met Aandacht, was in de beginfase van de coronapandemie druk informatie aan het zoeken over de infectieziekte. 'Belangrijk was hoe ik als wijkverpleegkundigen zorg moest verlenen aan cliënten met (verdenking van) covid-19 en welke keuzes ik daarbij moest maken. Ik kwam erachter dat een andere collega hetzelfde aan het doen was. Dubbel werk dus. We bundelden onze krachten en startten ons onderzoek.' De organisaties waarvoor Evelyn en haar collega's werken, verspreidden het zorgpad. Ze deden dat onder andere via hun website en sociale mediakanalen. Dat werd zo'n hit dat V&VN het als beroepsorganisatie oppakte en het initiatief ging ondersteunen. Zes wijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten vonden elkaar via hun eigen netwerk. Dit zijn Froukje

'Het zorgpad moet het werk van de wijkverpleegkundige ontlasten'

van der Honing, Mirjam de Leede, Pauline Arts-de Witt, Sanne Damen, Thea Ploeg en Evelyn Naarden. Zij zetten zich op persoonlijke titel in voor de ontwikkeling van de wijkverpleging en vormen de redactie van Zorgpad Covid-19 en zijn tevens de kerngroep van de zorgpaden die nu in ontwikkeling zijn.

Kwaliteitskader wijkverpleging

Zorgpad wijkverpleging Covid-19 is ontstaan vanuit verschillende bronnen, leidraden en richtlijnen. Naalden:

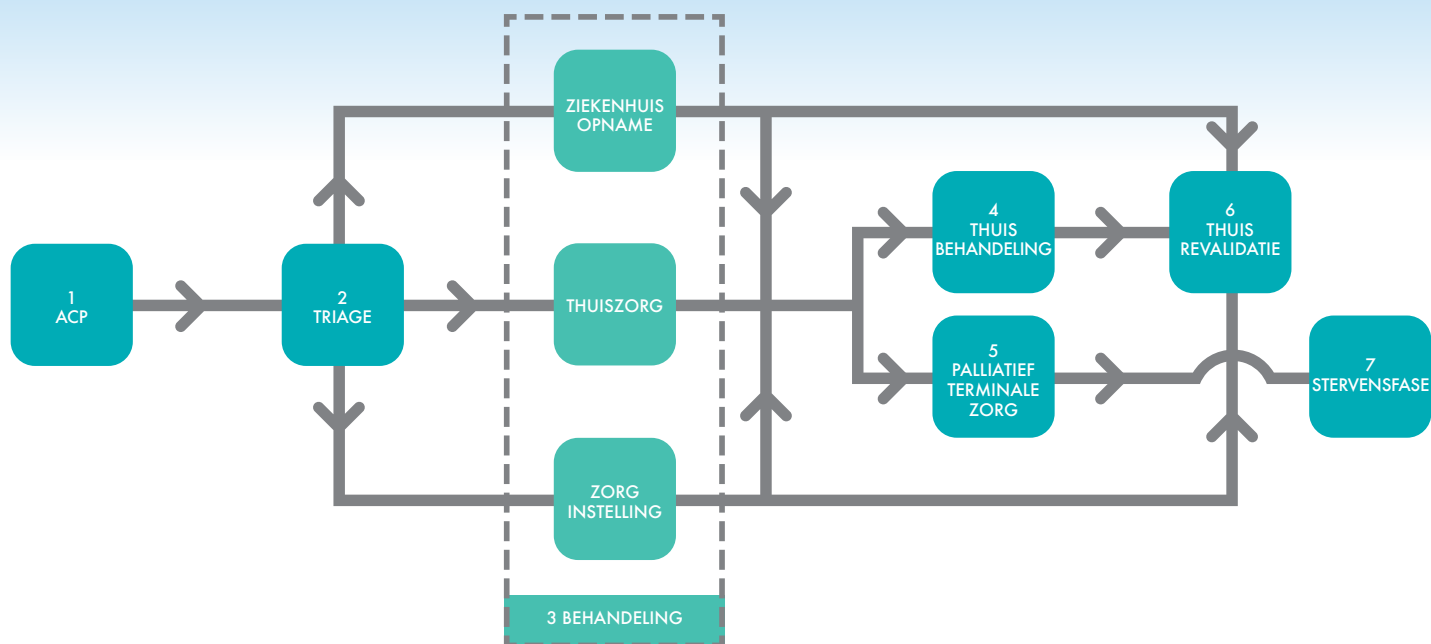
'We hebben het Kwaliteitskader Wijkverpleging als kader gebruikt. Kernwoorden voor ons zijn: kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven (vanuit cliëntperspectief), generalistische zorg, zelfredzaamheid en preventie en interdisciplinaire samenwerking. Die woorden zaten telkens in ons hoofd bij de ontwikkeling ervan.' Er zijn heel veel positieve reacties binnengekomen op Zorgpad wijkverpleging Covid-19. Een van de reacties is Naalden goed bijgebleven. 'Een wijkverpleegkundige vertelde me dat als ze bij een cliënt is zij het zorgpad bekijkt en snel weer verder kan met haar werk. Zonder dat zij een compleet document moet doorspitten. Zij vindt het zorgpad heel overzichtelijk en duidelijk. Dit is dus precies waarom wij dit zorgpad hebben ontwikkeld. Snel, duidelijke en praktische

'Het zorgpad bevordert de samenwerking met andere disciplines in de wijk'

informatie te geven. Het moet de wijkverpleging dienen en het werk van de wijkverpleegkundige ontlasten.'

Zorgpad wijkverpleging Covid-19 maakt ook inzichtelijk wat wijkverpleegkundigen doen in de wijk. 'Dat is een bijkomend en geweldig effect van het zorgpad. Zo gaf een huisarts laatst aan dat toen hij Zorgpad wijkverpleging Covid-19 had gelezen hij opeens veel beter wist wat de wijkverpleging allemaal doet. Daar was hij zich nu veel bewuster van. Het zorgpad bevordert daardoor ook de samenwerking met andere disciplines in de wijk.'

Die samenwerking is ook te zien in de inmiddels zes andere zorgpaden voor de wijkverpleging die in de maak zijn. Wetende: Dementie, Eenzaamheid, Gedragsproblemen in de wijk, Hartfalen, Parkinson en Vallen. Naalden: 'Bij het Zorgpad Vallen is onder andere een fysiotherapeut bij betrokken om mee te denken.' Evelyn Naalden benadrukt wel dat het wijkverpleegkundigen zijn die de zorgpaden maken en dat er andere disciplines worden gevraagd om mee te denken. 'De wijkverpleging is immers degene die met de zorgpaden werken.'



Op de website van www.wijkverpleging.org krijg je via deze infographic heel overzichtelijk en en stapsgewijs informatie over de volgende 7 punten: 1) ACP, 2) triage, 3) Behandeling, 4) thuisbehandeling, 5) palliatieve zorg, 6) thuisrevalidatie, 7) stervensfase.

Nooit face-to-face gezien

De totstandkoming van Zorgpad wijkverpleging Covid-19 had wel iets surreëls. ‘Omdat het virus zo snel om zich heen raasde hebben we nooit face-to-face overleg gehad. Alles ging online. Een aantal van de dames heb ik überhaupt nog nooit in het echt gezien. Het was bijzonder om in deze rare tijden zo snel zo iets waardevols met elkaar te ontwikkelen! We gebruiken het zogenoemde Miroboard, een virtueel moodboard waar

‘Omdat het virus zo snel om zich heen raasde deden we alles on-line’

iedereen zijn informatie in kon zetten. Op die manier vulde het zorgpad zich inhoudelijk. Heel handig.’ De missie van de kerngroep is overduidelijk. ‘Wij geloven in professionele wijkverpleging. Wij willen daarom zorgpaden ontwikkelen die door en voor wijkverpleegkundigen zijn ontwikkeld en praktische invulling geven aan het kwaliteitskader. Waarbij de kernwaarden verbinding, eenduidigheid en kwaliteit

voorop staan. Of dat nu voor Covid-19 is of de ander zes zorgpaden die nu in de maak zijn.’ De zes die nu op de rol staan zijn: Dementie, Eenzaamheid, Gedragsproblemen in de wijk, Hartfalen, Parkinson en Vallen. Die van Parkinson is bijna klaar en wordt binnenkort op de site gepubliceerd.

En als het aan de kerngroep ligt volgen er nog veel meer. Naalden: ‘We zitten vol ideeën. Wij als kerngroep kunnen overigens alle hulp gebruiken. Dus als je als wijkverpleegkundige ook ideeën voor een zorgpad hebt of wil meewerken, geef je dan op via de website www.wijkverpleging.org. Het is een initiatief voor en door wijkverpleging. Dat is en blijft onze kracht.’

Wil je meer informatie? Ga dan naar www.wijkverpleging.org

Valerie Schipper
is wijk- en
dementie-
verpleegkundige
bij Zorggroep
Meander en
redactielid bij
Tijdschrift M&G

Aan tafel met...

Programmamaker Johnny de Mol over *Restaurant Misverstand*

'Ik heb veel respect voor zorgprofessionals die dagelijks met dit bijtje hakken'

Afgelopen maanden was *Restaurant Misverstand* op de buis. Hierin volgde programmamaker Johnny de Mol negen mensen met dementie die tijdelijk als restaurantmedewerker aan het werk gingen. De Mol liet in dit programma op een waardige, ontroerende en soms humoristische manier zien welke maatschappelijke vraagstukken samenhangen met dementie. Chef-kok Ron Blauw had de leiding over de restaurantmedewerkers. Dementieverpleegkundige en redacteur Gerben Jansen van Tijdschrift M&G dacht en werkte mee achter de schermen van het programma. Hij interviewt Johnny de Mol over dementie, de impact hiervan op mantelzorgers en hoe het anders kan.

Tekst:
Gerben
Jansen en
Hellen
Kooijman



Een selfie van dementieverpleegkundige Gerben Jansen met Johnny de Mol

De boodschap van *Restaurant Misverstand* was om te laten zien wat er nog wel kan door mensen met dementie. Is het gelukt om die boodschap over te brengen aan de kijker?

'*Restaurant Misverstand* is gestoeld op het Britse format *The restaurant that makes mistakes*. Toen ik dat de eerste keer zag dacht ik "Wow, wat hebben ze dit op een mooie, integere, respectvolle manier in beeld gebracht". Als je zo'n programma maakt met kwetsbare mensen,

dan is dat in mijn ogen ook de enige manier waarop je dat zou mogen doen. Ik vind dat we er goed in geslaagd zijn om aan kijkend Nederland een beeld te geven van wat leven met dementie inhoudt. Bijna 300.000 mensen leven met dementie. Vaak wordt gedacht dat het alleen ouderen betreft, in ons programma zag je ook relatief jonge mensen. Wat we ook lieten zien is het effect dat het heeft op de partners, de familie. Mensen, zeker jongere mensen van vijftig, zestig jaar oud, die de diagnose krijgen zijn genooddaakt om te stoppen met

werken. Ik hoop dat werkgevers hebben gezien dat het mogelijk is om iemand langer op de werkvloer te houden met aanpassingen, veiligheid, maar ook een stukje begrip. En dat het ook een positieve sociale impact kan hebben op de rest van je personeel. Zodat mensen zich na zo'n diagnose niet afgeschreven voelen. Het liefst willen ook deze mensen actief blijven, betrokken worden. Dat is ontzettend belangrijk voor je eigenwaarde. En het plezier in je leven.'

Wat is jou het meeste bijgebleven als je nu terugkijkt?

'Nou, als ik terugdenk aan de eerste dag waarop de deelnemers trainingen kregen en een paar weker later hadden ze een hele lunch voorbereid. Zo mooi. Je zag daar het teamgevoel, het gevoel van lotgenoten. In feite werd het een soort vriendengroep. Wat ik merkte was

'Ik hoop dat werkgevers zien dat het mogelijk is om iemand met dementie langer op de werkvloer te houden'

dat hoe veiliger de atmosfeer is die je creëert, hoe vrijer de deelnemers zich voelen om hulp te vragen. Ik denk dat dit een heel belangrijk aspect is. Als je je over je schaamte heen kunt zetten en kunt zeggen: "Ik weet het gewoon niet meer," dan is het voor de omgeving gemakkelijker om te helpen.'

Wij organiseren sinds 2014 lotgenotengroepen in onze regio. En je merkt dat het bewegen in zo'n groep helpt om als individu een hulpvraag te stellen.

'Ik denk inderdaad dat zo'n groep helpt om mensen over de grens te trekken om hulp te vragen. Aan de andere kant speelt schaamte een grote rol, zeker bij de oudere generatie. Mijn oma had dementie en die kon zichzelf op een gegeven moment niet meer wassen en aankleden. Ik mocht haar wel helpen, maar iemand anders was uit den boze. Dus ik denk dat elk individu elke keer weer bij een hulpvraag de grens over moet. Maar als je ziet dat anderen zich kwetsbaar op durven te stellen, dan kan het wel helpen om zelf ook over de brug te komen, zeker.'

Jij hebt dus je oma met dementie zelf geholpen?

'Ja, ik heb zes maanden bij haar gewoond nadat opa was overleden en ze alleen was. Toen opa nog leefde hoefde oma minder op haar tenen te lopen. Wij vonden opa wel streng maar dat hield haar ook wel scherp.



Nadat hij was overleden, is ze best hard achteruitgegaan. Ik ben redelijk lang bij haar gebleven; nu kon ik eindelijk wat terugdoen. Waar zij vroeger mij in bad deed, kon ik dat nu voor haar doen. En waar zij vroeger pannenkoeken voor mij bakte, haalde ik nu poffertjes voor haar. Vroeger stond ik 's ochtends met mijn pyjama aan haar bed, nu stond zij 's nachts in haar nachtjapon aan mijn bed. Het was eigenlijk wel mooi dat die rollen nu waren omgedraaid. Maar op een gegeven moment is er hulp bijgekomen van buitenaf. Toen werd het teveel voor mij.'

Wat deden die zeer intensieve zes maanden met jou?

'Voor mij voelde het heel natuurlijk en logisch om te doen. En ik had toen ook tijd, dat moet je ook maar hebben. *Restaurant Misverstand* liet zien hoeveel impact een persoon met dementie op de mantelzorgers heeft. Wat dat betreft groot respect voor de partners en de kinderen van de deelnemers. Die hebben een kijkje gegeven in hun leven, ook als het pijnlijk werd en ze die momenten liever niet op tv hadden willen laten zien. Ze deden het toch omdat ze mee wilden werken aan een beter beeld over dementie. Ik heb daar heel veel respect voor. En voor de mensen in de zorg al helemaal. Die hebben dagelijks met dit bijltje te hakken. Het is toch een soort roeping. Voor het geld hoeft je het niet te doen.'

Kwamen er bij jouw oma ook dementieverpleegkundigen?

'Er waren zes dames die rouleerden. En van sommigen moest mijn oma niks hebben en dat liet ze ook heel duidelijk merken. Maar dat waren wel dames met ervaring, die konden wel tegen een stootje. Maar er is

Aan tafel met...



Over *Restaurant Misverstand*

In het programma worden negen relatief jonge mensen met dementie gevolgd. Voor alle deelnemers geldt dat zij sinds hun diagnose anders naar hun toekomst kijken. Feit blijft dat zij zo lang mogelijk actief willen meedoen in de samenleving én willen laten zien wat er ondanks de ziekte allemaal nog wél kan. Het programma werd gemaakt in nauwe samenwerking met Alzheimer Nederland. Zie ook www.alzheimer-nederland.nl.

Restaurant Misverstand is terug te zien op www.kijk.nl/programmas/restaurant-misverstand

een fase geweest dat mijn oma zich eigenlijk alleen maar wilde laten wassen door mij. Maar dat was toch te intensief op een gegeven moment. Ze heeft zich wel flink verzet toen we dit probeerden over te dragen aan een verpleegkundige. Dat zijn geen leuke herinneringen. Van mijn oma uit ging het om een stukje schaamte, en ze vond het denk ik niet fijn om iemand vreemds aan haar lijf te hebben. Maar door te blijven praten, geduld te hebben, liefdevol te blijven, is het toch gelukt. Ik heb echt veel respect voor die dames.'

Je maakte diverse programma's over mensen die kwetsbaar zijn, over mensen met het syndroom van Down bijvoorbeeld en nu over mensen met dementie. Waar komt die interesse voor deze mensen bij jou vandaan?

'Ik heb het van huis uit meegekregen om te kijken naar je kwetsbare medemens, die niet zo 1-2-3- een stem heeft. Ik vind het mooi om iemand in zijn kracht te zetten. Dat heeft niets met geld te maken, niets met materiële dingen, maar met tijd en aandacht. Iedereen zou het kunnen doen. Iedereen kan iemand die onzeker is of zich schaamt laten weten: ik zie jou en ik ga je een handje helpen, ik laat je lachen of ik ben een schouder of een luisterend oor. Ik heb dat gedaan met vergeten kinderen, vluchtelingen en mensen met dementie. Verschillende groepen mensen die allemaal een ding gemeen hebben: wij willen worden gezien en gehoord, maar wij willen niet zielig gevonden worden.'

Wat heb jij geleerd tijdens dat hele traject van *Restaurant Misverstand*?

'Mmm, het is een beetje een gekke vergelijking, maar als er een dierbare is overleden dan wordt er gelachen en daarna weer gehuild. Er zaten scènes in *Restaurant Misverstand* die pijnlijk zijn. Maar als je dan even naar

de partner liep, een arm om hem of haar heen sloeg en liet merken: Ik zie het, wat moet dit moeilijk voor je zijn. Dan voelt iemand zich niet zo alleen. Dat heeft me wel weer geleerd hoe gemakkelijk het in feite is om iemand even aandacht te geven. Bijvoorbeeld als iemand een sterfgeval heeft gehad of iemand die een partner heeft met dementie te vragen: "Hoe gaat het met je?" En dan de bal bij de ander te leggen of die daar wel of niet over wil praten. Het interessante is dat je meestal wel voelt dat je dat moet doen. Maar vaak doen we het niet.'

De onderbuikgevoelens spelen een grote rol, bedoel je?

'Aan zorgprofessionals wordt geleerd afstand te houden. Dat zie ik bij jongeren die uit huis geplaatst worden, dat gebeurt met mensen met dementie en nu met corona natuurlijk nog meer. Maar ik zie wel steeds vaker dat ook zorgprofessionals luisteren naar hun instinct en dat als

'Ik zie steeds vaker dat zorgprofessionals luisteren naar hun instinct'

iemand een knuffel nodig heeft, dat je toch een knuffel geeft. Er is een heel mooi boekje dat ik las toen mijn oma de diagnose kreeg: *Varen op je ziel* van Krista Mirjam Dijkerman. Daar heb ik heel veel aan gehad. Daarin wordt goed verwoord wat het betekent als je afgaat op je instinct en zegt en doet wat iemand op dat moment nodig heeft. Dat mijn oma dan zei: "Zo meteen komt de glazenwasser" en dat ik wist dat dat helemaal niet zo was. Maar dat vertelde ik niet aan haar. In plaats daarvan zei ik: "O ja, dan geven we hem een kopje koffie oma" ☺

Gerben Jansen is dementieverpleegkundige bij TWB Thuiszorg met Aandacht, redactielid van Tijdschrift M&G en voorzitter van de vakgroep Dementieverpleegkundigen van V&VN M&G

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

Nieuwe richtlijn voor de eerstelijns moet handvaten bieden

Zorgmijders; hoe krijg je ze op je netvlies?



Wat doe je met cliënten die zorg mijden, maar wel hulp nodig hebben? Of hoe krijg je mensen die zorg mijden en het liefst onder de radar blijven, toch boven water? Vragen waar eigenlijk elke verpleegkundige in de wijk mee worstelt. Daarom is de richtlijn *Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn* van V&VN in de maak, gefinancierd met subsidie van ZonMw. Daarnaast wordt er geschreven aan een handreiking hoe afstemming te krijgen met andere disciplines als woningbouwverenigingen, sociaal werk en de huisarts in de wijk. Wijkverpleegkundige Froukje van der Honing is nauw betrokken bij de richtlijn: 'Alleen met een goede samenwerking in de wijk kunnen we dit probleem echt aanpakken.'



De eerste contouren van de richtlijn worden zichtbaar. 'Maar er kan in deze fase ook nog heel veel veranderen,' zegt Nicole van Erp, senior onderzoeker van het Trimbos-instituut en projectleider van de richtlijn. De conceptrichtlijn wordt nu in een periode van drie maanden door twaalf verpleegkundigen en verzorgenden van verschillende teams uitgetoetst en bekeken of de stappen, werkwijzen en aanbevelingen die erin staan, werken bij mensen die moeilijk te bereiken zijn. Ook wordt het concept voorgelegd aan experts, beroeps- en koepelorganisaties en diverse belangenverenigingen. 'Met alle informatie die daar uitkomt,

wordt de richtlijn waar nodig aangepast. Naar verwachting is de richtlijn in maart 2021 definitief.'

Drie groepen zorgmijders

In de richtlijn is er speciale aandacht voor drie groepen waarbij zorgmijding vaak voorkomt. Dat zijn 1) verstandelijk beperkten, 2) mensen met een lage sociaal-economische status en 3) mensen met een specifieke religieuze en/of culturele achtergrond.

Met deze drie groepen is het gesprek aangegaan in zogenoemde focusgroepen. Daaruit bleek onder andere dat bij verstandelijk beperkten en mensen met lage

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Wie mijden onder andere zorg?

- Zwervende dak- en thuislozen
- Zelfstandig wonende dementerende ouderen
- Mensen met een depressie of alcoholverslaving
- Mensen met een gedrags- of persoonlijkheidsstoornis of met een 'dubbele diagnose' (psychiatrie plus verslaving)
- Mensen met woonhygiënische problemen die overlast veroorzaken
- Mensen die getraumatiseerd zijn door geweld
- Kinderen van verslaafde ouders met psychiatrische problematiek
- Mantelzorgers die hun chronisch zieke of gehandicapte familielid niet aan een ander durven toevertrouwen

(Bron: www.vilans.nl)

sociaaleconomische status vooral de schriftelijke communicatie over de zorg begrijpelijker moet worden. Brieven of mails van zorgverzekeraars, gemeenten, maar ook van de thuiszorg blijken vaak moeilijk te begrijpen. Van Erp: 'Daardoor weten deze mensen de weg naar de zorg slecht te vinden.' Mensen met een

'Wij moeten onze ogen openhouden. Zij melden zich niet. Dat moeten wij doen'

andere religieuze en/of culturele achtergrond lieten weten graag anders bejegend te willen worden. 'Te direct werkt bij deze groep averechts. Daarnaast vinden ze het prettig als iemand die uit dezelfde achtergrond komt, mee kan naar bijvoorbeeld een gesprek. Om bijvoorbeeld te tolken of voor een paar extra oren.



Degene die deze rol op zich neemt, kan daarna actief betrokken blijven bij het gezin. Dit zijn allemaal punten die we hebben verwerkt in de aanbevelingen.'

Vertrouwen winnen

Hulp bieden bij mensen die zorg mijden, draait om vertrouwen winnen, vertelt wijkverpleegkundige Froukje van der Honing van RijnWaal Zorggroep in Bemmelen en nauw betrokken bij de richtlijn. 'En een relatie opbouwen. Ook met mensen die niet direct zorg nodig hebben maar waarbij de situatie wel precair is.

'In de richtlijn is ook een flink stuk opgenomen over drang en dwang. Ofwel; wanneer is ingrijpen gerechtvaardigd'

Dan kan de hulp meteen worden ingeschakeld als het wel nodig is. Maar dan moet je als eerstelijnsverpleegkundige wel durven, je nek uitsteken en soms wat meer indicatie voorschrijven dan echt noodzakelijk is. Vooral om dat lijntje te houden.'

Met z'n allen zien we meer

De grote groep die nog niet of nauwelijks in beeld is maar wel hulp nodig heeft, is lastiger te bereiken en te vinden. 'Daar hebben we alle disciplines bij nodig die in de wijk werken,' vertelt Van der Honing. 'Denk aan sociaal werk, de woningbouwvereniging en de huisarts. Met z'n allen zien we meer dan wij alleen als eerstelijnsverpleegkundigen. Daarom moeten we meer gaan verbinden en niet in hokjes blijven denken.' Maar hoe ga je verbinding aan met andere disciplines in de wijk? Om de eerstelijnsverpleegkundigen hier handvatten over mee te geven, is er nu ook een handreiking in de maak die specifiek gaat over deze samenwerking. Wijkverpleegkundige Van der Honing weet hoe lastig het is om het contact met andere disciplines op te bouwen. 'De handreiking biedt dan een helpende hand.' Maar ze weet ook hoe belangrijk die samenwerking is en dat we over hokjes heen moeten kijken. De wijkverpleegkundige zit in het signaalteam van haar gemeente. Daar zit ook de woningbouwvereniging en de politie in. Van der Honing: 'De lijntjes zijn dan heel kort. Zo kreeg ik eens van de politie door dat een 60-jarige man zijn 90-jarige vriendin steeds in elkaar sloeg. Na veel praten en dus vertrouwen winnen, lukte het me dat deze vrouw naar een aanleunflat verhuisde en het uitmaakte met deze man. Helaas ging het na de verhuizing door; ze was

Redenen om zorg te mijden

- Voorzieningen zijn ontoegankelijk, bijvoorbeeld door wachtlijsten, drempels, in- en uitsluitingscriteria of een bureaucratische opstelling van hulpverleners.
- Angst voor financiële gevolgen omdat iemand onverzekerd is.
- Angst voor een diagnose en de gevolgen daarvan, denk aan opname in ziekenhuis of verzorgingshuis, operatie, chemotherapie, invaliditeit of de dood.
- Angst dat iemand de controle verliest over zijn eigen leven doordat hij hulpbehoevend wordt.

(Bron: www.vilans.nl)

telkens wat kwijt, was heel achterdochtig en verdacht iedereen van van alles. We dachten dat ze dementie had, maar dat bleek niet waar. Nu hadden wij er onze handen vanaf kunnen trekken, maar dat is dus niet de manier. Daarom hebben we psychiatrie erbij betrokken, dat uit een ander potje wordt bekostigd. Ofwel; niet afvinken maar het met elkaar in de wijk oplossen.'

Drang en dwang

Senior onderzoeker Nicole van Erp van het Trimbos-instituut legt uit dat er in de richtlijn ook een flink stuk is opgenomen over drang en dwang. Ofwel; wanneer is ingrijpen gerechtvaardigd? 'En wanneer is dat moment aangebroken? Een enorm lastige beslissing die je weloverwogen moet maken. Daar zijn zes stappen voor ontwikkeld.' Een heel korte versie is te lezen in het kader: *De te nemen stappen*.

De te nemen stappen

1. Onderzoek het signaal
2. Bespreek het met de cliënt. Spreek uit dat je je zorgen maakt
3. Betrek je team erbij en bespreek de casus zodat zij ook hun visie erop kunnen geven
4. Betrek de naasten en de omgeving van de cliënt bij je zorgen en vraag wat zij ervan vinden en welke rol zij kunnen spelen
5. Analyseer de situatie met de cliënt en geef aan welke acties je nodig vindt
6. Maak een zorgvuldige afweging en stel hierbij de volgende vragen: is het echt nodig om dit te doen, verbetert de situatie hierdoor, wat zijn mogelijke risico's of nadelen, is het voor de cliënt de minst ingrijpende manier om iets aan de situatie te doen?

Soms maakt Van der Honing ook heel gevoelige situaties mee.' Mensen willen vaak geen hulp uit schaamte. Zo was er eens iemand die korsten op zijn rug had omdat hij zo lang niet gedoucht had. Dan kom je heel dichtbij iemand en diegene is dan heel kwetsbaar. Op zo'n moment ga ik op zoek naar wat iemand nog wel wil. Ik mocht in eerste instantie alleen langskomen voor een praatje. En zo heb ik heel langzaam, stapje voor stapje, het vertrouwen bij hem gewonnen.'

Lang wachten met hulp

Uit eigen ervaring weet Van der Honing ook dat sommige mensen erg lang wachten met hulp inschakelen, terwijl het vaak zo makkelijk te regelen is. 'Zo had ik een zoon die na tien dagen belde omdat zijn 86-jarige vader gevallen was. Al die tijd had zijn vader geen enkele hulp ingeschakeld. Geen medicatiebeleid, geen huisarts, geen ondersteuning. Na een bezoek van mij werd alles in gang gezet en zat die vader er na een paar dagen heel anders bij. Schoon gewassen, zonder pijn en hij had praatjes voor tien. De reden dat hij geen hulp had gevraagd? Hij vond dat hij niet moest klagen waardoor hij van zichzelf geen hulp mocht vragen.'

Wijkscan

Van der Honing vindt dat wijkverpleegkundigen hun wijk moeten kennen. Een wijkscan kan hier uitkomst bieden. 'Op die manier kun je wellicht mensen vinden die nog niet in je zorgbeeld zaten die toch hulp nodig hebben. Daarnaast is het ook belangrijk dat andere disciplines jou kennen in de wijk. Dus ga op pad, schuif soms aan bij een sociaal wijkteam en zoek de wijkagent eens op. Ofwel; maak jezelf zichtbaar.' Daarnaast lijkt het Van der Honing handig als er *Best practices* komen van initiatieven die goed lopen in de diverse gemeenten als het gaat om zorgmijding. 'Juist door de successen met elkaar te delen, kunnen we elkaar vooruit helpen.' Hoe dat precies geregeld moet worden, dat weet Van der Honing niet. 'V&VN kan mogelijk een rol hierin spelen.'

Wees je er bewust van

De richtlijn en de handreiking zijn in de maak. Van der Honing weet zeker dat beide eerstelijnsverpleegkundigen veel handvatten geven om zorgmijders te signaleren en ermee om te gaan. 'Maar ik vind het nu al een geweldige winst als we ons er in ons dagelijkse werk van bewust zijn dat er mensen zijn die zorg mijden. We moeten onze ogen open houden. Zij melden zich niet. Dat moeten wij doen. Met al die andere disciplines in de wijk. Op die manier kunnen we mensen die beschadigd zijn of mensen die de zorg niet goed kunnen vinden, eerder in het vizier krijgen en de hulp bieden die ze nodig hebben.'

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

Sociaal verpleegkundige Suzanne Speerstra van GGD Fryslân

Vervuilde huizen en verwarde mensen: 'Het neemt de laatste jaren toe!'

Wat te doen met verwarde mensen zonder acute zorgvraag maar waar wel een probleem mee is? Meldingen over deze groep komen sinds juli dit jaar binnen via het landelijke telefoonnummer en worden meteen doorgeschakeld naar een regionaal meldpunt. De kans is groot dat deze terecht komen bij de diverse GGD'en. Zo ook bij sociaal verpleegkundige Susanne Speerstra van GGD Fryslân. Naast verward gedrag is zij verantwoordelijk voor mensen die hun huizen laten vervuilen en overlast veroorzaken. 'De maatschappij is te moeilijk geworden voor bepaalde groepen mensen.'

*Tekst:
Marieke
Rijsbergen*

In steeds meer gemeenten lopen wijk-GGD'ers rond, in weer andere gemeenten heb je een sterke bemoeizorg en in een andere gemeente valt het onder de noemer signaalteam. Maar wat ze allemaal gemeen hebben is dat ze verantwoordelijk zijn voor mensen die geen hulp aanvaarden maar wel overlast veroorzaken. Inclusief verwarde mensen.

Sociaal verpleegkundige Susanne Speerstra van GGD Fryslân is al 12,5 jaar verantwoordelijk voor deze groep mensen. Sinds juli van dit jaar komen meldingen van onder andere politie, woningbouwverenigingen en burgers hierover ook via het landelijke nummer bij haar binnen.

'Vrijwel altijd moet het uit de hand lopen voordat deze mensen hulp aanvaarden'

Vrijwel altijd moet het uit de hand lopen voordat deze mensen hulp aanvaarden en dat maakt het zo verdrietig, vertelt Speerstra. 'Vaak veroorzaken ze al heel lang overlast en heeft de buurt al veel meldingen gedaan over stank bij een huis of dat de gordijnen niet open gaan. De politie en de woningbouwvereniging gingen al diverse malen langs, de bewoner ontving al ontelbaar veel brieven en mails, maar weigert alle contact. Dan

word ik erbij gehaald omdat er geen zorgvraag is, deze mensen wel hulp nodig hebben en er een risico is voor de volksgezondheid.'

Gerechtigde stappen

Speerstra weet inmiddels hoe ze contact kan krijgen met deze mensen. 'Dat is vaak met dwang en drang, door dreiging met gerechtelijke stappen. Regelmatig neem ik de politie mee om extra druk uit te oefenen. Ik blijf maar herhalen dat zij uit hun woning worden gezet als ze niet meewerken. En dat ik snap dat ze zich schamen. Ik leg ze uit dat als ze wel meewerken ze de regie over de schoonmaak en het vervolg kunnen behouden en zij dus bepalen hoe het wordt aangepakt. Daar trek ik ze vaak mee over de streep. Maar dat kan weken of maanden duren.'

Er zijn ook situaties waarbij het escaleert. 'Zo had ik een man van 65 die in een sterk vervuilde woning woonde. Drie maanden lang ben ik met hem bezig geweest, maar hij vond dat hij zichzelf wel kon redden. Hij dronk teveel en zorgde erg slecht voor zichzelf. De burens haalden boodschappen voor hem en zetten die voor zijn deur. Op een gegeven moment werden de boodschappen niet meer weggehaald, waarop de burens de politie belden. Met gillende sirenes is deze man afgevoerd naar het ziekenhuis omdat hij jarenlang roofbouw op zijn lichaam had gepleegd. Het was kantje boord.'

En toen accepteerde hij hulp en regelde verpleegkundige Speerstra dat zijn woning werd schoongemaakt, schakelde zij thuiszorg in voor zijn wond- en persoonlijke verzorging en werd huishoudelijke zorg en verslavingszorg erbij betrokken. 'Laatst zocht ik hem op. Hij zat er prinsheerlijk bij en biechtte op dat hij drie maanden geleden al hulp had moeten aanvaarden. Maar hij schaamde zich zo. En daarin is hij niet de enige.'

'Ik maak je dood!'

Speerstra is in al die jaren maar één keer bang geweest. 'De twee zonen van een verstandelijk beperkte man dreigden uit huis gezet te worden. In de hitte van de strijd zei hij: "Ik maak je dood!" Daar heb ik aangifte van gedaan. Zonder politie mocht ik er niet meer langs van

mijn baas. Maar ik moest en wilde wel door met hem en zijn zonen. Ook zij moesten de hulp krijgen die ze nodig hadden. Uiteindelijk zijn de zonen bij beschermd wonen terecht gekomen en is de vader in een stacaravan gaan wonen.'

Verpleegkundige achtergrond

Haar verpleegkundige achtergrond komt haar vaak goed van pas. 'Ik pak ziektebeelden snel op. Neem dementie en diabetes. Maar ik kan ook goed uitleggen waarom 36 katten in je woning niet goed is voor je. En wat te denken van een oudere man die heel mager is en klaagt over een "zere poeperd". Dan kan ik toch even een kijkje nemen en deze man doorsturen naar de huisarts.' Volgens Speerstra nemen de problemen toe met mensen met verward verdrag, zonder dat ze een acuut gevaar vormen. De cijfers laten dit ook zien. Zo steeg het aantal bestede uren van 1.472 in 2015 naar 1.937 uren in 2019 in de regio Friesland. Vooral de complexiteit van de casuïstiek neemt toe.

'Wijkverpleegkundigen moeten hun voelsprietten in de wijk goed inzetten'

'Ik zie de dat de wereld voor veel mensen heel ingewikkeld geworden. Alles moet via internet en ze krijgen moeilijke brieven van gemeenten en belastingen. Voor mensen met een verstandelijke beperking of mensen die heel laag opgeleid zijn, is het bijna niet meer te doen. Sommigen steken dan de kop in het zand en maken deze brieven en aanmaningen niet meer open. Zo denken ze het probleem buiten de deur te houden.'

Lunchen in een kledingzaak

Naast vervuilde woningen, komen er ook meldingen binnen van mensen met verward gedrag. 'Zo kreeg ik recentelijk een melding van een oudere vrouw die kwam lunchen in een kledingwinkel en ervan overtuigd was dat ze in een broodjeszaak zat. Het personeel heeft haar met veel moeite naar huis kunnen brengen omdat ze haar adres niet goed wist. Toen heb ik de wijkverpleging ingeschakeld want deze vrouw had geen familie.'

Eigenlijk had deze vrouw al in beeld moeten zijn van de thuiszorg meent Speerstra. 'Wijkverpleegkundigen moeten hun voelsprietten in de wijk goed inzetten. Als je in een sterk vervuild huis komt om wondverzorging te doen of als een cliënt verward is elke keer dat je komt, zoek dan contact met de GGD, de huisarts of bespreek het met je collega's.'



Samen verantwoordelijk

Ze heeft nog een tip aan wijkverpleegkundigen. 'Houd contact of bouw contact op met het sociale wijkteam. Zij hebben goed in beeld welke mensen zorg weigeren, waar het mogelijk uit de hand kan lopen en waar jij hulp kan bieden. Regelmatig aanschuiven bij een overleg van een sociaal wijkteam kan ook goed werken. Samen zijn we immers verantwoordelijk om de mensen in de wijk gezond te houden. En dan doel ik eigenlijk op alle verpleegkundigen in de wijk. Ook de jeugd- en de dementieverpleegkundigen. Wie weet kunnen we dan voorkomen dat mensen gedwongen opgenomen moeten worden of dat verwarde mensen hun woning zo laten vervuilen dat ze eruit worden gezet.' 🍷

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

Heeft een cliënt het recht

Voor

Suzan Blom, wijkverpleegkundige bij TriviumMeulenbeltZorg in Borne en omgeving

Tekst:
Hellen
Kooijman

'Er is natuurlijk een verschil tussen zorgmijders en mensen die geen zorg meer willen omdat ze klaar zijn met het leven. De mevrouw van 96 die niet meer wil of de dakloze die op straat leeft en daar eigenlijk wel tevreden mee is, dat zijn twee verschillende groepen. In beide gevallen wil ik echter verwijzen naar het zelfbeschikkingsrecht. Dat is een recht dat in onze grondwet staat. En dat is een groot goed.'

'Deze mevrouw bijvoorbeeld wilde echt niet meer. We hebben zeer intensief met haar gesproken. Samen met de huisarts hebben we toen besloten om haar geen eten en drinken meer te geven. Ik ben daar zes keer per dag langs geweest. En ja, het was moeilijk om haar geen water meer te geven. Maar ze wilde echt niet meer. En wie ben ik om daar dan tegenin te gaan?'

'Een mogelijk andere categorie zijn dakloze mensen. Ik ken daklozen die hun huis hebben verloren, hun huwelijk is kapot, vaak zijn ze ernstig getraumatiseerd,

'Ik wil verwijzen naar het zelfbeschikkingsrecht dat in onze grondwet staat. En dat is een groot goed'

verslaafd ook. Ze hebben enorm veel meegemaakt in hun leven. Maar ze willen niet altijd geholpen worden. Of in ieder geval niet op de manier waarop jij dat zou kunnen of willen. Ik denk dat je altijd moet proberen om mensen te bereiken, om ze hulp en zorg te bieden. Als wijkverpleegkundige weet je bijvoorbeeld in de wijk waar de deuren dicht blijven. En helaas is het zo dat je tegenwoordig een indicatie moet hebben om er langs te mogen gaan.'

'Ik doe het vaak nog wel, ook zonder indicatie. Ik heb een jaar lang bij een brievenbus gestaan en uiteindelijk ging de deur open. Ik vind dat je moet kijken wat de vraag



achter de vraag achter de vraag is. Om te achterhalen waarom mensen doen wat ze doen en waar ze hulp en zorg bij kunnen gebruiken. Dat is niet gemakkelijk, maar daar zijn gesprekstechnieken voor. Levenservaring helpt, alhoewel ook jongere collega's weten op de juiste knop te drukken. Maar meestal is er veel tijd nodig.'

'Als we kijken naar daklozen als voorbeeld. Die hebben vaak zoveel meegemaakt, dan duurt het jaren voordat iemand kan praten. Soms is er zoveel pijn en is er zoveel tijd nodig om het gebeurde op een rij te krijgen. En soms komt het dan niet. Ik ken daklozen die medicatie, voedsel en een dak boven hun hoofd krijgen als het koud is. Die zijn daar tevreden mee. Een zorgverlener zorgt hiervoor, houdt verder vinger aan de pols, geeft aandacht. Maar dat is het. Dan vind ik dat je ook niet verder moet aandringen. Zelfs als je niet begrijpt waarom iemand dat niet wil. Want waarom moet jij begrijpen waarom ik iets beslis?'

om zorg te weigeren?



Tegen

(Om de organisatie, zichzelf en de collega's te beschermen, wilde deze wijkverpleegkundige alleen anoniem reageren. De naam is bij de redactie bekend.)

'Eigenlijk is het voor een cliënt in praktijk best gemakkelijk om zorg of een zorgverlener te weigeren. We maken regelmatig mee dat een cliënt geen hulpmiddelen wil, of niet tevreden is over een bepaalde zorgverlener. En dan is het aan ons om daar een oplossing voor te vinden. Lastiger is de andere kant: een zorgverlener kan bijna nooit weigeren om zorg te verlenen. Denk bijvoorbeeld aan gedrag van een cliënt dat zorg verlenen in de weg staat of het niet accepteren van bepaalde hulpmiddelen. Dat laatste komt bijvoorbeeld best vaak voor bij mensen met MS. Dan zijn ze zoveel slechter geworden dat ze bijvoorbeeld een scootmobiel nodig hebben of een douchestoel, maar dan willen ze dat niet omdat het dan zichtbaarder is dat ze MS hebben. Een cliënt die tussen bed en rollator valt omdat hij of zij andere hulpmiddelen nog weigert, dat is erg ingewikkeld. Ik zou willen dat wij in dit soort gevallen zouden kunnen weigeren om zorg te verlenen. Want de situatie kan gevaarlijk zijn, voor zowel de cliënt als de zorgverlener. Maar wij mogen geen zorg weigeren zonder eerst een dossier op te bouwen. Daar zit een hele procedure aan vast waarbij je onder andere moet uitleggen aan de zorgverzekeraar waarom je die zorg zou moeten kunnen weigeren. Daar ben je twee à drie maanden mee bezig. En in die maanden moet je wel zorg blijven geven aan iemand die niet mee wil werken. Bij het weigeren van hulpmiddelen helpt het overigens als een thuisbegeleider of mantelzorgger meedenkt en betrokken is bij het proces. Die heeft meestal al wel het vertrouwen en dan nemen cliënten eerder hulpmiddelen aan. Maar het komt ook voor dat iemand die echt helemaal geen zorg wil. Ik denk dat dit in mijn wijk zeker een keer per jaar voorkomt. Een alcoholverslaafde bijvoorbeeld, die nauwelijks kon staan en eigenlijk geen hulpmiddelen wilde. Stoppen met drinken was sowieso geen optie meer. Dit is een erg moeilijke categorie mensen. Ze zijn vaak erg geïsoleerd, hebben geen mantelzorgers die hen bijstaat en ook een thuisbegeleider weigeren ze. Voor ons als thuiszorg is het dan bijna ondoenlijk om die mensen te helpen. Ik zou willen dat wij die zorg dan wel zouden kunnen



Foto: Rachael Gorjestani - Unsplash

weigeren met een versneld proces, maar ik vind niet dat een cliënt dan maar zonder zorg moet blijven. Want vaak is er een psychische problematiek die aan de weigering ten grondslag ligt. Dan heeft iemand hulp nodig van de GGZ bijvoorbeeld. Wij als thuiszorg hebben niet altijd de deskundigheid in huis om de juiste zorg te verlenen.

'Ik zou willen dat wij zorg met een versneld proces zorg zouden kunnen weigeren'

Maar dat is wat anders dan helemaal geen zorg verlenen. Ik vind namelijk wel dat iedere cliënt zorg moet kunnen krijgen. Maar er moet wel meer specialistisch maatwerk zijn en sneller geschakeld kunnen worden naar anderen die wel bij een cliënt kunnen komen. Helaas is die schakeling nog vaak een probleem in de praktijk en duurt het vaak ook erg lang voordat een deskundige erbij kan zijn, waardoor het langer duurt voordat er een gedragsverandering bij de cliënt is bereikt. En in de tussentijd heeft de cliënt zorg nodig. Wij kunnen dit niet op een verantwoorde en veilige manier doen, maar moeten wel zorg geven. Dat is een hardnekkig en moeilijk spanningsveld.' 🗨️

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

Niels Mulder, hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg:

‘Laten we stoppen met overleggen óver de patiënt!’

De term bemoeizorg neemt hij niet graag in de mond. Niels Mulder, psychiater Parnassagroep en hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam spreekt liever van assertieve zorg. Maar dat deze zorg onmisbaar is in de wijk, dat staat volgens hem als een paal boven water. ‘Door op een andere manier te werken, hoeven de schotten in de zorg en de andere financieringsstromen in de wijk goede assertieve zorg niet in de weg staan. Bovendien moet deze vorm van zorg onder de gewone reguliere zorg vallen.’

*Tekst:
Marieke
Rijsbergen*

‘Zolang de zorg bestaat zijn er mensen die geen zorg willen omdat ze vinden dat er niets met ze aan de hand is terwijl het omgekeerde het geval is. Maar dat zegt niet dat je ze geen hulp moet bieden.’ Dat zegt Niels Mulder, psychiater Parnassagroep en hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit. ‘Het is eigenlijk van de gekke dat er tot op heden geen landelijk dekkende werkwijze is voor deze groep en dat er met enige regelmaat incidenten zijn waarbij we achteraf moeten concluderen dat het aan voldoende assertieve en geïntegreerde zorg heeft ontbroken. Dat is geen effectieve manier van zorg verlenen.’

‘Het vertrouwen van de cliënt in dit proces mag niet geschaad worden’

Mulder doelt hier onder andere op mensen die zichzelf en hun omgeving verwaarlozen, sommige psychiatrische cliënten, dementerende ouderen, mensen met ernstige alcohol- en drugsverslaving en ga zo maar door.

Volgens Mulder is het noodzakelijk om telkens weer bij deze mensen langs te gaan. ‘Dus niet een of twee keer en het dan als hulp- of zorgverlener opgeven. Dit vraagt om aanhoudende pogingen en telkens weer op diverse



manieren contact proberen te maken. Daar gaat veel tijd in zitten, maar op lange termijn verdient dat zich volgens mij echt terug omdat erger wordt voorkomen.’

Tijd niet begrenzen

Wat als een paal boven water staat is dat het vertrouwen van de cliënt in dit proces niet geschaad mag worden. ‘Er zijn teams die dit soort werk doen die begrensd zijn tot bijvoorbeeld maximaal een half tot een heel jaar. En

dan, na het winnen van het vertrouwen, een cliënt moeten overdragen aan een ander team. Dat is funest! Als een hulp- of zorgverlener eerst via de brievenbus, daarna op de drempel van de voordeur en uiteindelijk op de bank van de cliënt, een vertrouwensband heeft opgebouwd, moet stoppen omdat zijn uren op zijn, ben je meteen weer terug bij af. De cliënt is teleurgesteld in de hulpverlening en het risico is groot dat hij afhaakt. Bemoeizorg ofwel assertieve zorg moet gewoon reguliere zorg zijn. En wel op zo'n manier dat de professional, gezien vaak de ernst van de situatie, de ruimte krijgt om contact te maken en na eenmaal gewonnen vertrouwen ook de verdere behandeling en begeleiding kan doen.'

Ook omdat zorgmijders regelmatig op zoek zijn naar praktische hulp, vertelt Mulder. 'Het hoeft regelmatig niet zo diepgravend. Een kopje koffie drinken, helpen met de boodschappen of de afwas. Dat soort hulp. Door het bieden van deze hulp kun je vertrouwen winnen en volgende stappen zetten. En dat kost simpelweg tijd.'

Eigen hokjes

Eigenlijk is het heel eenvoudig volgens Mulder. 'Laten we stoppen met teveel denken in ons eigen hokje. Hulp- en zorgverlening kunnen het beste hand in hand gaan in de wijk. Kijk waar ieders kracht ligt. Waar ben je voor opgeleid? Dan kun jij dat stukje oppakken. Uit welke financieringsstroom dat betaald wordt, is minder belangrijk.'

'Soms moet je als wijkverpleegkundige burgerlijk ongehoorzaam zijn'

Daarnaast moeten we zoveel mogelijk ophouden met praten óver de cliënt maar wel mét de cliënt. 'Als dat zou gebeuren dan heb je echt heel veel gewonnen. Hoeveel professionals van ggz- en wijkteams zitten niet te vergaderen over cliënten die er zelf niet bij zijn. Bovendien wordt goed zichtbaar welke hulpverleners zich op een gezin of patiënt richten en kun je als professionals afstemmen waar de cliënt (en liefst ook de naaste) bij is.'

Netwerkattitude

In het meest ideale geval kan degene die het contact heeft gemaakt, een clubje mensen bijeen roepen. 'En dat heeft alles te maken met netwerkattitude. Ken je wijk en ken de disciplines die daarin actief zijn. Bij de ene cliënt kan het alleen de schuldhulpverlener zijn, bij een andere wellicht zowel de wijkverpleegkundige, een psycholoog,

iemand van verslavingszorg en de mantelzorgers om de cliënt te helpen. Omdat de cliënt erbij zit, kan hij meteen zijn inbreng geven en kunnen er meteen spijkers met koppen geslagen worden. Dan bouw je aan continuïteit wat bij cliënten met complexe problemen heel belangrijk is omdat ze in het verleden vaak erg teleurgesteld zijn in de zorg en hulpverlening.'

Meer onderzoek nodig

De hoogleraar zou graag meer onderzoek doen naar zorgmijding. 'Er gaan miljoenen naar heel veel andere patiënten via onder andere ZonMw. Maar bij deze groep wordt steeds gezegd dat ze lastig te bereiken is en dat het ingewikkeld is omdat elke gemeente het weer anders aanpakt en oplost. Ik ben het daar niet mee

'Mensen die zorg mijden in verschillende gemeenten hebben veel meer gemeen dan menigeen denkt'

eens. Mensen die zorg mijden hebben in verschillende gemeenten veel meer gemeen dan menigeen denkt. In plaats van verschillend beleid per gemeente, zouden we kunnen proberen effectieve methodieken te vinden en die toepassen. Als je daarop focust kun je uiteindelijk aanpakken bedenken die voor veel gemeentes kunnen werken.'

Mulder wil de verpleegkundigen in de wijk graag nog wat meegeven. 'Volg je beroepsintuïtie. Kijk wat nodig is voor jouw cliënt en ga daar voor. Dit betekent dat je soms burgerlijk ongehoorzaam moet zijn. Neem de ruimte en de tijd, ook als die niet echt in je indicatie of taakomschrijving staat. Ga een praatje maken, neem koffie en een broodje mee en bouw die band op met je cliënt. Dat levert vaak goede resultaten op, zodat cliënten hulp accepteren, hun problemen verminderen en de weerbaarheid toeneemt.'

Hand pakken

'En daar gaat het uiteindelijk om. Contact maken en onderhouden met mensen die in eerste instantie geen hulp willen, maar wel nodig hebben! Net zolang totdat ze je hand pakken voor daadwerkelijke hulp.'

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

Bereik van de jeugdgezondheidszorg

Is ieder kind in beeld?

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft als doel om elk kind in Nederland met jeugdgezondheidszorg te bereiken. Maar is iedereen in beeld? Of zitten er ook zorgmijders tussen? Wat kan de JGZ doen om dit te verbeteren? Een gesprek met onderzoekers Laura Willems over het bereik van de JGZ en Carin Rots-de Vries over het bereiken van gezinnen die vaak buiten beeld vallen.

Tekst: Bente Allessie en Suzanna van Dam

Laura Willems heeft tijdens haar onderzoeksfase voor de master Public Health aan de NSPOH onderzoek gedaan naar ouders en waarom die wel of niet gebruik maken van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en hun redenen om wel of niet naar een afspraak te komen. Dit onderzoek vond plaats bij de JGZ Zuid-Limburg. Willems: 'Uit het onderzoek kwam naar voren dat het bij lang niet alle ouders bekend is wat de rol van de JGZ precies is. Een aantal ouders gaf aan dat voor het eerste kind dit onderzoek wel nuttig is, maar dit bij de broertjes of zusjes niet meer zo nodig te vinden omdat je dan als ouder al meer weet.'

'Voor ouders is niet altijd helder wat de JGZ te bieden heeft', beaamt jeugdverpleegkundige Emily Miesen, werkzaam bij CJG Den Haag. 'Ik merk vaak dat het ook komt door twijfels over vaccineren of dat ouders de uitnodiging niet goed begrepen hebben, omdat ze de

Nederlandse taal niet voldoende beheersen.' In het onderzoek van Willems kwam ook naar voren dat praktische bezwaren meespelen zoals parkeergelegenheid, afstand naar de locatie en het regelen van opvang voor de andere kinderen. Willems draagt ook oplossingen aan. 'Het is belangrijk om aan te sluiten bij de ouder. Dit kan door aan te sluiten bij de route die al bij de ouder loopt, dus aanwezig zijn op de scholen en zichtbaar zijn in de wijken. Ook is het van belang om nut en noodzaak te verhelderen. Bijvoorbeeld door filmpjes over wat de ouder kan verwachten.'

Bejegening

Eveneens is de bejegening door JGZ-professionals van grote waarde op de attitude van ouders. Dit merkt Miesen ook in de praktijk. 'Als ik met ouders in gesprek ga waarom ze niet meer komen, geven ze ook soms aan dat het komt omdat de vorige afspraak niet prettig

'Voor ouders is niet altijd helder wat de JGZ te bieden heeft'

verlopen is.' Willems vult aan: 'Eigenlijk kun je het verdelen in twee stappen. Je hebt de beeldvorming van de JGZ. Ouders vormen een bepaald beeld door de ervaring tijdens de consulten, maar ook door hoe de JGZ buiten de consulten om in beeld komt. Bijvoorbeeld een column in de krant of bekende tijdschriften die ouders lezen.' Haar advies: 'Wees ook buiten de JGZ-muren positief aanwezig. Vervolgens heb je de benadering tijdens de consulten. Tijdens de consulten is de houding en manier van communiceren van groot belang voor een prettige ervaring voor ouders.' En ze heeft nog een advies: 'Door het structureel betrekken van ouders – bijvoorbeeld door ouderpanels – kan de JGZ-organisatie de inzichten en ervaringen van ouders inzetten bij de vormgeving van de zorg. Op die manier hebben ouders invloed op verbeteringen die doorgevoerd kunnen worden.'

Families op campings

Maar wat als de JGZ deze basis goed op orde heeft en toch niet alle gezinnen voor de deur staan?





Carin Rots-de Vries, senior onderzoeker GGD bij de West-Brabant en science-practitioner bij de Academische Werkplaats publieke gezondheid Brabant, heeft het boek *Outreaching werken in de Jeugdgezondheidszorg* gepubliceerd. Aan dit boek ligt jarenlang onderzoek ten grondslag. De JGZ heeft als uitgangspunt om elk gezin zo optimaal mogelijk te ondersteunen. 'Om dit waar te kunnen maken moet de JGZ zich voortdurend afvragen of er groepen zijn die verborgen blijven. Met de basis-

'De JGZ moet zich voortdurend afvragen of er groepen zijn die verborgen blijven'

zorg bereiken we bijna iedereen, maar er is een groep die we niet bereiken. Als JGZ hebben we het mandaat om ongevraagd zorg aan te bieden. Bijvoorbeeld aan families die wonen op campings.'

Denk hierbij aan seizoenarbeiders, statushouders of mensen die met spoed woonruimte nodig hebben doordat ze zijn vastgelopen in de systemen door

Interventie Bemoeizorg

De interventie Bemoeizorg in de JGZ die beschreven staat in het boek *Outreaching werken in de Jeugdgezondheidszorg* kan helpen om kinderen van moeilijk bereikbare gezinnen na een eerste contact in het vizier te blijven houden. De interventie bestaat uit 6 stappen:

- 1: onderzoek of er voldoende grond is om het gezin ongevraagd te benaderen
- 2: leg contact met het gezin
- 3: volg dit contact snel op
- 4: maak een integraal gezinsplan
- 5: zorg voor een goede overdracht
- 6: blijf het gezin monitoren.

bijvoorbeeld schulden. Ook wonen er mensen die er bewust voor kiezen, omdat ze onder de radar van de overheid willen blijven door de illegale activiteiten die zij uitvoeren, zo blijkt uit onderzoek van Carin Rots-de Vries en Joyce de Goede.

'Gezinnen leven daar vrij verborgen, maar hebben vaak wel kinderen die juist de zorg van de JGZ nodig hebben.

Tips

- **Neem geen werktas mee.** Binnenkomen bij een gezin gaat makkelijker als de bemoeizorger een informele uitstraling heeft.
- **Oefen goede openingszinnen.** Op het moment dat de voordeur opengaat, breekt het moment van de waarheid aan. De eerste zinnen die de bemoeizorger uitspreekt zijn cruciaal. Ze maken het verschil tussen een deur die weer dicht gaat of een uitnodiging om binnen te komen. Denk vooraf na over deze openingszinnen en oefen ze desnoods hardop. Goede openingszinnen hebben geen moraliserende toon, spreken oprechte betrokkenheid uit en nodigen uit tot een open gesprek.
- **Vraag toestemming voor handelingen.** Het is raadzaam voor alle handelingen, acties of stappen toestemming te vragen: 'Vindt u het goed als ...'. Dit geeft de ouder een gevoel van controle in een onzekere situatie.
- **Schep reële verwachtingen.** Zorg ervoor dat de cliënt reële verwachtingen heeft van de vervolghulp.
- **Straal niet uit: 'wij gaan dit wel voor u oplossen'.** Denk meer aan termen als: 'het wordt hard werken, maar het is de moeite waard en ik zal u op weg helpen'.
- **Tref voorzorgsmaatregelen voor uw veiligheid.** Voor zorgverleners die op huisbezoek gaan, kunnen voorzorgsmaatregelen nodig zijn om veiligheidsrisico's te minimaliseren. Kennis over verschillende typen agressie en de-escalerende werkvormen is een vereiste. Daarnaast gaat het om het nemen van praktische maatregelen. Zorg bijvoorbeeld voor een mobiele telefoon met een ingeprogrammeerd alarmnummer, ga bij twijfel samen met een collega en maak tijdstip en adres van elk huisbezoek bekend bij het secretariaat.

Bron: 'Outreachend werken in de Jeugdgezondheidszorg. Handleiding voor de interventie 'Bemoeizorg in de JGZ', auteurs: Carin Rots-de Vries, Ike Kroesbergen en Yonna Theunis.

Kinderen die permanent op de campings verblijven gaan niet altijd naar school.' Rots-de Vries merkt dat je daar als JGZ met kleine stapjes al veel kan bereiken. 'Bijvoorbeeld dat de kinderen weer naar school gaan! Dit vergt wel lef om in gesprek te gaan met de camping-eigenaar

'Kijk samen met de ouders wat het beste is voor het kind. Niet met de focus op het probleem, maar met de focus op de vraag en kracht van ouders'

bijvoorbeeld. Zij zitten namelijk niet altijd op jouw bezoek te wachten. Het is ook belangrijk om je eigen veiligheid te waarborgen. Daarom gaat de jeugdverpleegkundige vaak samen met de OGZ-verpleegkundige dit gesprek aan. Vervolgens kijken zij samen met ouders wat het beste is voor het kind. Niet met de focus op het probleem, maar met de focus op de vraag en kracht van ouders. Als de JGZ ze op zo'n moment goed ondersteunt kunnen ouders de vaardigheden die zij dan leren ook weer toepassen op andere gebieden van hun leven. Zij zijn de experts.'



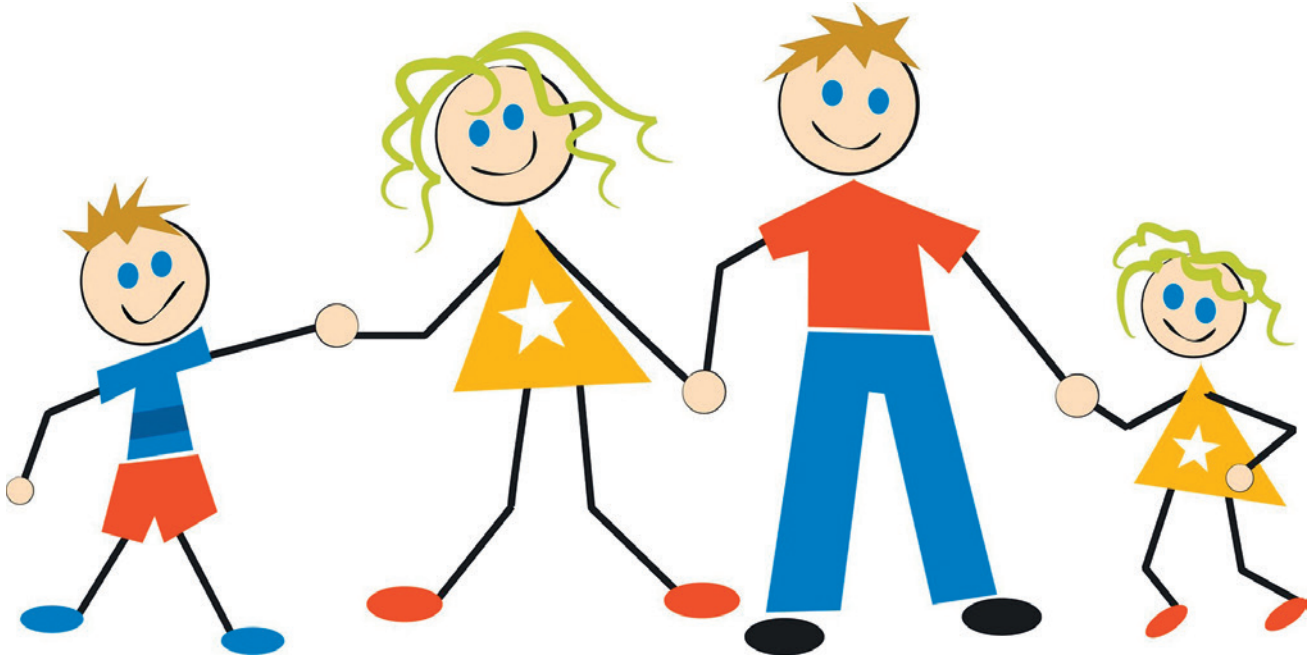
Gelukkig lukt het in de meeste gevallen om in niet al te lange tijd contact te krijgen. Een persoonlijke aanpak waarbij de bemoeizorger belangstelling toont voor het gezin en het welzijn van het kind, leidt meestal tot bereidheid bij de ouder(s) om het gesprek aan te gaan. Uit het onderzoek van Rots-De Vries bleek dat bij 90 procent van de benaderde gezinnen drie contactpogingen volstonden. De benodigde tijd om contact tot stand te brengen bedroeg gemiddeld dertien dagen. ☺

Bente Allesie is jeugd- en stafverpleegkundige bij GGD IJsselland, bestuurslid van V&VN vakgroep Jeugdverpleegkundigen en redacteur bij Tijdschrift M&G

Suzanna van Dam is jeugd- en stafverpleegkundige bij Jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg en redacteur bij Tijdschrift M&G

Het Empowerment-paradigma

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 Empowerment-paradigma.



In mijn artikel over het *model van Caplan* in nummer 3, jaargang 2019 van dit tijdschrift, verwees ik naar het begrip 'Empowerment'. Daar moest ik aan denken tijdens het lezen van het begin september verschenen rapport *De Sociale Staat van Nederland 2020* (SSN 2020) van het Sociaal en Cultureel en Planbureau (SCP).

te helpen om vrienden te maken, hun zelfvertrouwen op te vijzelen, een talent te ontwikkelen, maar ook door hun omgeving te helpen te veranderen'. Beide heel mooie voorbeelden van wat het empowerment-paradigma beoogt te benadrukken. Hoogste tijd dus om dit paradigma nader te beschouwen.

Tekst:
Huub Sibbing

'Vaak zijn professionals vanuit hun risicobenadering geneigd om met negatieve etiketten te strooien'

In het SSN analyseert het SCP hoe Nederland door de coronacrisis verandert is en geeft aanbeveling voor beleid voor de toekomst. Een van de aanbevelingen is: *Versterk de mentale veerkracht*. En in een artikel in de Volkskrant van 15 september met de kop 'Een patiënt staat nooit op zichzelf' stelt kinder- en jeugdpsychiater in opleiding Carlijn Welten onder andere: 'Wij zijn geneigd ons te concentreren op wat niet goed gaat, terwijl je kinderen ook kunt helpen om sterker te worden. Door ze

Een paradigmashift als antwoord op de risicobenadering

We spreken van een empowerment-'paradigma' omdat het verder reikt dan een nieuwe methodiek of zorgvernieuwing in het kader van vraaggericht werken. Het gaat om een fundamentele verandering in het kijken naar sociale problemen en naar hun oplossingen met implicaties voor interventie, onderzoek en beleid. Het is alsof je een andere bril op zet waardoor de wereld er ineens heel anders uitziet

De zorgverlening in het maatschappelijk en gezondheidsdomein is jarenlang gedomineerd door de 'risicobenadering'. Er is een enorme hoeveelheid aan checklists om (gezondheids)risico's in kaart te brengen, op basis daarvan worden risicogroepen gedefinieerd en wordt een risicogroepenaanpak geformuleerd die weer wordt

De klepel en de klok

vastgelegd in protocollen en richtlijnen. Zo werden tijdens de coronacrisis alle opa's en oma's en alle 70-plussers door het kabinet tot risicogroep gebombardeerd terwijl daaronder natuurlijk een enorme diversiteit schuil gaat. Andere veelgebruikte risicogroep-etiketten zijn migranten, tienermoeders, alleenstaanden, lager opgeleiden et cetera. Kortom: de risico's en de zwakte staan centraal, professionals moeten in hun zorg- en hulpverleningsplannen de oplossing formuleren.

'Het gaat uit van de kracht en potentie van mensen en die van hun omringende systemen'

Het empowermentparadigma draait deze benadering 180 graden om. Het gaat uit van de kracht en potentie van mensen en die van de hun omringende systemen. Inherent aan dit paradigma is de primaire bekommernis voor personen of groepen die in maatschappelijk kwetsbare positie verkeren om daarbij te streven naar 'volwaardig burgerschap' voor iedereen.

Tine van Regenmortel, Belgisch onderzoekster en een van de toonaangevende denkers over empowerment in het Nederlands taalgebied hanteert de volgende definitie: *'Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie.'*

Drie elementen

Wereldwijd wordt empowerment gekoppeld aan drie essentiële elementen:

1. **Strenght of kracht: potentie tegenover risico**

De oudere jeugdverpleegkundigen onder ons zullen dit herkennen uit het *Balansmodel van Bakker*. Kijk niet alleen naar de belastende factoren (risico's) maar ook naar de beschermende factoren, zowel op macro-, meso- als microniveau. Denk daarbij aan verborgen talenten, latente sociale netwerken en onvermoede potenties. De Eigen Krachtconferenties zoeken bij een schijnbaar geïsoleerd gezin in een problematische situatie naar steunsystemen die latent aanwezig zijn maar geactiveerd moeten worden (zie kader).

2. **Veerkracht of resilience**

Hoe komt het dat sommige personen, ondanks de problematische omstandigheden waarin ze verkeren

Voorbeeld 1

Neem tienermoeders. Die worden in de jeugdgezondheidszorg vaak als risicogroep gezien. Misschien klopt dit voor een Turks meisje dat door haar zwangerschap de eer van de familie bezoeeld heeft. Maar voor een Surinaams of Antilliaans meisje kan de situatie heel anders liggen. Vaak kan zij vanuit de matriachale cultuur rekenen op veel support en ervaring van moeders, oudere zussen, tantes en vriendinnen.

Voorbeeld 2

In het *Dossier vertrouwensarts* (1999), een vierdelige documentaireserie van de NCRV over de dagelijkse praktijk van de voormalige Advies- en Meldpunten Kinder mishandeling waren een tienermoeder, haar vriend en hun kindje op een woonwagenkamp te zien. De overbezorgde hulpverleners vonden het een onverantwoorde situatie voor het kind en regelden een woning in een nieuwbouwwijk, vijftien kilometers verderop. De situatie van het kind verslechterde en toen de moeder en haar kindje weer terug waren in het woonwagenkamp, gingen bij de hulpverleners alle alarmbellen weer af. Zij vreesden voor het ergste. Maar wat schetste hun verbazing? Ze troffen een kerngezond kind aan, ingebed in een netwerk van ouders, familie en burens waar de jonge moeder met haar vragen en onzekerheid terecht kon. Dat had zij al die tijd in haar mooie nieuwbouwwoning gemist.

toch positief in het leven blijven staan en anderen minder. Elk mens heeft, hoe kwetsbaar zijn of haar situatie ook is, vermogens om deze situatie te ontgroeien als daar maar een positief appél aan wordt gedaan. Kijk maar eens in *Holland Got Talent* of vergelijkbare shows naar de achtergrond van deelnemers en hoe zij zich aan hun situatie wisten te ontworstelen.

3. **Zelfcontrole en zelfbeeld**

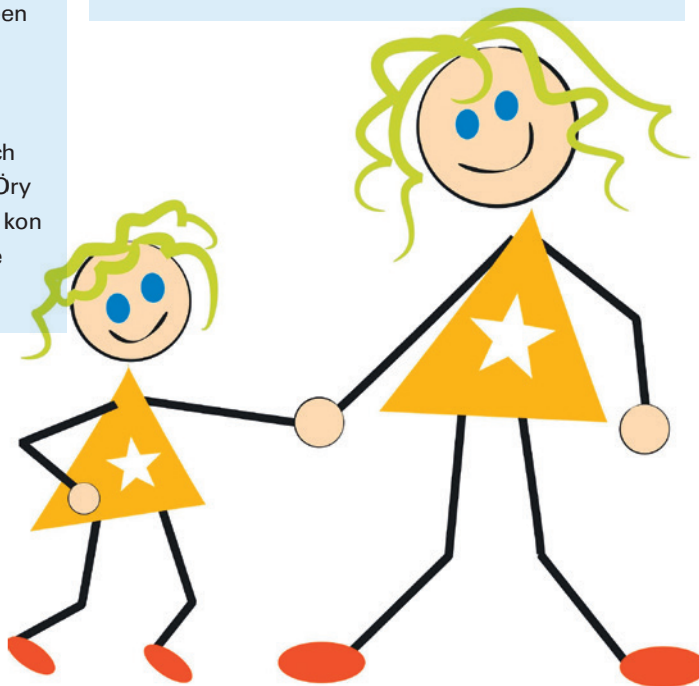
Vaak zijn professionals vanuit hun risicobenadering geneigd om met negatieve etiketten te strooien om vervolgens de cliënt(en) top-down allerlei goedbedoelde adviezen te geven, vaak gedragsgerelateerd. 'U moet stoppen met roken meer bewegen, gezonder eten, beter met uw financiën omgaan' et cetera. Een typisch voorbeeld van: 'u doet het pas goed als u doet wat wij van u verwachten' wat elk positief zelfbeeld

Voorbeeld 3

Ferko Öry was jeugdarts en onderzoeker bij het TNO en betrokken bij onderzoek naar opvoedingsproblemen en kindermishandeling. Op het JGZ-congres van maart 2006 vertelde hij dat hij groepen begeleidde van ouders die hun kinderen mishandeld hadden. De eerste insteek van het programma (praatgroepen voor vaders en moeders) was ze te laten inzien wat ze fout gedaan hadden. Gaandeweg het programma bleken ouders een soort 'schil' om zich heen te bouwen, in de verdediging te gaan. Want dat hun gedrag fout was geweest wisten ze ook wel. En dat werd hen nog eens flink ingepeperd. Er zijn immers maar relatief weinig ouders die hun kinderen doelbewust, bijna pathologisch, mishandelen. Vaak was hun gedrag ook een uiting van onmacht. De praat sessies verhoogden hun schuldgevoel alleen maar en het project dreigde stuk te lopen. Öry draaide het perspectief 180 graden om. Aan de vaders vroeg hij: 'Heb je wel eens dit gedaan' terwijl hij zijn hand ophief om te slaan maar toch niet sloeg. Veel vaders herkenden dat. Waarop Öry zei: 'Die momenten, de momenten dat je je wél kon beheersen, die moeten we gaan uitbouwen, die moeten we gaan versterken'.

Voorbeeld 4

CZ, de grootste zorgverzekeraar in de regio den Haag is in 2017 een project gestart om de schulden van honderden gezinnen af te kopen. De argumentatie was dat deze gezinnen 'geleefd werden' door hun schuldenproblematiek met bijbehorende stress, daaraan verwant zorggebruik en zorgkosten et cetera. Ze waren de grip op hun eigen leven volledig kwijt. Door het opkopen van hun schulden wilde CZ ze bevrijden van hun machtloze situatie en ze eer een nieuwe kans geven om de grip op hun leven te herwinnen. De effecten waren als een tweesnijdend mes: De betrokken gezinnen kregen weer grip en perspectief op hun leven en de stressgerelateerde zorgkosten daalden zodanig dat ook CZ hun investeringen in recordtijd terugverdiend zagen.



vernietigt en elke zelfcontrole ondermijnt. De vraag: 'Wat zou u zelf aan uw situatie willen veranderen en wat heeft u nodig om dat te bewerkstelligen' geeft een radicaal ander perspectief. Het voorbeeld van CZ met betrekking tot cliënten met problematische schulden in Den Haag (zie kader) is een mooi voorbeeld van dit omdenken.

Conclusie en aanbevelingen voor M&G-verpleegkundigen

- Plaats situaties in hun sociale, sociaaleconomische en sociaalpsychologische context (systeembenadering).
- Kijk niet alleen en misschien wel niet primair naar

risicofactoren (zwakte) maar kijk ook naar beschermende factoren (kracht).

- Vermijd negatieve en gebruik positieve labels.
- Sta niet boven de doelgroep als de deskundige die 'weet wat goed voor u is', maar sta er naast of erachter en laat dat moraliserende en vaak denigrerend opgeheven vingertje achterwege.
- In het verlengde daarvan: zoek de doelgroep op, leef je in in hun leefwereld ('outreaching werken'). Laat zien dat zij het waard zijn dat jij naar hen toekomt in plaats van je te verschansen in de 'ivoren toren' van het gezondheidsestablishment met risicoanalyses en bijbehorende protocollen en richtlijnen. ☒

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



FrieslandCampina nir

Institute

for dairy nutrition and health

Gezond eetgedrag bij welke tips kun je aan

Niet alleen wat kinderen eten, maar ook hoe ze eten is van belang, blijkt uit een nieuw wetenschappelijk statement van de Amerikaanse Hartstichting.¹ Het statement geeft richtlijnen voor ouders en verzorgers om positief eetgedrag en het behoud van een gezond gewicht bij kinderen te bevorderen. Daarmee kan mogelijk het risico op ziekten later in het leven verminderd worden.

Positieve eetomgeving

Hoewel veel kinderen het vermogen hebben om te stoppen met eten als ze vol zijn, worden kinderen ook beïnvloed door de algehele sfeer en het gedrag van de ouders tijdens de maaltijd. Als kinderen zich onder druk gezet voelen om te eten, kan het voor kinderen moeilijker zijn om te luisteren naar hun eigen natuurlijke honger- en verzadigingsgevoel. Door kinderen zelf uit gezonde opties te laten kiezen wat ze willen eten, en - nog belangrijker - hoeveel ze willen eten, moedig je ze aan om gezonde eetgewoontes te ontwikkelen. Dit leidt vaker tot een gezond eetpatroon en



kinderen: ouders meegeven?

gezond gewicht op latere leeftijd. Het advies is daarom om de focus te leggen op een positieve eetomgeving, in plaats van op (streng) regels over wat en hoeveel een kind moet eten.

Kieskeurige eters

Soms kan het echter moeilijk zijn om kinderen eigen voedselkeuzes te laten maken, vooral wanneer ze kieskeurig zijn en weerstand bieden aan nieuwe producten of gerechten. Dit gedrag wordt vaak gezien bij jonge kinderen van 1 tot 5 jaar en is normaal. Autoritaire regels rondom eten en het geven van beloningen en straffen kunnen op korte termijn succesvol lijken. Onderzoek ondersteunt deze aanpak echter niet; deze aanpak kan juist negatieve gevolgen hebben op de lange termijn. Een autoritaire eetomgeving kan een kind belemmeren om positieve besluitvormingsvaardigheden te ontwikkelen, hetgeen belangrijke ontwikkelingsprocessen zijn. Bij een autoritaire aanpak bestaat daarnaast een grotere kans dat kinderen eten wanneer ze geen honger hebben. Ook eten kinderen bij deze aanpak vaker calorierijke producten, waardoor het risico op gewichtstoename ontstaat. Aan de andere kant biedt een toegelijke aanpak, waarbij een kind mag eten wat het wil en wanneer het dat wil, niet genoeg grenzen om gezonde eetgewoonten te ontwikkelen. Onderzoek heeft ook deze aanpak gekoppeld aan een groter risico op ongewenste gewichtstoename bij kinderen.

Welke aanpak werkt dan wel?

Bij kieskeurige eters kan het herhaaldelijk aanbieden van een variatie aan gezonde producten de kans verhogen dat kinderen deze producten zullen accepteren, met name wanneer ze geserveerd worden met producten die het kind al kent en lust. Ook als ouders enthousiast zijn over het eten van bepaalde producten, kan dit het kind helpen om deze producten te accepteren. Het goede voorbeeld geven door middel van het eten van gezonde producten of gerechten - door ouders, verzorgers, broers en zussen en leeftijdgenoten - is een goede strategie om kinderen te helpen open te staan voor een grotere verscheidenheid aan voedselopties. Daarnaast is het voor ouders een uitdaging om structuur en grenzen te bieden zonder dat kinderen te veel beperkt worden in hun autonomie om keuzes te maken en daardoor niet meer luisteren naar hun eigen honger- en verzadigingsgevoel.

Tips voor ouders

- Laat kinderen zelf kiezen wat ze willen eten uit een selectie gezonde opties.
- Let op verbale en non-verbale signalen van je kind die aangeven dat hij/zij honger heeft of vol zit.
- Laat je kind niet meer eten dan hij/zij wil; voer geen druk uit.
- Eet op vaste tijdstippen.
- Serveer gezonde of nieuwe gerechten en producten naast gerechten of producten die je kind al lekker vindt.
- Eet met regelmaat nieuwe, gezonde voedingsmiddelen samen met je kind en laat merken dat je hiervan geniet: als ouder ben je een rolmodel.

Bron

1. Wood, A. C., Blissett, J. M., Brunstrom, J. M., Carnell, S., Faith, M. S., Fisher, J. O., ... & Momin, S. R. (2020). Caregiver influences on eating behaviors in young children: A scientific statement from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 9(10), e014520.

FrieslandCampina Institute

Het FrieslandCampina Institute biedt gezondheidszorg-professionals informatie over zuivel, voeding en gezondheid volgens de laatste stand van de wetenschap. Voor gezondheidszorgprofessionals zijn er rondom het onderwerp goede voeding voor kinderen vanaf 1 jaar diverse praktische informatiematerialen ontwikkeld: een poster om in de wachtkamer op te hangen, brochures om aan ouders mee te geven, een animatievideo en gesprekskaarten om te gebruiken voor uitleg tijdens het consult. Deze materialen zijn te bestellen en te downloaden via www.frieslandcampinainstitute.com/nl


Afdelingsnieuws

Online masterclass *De meerwaarde van de professional in de dementievriendelijke samenleving*

Steeds meer gemeentes en regio's omarmen de dementievriendelijke samenleving. Er ontstaan of lopen overleggen en bijeenkomsten met diverse professionals en vrijwilligers om de dementievriendelijke samenleving vorm te geven. Sociaal werkers en verpleegkundigen, al dan niet gespecialiseerd in dementie, nemen hieraan deel, of nog niet. Welke meerwaarde heb jij om de samenleving dementievriendelijker te maken en welke rol kun jij hierin spelen? Daarover gaat de online masterclass *De meerwaarde van de professional in de dementievriendelijke samenleving*. Wanneer: donderdag 12 november van 13 tot en met 16 uur. Kosten: € 95,-. Na aanmelding ontvang je een link naar de meeting. Aanmelden kan via de website: www.venvn.nl/afdelingen/dementieverpleegkundigen/ 



Algemene Ledenvergadering uitgesteld naar januari 2021


De Algemene Ledenvergadering (ALV) van de afdeling Maatschappij&Gezondheid is verschoven naar januari 2021. Gezien de RIVM-richtlijnen en de coronamaatregelen van V&VN is een fysieke bijeenkomst voorlopig niet mogelijk. Het bestuur heeft daarom besloten om te kiezen voor een digitale ALV. Dit vereist veel meer technische randvoorwaarden en die waren op korte termijn niet te realiseren. De exacte datum is nog niet bekend, houd daarvoor de website www.venvn.nl/mgz in de gaten. Helaas is het online niet mogelijk om een meningsvormend thema aan de ALV te koppelen, zoals traditiegetrouw altijd gebeurde bij de ALV van V&VN M&G. Er is gekozen voor een ALV in afgeslankte vorm. Daarin staan vooral de formele onderwerpen van de ALV centraal: goedkeuring aan het beleidsplan 2021 van de afdeling M&G, benoeming van nieuwe bestuursleden afdeling M&G, goedkeuring aan de begroting 2021 van de afdeling M&G. Leden kunnen wel input te leveren aan het bestuur in de vorm van tips, suggesties en/of aandachtspunten om mee te nemen in 2021. 

Afdeling V&VN M&G tegen nieuwe verenigingsstructuur van V&VN

Het bestuur van V&VN M&G heeft grote bezwaren tegen het plan van V&VN om de organisatie in de toekomst te clusteren in de volgende acht clusters: acute zorg, chronische zorg, intensieve zorg, wijk, GGZ, ouderen, jeugd en preventie. De vakgroepen van de afdelingen V&VN worden dan verdeeld over deze verschillende clusters. Het bestuur van V&VN M&G is tegen omdat de voorgestelde structuur de schotten in de zorg in stand houden. Deze worden door onze achterban over het algemeen als storend ervaren, omdat er een steeds groter beroep wordt gedaan op interprofessionele samenwerking over de domeinen heen. De afdeling wil een model wat uitgaat van het perspectief van de zorgvrager en past bij het huidige zorglandschap. Volgens het bestuur vermeerderen de kolommen juist het aantal schotten. Het bestuur wil verbindingen tussen alle geledingen van de vereniging volgens het netwerkmodel.

Als er toch gekozen zou worden voor een clustering in kolommen, dan wil het bestuur minder kolommen. En wel in de vier nieuwe zorgdomeinen: (1) voorzorg, (2) gemeenschapszorg, (3) laagcomplexe- tot complexe zorg en (4) hoog complexe zorg. Deze indeling is uitgewerkt door de Federatie

voor Gezondheid en inmiddels overgenomen door commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van het Zorginstituut Nederland in hun advies *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen; de contouren* (2015). Deze indeling is gebaseerd op eigen visie en veerkracht van de zorgvragers, gaat uit van positieve gezondheid, sluit aan bij de transitie van aanbodgericht naar vraaggerichte zorg en past in de beweging van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Mens in de Maatschappij.

De afdeling M&G is een mooi voorbeeld van een bestuur waarbinnen diverse groepen verpleegkundigen vertegenwoordigd zijn. Op basis van de indeling in het vierluik voorzorg/gemeenschapszorg/laag complexe tot complexe zorg en hoog complexe zorg zou de afdeling M&G de 'poot' gemeenschapszorg kunnen vertegenwoordigen, wellicht zelfs onder de huidige naam van de afdeling. Daarom wil het bestuur de afdeling niet opsplitsen naar 'jeugd' of 'ouderen'. Tijdens de fusie van de afdeling M&G is er al een verbinding gemaakt van interprofessioneel samenwerken die de afdeling niet kwijt wil. Sterker nog; afdeling M&G denkt dat die als voorbeeld kan gelden voor de andere nieuwe clusters. 

Annemieke Goudkuil nieuwe voorzitter Vakgroep Jeugdverpleegkundigen

V&VN vakgroep Jeugdverpleegkundigen heeft een nieuwe voorzitter! Annemieke Goudkuil is verpleegkundig specialist en werkzaam bij Icare JGZ. Ze kent V&VN Vakgroep Jeugdverpleegkundigen al als vertegenwoordiger van de richtlijn Advies en Autorisatie Commissie (RAC). De Vakgroep Jeugdverpleegkundigen is blij met de nieuwe voorzitter en wenst Annemieke Goudkuil veel succes met haar nieuwe functie. Goudkuil neemt het stokje over van Annemieke Korver die het voorzitterschap ruim twee jaar met veel enthousiasme en gedrevenheid heeft vervuld. Op deze plek wil de Vakgroep Jeugdverpleegkundige Korver bedanken voor al haar inzet en alles wat ze gedaan heeft om het vak van jeugdverpleegkundigen nóg verder te professionaliseren! Gelukkig blijft Annemieke Korver betrokken bij het bestuur van V&VN Vakgroep Jeugdverpleegkundigen. 📧



Vakgroep Wijkverpleging oriënteert zich op de toekomst

De Vakgroep Wijkverpleging kwam onlangs bijeen om zich te bezinnen op de vraag: Hoe nu verder met de Vakgroep? Aanleiding was dat leden zich overladen voelden met een gigantische hoeveelheid vragen van de buitenwereld om zich over van alles en nog wat uit te spreken. Daarnaast hebben de leden niet alle tijd van de wereld. Dit leidt tot een grote spanning tussen druk van buitenaf enerzijds en de hanteerbare caseload van de vakgroep anderzijds. Er werd al snel tot de conclusie gekomen dat er heel veel punten zijn waarom je lid wil en moet zijn van de Vakgroep. We noemen er hier een paar: wegvallende maatschappelijke steunstructuren, uitgaan van de leefsituatie thuis, spin in het web, maatschappelijke verantwoordelijkheid, de belangrijkste letter van MGZ is de M van Maatschappelijk, multidisciplinair en multisectoraal en ga zo maar door. Allemaal punten die heel goed aansluiten bij uitgangspunten van M&G en bij nieuwe Expertisegebied Wijkverpleegkundigen. De vakgroep De Vakgroep krijgt vaak vragen over onderwerpen als corona, delier, PGB, helpenden in de wijk en heel veel vragen over protocollen en richtlijnen. 'We moeten wel heel veel weten', zoals een deelnemer verzuchtte. In 2014 kon de Vakgroep dat nog goed aan omdat die toen nog heel groot was; zo'n twintig tot vijfentwintig leden. De Vakgroep wil nog steeds veel doen, maar de tijden en het aantal leden zijn veranderd. De druk van buitenaf neemt alleen maar toe en het aantal leden neemt af. Er komen gelukkig telkens nieuwe leden bij, maar minder dan er vertrekken. De leden die nu in de Vakgroep zitten, voelen zich door de overvolle caseload overvraagd en vertrekken daardoor weer snel. Dat moet dus anders. Daarover borrelden heel wat nieuwe aanpakken naar boven. Waaronder deze vijf: 1) stel prioriteiten en deleger: niet alles wat 'moet' gebeuren, moet door de Vakgroep gedaan worden, 2) betrek de omgeving (Ambassadeurs, ex-leden en andere geïnteresseerden) actiever bij deeltaken zoals bij bijvoorbeeld richtlijnen. De Vakgroep kan zich dan concentreren op de hoofdlijnen, 3) werken met portefeuillehouders binnen de Vakgroep. Creëer daar omheen een netwerk van actieve personen op de verschillende kennisgebieden, 4) De achterban moet rechtstreeks te benaderen zijn. Nu is absoluut onduidelijk welke leden van de afdeling M&G wijkverpleegkundigen zijn. Dit wordt een keiharde eis in het kader van V&VN Nieuwe Stijl. Dit speelt vanuit V&VN M&G al sinds 1 januari 2015, 5) duidelijk maken bij stakeholders dat de Vakgroep niet binnen drie dagen kan reageren op dikke stukken en notities. Zij moeten zich meer aanpassen aan het tempo van werkprocessen van de Vakgroep. Op 13 oktober zal de Vakgroep deze punten verder uitwerken. Daar berichten we over in de volgende editie van dit tijdschrift. 📧

82-jarige cliënt tegen zijn wil laten opnemen?

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Want wat doe je met een 82-jarige cliënt die zorg weigert, terwijl zijn vrouw dat wel wil? Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst: Hans van Dartel

Als wijkverpleegkundige heb ik al diverse malen via de brievenbus contact gehad met een echtpaar, beiden hebben geheugenproblemen. De heer heeft de diagnose dementie. Hij is 87, zij 82 jaar oud, ze zijn 62 jaar getrouwd en de zorg komt grotendeels op de schouders van de vrouw terecht. Ze lieten me niet binnen. Tot vandaag. De heer deed in zeer verwarde toestand open en liep naar binnen zonder de deur te sluiten. Bij binnenkomst zag ik bloed aan zijn handen. Zijn vrouw vond ik in bed in de slaapkamer. Ze was suf, kon nauwelijks praten, had geen idee wat er gebeurd was en had een forse wond op haar hoofd. In samenspraak met de huisarts besloten we dat ik mevrouw naar de SEH van het ziekenhuis zou brengen. Daar bleek mevrouw een hersenschudding te hebben, maar ze kon wel naar huis. Gedurende de tijd dat ik met haar doorbracht, werd duidelijk dat zij open stond voor hulp. Thuisgekomen, blijft de heer hulp weigeren. Ondanks dat dit voor beiden noodzakelijk is. Ook was te merken dat de verwardheid is toegenomen. De situatie is zorgelijk. Opname voor de heer is noodzakelijk. Omdat dit tegen zijn zin is, wil de huisarts een rechtelijke machtiging (RM) aanvragen. De heer kan wanneer de RM binnen is, opgenomen worden in een verpleeghuis ver van zijn huis en dus ver bij zijn vrouw vandaan. In de buurt is geen plek. Ik kan het bijna niet over mijn hart verkrijgen ze uit elkaar te halen na 62 jaar. Of moet ik thuiszorg opstarten met alle risico's van dien? Omdat we niet precies weten wat er gebeurd is met mevrouw en de heer zorg blijft weigeren?

Gevoel tegenover rede

Een complexe puzzel, waar je voor staat. Waarbij opvalt hoe mooi je beschrijft, waar je tegen aanloopt. Aan de ene kant de ervaring dat je dingen zou moeten doen die je eigenlijk niet over je hart kunt verkrijgen. Aan de andere kant de erkenning van de noodzaak om die dingen wel te doen. Niet alleen vanwege de vorderende dementie van mijnheer die opname vereist. Maar ook om de blokkade te doorbreken die mijnheer opwerpt

voor zorg thuis. Zorg die zowel voor zijn echtgenote als voor hem zeer gewenst is. Het scenario dat dan volgt waarbij de huisarts via een RM de knelsituatie wil doorbreken, zou je in die zin volstrekt redelijk kunnen noemen. Zeker als je kijkt naar de afzonderlijke belangen van deze twee mensen: het probleem van de zorg voor mijnheer wordt opgelost en tevens wordt de echtgenote ontlast van de zorgtaken die zij heeft en kan zij ook zelf de zorg krijgen die ze nodig heeft. Maar ja, de prijs die voor deze alleszins redelijke oplossing betaald moet worden is hoog vanwege de relatie die deze mensen al zo lang met elkaar hebben. Vandaar ook jouw reactie: je kunt het bijna niet over je hart verkrijgen om ze uit elkaar te halen.

Het belang van gevoelens

De gevoelsmatige aarzeling die je beschrijft om mee te werken met het scenario van de huisarts, verdient veel aandacht. De gevolgen van de beslissing om mijnheer op te nemen, wegen zwaar. Die gevolgen verdienen het om echt mee genomen te worden in de beslissing zelf. Zeker waar het om een doorsnijden van lang bestaande

'Jouw gevoelsmatige aarzeling verdient veel aandacht'

relatiepatronen gaat. Jouw gevoel sluit wat dat betreft goed aan bij de moeite die verpleegkundigen en verzorgenden in de ouderenzorg tijdens de coronacrisis hebben ervaren vanwege het bezoekverbod. Mensen in de laatste fase van hun leven uit elkaar halen of verhinderen dat ze elkaar kunnen ontmoeten, gaat in tegen diep menselijke gevoelens over de belangen van familierelaties en de morele verplichtingen die daaraan gekoppeld zijn. Die diepe gevoelens vragen de aandacht. Terecht dat je je afvraagt wat je kunt doen om de breuk die nu zou kunnen ontstaan te helen of de schade van het verlies te beperken. Begrijpelijk ook dat je toch weer overweegt om vooralsnog thuiszorg op te starten.

De beslissing open houden

Ik heb de neiging om hierin met je mee te gaan en vind het verstandig om de beslissing die er aankomt nog



even open te houden. Daar zijn mijns inziens ook bijkomende redenen voor. Zoals je zelf schrijft is er niet veel kennis over de voorgeschiedenis. Verder heb ik geen beeld van de context: ik lees niets over sociale contacten in de buurt, eventuele kinderen, over een proces van sociale isolatie en de ontwikkeling daarvan: is er iemand die nog een ingang naar deze mensen heeft? Met wie je verder mee zou kunnen 'liften' om meer toegang tot hen te krijgen? Daarnaast: de echtgenoot heeft je die ene keer wel toegelaten. Mogelijk uit zorg voor zijn vrouw. Misschien in combinatie met een gevoel van paniek. Een vraag die ik daarom ook heb is of je niet opnieuw toegang zou kunnen krijgen. Dat zou je ook de gelegenheid geven om minimaal na te gaan hoe de echtgenote over opname van haar man zou denken. En de gevolgen daarvan voor haar. Daarnaast vraag ik me af waardoor zijn afhoudend gedrag wordt veroorzaakt: schaamte? Trots? Wantrouwen gevoed door de dementie? Met andere woorden: de optie die je openhoudt is heel redelijk. Het zou jezelf wat meer tijd geven om openstaande vragen te beantwoorden en na te gaan of er nog andere mogelijkheden zijn dan die RM. Zo zou je met elkaar tot een meer afgewogen oordeel

kunnen komen. Als ook de huisarts daar open voor staat. Mocht het toch een opname worden, is het van belang om na te gaan of er mogelijkheden zijn om de schade zoveel mogelijk te beperken. In deze tijd van corona blijken verpleeghuizen weer meer open plaatsen te kennen. Is er dichterbij niet een geschikte plek te vinden

'Is er dichterbij niet een geschikte plek te vinden voor de echtgenoot? Of een plek voor hen beiden?'

voor de echtgenoot? Of een plek voor hen beiden? Zijn er niet nog andere mogelijkheden om het contact over en weer te bewaren? Om zo de pijn van het gemis te verzachten? Enige inspanningsverplichting in die richting is mijns inziens wel zeer gerechtvaardigd. Wil zorg in deze situatie echt zorg heten. 🍷

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

TBC-verpleegkundige Kristen Henderson

'Patiënten uit onder andere India denken dat ze dood gaan'

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Kristen Henderson (26), TBC-verpleegkundige en sociaal verpleegkundige bij de GGD van Amsterdam. In juli 2019 studeerde ze af aan de hbo-v bij de Hogeschool van Amsterdam. 'Je moet heel snel een band opbouwen met iemand die TBC heeft omdat je hem of haar het hemd van het lijf moet vragen.'

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Waarom heb je gekozen voor het vak TBC-verpleegkundige?

'Ik ben van mbo naar hbo gegaan en heb heel wat stages gelopen. In het ziekenhuis is alles heel medisch, het contact met patiënten is vrij kort. In de publieke gezondheidszorg kom je ook bij de mensen thuis, je hebt tijd voor hun persoonlijke verhaal. Je moet heel goed naar de cliënt kijken, maar ook naar het grotere geheel omdat het om de publieke gezondheid gaat. In de TBC gaat het vaak om de balans van wat kan ik al zeggen en wat nog even niet. Sommige mensen zijn in eerste instantie heel bang.'

Waar zijn ze bang voor?

'Mensen uit bijvoorbeeld India of Pakistan denken bij het horen van de diagnose dat ze dood gaan. Een Indiase vrouw zei het onlangs ook letterlijk: "In India ga je dood aan TBC." Ze wist niet dat TBC ook te behandelen is en was blij dat ik langs kwam omdat ze veel vragen had. Maar ik merkte wel dat ik eerst goed contact moest maken en ik pas na een paar afspraken kon uitleggen dat wellicht ook haar familieleden drager kunnen zijn en dat dit onderzocht moest worden. Er heerst helaas ook schaamte de ziekte te hebben.'

Hoe ben je ingewerkt?

'Ik had een inwerkperiode van een jaar. Ik werd aan een collega gekoppeld waar ik in eerste instantie bij meeliep. Na drie maanden ging ik steeds zelfstandiger aan de slag, maar ik kon altijd op haar terugvallen. Soms zat ik toch met dingen die ik wilde checken. Dan was het fijn dat ik dat bij haar kon aankloppen. Vooral bij contactonderzoek vroeg ik me soms af: zie ik iets over het hoofd? Ook gaf ze me tips die ik nu nog steeds gebruik.'

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

Zoals deze: laat de cliënt alle informatie die hij gehoord heeft, even herhalen. Dan weet je of ze het goed hebben begrepen.'

Kregen jullie het rustiger tijdens de piek van de coronapandemie?

'Aanvankelijk hielp ik mijn collega's bij Infectieziekten. Maar vrij snel werd ik weer teruggeroepen bij TBC omdat het opeens heel druk werd met TBC-aanmeldingen. In eerste instantie hebben TBC en corona overigens dezelfde klachten. Koorts, hoesten, benauwd. Een mevrouw die bloed ophoestte werd op beide getest. Er kwam TBC uit.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'Ik hoop dat ik dan ben doorgegroeid. Misschien dat ik dan gespecialiseerd ben in meer infectieziekten. Wie weet heb ik ook een studie in de public health gedaan. Maar dat ik daar nog in werk, staat als een paal boven water. Want de afwisseling, dat je in contact staat met verschillende culturen, je met bron- en contactonderzoek echt in de huid van een cliënt kruipt, dat gaat nooit vervelen.' 🍷

Bio

Naam: Kristen Henderson

Werkt bij: GGD Amsterdam

Opleiding: hbo-v, Hogeschool van Amsterdam

Is goed in? 'Luisteren, empathie tonen en erachter komen wat een cliënt echt nodig heeft.'

Minder goed in? 'Mijn grenzen aangeven. Laatst was ik in mijn vrije tijd medicatie aan het halen voor iemand die dit zelf eigenlijk ook kan regelen.'

