



■ **Vers bloed: 'Ik heb moeten leren dat je niet meteen antwoord hoeft te hebben op alle vragen'**

■ **Oekraïners in de wijk. Wat voor een werkzaamheden brengt dat met zich mee?**

Verpleegkundige en actief in de lokale politiek

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.

Richtlijn Signalering en preventie van zorginfecties

Dat hygiënisch werken levens kan redden, werd nooit zo duidelijk als tijdens de coronapandemie. Infectiepreventie is belangrijker dan ooit. In de nieuwe richtlijn Zorginfecties wordt uitgebreid aandacht besteed aan infectiepreventie en hygiënisch werken in de zorg.

Richtlijn Signalering en preventie van zorginfecties: Voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten/V&VN, 2022. Te downloaden via www.venvn.nl

Factsheet Valpreventie bij dementie en cognitieve stoornissen

Cognitieve stoornissen zorgen niet alleen voor een verhoogd valrisico maar zijn ook van invloed op de manier waarop valpreventie activiteiten uitgevoerd worden. Deze factsheet gaat in op de relatie tussen cognitieve stoornissen en valrisico, de inhoud en uitvoering van valpreventie bij thuiswonende ouderen met cognitieve stoornissen en dementie.

Factsheet Valpreventie bij thuiswonende ouderen met dementie en cognitieve stoornissen/Veiligheid-NL, 2021. Te downloaden via www.veiligheid.nl

Zorgprofessionals met de beroepsziekte COVID-19

Versillende zorgverleners zijn zwaar geraakt door corona daarom deed het FNV een onderzoek met de centrale onderzoeksvraag: Wat zijn de persoonlijke ervaringen van zorgprofessionals met de beroepsziekte COVID-19 en hoe verhouden deze zich tot een financiële tegemoetkoming vanuit de overheid?

Zorgprofessionals met de beroepsziekte COVID-19: Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van zorgprofessionals met langdurige klachten door COVID-19/FNV, 2022. Te downloaden via www.fnv.nl

We teach...



OPLEIDING VERPLEEGKUNDIGE MAATSCHAPPIJ & GEZONDHEID

- profiel Jeugdgezondheidszorg
- profiel Algemene Gezondheidszorg

"Enkele maanden na de start van mijn opleiding werd bij 'mijn GGD' de eerste COVID-19 patiënt bevestigd. Door de outbreak verschoof mijn rol als verpleegkundige infectieziekten meer naar implementatie van beleid en coördinatie van teams. Buiten de opleiding om vonden wij als deelnemers elkaar om elkaar te helpen. Mijn verpleegkundige bijdrage in het proces rondom de teststraat voor (zorg) medewerkers kon ik gebruiken als praktijkopdracht. Zo kon ik ondanks de crisistijd, toch verder met mijn opleiding!"

*– Karien Wannée-de Smalen,
Verpleegkundige M&G, GGD Hart voor Brabant*



Je vak en de omgeving veranderen. Jouw rol verandert mee.

Speel met plezier een actieve rol in de vernieuwing van het verpleegkundig beroep. Leer effectief samenwerken met ketenpartners, problemen in de gezondheid van cliënten signaleren en daarop acteren.

Kies voor de kleinschalige (post-HBO) opleiding bij de NSPOH:

- actuele ontwikkelingen en vernieuwingen in de inhoud van de AGZ en JGZ
- gebruik van evidence, zoals richtlijnen
- kansen voor preventie, bv door social media
- strategisch samenwerken met ketenpartners
- professionele rolontwikkeling

Interesse?

Kijk op www.nspoh.nl of neem contact op met opleider/adviseur Martine van der Kruk, telefoon **030-810 05 00**, e-mail info@nspoh.nl.



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



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

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

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

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 22, nummer 2, juni 2022

ISSN 1568-5853

Redactie: Bente Alessi, Gerben Jansen, Hellen Kooijman (eindredactie), Suzanna van Dam, Marieke Rijsbergen (hoofdreductie), Valerie Schipper, Huub Sibbing

Redactieadres: Zie onder 'Informatie'

Foto-omslag: Ron Hendriks

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

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

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

Informatie

V&VN Maatschappij & Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

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

Oekraïners in de eerste lijn

COVID-19 was voor dit seizoen nog niet koud voorbij of er ontwikkelde zich in Oekraïne een humanitaire ramp. Veel mensen hebben hun huis en haard verlaten om aan het oorlogsgeweld te ontkomen. Opnieuw vraagt dit veel van ons als wijk- en verpleegkundigen M&G, want we moesten snel schakelen omdat de stroom vluchtelingen plots op gang kwam. We werden ermee geconfronteerd dat onder andere de vaccinatiegraden van COVID-19 en polio een stuk lager liggen in Oekraïne. Bloed- en seksueel overdraagbare infectieziekten en (kinder)ziekten komen daar veel vaker voor dan in Nederland. En wat gaan we doen voor jeugdigen en hun ouders die traumaproblematiek hebben ontwikkeld? Op pagina 7 kun je lezen hoe wij de zorg voor deze vluchtelingen in rap tempo hebben georganiseerd. Als verpleegkundige kun je op veel manieren invloed uitoefenen op het gezondheidsbeleid in ons land. Dat kan binnen je organisatie, bijvoorbeeld via een Verpleegkundige Advies Raad en daarbuiten via de vakgroepen van V&VN. Sommige collega's zitten nog dicht op het vuur omdat zij in de gemeentelijke politiek zijn gestapt. Daar lees je meer over op pagina 28. Hopelijk inspireert het je om je stem nog meer te laten horen! ☺



*Bente Alessie, jeugdverpleegkundige en VoorZorgverpleegkundige bij GGD Gelderland Midden
bente.alessie@vggm.nl*

In dit nummer

Achtergrond

En toen kwam de grote stroom Oekraïners 7

Aan tafel met...

Wijkverpleegkundige Jacqueline Hendriks:
'Het is niet zo moeilijk allemaal' 12

Actueel

Prenataal huisbezoek JGZ per 1 juli actief 18

De geschiedenis van...

Het Nederlandse zorgstelsel 22

Verslag

Conferentie Dementieverpleegkundigen groot succes! 26

Praktijk

Verpleegkundige en actief in de lokale politiek 28

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Vers bloed: 'Je hoeft niet op alles meteen een antwoord te weten' 16

Afdelingsnieuws 19

Het dilemma: 'Caseload indicatiestelling te zwaar, mbo'er laten meewerken?' 30



Geluksgevoel bij jongvolwassenen afgenomen

In 2021 gaf 81 procent van de 18- tot 25-jarigen aan gelukkig te zijn, in 1997 was dit nog 91 procent. Jongvolwassenen vertonen hiermee de sterkste afname van ervaren geluk van alle leeftijdsgroepen, wat ook geldt voor tevredenheid van het leven. Onder alle volwassenen was sprake van een daling, maar nog steeds is een ruime meerderheid gelukkig en tevreden met het leven. Gevraagd naar zingeving vindt het merendeel van de volwassenen het leven de moeite waard en heeft het gevoel iets bij te dragen aan de samenleving, ook onder de mensen die aangeven niet gelukkig te zijn. Dat blijkt uit nieuwe cijfers van het CBS uit de enquête *Sociale samenhang en Welzijn* (SSW). In dit onderzoek wordt aan mensen van 18 jaar of ouder gevraagd zichzelf een rapportcijfer te geven op twee aspecten van subjectief welzijn: geluk en tevredenheid. Degenen die hiervoor een 7 of hoger geven, worden als gelukkig of tevreden beschouwd. 📄

Bron: CBS



Vooral vrouwen en kinderen uit Oekraïne ingeschreven

Sinds 24 februari 2022 hebben zich ruim 27.000 mensen uit Oekraïne bij een Nederlandse gemeente ingeschreven. Ruim een derde van hen zijn kinderen. Van de volwassen vluchtelingen is 80 procent vrouw. De meesten hebben zich bij de grotere steden ingeschreven. In absolute aantallen heeft Rotterdam tot nu toe de meeste inschrijvingen, ruim 1.500. Daarna volgen Amsterdam (bijna 1.000) en Groningen en Eindhoven (beide ruim 500). In Westland, Hilversum en Den Haag zijn ruim 400 mensen uit Oekraïne ingeschreven. 📄

Bron: CBS

NZa onderzoekt opmerkelijke daling aantal cliënten wijkverpleging

Het aantal unieke patiënten in de wijkverpleging is vorig jaar gedaald. Dit blijkt uit de monitor van de NZa over contractering van de wijkverpleging in 2021. Dat is opmerkelijk gezien de toename van de vergrijzing en de wens tot meer zorg thuis. De NZa onderzoekt komend jaar wat de oorzaak is van deze daling.

De daling sluit niet aan bij de in gang gezette beweging naar meer passende zorg thuis. Door het uitvoeren van een kwalitatieve en een kwantitatieve analyse wil de NZa in kaart brengen of deze cliënten op een andere manier zorg hebben gekregen of dat het betekent dat mensen geen zorg hebben ontvangen die wel gewenst was.

Ook blijkt uit de monitor dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het algemeen in goede sfeer verlopen. Er worden afspraken gemaakt over de doelmatigheid van zorg en de tarieven. De NZa ziet nog steeds te weinig afspraken over preventie, kwaliteit van de zorg, regionale samenwerking en het tegengaan van personeelstekorten. Dit is wel nodig om te zorgen dat de wijkverpleging ook in de toekomst toegankelijk blijft voor een ieder die deze zorg nodig heeft.

Passende zorg vraagt van zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat zij samenwerken en de zorg rondom de cliënt organiseren. Waar het mogelijk is verplaatst de zorg zich van het ziekenhuis naar thuis. Partijen maken regionaal afspraken hoe de zorg tot stand komt en wie welke rol heeft. Ook in relatie tot andere sectoren zoals huisartsen en het sociaal domein. Uit de monitor van het NZa blijkt ook hier dat er weinig onderlinge afspraken worden gemaakt tussen huisartsen, wijkverpleging, ggz en medisch-specialistische zorg. 📄

Bron: www.NZa.nl

Tien jaar tekenradar.nl: 80.000 tekenbeetmeldingen

Iemand in Drenthe loopt de grootste kans op een tekenbeet. Dat blijkt uit 80.000 tekenbeten die in tien jaar tijd zijn gemeld bij www.tekenradar.nl. Snel een teek (binnen een paar uren) verwijderen, halveert de kans op de ziekte van Lyme. Dat blijkt uit onderzoek van tekenradar.nl. Als je de teek laat zitten totdat de teek zich helemaal volzuigt, dan verdubbelt de kans op Lyme. Het onderstreept het belang om na een bezoek aan het groen een tekencheck te doen en de gevonden teek snel te verwijderen. De kans op de ziekte van Lyme na een tekenbeet is gemiddeld 2 tot 3 procent, ondanks het feit dat 20 procent van de teken besmet is met de Lyme bacterie. Elk jaar krijgen Nederlanders in totaal

anderhalf miljoen tekenbeten, waardoor bij 27.000 mensen de ziekte van Lyme ontstaat. Vaak is dat de vroege vorm van de ziekte met een verkleuring van de huid op de plek van de tekenbeet. Door het Tekenradaronderzoek is bekend geworden dat het niet altijd een rode ring is. In een derde van de gevallen ziet het er eerder uit als een egale roodachtig gekleurde vlek, die lastiger te herkennen is. Gelukkig herstellen mensen met de ziekte van Lyme in de meeste gevallen zonder restklachten na behandeling met antibiotica. Door het onderzoek weten we nu ook dat van de jaarlijkse 27.000 mensen met de ziekte van Lyme 1000 tot 1500 mensen



langdurig klachten houden na behandeling. De precieze oorzaak van deze klachten is nog onbekend. [🔗](#)

Bron: www.tekenradar.nl

Inbreng cliëntenperspectief versterken met 'MijnBlik'

In gesprekken tussen cliënten en artsen of verpleegkundigen komt het perspectief van de cliënt niet altijd helder aan bod. Zo geven cliënten niet altijd aan of de gekozen behandeling wel of niet werkt. Informatie over de ervaringen van de cliënt kan dan niet worden meegenomen in shared decision-making of advance care planning. Een cliënt ontvangt zo misschien niet de zorg of behandeling die het beste past. Om deze situatie te verbeteren voor mensen met COPD en/of hartfalen, is 'MijnBlik' ontwikkeld.

'MijnBlik' wijst mensen met COPD en/of hartfalen en hun naasten de weg naar gesprekshulpen, waarmee zij zich thuis kunnen voorbereiden op een afspraak met een arts of met jou als wijkverpleegkundige. Uit de ervaringen met de eerste versie van

'MijnBlik' blijkt dat cliënten zich door de gesprekshulpen meer bewust worden van hun wensen en behoeften. Die kunnen zij dan makkelijker bespreken tijdens een afspraak, wat hun inbreng in het gesprek vergroot. Dit versterkt ook de eigen regie en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, en het draagt bij aan samen beslissen over passende zorg en proactieve zorgplanning. 'MijnBlik' bestaat uit een blikje met kaarten en een website www.mijn-blik.nl. Op basis van de ervaringen van verpleegkundigen met de eerste versie is bij het blikje een handreiking voor zorgverleners ontwikkeld. 'MijnBlik' omvat vier onderwerpen: 1) Ik wil vertellen wat me nu bezighoudt, 2) Ik wil weten welke vragen ik kan stellen tijdens het gesprek, 3) Ik wil meepraten over de



zorg of behandeling, 4) Ik wil de toekomst bespreken. Voor elk onderwerp zit er een waaier met kaarten in het blikje. Op iedere kaart staat een gesprekshulp beschreven. Interesse? De vier onderwerpen en alle gesprekshulpen zijn te vinden op de website www.mijn-blik.nl. [🔗](#)

Bron: www.mijnblik.nl

125
JAAR

NUTRICIA
ONDERZOEK



Weer een **stap vooruit** dankzij onderzoek naar **moedermelk**



Zonder toegevoegde palmolie 



Samen in balans

Borstvoeding is de beste voeding voor elke baby. De meeste moeders starten om die reden ook met het geven van borstvoeding. Er kan een moment komen dat de moeder geen (volledige) borstvoeding meer kan of wil geven. Voor sommige ouders is een combinatie van borst- en flesvoeding een manier om de borstvoedingsperiode te verlengen. Alle ouders vinden hierin hun eigen balans. Ze kunnen nu ook kiezen voor Nutrilon DuoBalans, speciaal ontwikkeld voor de combinatie met borstvoeding, maar het kan ook als volledige flesvoeding gegeven worden. Met extra aandacht voor de bijdrage aan een goede opbouw van het immuunsysteem van de baby.



Wilt u meer informatie of advies?

Neem dan contact op met onze diëtisten van Nutricia voor Professionals:

☎ 0800-022 80 60 (24/7) • ✉ professionals@nutricia.com 🌐 www.nutriciavoorprofessionals.nl
Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer



Foto: Priscilla du Preez, Unsplash

En toen kwam de grote stroom Oekraïners...

Even leven op de toppen van je (verpleegkundige) kunnen, overuren draaien en snel met andere zorgverleners in de wijk schakelen. Dat maakten heel wat wijk- en verpleegkundigen M&G mee toen de grote hoeveelheid gevluchte Oekraïners ons land binnestroomde. Dit kwam voornamelijk omdat Oekraïense vluchtelingen direct onder de gemeente en dus ook meteen onder de (gemeentelijke) gezondheidszorg kwamen te vallen. We spraken twee verpleegkundigen infectieziektebestrijding, een huisarts, een wijkverpleegkundige en een jeugdverpleegkundige over deze tumultueuze periode.



Naam: Marloes Wardenier

Functie: jeugdverpleegkundige bij JongJGZ

Werkzaamheden: oplegger geschreven bij handreiking

Vanaf het begin is Marloes Wardenier als projectcoördinator betrokken bij de organisatie van de jeugdgezondheidszorg voor

Oekraïense kinderen in de regio Zuid-Holland-Zuid en de gemeente Breda. Binnen het projectteam regelt zij vrijwel alle inhoudelijke zaken om de zorg voor de Oekraïense gezinnen goed voor te bereiden. 'Zo schreef ik een werkinstructie voor mijn collega's op de werkvloer. Dat was en is nog steeds een hele klus. Ik heb onder andere gebruikgemaakt van materiaal wat ontwikkeld werd door V&VN en AJN, de beroepsvereniging voor jeugdartsen. De *Handreiking intake Jeugdgezondheidszorg voor statushouderskinderen* wordt in de jeugdgezondheidszorg al gebruikt voor alle nieuwkomers. Specifiek voor de Oekraïense vluchtelingen is er nu een oplegger gemaakt.' In die oplegger

*Tekst:
Bente Allesie,
Hellen
Kooijman,
Marieke
Rijsbergen
en Gerben
Jansen*

Achtergrond

staan de uitgangspunten van de zorg voor deze kinderen. Denk daarbij aan zaken als: wie krijgt welke zorg eerst en hoe om te gaan met mogelijke trauma-problematiek. Verder staat er een beschrijving in van het vaccinatieschema in Oekraïne en Nederland. Wardenier: 'Dit materiaal is goed bruikbaar in de praktijk. Verder zijn er folders ontwikkeld voor de Oekraïense gezinnen, om bijvoorbeeld uitleg te geven over de jeugdgezondheidszorg in Nederland. Zo is er ook een intakeformulier voor de jeugdverpleegkundige om snel een compleet beeld van het kind en het gezin te krijgen. Dit intakeformulier is sinds kort in het Oekraïens beschikbaar. Natuurlijk worden er regelmatig updates gemaakt van de oplegger. Heel handig, maar het moet wel weer aangepast worden in de instructies voor de collega's op de werkvloer.'

Verrassingen

Ondanks alle planning en overleggen, kwam Wardenier soms voor verrassingen te staan. Zo zijn er in de regio Zuid-Holland-Zuid veel (kerkelijke) organisaties die al zo'n twintig jaar charitatieve contacten hebben in Oekraïne. In die gemeentes worden veel meer vluchtelingen opgevangen bij gastgezinnen dan op een centrale opvanglocatie. Soms kennen de gezinnen elkaar al van eerdere contacten, zoals vakanties en correspondentie. Dat heeft ook weer consequenties voor de manier van aanbieden van zorg. Wardenier: 'Het eerste plan was om op een centrale opvanglocatie de jeugdgezondheidszorg aan te bieden. Op die manier konden de jeugdarts en de jeugdverpleegkundige op één dagdeel bij meerdere kinderen de intake, screening en vaccinaties uitvoeren. Nu deze kinderen meer in de gemeente verspreid zijn, is het toch logischer om deze kinderen op te roepen op de reguliere locaties, zoals gebeurt bij alle kinderen.'

'De nadruk ligt op acute medische en psychosociale zorg en vaccinaties'

Ook de politieke ontwikkelingen maken het werk afwisselend. Waar eerst gedacht werd dat deze gezinnen lang in Nederland zouden blijven, is nu de gedachte dat zij zodra de situatie stabiel is, terug willen naar Oekraïne, legt Wardenier uit. 'Ook dat heeft consequenties voor de jeugdgezondheidszorg. De nadruk ligt op acute medische en psychosociale zorg en de vaccinaties. Zo wordt het ogen- en orenonderzoek alleen op indicatie uitgevoerd; dit heeft niet de

hoogste urgentie. Het is daarnaast lastig om actuele en complete cijfers te hebben over het aantal Oekraïense kinderen, omdat niet iedereen zich meldt bij de gemeente. Zonder de informatie vanuit de gemeente, weten wij niet welke kinderen zich gevestigd hebben en kunnen we geen zorg bieden. Samenwerking met andere organisaties zoals de GGD, de gemeente, onderwijs, opvang, kerken is daarom essentieel.'

Tevreden

Wardenier kijkt tevreden terug op deze hectische periode. 'Er ligt nu een pasklaar document zodat mijn collega's meteen aan de slag konden en kunnen. Het inschakelen van een tolk, de aparte cliëntcodering in het digitale dossier voor de administratie plus achtergronden over hoe de Oekraïense zorg is georganiseerd, zijn erin opgenomen. Kortom, alles staat op één plek. Bij veranderingen kan ik het zo aanpassen en als er vragen zijn, ben ik het centrale aanspreekpunt binnen JongJGZ. Dat is wel zo overzichtelijk.'



Naam: Nico Bartels

Functie: verpleegkundige infectieziektebestrijding en deskundige infectiepreventie bij GGD Gelderland Zuid
Werkzaamheden: inspectie crisisnoodopvanglocaties

'In minder dan een week moesten wij vier crisisnoodopvanglocaties inspec-

teren waar zo'n duizend Oekraïense vluchtelingen zouden komen. Dit heet ook wel de technische hygiënezorg-advisering. Daar hoort het schrijven van een rapport bij. In deze crisisnoodopvanglocaties blijven de vluchtelingen minder dan een week, daarna gaan ze naar de 'gewone' noodopvang, waarvan er in onze regio negen zijn. Normaal gesproken hebben we met het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) te maken. Maar Oekraïners vallen direct onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Daarom kregen we deze keer het seintje van de Veiligheidsregio.'

Voldoende sanitair

'Nog voordat we wisten of onze bezoeken wel gefinancierd werden, hebben we gehandeld. Bij zo'n locatiebezoek ga je samen met de verantwoordelijke het pand door. Je kijkt dan bijvoorbeeld of er voldoende sanitair

is voor de hoeveelheid mensen die daar vaak dicht op elkaar leven. Of de muren en de vloeren van het sanitair voldoen aan de eisen en of er een apart sanitair is voor het personeel. Dat is erg handig voor het geval er een virus uitbreekt dat via ontlasting verspreid wordt. Dan zijn er twee cohorten die apart van elkaar kunnen functioneren.'

'Nog voordat we wisten of het wel gefinancierd werd, zijn we begonnen met de technische hygiënezorg-advisering'

'We kijken ook of er voldoende afvalbakken zijn en of dit pedaalemers of een emmer met een klep zijn. Mocht het norovirus uitbreken dan kan de klep er tijdelijk af in verband met besmetting. Ook het binnenmilieu wordt onder de loep genomen. Kan er voldoende geventileerd worden? De kans op luchtweginfecties en influenza neemt toe met te weinig ventilatie.'

Voorkomen prikaccidenten

'Als er een huisarts spreekuur gaat houden, controleren we of er oppervlaktedesinfectiemiddelen zijn en of er een naaldencontainer aanwezig is om prikaccidenten te voorkomen. Als legionellapreventie raden we aan de leidingen door te spoelen, douchekoppen met legionellafilter te installeren en de temperatuur van de boiler te bekijken. Die moet op minimaal 55 graden Celsius staan.'

'Van alles wat we inspecteren, dat we overigens doen via een checklist, maken we een rapport. Dat zenden we naar de verantwoordelijke van de gemeente. We hebben geen sanctiemaatregelen, het is een advies dat we uitbrengen. Wat me wel opvalt is dat de locatieleiders heel bereidwillig zijn en daar waar mogelijk, aanpassingen doen die wij adviseren. Zoals het hebben van een personeelstoilet.'

Uitbraak

'Hoe zorgvuldig we ook zijn, inmiddels is er al een uitbraak van gastro-enteritis bij een locatie geweest. En toen was het erg fijn dat het extra sanitair voor het personeel er was. In zo'n situatie raad je aan om de zieken zo veel mogelijk gescheiden te houden van de rest van de bewoners. Ook als het gaat om eten bijvoorbeeld. Dat de zieken niet in de eetzaal hun

ontbijt krijgen. Maar dit alles moet wel gedaan worden met de menselijke maat. Neem een zwaar getraumatiseerde vrouw die wekenlang in schuilkelders heeft geleefd. Daar kun je niet van zeggen dat zij verplicht is op haar kamer te blijven. Een luchtje scheppen is voor haar veel belangrijker dan een week lang binnen blijven. Op gepaste afstand van de rest van de bewoners, dat wel. Je biedt altijd maatwerk. En dat maakt mijn werk zo uitdagend.'



Naam: Anneleen van Osta

Functie: seniorwijkverpleegkundige Thuiszorg West-Brabant (TWB)

Werkzaamheden: opzetten pop-up huisartsenpost

'We wisten dat de eerste vluchtelingen uit de Oekraïne op vrijdag 11 maart opgevangen zouden worden in het voormalig verzorgingstehuis De Brink in Roosendaal van stichting Groenhuysen,' vertelt Anneleen van Osta. 'Een dag daarvoor tuigden wij, Huisartsen Coöperatie West-Brabant en Thuiszorg West-Brabant (TWB), een pop-up huisartsenpraktijk op.'

Uitdaging

In twee dagen een volledig functionerende huisartsenpraktijk opzetten was een logistieke uitdaging. 'Niet alleen qua materiaal, maar zeker ook qua bezetting van het personeel. Want ook in deze regio had de COVID-crisis sporen achtergelaten. Toch hoefde ik niet lang na te denken of ik aan dit project wilde meewerken. Al het leed dat je op de televisie voorbij zag komen, de vluchtende jonge moeders met kleine kinderen... Vreselijk!'

Inmiddels draait de post nu alweer drie maanden en hebben zich meer zorgpartners aangesloten zoals de GGZ en jeugdzorg. 'Na de intensieve start van zeven dagen per week spreekuur houden, is het nu van maandag tot en met vrijdag en meer afgestemd op de behoefte van de Oekraïners en personele bezetting.' Volgens Van Osta is de manier van werken heel anders dan in de reguliere wijkverpleging. 'Op de post word je vooral geconfronteerd met psychische trauma's en leed. Dat vraagt toch andere verpleegkundige vaardigheden dan je normaal gesproken inzet.' Wat Van Osta opvalt is dat de mensen uit Oekraïne een ander

Achtergrond

zelfzorgniveau hebben dan in Nederland. 'Ze maken sneller een afspraak met de huisarts.'

In de pop-up huisartsenpraktijk, is er per consult meer ruimte en tijd in verband met de taalbarrière. 'Zo werken we bijvoorbeeld met een vertaalcomputer maar ook Google translate helpt goed', legt Van Osta uit. 'Binnen Oekraïne worden verschillende dialecten gesproken. Dat zorgt soms voor extra uitdagingen.'

'Er is samen met de huisartsen een pictogrammenkaart ontwikkeld waarmee er redelijk goed gecommuniceerd kan worden'

Huisarts Lonneke Reedijk heeft een pictogrammen kaart ontwikkeld waarmee er redelijk goed gecommuniceerd kan worden. Gelukkig zijn er ook Oekraïners die Engels spreken.' De ervaringen die Van Osta heeft opgedaan kan ze ook binnen haar werkzaamheden in de reguliere wijkverpleging inzetten. 'Ik zal nu zeker nog meer aandacht geven aan het psychische welzijn van de cliënten die ik in zorg heb.'



Naam: André Meeske
Functie: Adviseur infectieziektebestrijding en verpleegkundige infectieziektebestrijding bij het RIVM/LCI
Werkzaamheden: Mee-geschreven aan *Handreiking Vluchtelingen Oekraïne en infectieziekten*

'Wij waren al heel druk toen de Oekraïners er nog niet eens waren. Toen de minister in de media riep dat er meer dan 50.000 vluchtelingen naar Nederland zouden komen, sprongen bij ons bij wijze van spreken de seinen op rood en gingen we handelen. Je gaat dan meteen in kaart brengen hoe de situatie is in het land. Hoe staat het bijvoorbeeld in Oekraïne met de vaccinatiegraad als het gaat om COVID-19? Die is lager dan in Nederland. Net zoals de jeugd vaccinaties. Je duikt ook in de andere infectieziekten. Zo bleek er in 2019 in

Oekraïne een mazelenepidemie te zijn geweest. Dat noteer je zodat huisartsen en andere zorgverleners alert kunnen zijn op verschijnselen daarvan. En zo weten we ook dat er een resistente TBC in Oekraïne voorkomt.'

Veel vragen van GGD'en

Toen de vluchtelingen uiteindelijk het land binnenstroomden, was er dus al veel bekend. Toch was het niet genoeg. 'Daarom gingen we testen via het riool. Gelukkig kwam daar niets uit. Niet lang nadat ze er waren, kregen we steeds meer vragen binnen van GGD'en maar ook van huisartsen, dierenartsen en burgers. Over bijvoorbeeld het Rijksvaccinatieprogramma, over rabiës omdat er veel honden en katten meekwamen, over Hepatitis B, polio en ga zo maar door.'

'Wij waren al druk voordat de grote stroom op gang kwam'

'Toen is er vrij snel een multidisciplinair overleg gekomen waar onder andere diverse GGD'en, het LCI en de afdeling epidemiologie van het RIVM in zaten. Daar werden de knelpunten besproken zodat er snel gehandeld kon worden. We besloten meteen dat er een nieuwe richtlijn moest komen waar de GGD'en en andere ketenpartners mee konden werken. Gelukkig bestond er al een richtlijn voor asielzoekers die we vrij vlot konden aanpassen. De risico-infectieziekten bij Oekraïense vluchtelingen zijn onder andere corona, influenza, polio, tetanus, rode hond en longtuberculose. Dit betekent niet dat er meteen groot gevaar is, maar dat de zorgverleners alert op de verschijnselen moeten zijn. Binnen twee weken was de nieuwe handreiking klaar. Dat is echt heel snel. Mijn toegevoegde waarde als verpleegkundige in dit soort processen is dat ik altijd goed in de gaten houd of bepaalde afspraken wel praktisch uitvoerbaar zijn. Dat is met mijn jarenlange ervaring als verpleegkundige infectieziektebestrijding bij de GGD mijn tweede natuur geworden. Ik moet er wel bij zeggen dat het uiteindelijk altijd teamwork is samen met de artsen. We vullen elkaar echt aan.'

Geen ziektekostenverzekering

'In het begin liepen we er tegenaan dat Oekraïners nog niet geregistreerd waren, we niet wisten waar ze zaten en ze ook geen ziektekostenverzekering hadden. Terwijl

we bijvoorbeeld wel wilden dat de kinderen zo snel mogelijk gevaccineerd zouden worden zodat ze hier naar school konden. Nederlandse ouders hebben een vaccinatieboekje, Oekraïense natuurlijk niet. Dus werd er een blanco kaartje bedacht met een code erop zodat de kinderen terug te vinden waren in het systeem op het moment dat ze wel geregistreerd zouden staan. Simpele oplossing, maar het moet wel goed en doordacht doorgevoerd worden.'

'In dit soort tijden werkt iedereen op de toppen van zijn kunnen en werkt iedereen die dat kan zonder morren over. Je ziet dat er heel snel gehandeld kan worden. We hebben in korte tijd toch maar een geoliede machine neergezet. Natuurlijk is het nu niet voorbij, we moeten in de infectiepreventie altijd alert blijven en snel kunnen schakelen als er bijvoorbeeld een uitbraak is of als het aantal besmettingen van een bepaalde infectieziekte oploopt. Dan gaan de seinen weer op rood.'

Wil je meer informatie over de Handreiking Vluchtelingen Oekraïne en infectieziekten? Ga dan naar: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/vluchtelingenoekraïne>

erna. Mensen met chronische ziektes verwezen we naar het ziekenhuis. Bovendien hadden mensen natuurlijk geen dossier. Samen met de wijkverpleegkundige hebben we alles in kaart gebracht.'

Pittig

'Ik werk zelf fulltime en dit moest allemaal geregeld worden in de avonden en weekenden, dus dat was wel even pittig. Nu, een paar weken verder, zijn we aan het afschalen. Het is heel fijn dat we korte lijntjes hebben met zowel de JGZ als de GGZ. Omdat er veel kinderen onder de vier jaar zijn, schakelden we bij hun aankomst direct de JGZ in. Want er moest ook gevaccineerd worden. De JGZ heeft nu een keer per week spreekuur op locatie. Ook de GGZ is gelukkig snel betrokken. Want het is natuurlijk traumatisch wat deze mensen meemaakten. We zagen die beelden allemaal in de media en we weten natuurlijk ook dat de wachttijden bij de GGZ bizar lang zijn. Gelukkig regelde de gemeente dat mensen meteen bij een psycholoog terecht konden. Zeker nu mensen een beetje gesetteld zijn, is dat echt noodzaak; nu komen de verhalen los. Het lastige daarin is wel de taalbarrière. We gebruiken een vertaalcomputer. Maar dat is vooral voor korte vragen en antwoorden. Maar als je mensen hun hele verhaal wilt laten doen, is zo'n computer niet afdoende. En tolken zijn niet altijd voorhanden, al moet ik zeggen dat mensen wel heel behulpzaam zijn. We krijgen veel aanbod van mensen die uit Oekraïne komen, maar al langer in Nederland wonen.'

'Ik hoef mijn vinger nog niet op te steken of er komt hulp'

'Ik kan wel drie pagina's vullen als het gaat om wat dit werk met deze groep bijzonder maakt. Maar wat ik het allermooiste vind, is dat ik mijn vinger nog niet eens hoef op te steken of er komt hulp. Iedereen is bereid om iets te doen. Spullen, ontzettend veel vrijwilligers, thuiszorgorganisaties die meteen belangeloos van alles beschikbaar stelden, zowel personeel als materiaal. Ik weet niet hoe het in andere steden gaat, maar ik ben heel trots op Roosendaal wat dit betreft.' 🍷



Naam: Lonneke Reedijk
Functie: huisarts
Werkzaamheden: opzetten pop-up huisartsenpost

'We hoorden pas woensdag dat de Oekraïners zaterdag kwamen. Dat betekende snel schakelen om op de locatie zelf (het oude verzorgingshuis De Brink)

een spreekkamer in te richten, een rooster van huisartsen te maken, te zorgen dat andere organisaties ook een spreekuur kregen. Aanvankelijk hielden we zeven dagen per week een spreekuur op locatie, samen met een verpleegkundige van TWB. Die eerste dagen ging het daarbij vooral om het in kaart brengen van de gezondheid van de in totaal 150 mensen en het doen van check-ups. Mensen hadden een vermoeiende reis achter de rug. De baby's moesten goed nagekeken worden, er waren best wat kinderen met slaapproblemen, mensen met bijvoorbeeld schildklierproblemen of suikerziekte hadden niet meer voldoende medicijnen. Na een inzameling van medicijnen, hadden we een kast vol, nog voor weken

Aan tafel met...

Wijkverpleegkundige Jacqueline Hendriks over haar net uitgekomen boek

'Doe waar je cliënt behoefte

In deze rubriek komen professionals aan het woord die inspireren. Niet alleen hun functie, maar ook hun lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer wijkverpleegkundige Jacqueline Hendriks, al tal van jaren werkzaam in wat ze zelf 'het mooiste vak van de wereld' vindt. Ze schreef er een boek over: *Boven het maaiveld schijnt de zon*.

Tekst: Hellen Kooijman

Jacqueline Hendriks (52) was niet altijd werkzaam in de wijkverpleegkunde, zo laat ze aan de telefoon weten. Ze werkte de eerste zeven jaar van haar carrière in de psychiatrie, daarna in het ziekenhuis en vervolgens als praktijkondersteuner ouderenzorg bij een huisarts. Daar kwam ze niet helemaal zonder reden binnen. Het was precies in die periode dat er functiedifferentiatie kwam, zo vertelt ze, 'De wondverzorging moest gedaan worden door de wijkverpleegkundige, het wassen door

'Ik heb geleerd los te laten en de verantwoordelijkheid daar neer te leggen waar die moet liggen'

de verzorgende.' Dat voelde niet alleen minder goed, maar als hbo-v'er was Hendriks bovendien te duur. 'Toen ben ik bij de huisarts gaan werken.' Hoe fijn was het dat het programma Zichtbare schakel werd opgezet, nu alweer negen jaar geleden. 'Daarbij kregen we ook echt de tijd om preventie in de wijk in te zetten. We kregen meer de tijd, mochten breder kijken, werden minder gecontroleerd.'

Bio

Jacqueline Hendriks (1969) voltooide op haar 21e de opleiding hbo-v. Ze werkte daarna zeven jaar in de psychiatrie, gevolgd door het ziekenhuis en daarna als praktijkondersteuner ouderenzorg. Vanaf 2013 werkt ze als wijkverpleegkundige bij Envida in Maastricht. Ze is momenteel ook Ambassadeur Wijkzorg. In 2019 won Hendriks de Ludo Scheres Award en in 2020 kreeg ze de Florence Nightingale Guidelight.

Het 'Huiske' en levenservaring

Sinds 2013 werkt ze als wijkverpleegkundige bij Envida in Maastricht. In een wijk waar van alles aan de hand is. Er is veel gezelligheid, maar ook armoede, huiselijk geweld en eenzaamheid. Zo'n wijk heeft een warm hart nodig, een fysieke plek waar wijkbewoners in en uit kunnen lopen, waar de wijkverpleegkundige de spil is, maar waar ook de huisarts en de wijkagent spreekuur hebben. Dat werd het 'Huiske', een fysieke plek in de wijk waar Hendriks werkt. Het 'Huiske' werd, zo schrijft ze in het voorwoord van haar boek, dé basis voor alle verhalen in haar boek. Daar leerde ze de mensen die ze in zorg had of kreeg - beter of op andere wijze - kennen, daar bevond en bevindt Hendriks zich de hele week. Uit de verhalen in het boek spreekt niet alleen Hendriks ervaring als wijkverpleegkundige, maar ook veel levenservaring. Aan het einde van elke casus in het boek staan geleerde lessen. Hendriks is 52. Toch heeft haar ervaring niet per se met haar leeftijd te maken, meent ze. 'Ik heb zeven jaar in de psychiatrie gewerkt, daarna jarenlang in het ziekenhuis en toen in de wijkzorg. Dus ik heb eigenlijk alles van de gezondheidszorg kunnen meepikken, en dat maakt dat ik er een brede kijk op heb. En natuurlijk, je leeftijd zegt ook wat. Maar toch is dat niet alles. Toen ik als hbo-v'er stage liep - ik was 17 jaar - zei mijn stagebegeleider: "Het is uniek hoe jij met mensen omgaat". Ofwel; het ligt ook in mijn karakter. Ik ben heel nieuwsgierig van aard en daardoor kom je heel ver bij mensen.'

Maar je kunt, zo lees ik, ook loslaten. Dat lijkt me ook belangrijk in je werk.

'Dat heb ik echt moeten leren. Toen ik in de psychiatrie werkte, kon ik de hele avond thuis zitten piekeren; heb ik dat wel goed gedaan? De eerste keer dat een patiënt met borderline aan het einde van de werkdag tegen mij zei: "Ik ga vanavond mijn polsen doorsnijden", was ik in paniek. Maar de tweede keer dacht ik: okay, maar dit kan ik niet voor je oplossen. Door de jaren heen heb ik

aan heeft'



geleerd los te laten, maar ook om de verantwoordelijkheid daar neer te leggen waar hij moet liggen. Vooral dat laatste maakt dat ik weinig stress ervaar in mijn werk. Dat je weet waar je grenzen liggen, dat maakt het gemakkelijker. Neem de wijkbewoner die psychiatrisch patiënt is. Soms neemt hij zijn medicatie niet, soms wel. Dat is lastig, ook voor ons. Maar zijn psychiater heeft samen met deze meneer en ons een keuze gemaakt om thuis te blijven wonen, met het risico dat hij zijn pillen af en toe niet neemt. En dat maakt dat ik kan denken; het is wat het is, het kan zijn dat het een keer niet goed gaat, maar dit is een weloverwogen keuze. Want een opname, daar wordt hij ook niet gelukkiger van.'

Dat is wat je ook in de verhalen in je boek ziet; risico's nemen hoort erbij. Het gaat om zo gelukkig mogelijk leven, en daar hoort dit nu eenmaal bij.

'Ja inderdaad. In het boek beschrijf ik ook het verhaal van Nelly, een vrouw met dementie die kostte wat kost thuis wilde blijven wonen. En ja, er was een gereede kans dat ze kon vallen of anderszins, maar dat hoort erbij. Want ik wist ook dat als ik die vrouw zou laten opnemen op een gesloten afdeling, ze ongelukkig zou worden. Ik vind het vooral van belang dat je kijkt waar de patiënt mee geholpen is. In praktijk betekent dat vaak niet klakkeloos het protocol volgen, maar de wens van de cliënt.'

Aan tafel met...

Dat blijkt ook uit de verhalen in het boek van Hendriks. Nelly bijvoorbeeld vroeg veel aandacht, haalde regelmatig het bloed onder de nagels van de wijkverpleging vandaan. Ze drukte bijvoorbeeld te pas en te onpas op de alarmknop om aandacht te krijgen. Die ze dan kreeg, altijd. Zonder dat ze eigenlijk ooit een woord van dankbaarheid teruggaf. 'Alle liefde

voor een mopperkont', zo is de titel van dit verhaal. En het geeft goed aan waar Hendriks voor staat; doe waar de patiënt behoefte aan heeft. 'Ik heb in al die jaren geleerd goed te kijken en luisteren naar wat de patiënt wil. Niet uit te gaan van wat ik vind dat goed voor hem of haar is. Nelly was soms bloedchagrijnig, ze had moeilijk momenten, soms ging het slecht.

Casus:

Miets en Harry: van kil nest naar warm hart

'Toen ik Miets voor het eerst ontmoette was ze terminaal. Ze had een tumor in haar been en ondersteuning nodig bij het douchen. Haar man Harry en dochter Nicole hielpen haar waar ze konden, maar wassen lukte niet meer. Het koppel was in de 70 en woonde al jaren in 'mijn wijk'. De ontvangst was hartverwarmend, ik voelde me gelijk welkom.

Vonk

Miets was in Maastricht geboren en als weeskind opgegroeid bij de nonnen. Rond haar 18e leerden zij haar hoe ze op zichzelf moest wonen. Tegenwoordig zouden we dat 'begeleid op kamers' noemen. Het moet rond die tijd geweest zijn dat ze Harry ontmoette in de 'Struys', een beroemd café in hartje Maastricht. Ook Harry had geen makkelijke tijd achter de rug. Hij had de eerste zes jaar van zijn leven in een internaat gewoond. Daar waren destijds veel misstanden. Vanaf zijn zesde woonde hij bij familie in een woonwagenkamp. Harry zag in Miets de liefde die hij zo had gemist. Al gauw besloten ze samen te gaan wonen. Eerst op het kamertje van Miets en later zorgden de nonnen ervoor dat het stel een huisje kreeg. Enkele jaren later trouwden ze. Ik vond het een schattig koppel. Ze hadden een goed huwelijk en begrepen elkaar perfect.

Strijd

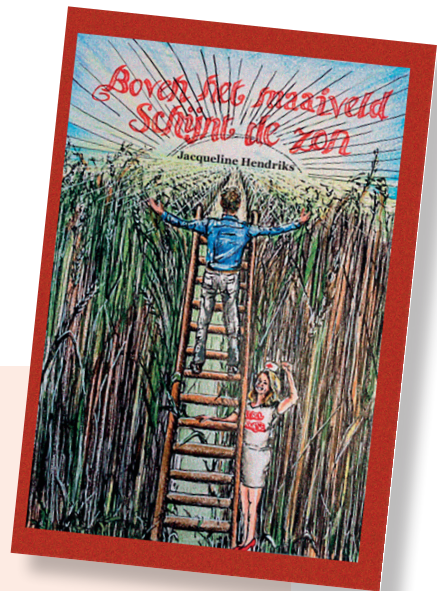
En dan wordt Miets terminaal ziek. Haar katholieke geloof vraagt van haar dat ze lijdt en geen palliatieve sedatie accepteert. Dat vind ik moeilijk om te zien en ik word er bij tijd en wijlen verdrietig van. Het zijn haar waarden en normen en die moet ik respecteren. Ik bel, samen met Harry, met de WMO-consulent om huishoudelijke zorg aan te vragen. "Heeft mevrouw een verhuishwens?"; klinkt het aan de andere kant van de lijn. "Ja, naar de hemel!"; roept Harry dan. De lach en de traan zitten dicht bij elkaar. Als Miets steeds zieker

wordt, zie ik hoeveel pijn ze heeft. In haar laatste weken verzorg ik haar dagelijks. Samen met nog een vaste andere collega. Pijnmedicatie is niet afdoende, ze levert een ware doodstrijd. Het is echter niet aan mij om haar te overtuigen. Die discussie hoort bij de huisarts. Hij komt eveneens geregeld langs. Dat is fijn. We praten over de zorg, maar ook over de onmacht die ik voel. Je ziet iemand pijn hebben, vanwege het geloof, en dat moet je toch accepteren.

Ik heb Miets moeten beloven op Harry te passen. En dat doe ik. In de beginperiode ga ik regelmatig bij hem lunchen. De ene keer breng ik belegde broodjes mee, de andere keer verzorgt hij het eten. Zijn dochter let ook goed op 'm en elke dinsdag komt hij naar het 'Huiske'. En als hij er een keertje niet is, hang ik gelijk aan de telefoon. Even kijken hoe het met hem is. De band die ik met hem heb, is voor het leven. Dat komt doordat we zo'n intensieve periode samen hebben doorgemaakt. Ik kan hem niet loslaten en voel me verantwoordelijk. De belofte aan Miets zal ik nooit verbreken.

Mijn les

Ik heb bij Miets gezien dat er geen regels zijn voor een sterfproces. De cliënt bepaalt en jij volgt. Als wijkverpleegkundige ben je in principe een passant. Nooit gaat iets volgens de planning. Iedereen heeft recht op zijn of haar eigen sterfproces. En dat botst soms met je eigen ideeën, normen en waarden. Dat moet je accepteren. Het was een eer om deze begeleiding te mogen doen. Je zit dicht op het verdriet en het raakt mij natuurlijk ook. Maar ze vertrouwden me, deelden hun hoogte- en dieptepunten met me. Je kunt op zo'n moment van meerwaarde zijn. Ook bij de nazorg die zo ontzettend belangrijk is. Het zijn misschien kleine handelingen, maar ze maken onderdeel uit van iets groots. Dat is een van de meest fantastische dingen van het vak. Dat is mijn zingeving.'



Boven het maaiveld schijnt de zon

Jacqueline Hendriks

Auteur: Karin Somers van

Tekstbureau Begin met A

ISBN: 9789090358604

© 2022 Rebelnurse

Meer info op www.rebelnurse.nl

Maar zij wilde in haar huisje blijven wonen, en dat maakten we mogelijk. Ze stierf thuis, nadat ik haar nog een poen (zoen) heb kunnen geven. Ze stierf en het was goed geweest. Want zelfs in haar laatste dagen konden we doen waar ze behoefte aan had. En daar gaat het uiteindelijk om.'

In het boek schrijf je dat het belangrijk is om te durven kleuren buiten de lijntjes. Maar dat krijg je denk ik niet voor elkaar zonder hulp van je team en de organisatie.

'Wij hebben een zelf organiserend team. En wij krijgen heel veel vrijheid van de werkgever en dat maakt ook dat het kan. Het zou kunnen dat dit niet overal zo is, en het zou ook kunnen dat het zelfs binnen Envida niet overal zo is. Over het algemeen denk ik dat je wel als wijkverpleegkundige je mannetje moet weten te staan,

'Preventie is echt een onderdeel van onze taak'

dat je lef moet tonen, en je moet kunnen verantwoorden wat je doet. Bovendien heb ik collega's waar ik veel aan heb, en waar ik alles mee bespreek. We houden elkaar een spiegel voor. En dat maakt het gemakkelijker om gedurfde beslissingen te nemen. En eigenlijk is dat laatste ook precies waarom ik deze casussen heb beschreven. Er wordt vaak gedacht dat het bij de

wijkverpleegkunde vooral gaat om somatiek. Maar er is zoveel meer. Waarom ga ik bij iemand naar binnen waarbij de burens geklaagd hebben over geluidsoverlast? Is het mijn taak om daar naar binnen te gaan? Nee, niet direct. Maar achter iedere vraag zit een andere vraag. Deze man bleek enorm eenzaam te zijn, hij zat gevangen in zijn eigen dwanggedachten. Daar kun je dan toch veel voor betekenen. De oplossingen in deze casus waren heel praktisch. Een stukje aandacht en daginvulling. En dan heeft zo iemand al snel een veel beter leven.' Ze zwijgt even, lacht dan. 'Het is niet zo ingewikkeld allemaal.'

Ten slotte, wat is jouw advies aan wijkverpleegkundigen?

'Ik ben destijds weer als wijkverpleegkundige gaan werken vanwege het programma Zichtbare schakel. Wat daarbij van cruciaal belang was is dat we dat stukje preventie er weer bij kregen. Dat is echt een onderdeel van onze taak. Dat je de vrije rol krijgt om in de wijk te bewegen om vroeg te kunnen signaleren. Met ons 'Huiske' in de wijk zien en horen wij heel veel. Waardoor we al heel vroeg zorg of aandacht kunnen inzetten. Het gaat vaak om kleine dingen. Als bijvoorbeeld de rolluiken bij iemand al lang niet omhoog zijn, komen de burens naar het 'Huiske' met de vraag of we even gaan kijken. Een kleine moeite. Maar wel van groot belang. Ik zou dan ook tegen alle wijkverpleegkundigen willen zeggen: "Zorg dat je preventie altijd meeneemt en dat je er de tijd voor krijgt!" 🗨️

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

Verpleegkundige infectieziektebestrijding Linda Robben

'Je hoeft niet meteen op alle

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen **Maatschappij & Gezondheid** aan het woord. Ditmaal Linda Robben (25), infectieverpleegkundige bij GGD Hart voor Brabant in Den Bosch. 'Ik was privé wel klaar met corona, maar op mijn werk klom ik vrij snel op tot coördinator van het coronateam, afdeling bron- en contactonderzoek. Heel uitdagend!'

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Hoe ben je in de infectieziektebestrijding terechtgekomen?

'Na mijn afstuderen in september 2021, kwam ik terecht bij GGD Hart voor Brabant als jeugdverpleegkundige. Al snel werd ik ingevlogen om het team infectieziektebestrijding te ondersteunen tijdens de coronapandemie. En wat bleek? Ik vond het daar zo interessant! Ik deed veel bron- en contactonderzoek en vooral de casuïstiek rondom bepaalde gevallen

'Bij het coronateam zat ik op mijn plek'

vond ik super boeiend. Toen ik terug moest naar mijn oorspronkelijke functie, merkte ik dat ik daar helemaal niet klaar voor was. Ik zat gewoon op mijn plek bij het coronateam. Ik miste de werkzaamheden in de JGZ niet, wel mijn collega's natuurlijk. Maar toen er een functie vrijkwam bij infectieziektebestrijding, greep ik toch mijn kans.'

Wat is er zo boeiend aan je werk?

'Vooral de casuïstiek. Als er een bijzondere casus tussen zit, dan vind ik dat smullen. Vaak overleg je dan met de artsen op de afdeling. Dat kan over van alles gaan. Van hepatitis B, rabiës, mazelen, scabiës tot prikaccidenten. Sommige infectieziekten zijn meldingsplichtig, sommige weer niet. Ik ben tot nu toe nog flink bezig met me in te lezen in de diverse infectieziekten. Het is fijn te merken dat ik hier elke dag in groei.'

Wat heb je geleerd van je ervaren collega's?

'Vooral het telefonisch contact. Hoe ga je bijvoorbeeld om met lastige klanten of moeilijke vragen. Ik moet wel zeggen dat het nu heel anders is dan toen met corona. De mensen die nu bellen, of dat nu een burger of een arts is, willen informatie van ons. Dat is

Bio

Naam: Linda Robben

Werkt bij: GGD Hart voor Brabant

Opleiding: hbo-v, Hogeschool Fontys Tilburg

Is goed in? 'In het stukje digitaal werken. Ik werk heel secuur en snel en je zult geen dossier van me vinden dat snel afgeraffeld is. Ik help hier regelmatig andere collega's mee.'

Minder goed in? 'Als ik feedback van bijvoorbeeld collega's kreeg, dan vatte ik dat vaak heel persoonlijk op. Dat begint gelukkig af te nemen, maar daar moet ik nog flink aan werken. Een leerpuntje dus.'

een heel ander uitgangspunt. Dus over het algemeen zijn het hartstikke aardige mensen. Als het gaat om moeilijke vragen, heb ik geleerd dat het helemaal niet erg is als je zegt dat je het antwoord niet weet, het gaat uitzoeken en ze even later terugbelt. Je hoeft niet meteen op alle vragen het antwoord te weten.'

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

'Ik was net ingewerkt en ging mijn eerste gesprek alleen draaien. Dat bleek een flinke uitdaging. Ik had een dove vrouw uit Eritrea voor me die hepatitis B had en nauwelijks geschoold was. Er was een doventolk aanwezig en een begeleider die ook half doof was. Het bleek dat de Nederlandse gebarentaal weer anders is dan de internationale. We hebben allemaal heel erg hard moeten werken om de vrouw de informatie te geven over haar ziektebeeld die ze moest krijgen. Zo was het voor mij bijvoorbeeld een uitdaging om steeds simpelere woorden te gebruiken bij mijn uitleg. Uiteindelijk is alles prima verlopen. En het was een fijne gedachte dat ik er altijd iemand op

vragen het antwoord te weten'

kantoor bij kon halen. Maar dat was dus niet nodig. Dat gaf wel een goed gevoel.'

Speelt corona nog steeds een grote rol op de afdeling?

'Nee. Daar is nog steeds een apart team voor. Ik richt me nu veel meer op bron- en contactonderzoek van andere infectieziekten en krijg er sinds kort ook neventaken bij. Dit betekent dat we weer langzaam teruggaan naar de normale werkzaamheden. Zo ben ik met een epidemioloog een inventarisatietool voor preventieve activiteiten aan het evalueren. Met behulp van zo'n tool kan in beeld gebracht worden waar extra aandacht voor nodig is. Bijvoorbeeld meer voorlichting over een ziektebeeld als rabiës. Maar daar kan van alles uitkomen. Na de evaluatie gaan we kijken of we de tool bijvoorbeeld moeten aanpassen.'

Wat is je tot nu toe het meest bij gebleven?

'Een legionella-uitbraak. De afdeling was toen volop in beweging en iedereen werkte samen. Er moet in korte tijd heel veel gebeuren. Zoals bron- en contactonderzoek om te kijken hoe groot de uitbraak is. Dat ging deze keer telefonisch. Soms ga je ook naar het ziekenhuis. Iemand is vaak erg ziek en je kunt dan in alle rust je vragen stellen, er kan dan bijvoorbeeld

'De adrenaline gierde tijdens een legionella-uitbraak door mijn lijf'

ook nog een familielid aansluiten. Als team moesten we het deze keer snel in kaart brengen, dus mijn weekend ging daaraan op. Dat vond ik overigens geen enkel probleem. Dit doe je samen met het hele team. Ik ben ook mee geweest met de bemonstering. Terplekke krijg je dan vragen van de organisatie die je moet beantwoorden. Dat ging me goed af al zeg ik het zelf. En je komt tijdens een uitbraak opeens in contact met andere afdelingen zoals de afdeling communicatie. Want er kwamen persvragen. De adrenaline gierde door mijn lijf, maar wat was het gaaf en interessant!'



Waar sta jij over vijf jaar?

'Ik hoop dan nog steeds hier rond te lopen als verpleegkundige infectieziektebestrijding. Ik heb dan meer ervaring opgedaan en wie weet doe ik dan ook iets met het onderwerp kwaliteit. Dat vind ik erg interessant. Dat is natuurlijk heel breed. Dat kan gaan over gespreksvoering of zelfsturing maar kan bijvoorbeeld ook over de verschillende facetten van registratie gaan. Daarnaast hoop ik dan mijn opleiding tot verpleegkundige M&G te zijn gestart. Kortom, er zijn nog heel wat uitdagingen hier op de afdeling infectieziektebestrijding.' [🔗](#)

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

Prenataal huisbezoek door de JGZ per 1 juli van kracht

Jeugdverpleegkundigen krijgen per 1 juli van dit jaar voor het eerst sinds jaren er een contactmoment bij in hun werk. Vanaf die dag is de aanpassing van de Wet Publieke Gezondheid met het *Prenataal huisbezoek door de JGZ* actief. Op deze pagina geven we je er meer achtergrond over.

Tekst:
Bente Allesie

Aanpassing van de wet

Met de aanpassing van de Wet Publieke Gezondheid met het *Prenataal huisbezoek door de JGZ* (PHB JGZ) hebben alle gemeenten per 1 juli 2022 de taak om een prenataal huisbezoek door de JGZ aan te bieden aan zwangeren en/of hun gezinnen in een kwetsbare situatie. Het doel hiervan is dat (aanstaande) ouders ook in (psycho) sociaal-maatschappelijk opzicht worden ondersteund. Dit kan bijvoorbeeld zijn de stress te verminderen rond financiën, het verbeteren van de leefomstandigheden, het vergroten van gezondheids- en opvoedingsvaardigheden of het bevorderen van sensitief ouderschap.

Eerste 1000 dagen

De eerste 1000 levensdagen van een kind, beginnend bij de preconceptieperiode, zijn cruciaal voor een goede start. Daarom is deze wetsaanpassing zo belangrijk. De gezondheid voor, tijdens en na de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller van zowel fysieke als mentale problemen, zowel op jongere als op latere leeftijd. In Nederland heeft rond 16 procent van de kinderen een 'valse start' bij de geboorte. Zij krijgen later vaker fysieke en/of psychische problemen, suikerziekte, hart- en vaatziekten en overgewicht. Ook komen ze veel vaker in aanraking met jeugdhulp. In 3 tot 5 procent van de Nederlandse kinderen is er sprake van een

cumulatie van risico's; dit vergroot het risico op pre- en postnatale schade, opvoedingsonmacht en kindermishandeling.

Kansrijke Start

Het prenataal huisbezoek aan (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie is een belangrijke stimulans van het landelijke actieprogramma Kansrijke Start. Met het actieprogramma wordt gestimuleerd dat partijen rondom de eerste 1000 dagen van een kind lokaal de handen ineenslaan. Door actief een preventief ondersteuningsprogramma aan te bieden aan de zwangere en/of het gezin in een kwetsbare situatie, kunnen deze kinderen een betere start in het leven krijgen. Dit is zowel in menselijk als maatschappelijk opzicht van groot belang. Ook in financieel opzicht is dit wenselijk, want hoe eerder hierin geïnvesteerd wordt, hoe groter het rendement.

Handreiking Prenataal Huisbezoek door de JGZ

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid heeft, met input vanuit diverse partners uit o.a. de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg, de handreiking *Prenataal Huisbezoek door de JGZ* (PHB JGZ) opgesteld. Deze handreiking schetst de achtergrond en de kaders voor de uitvoering zonder de uitvoering in detail te beschrijven. Lokale samenwerking en goede afspraken tussen gemeen-

telijke voorzieningen, geboortezorg en jeugdgezondheidszorg zijn de basis voor een goede zorg voor gezinnen die 'meer' nodig hebben. In de handleiding staat ook een uitgebreid stappenplan voor signaleren, uitvoeren en afronden van het PHB JGZ beschreven. Diverse casussen nodigen professionals uit om met elkaar in gesprek te gaan over de afwegingen rondom het inzetten van (perinatale) zorg. Folders voor ouders, signalerende ketenpartners en gemeente maken de handreiking compleet.

Financiering

Het landelijk uitgangspunt voor de financiering is het aantal kinderen dat te vroeg of met een laag geboortegewicht in 2017 geboren werd: 16,5 procent. In overleg met de Vereniging Nederlandse Gemeenten is een gemiddelde duur van 2,5 uur als totale tijdsinvestering voor een PHB JGZ afgesproken, met een budget van 190 euro per huisbezoek. In totaal is er voor het PHB JGZ een budget van 5,3 miljoen euro beschikbaar. Het budget is niet geoormerkt; de gemeenten hebben de taak gekregen om er samen met alle betrokken partijen voor te zorgen dat de ondersteuning van zwangeren in een kwetsbare situatie, optimaal vorm krijgt. [B](#)

Bron: NCJ

Meer weten: <https://www.ncj.nl/themadossiers/prenataal-huisbezoek-jgz/>

Bente Allesie is jeugdverpleegkundige en VoorZorg-verpleegkundige bij GGD Gelderland Midden

Vernieuwde afdeling M&G

De afdeling V&VN Maatschappij & Gezondheid maakt een nieuwe start als afdeling voor verpleegkundigen werkzaam in of ten behoeve van de publieke gezondheid. De vakgroepen jeugdverpleegkundigen, infectieziekten, TBC en seksuele gezondheid vormen samen de vernieuwde afdeling M&G. Wat ons verbindt als gezamenlijkheid is dat we allemaal preventief werken onder verantwoordelijkheid van de gemeenten vanuit de Wet Publieke Gezondheid.



Staan: Sophia Hoogendoorn, Natascha van Noort, Jacqueline de Vries en Bente Allessie.

Zittend: Karin Oudshoorn en Geraldine ter Linde.

Inrichting van de afdeling

Wat betreft de inrichting van de afdeling M&G zou het mooi zijn als alle vier de vakgroepen met een of twee verpleegkundigen vertegenwoordigd zijn in het bestuur van onze afdeling M&G. Je vormt dan maatjes per vakgroep en als er iemand een keer verhinderd is blijft het contact in stand. Gedacht wordt aan Bente Allessie en Sophia Hoogendoorn van de vakgroep jeugd, Karin Oudshoorn en Marian Lenders van de vakgroep IZB, Geraldine ter Linde en Natascha van Noort van de vakgroep tuberculose en Harriette van Buel en/of een vervanger van de vakgroep seksuele gezondheid.

Afzonderlijke vakgroepen

De meeste activiteiten van de afdeling M&G zullen, net als voorheen, vooral plaatsvinden in de afzonderlijke vakgroepen. Die hebben elk een eigen activiteitenplan en organiseren activiteiten en bijeenkomsten voor de eigen achterban. We vinden elkaar in het samenwerken aan het profileren van de verpleegkundige binnen de publieke gezondheid. Ons uitgangspunt daarbij is de maatschappelijke actualiteit. V&VN zien we als een mooi platform om het verpleegkundig werk in de publieke gezondheid zichtbaar te maken.

Storytelling en ambassadeurs

Dat willen we vooral gaan doen met storytelling, door met verhalen naar buiten komen. Onze ambassadeurs spelen daarin een belangrijke rol. We starten in september dan ook weer met een ambassadeurstraject, waarvoor de inschrijving momenteel geopend is. Interesse? Stuur ons dan je motivatiebrief en cv naar: ambassadeurs.jeugd-ogz@venvn.nl. Binnenkort praten we verder over welke verschillende communicatiemiddelen (nieuwsbrief, tijdschrift, podcast, vlog, appgroepen, social mediakanalen, enz) we als vakgroepen en afdeling kunnen en willen gaan inzetten voor de informatie- en kennisdeling ten behoeve profilering van de verpleegkundigen in de publieke gezondheid. 📧



Foto: Engin Akyurt, Unsplash

V&VN Wijkverpleegkundigen: met volle kracht vooruit!

In het maartnummer van *Tijdschrift M&G* vertelde Rieke van de Wetering over de oprichting van de zelfstandige afdeling V&VN Wijkverpleegkundigen en het samengaan van de wijkverpleegkundigen van V&VN en van het NWG hierin. Intussen zijn er al weer veel stappen gezet en bruist de nieuwe afdeling van activiteit.

Eind maart 2022 was onze eerste Algemene Ledenvergadering. We kijken daar heel positief op terug. Maar liefst veertig leden waren aanwezig en de presentatie van Hugo Schalkwijk, adviseur V&VN en Florence Nighingale Instituut over de geschiedenis van het vak wijkverpleegkundigen, werd met aandacht beluisterd. De lessen van de geschiedenis zijn duidelijk: verpleegkundig leiderschap leidt tot resultaat. Zonder onze illustere voorvrouwen als Lientje de Bussy-Kruysse (1858-1937) en Aafke Gesina van Hulst (1868-1930) waren we als wijkverpleegkundigen niet gekomen waar we nu staan. Deze les wordt binnen de nieuwe afdeling Wijkverpleegkundigen in praktijk gebracht.

Ook werd op deze eerste ALV het bestuur van de nieuwe afdeling gekozen, bestaande uit: Olga van de Poel, Valerie Schipper, Kim Bron, Eva Marijn Weers, Froukje van der Honing, Noortje Slattmann en Milanda Koopman.

Aan de hand van het eerste jaarplan van de afdeling zal in de komende tijd de koers verder worden vormgegeven. De beroepsontwikkeling en positionering van de wijkverpleegkundigen in de Nederlandse gezondheidszorg zijn de basis. Het professionele handelingskader van de afdeling ligt vast in een aantal basisdocumenten zoals het Expertisegebied wijkverpleegkundige, het Kwaliteitskader wijkverpleging en het normenkader. Deze vormen de

leidraad voor de functie-uitoefening van de beroepsgroep. De afdeling Wijkverpleegkundigen draagt op alle niveaus bij aan onder andere kennisontwikkeling, kennisdeling en kwaliteitsborging. De afdeling bundelt praktijkervaring en kennis uit het wijkverpleegkundig werkveld in de expertgroepen, die eveneens vermeld werden in het artikel van maart. De expertkringen van de afdeling Wijkverpleegkundigen zijn bedoeld om met en van elkaar te leren en inhoudelijk het gesprek met de experts (wijkverpleegkundigen) te voeren. De wijkverpleegkundige thema's en uitkomsten van de expertgroepen worden direct meegenomen naar de landelijke overlegtafels, verwerkt in professionele (kwaliteits-)documenten en verwerkt in artikelen die de afdeling V&VN Wijkverpleegkundigen publiceert.

De zeven expertgroepen

- Indiceren van zorg/intercollegiale toetsing
- Integrale ketensamenwerking
- Wijkgerichte preventie
- Bekostiging Wijkverpleging
- Kwaliteitskader Wijkverpleging
- Arbeidsmarkt
- Zorgtechnologie

Wil je als lid van V&VN Wijkverpleegkundigen meedoen aan één van de expertkringen: stuur dan een mail naar wijkverpleegkundigen@venvn.nl

Nieuw Ambassadeurstraject!

Op het terrein van de wijkverpleegkunde volgen de ontwikkelingen elkaar in snel tempo op. De wijkverpleegkundigen zelf zijn bij uitstek degenen die vanuit het vak hierbij betrokken zijn en een positie



nodig hebben aan landelijke overlegtafels, in de bestuurlijke vertegenwoordiging van de beroepsgroep en in de pers. Daarom organiseert de afdeling Wijkverpleegkundigen net als in de voorafgaande jaren weer een ambassadeurstraject, waarin veelbelovende wijkverpleegkundigen mee kunnen doen aan een uitgebreide leergang verpleegkundig leiderschap en zeggenschap. Wil je meer informatie, stuur dan een mail naar: wijkverpleegkundigen@venvn.nl.

Nieuw organogram van de afdeling

Met trots kunnen wij zeggen dat wij in de afgelopen maanden hard gewerkt hebben aan de basis en de infrastructuur van onze nieuwe afdeling. Schematisch is dit te zien in de afbeelding links op de vorige pagina.

Meer weten over de nieuwe afdeling V&VN Wijkverpleegkundigen?

Wil je meer over ons weten of heb je vragen? Kijk dan ook op de website van V&VN Afdeling Wijkverpleegkundigen of mail ons: wijkverpleegkundigen@venvn.nl. Onze afdeling is dus vanaf 1 januari 2022 niet langer onderdeel van V&VN M&G maar een zelfstandige afdeling. Ben jij wijkverpleegkundige en wil je lid worden van V&V Wijkverpleegkundigen meld je dan aan via www.venvn.nl/lidmaatschap-v-vn/basis-en-aanvullend-lidmaatschap/. Naast je basis-lidmaatschap van V&VN zijn de kosten van het aanvullend lidmaatschap van V&VN Wijkverpleegkundigen €40,50 per jaar. Als je lid bent van meer dan een afdeling krijg je 25 procent korting per afdeling. 📧

Post-hbo tot Jeugdverpleegkundige moet gesubsidieerd!

Er wordt druk gewerkt aan de subsidiëring van de post-hbo tot Jeugdverpleegkundige. Deze opleiding, die te volgen is na de hbo-v, versterkt de uitvoering en kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg en helpt de jeugdverpleegkundige de complexe rol in het stelsel beter te begrijpen en op te pakken. Zelfs als de verpleegkundige al jaren in de JGZ werkt. De opleiding bestaat al geruime tijd, maar wordt helaas nog niet gesubsidieerd door het ministerie van VWS. De opleiding tot jeugdarts en verpleegkundig specialist worden wel gefinancierd, dit willen we graag uitbreiden naar

de jeugdverpleegkundige. Dit leidt er bij JGZ-organisaties toe dat sommige terughoudend zijn om de opleiding ter beschikking te stellen aan hun personeel, met name door de kosten. Terwijl wel alle werkgevers voor deze opleiding zijn. Jeugdverpleegkundigen Suzanna van Dam (V&VN Jeugd) en Minke Vellinga (NCJ) zetten zich in om deze opleiding gesubsidieerd te laten krijgen vanuit het ministerie. Op die manier kunnen meer verpleegkundigen de opleiding volgen. Hoe ze dat hebben aangepakt en wat de stand van zaken is, lees je in het volgende nummer van *Tijdschrift M&G*. 📧



Foto: Andriyko Podilny, Unsplash

De geschiedenis van...

Het Nederlandse zorgstelsel:

Slingeren tussen publiek en privaat

Lees jij ook weleens over 'nieuwe' initiatieven of zorgconcepten en dat je dan denkt: Dat is toch niets nieuws, dat heb ik al eerder gehoord of gelezen? En inderdaad; veel recente ontwikkelingen vloeien voort uit wat daar in het verleden over bedacht of besloten is. Redacteur en adviseur Huub Sibbing duikt in deze rubriek *De geschiedenis van...* in actuele ontwikkelingen en plaatst ze in een historische context. Deze keer de geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel.

Tekst:
Huub Sibbing

In het begin van de negentiende eeuw, tijdens het Koninkrijk der Nederlanden, was het overheidsapparaat 'minimaal'. Dominant in die periode was de 'liberale staatsideologie' die er op neerkwam dat de overheid zich zo minimaal mogelijk bemoeide met wat er in de samenleving gebeurde. We hadden wel ministeries voor Buitenlandse Handel en Koloniën (we waren immers een koloniale mogendheid met koloniën in de Oost (Nederlands Indië) en in de West (Suriname en de Antillen), een ministerie van Oorlog (want je wist het maar nooit met de Duitsers, Fransen en Engelsen als 'buren'). Natuurlijk hadden we een ministerie van Financiën (we waren immers een handelsland) en de ministeries van Binnenlandse Zaken en Justitie (er moest wel orde en veiligheid bestaan en boeven moesten worden bestraft) maar daar hield het wel mee op. Alle andere zaken, onderwijs, gezondheidszorg, sociale zekerheid, huisvesting, armoede et cetera, werden niet als publieke overheidstaak gezien, maar overgelaten aan het particulier initiatief. Men geloofde er heilig in dat als je groeperingen in de samenleving maar de ruimte gaf om initiatieven te ontwikkelen, het vanzelf goed zou komen in het land.

Krotwoningen

De praktijk was anders. Het grootste gedeelte van de bevolking leefde in miserabele omstandigheden onder onvoorstelbare armoede in krotwoningen en kende werkdagen van twaalf tot veertien uur, kinderen niet uitgezonderd. Niemand die ze er tegen beschermde.

'Het grootste gedeelte van de Nederlanders leefde in miserabele omstandigheden'

De overheid zag het niet tot zijn taak, de ondernemers hadden er geen belang bij. De gevolgen voor de leefomstandigheden van arbeidersgezinnen waren er

dan ook naar. Huisvesting, voeding en gezondheid waren van een schrikbarend laag niveau. Zo lag rond 1870 de gemiddelde leeftijd van de Nederlandse bevolking rond de 50 jaar, terwijl de gemiddelde leeftijd van arbeiders tussen de 28 en 32 jaar lag. 'Epidemieën hadden een dankbare voedingsbodem in de uitgehongerde en uitgeteerde lijven, in de hollen, hokken en krotten die het woord "huis" niet verdienden et cetera', zoals later Verdoorn in zijn studie *Het Gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw* en Brugmans, in zijn boek *De arbeidende klasse*, lieten zien.

Van een georganiseerde gezondheidszorg was geen sprake. Religieuze instellingen deden aan liefdewerk en stichten ziekenhuizen en gasthuizen, maar het was ongecoördineerd, versnipperd, kleinschalig en volstrekt ontoereikend.

Toch was het begin van de Nederlandse gezondheidszorg, gebaseerd op particulier initiatief. Nog steeds herkennen we dit anno 2022 aan de namen van sommige ziekenhuizen zoals het Sint Elizabeth Ziekenhuis in Tilburg, het Sint Franciscus Gasthuis (beiden katholiek) en de diverse Diaconessenziekenhuizen (protestants) door het hele land.

Ook de basis voor het huidige sociale zekerheidsstelsel is gelegd in het particulier initiatief. De langzaam opkomende vakbonden legden de basis voor de ziekenfondsen. Hun leden kregen daardoor (minimale) toegang tot huisarts, medicijnen en ziekenhuisopname.

Versoepeling liberale staatsideologie

Pas rond 1870 beginnen er scheuren te komen in de liberale staatsideologie. De ontwikkeling van de Nederlandse economie stagneerde door een versnipperde energievoorziening en transportsysteem. De overheid nationaliseerde alle steenkolenmijnen (de Staatsmijnen ontstonden) en nationaliseerde alle lokale spoorwegondernemingen (de Nederlandse Spoorwegen ontstonden). Een ander knelpunt was de abominabel slechte gezondheid van de Nederlandse bevolking. Ondernemers kwamen steeds moeilijker aan gezonde arbeidskrachten die nodig waren voor de verdere economische ontwikke-

ling en industrialisering van Nederland. Kinderen waren door de kinderarbeid al 'opgerookt' voordat ze volwassen waren en het analfabetisme was enorm. Steeds vaker moesten bedrijven arbeiders uit Duitsland of Engeland halen om aan hun (gezond en geschoold) personeel te komen.

'Van een georganiseerde gezondheidszorg was geen sprake'

Schoorvoetend gaat de overheid ingrijpen door het verbod op kinderarbeid (de 'Kinderwetten van Van Houten'), er komt leerplicht voor kinderen en een maximale arbeidsduur van eerst twaalf en later tien uur per dag. Ook in de gezondheidszorg neemt de overheid de allereerste maatregelen om tegenwicht te bieden tegen de verwoestende effecten van infectieziekten zoals cholera. De 'Wet op de Infectieziekten' verplicht gemeentes om maatregelen te nemen om verspreiding van infectieziekten tegen te gaan en is daarmee de voorloper van de huidige Wet Publieke Gezondheid. Dat dit vooral



Affiche uit 1915



Affiche uit 1977

maatregelen op papier waren, bleek uit het feit dat er burgerinitiatieven nodig waren om echt de infectieziekten aan te pakken en wel door het oprichten van de kruisverenigingen.

Waar de overheid sinds 1870 steeds nadrukkelijker een rol eist op het terrein van onderwijs, huisvesting en sociale zekerheid, blijft het angstaanjagend stil op het terrein van de gezondheidszorg. Tot de Tweede Wereldoorlog was zo'n 50 procent van de bevolking verzekerd tegen acute ziektekosten bij de georganiseerde ziekenfondsen van de vakbonden. Pas sinds 1947 kenden we een Ziekenfondswet met een landelijke dekking voor alle Nederlanders tegen acute ziektekosten zoals huisarts, medicijnen, ziekenhuisopnames en behandelingen. Voor de rest werd de hele ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland nog steeds toevertrouwd aan het particulier initiatief zonder structurering en ordening van de landelijke overheid.

Switch van privaat naar publiek

Pas in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw kwam de echte kentering. In 1968 werd de wettelijke toegang tot de langdurige zorg geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en in 1973 kwam toenmalig staatssecretaris Hendriks, in navolging van de Volksgezondheidsnota van Veldkamp (1968) met zijn Structuurnota: een veelomvattend plan om de overheid (publieke) sturing te laten geven aan de verdere ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg. Een van de onderdelen van de Structuurnota was om te komen tot één samenhangend systeem van financiering

De geschiedenis van...

voor alle Nederlanders tegen alle ziektekosten waarin de ziekenfondswet, de AWBZ en de particuliere zorgverzekeringen zouden opgaan. Veel van Hendriks ideeën werden omgezet in beleid waarbij de overheid steeds meer sturing in het gezondheidszorgstelsel naar zich toetrok. Dat idee van een universele zorgverzekering voor iedereen tegen alle ziektekosten, bleef uiteindelijk boven de markt hangen. De belangentegenstellingen bleken te groot. De ziekenfondsen waren bang dat hun solidariteitsbeginsel (je betaalde premie al naar gelang je inkomen) verloren zou gaan en de particuliere zorgverzekeraars, voortgekomen uit de commerciële verzekeringsmaatschappijen waren bang dat hun commerciële verdienmodel het loodje zou leggen. De uit het verleden ontstane situatie van ziekenfondsen voor

'Pas in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw kwam de echte kentering'

de minder-vermogenden, de particuliere verzekeringen voor de meer-vermogenden en daarnaast de AWBZ voor iedereen, bleef bestaan. Dit belemmerde het streven van de overheid enorm om te komen tot een samenhangend stelsel in de Nederlandse gezondheidszorg. Immers, als de financiering verkokerd is, met eigen regeltjes, wordt het heel lastig om tot een samenhangend stelsel te komen.

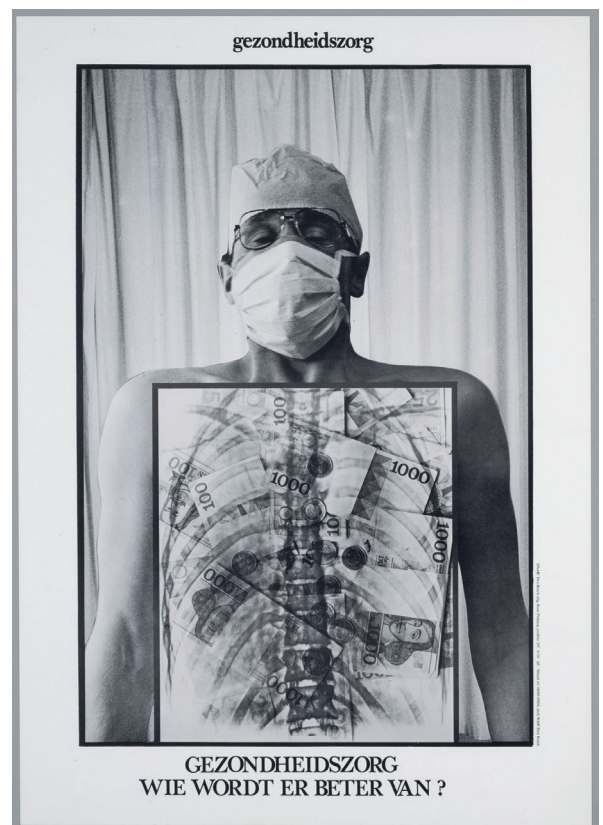
Neoliberalisme

In 1986 werd er aan een zware commissie onder leiding van Wisse Dekker, ex-topman van Philips, gevraagd een antwoord te vinden op de vraag: Hoe nu verder? In 1987 verscheen het rapport *Bereidheid tot verandering*. Dit advies poogde een mix te maken tussen het op het solidariteitsbeginsel gebaseerde Ziekenfondssystem (100 procent vergoedingen tegen een 100 procent inkomensafhankelijke premie) en het particulier verzekeringsstelsel (zelf kiezen waarvoor je verzekerd wilt zijn en de premie houdt geen rekening met je inkomen). Dekker sloot zich aan bij het wederom opkomend neoliberalisme en koos voor een basisverzekering waarin maar 70 procent (na onderhandelingen 85 procent) van de zorgkosten verzekerd waren: de rest moest men particulier bijverzekeren. De premie was voor 70 procent (na onderhandelingen 85 procent) inkomensafhankelijk en de rest nominaal. Dit voorstel ging de vakbonden, de ziekenfondsen en de linkse partijen veel te ver. Er werd naar hun mening te veel inbreuk gedaan op de solidariteitsgedachte die al meer dan honderd jaar ook voor

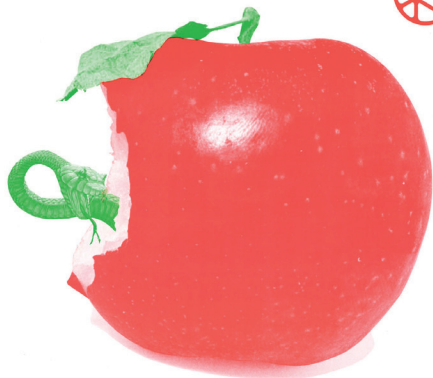
minder vermogenden toegang had gegeven tegen een betaalbare (inkomensafhankelijke) premie. Wederom een impasse.

Geordende marktwerking

In het kabinet Kok kreeg staatsecretaris Hans Simons de ondankbare taak een uitweg uit deze impasse te vinden. Zijn door 'linkse rakkers' en de ziekenfondsen geprezen en door 'rechtse rakkers' en particuliere verzekeringsmaatschappijen verguisde Plan Simons leek de ultieme uitweg. Simons bepleitte, als rasechte PvdA'er in navolging van Hendriks en Dekker voor een universele basisverzekering voor iedereen, maar dan wel gebaseerd op het solidariteitsprincipe: een dekking van circa 95 procent van alle zorgvoorzieningen waren daarin opgenomen en de premie was voor 90 tot 95 procent inkomensafhankelijk. Dus ook betaalbaar voor de minder vermogenden: een plan waarin de ziekenfondsen, de particuliere verzekeringen en de AWBZ in zouden opgaan. En een systeem waarin beperkte private marktwerking bestond, maar wel onder publieke regie. Een systeem ook waar de vakbonden, de patiëntenorganisaties, de ziekenfondsen, de linkse en de middenpartijen zich in konden vinden. Eindelijk gloorde er een oplossing om aan de verkokering van de financiering van de gezondheidszorg een einde te maken. Het plan Simons strandde echter in het zicht van de



Affiche uit 1981



**LAAT DE
GEZONDHEIDSZORG
NIET UITHOLLEN!**

hou het betaalbaar voor iedereen

Affiche uit 1989

haven. De Tweede Kamer was feitelijk al over de streep maar de georganiseerde oppositie van de particuliere verzekeringsmaatschappijen, verenigd in het KLOZ, en de rechtse partijen brachten de midden partijen, met name het CDA, aan het twijfelen in de Eerste Kamer. Beetje bij beetje werd het plan Simons ontmanteld en uiteindelijk ingetrokken en de impasse en de verkokering duurde voort.

Verkoking en privatisering

Bijna vijftien jaar later, in 2005, was onder de kabinetten Balkenende het neoliberalisme wederom de dominante ideologie. De door minister Hans Hoogervorst geïntroduceerde Zorgverzekeringswet hief weliswaar het verschil tussen de Ziekenfondsen en de particuliere verzekeringen op, maar dan wel geënt op het model van de particuliere verzekeringen. Een steeds kleiner wordend basispakket en een steeds groter gedeelte waarvoor men zich aanvullend moest verzekeren (medicijnen, fysiotherapie et cetera), tegen een premie die geen rekening houdt met het inkomen. Bovendien bleven er verschillende systemen naast elkaar bestaan, met elk hun eigen regels en bepalingen: de nieuwe Zorgverzekeringswet en de AWBZ, later de Wet Langdurige Zorg (WLZ). En, de marktwerking is de dominante factor geworden. Concurrentie heeft het gewonnen van samenwerking en samenhang.

De gevolgen kennen we inmiddels allemaal. Zorgverzekeraars staan in een continue concurrentieslag met elkaar om zoveel mogelijk verzekerden aan zich te binden. Om die concurrentieslag te winnen, stellen ze

steeds scherpere eisen aan instellingen. Zij moeten wel meedoen aan deze ratrace omdat ze anders het contract met de zorgverzekeraar en daarmee hun klanten dreigen te verliezen. Instellingen werden in toenemende mate concurrenten in plaats van samenwerkingspartners. Deze marktwerkingsideologie en de verkoking in de Nederlandse gezondheidszorg heeft zich sinds 2005 vijftien jaar lang kunnen manifesteren waarbij niet centraal stond wat het beste was voor de gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking, maar wat het beste was voor de betreffende instelling.

Corona; een 'wake-up-call'

De coronacrisis leidde tot een 'wake-up-call' voor het hele Nederlandse gezondheidszorgstelsel. We werden geconfronteerd met een immens gezondheidsprobleem waarvoor een nationale en gecoördineerde aanpak vereist was. Die strookte niet met het marktwerkingsdenken. De ziekenhuizen in Brabant konden in de eerste golf het aantal coronapatiënten nauwelijks aan, maar ziekenhuizen elders in het land voelden weinig behoefte om patiënten over te nemen. Daar hadden ze immers geen belang bij. Om ziekenhuizen te ontlasten werd een beroep op de thuiszorginstellingen gedaan, maar die hadden daar helemaal geen belang bij. Onze zorgstructuur is er blijkbaar niet op gericht om nationale problemen adequaat aan te pakken. Dat moest voortaan anders.

In een uitgebreid interview in het AD van 13 juni 2020 bouwde toenmalig VWS-minister Hugo de Jonge hier al op voort. Hij liet zijn licht schijnen, over wat we van de coronacrisis kunnen leren. Terugkijkend stelt hij dat we de crisis hebben bezworen door samen te werken, de handen in een te slaan, niet door ons te verlaten op het marktdenken. 'Dat er iets moet gebeuren is wel duidelijk. Deze crisis is een groot pleidooi voor minder markt, meer samenwerking en meer centrale regie', aldus De Jonge. Om er verder aan toe te voegen: 'Wat mij betreft moeten alle vormen van zorg vergaand blijven samenwerken (...) En daar waar de financiering erop gericht is om te concurreren, moet dat anders geregeld worden.' Dat geldt overigens niet alleen voor corona en andere dreigende toekomstige pandemieën - die gaan er zeker komen - maar ook voor andere nationale gezondheidsproblemen zoals het terugdringen van de enorme sociaaleconomische gezondheidsverschillen in dit land.

Gaat de corona-wake-up-call echt voor een historische kentering zorgen in de verschuiving van privaat naar publiek? Dat zal de toekomst uitwijzen. De ervaringen dat het echt anders moet, zijn legio maar als we zien hoe snel we na het afvlakken van corona in Nederland, 'het oude normaal' weer oppakken, doet het ergste vrezen. ☹

De redactie heeft veel moeite gedaan om de rechten van de affiches te achterhalen. Omdat sommige vrij oud zijn is dit ons niet gelukt. We hebben besloten ze wel te publiceren omdat ze te mooi waren om dat niet te doen. Complimenten aan de vormgevers van die tijd.

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



Casemanagement dementie en de toekomst

Wat begon als een kleinschalig idee van de vakgroep Dementieverpleegkundigen, is uiteindelijk uitgegroeid tot een groot symposium voor 250 dementieverpleegkundigen. De eerste editie zou op 25 november 2021 plaatsvinden, maar werd vanwege de Covid-pandemie uitgesteld tot het voorjaar van 2022. Het vond plaats op donderdag 14 april 2022.

*Tekst:
Gerben
Jansen
Foto's:
Fouad Hallak*

De aftrap van deze dag was voor Julie Meerveld van Alzheimer Nederland, een organisatie die al jaren een samenwerkingspartner is van de vakgroep Dementieverpleegkundigen. Meerveld onderstreept het belang van casemanagement dementie in de thuissituatie. 'De casemanager dementie is de spin in het web voor de mensen met dementie en hun mantelzorgers. Samen trekken we vaak op als het gaat om zaken als case-management dementie en ontwikkelingen binnen de

eerstelijnszorg. Neem bijvoorbeeld de samenwerking met huisartsen en de welzijnssector.' Samen met Alzheimer Nederland gaat de vakgroep de komende jaren op zoek naar oplossingen om mensen met dementie en hun mantelzorgers meer zorgarme

'In de toekomst hebben de zorgverzekeraar en de dementieverpleegkundige elkaar hard nodig!'

jaren te bezorgen, dus meer preventie. De dementieverpleegkundige geeft bijvoorbeeld mantelzorgers advies en voorlichting hoe ze zich zo goed mogelijk kunnen voorbereiden op wat komen gaat als hun dierbare getroffen wordt door dementie.

Tao of Care

Daarna was het woord in het plenaire deel Mark Smit van Tao of Care, de sociale benadering van dementie. Hoe kunnen de stromingen sociale benadering, case-management dementie en de dementievriendelijke samenleving meer integreren in de eerste lijn?





Julie Meerveld van Alzheimer Nederland was de eerste spreker van de conferentie

Hij benadrukte: 'Dementieverpleegkundigen en teamleden sociale benadering kunnen meer integraal samenwerken binnen de dementiezorg en welzijn om in de toekomst te zorgen dat we meer mensen met dementie en hun mantelzorgers kunnen bedienen.'

'Hoe kunnen dementieverpleegkundigen meer betrokken worden bij maatschappelijke problematiek?'

Ook Partner in Balans verzorgde een workshop. Partner in Balans is een hybride vorm van mantelzorgondersteuning van deels fysiek door de dementieverpleegkundige en een onlineprogramma om mantelzorgers beter te kunnen ondersteunen. Voor de lunch was er nog een interview met deelnemers van Restaurant Misverstand van seizoen 2. Ze vertelden over hun belevenissen in het Restaurant Misverstand en benadrukte hoe belangrijk het programma voor ze was. Ze hadden het gevoel dat ze er weer bij hoorden! Het middagprogramma bestond uit twee parallelle sessies over Integrale zorg conform de Zorgstandaard Dementie. Daar gingen praktische vragen rond, zoals: hoe kun je integrale zorg implementeren binnen je werkzaamheden als dementieverpleegkundige? Ook de



Voorzitter Gerben Jansen van V&VN Dementieverpleegkundigen in actie

dementievriendelijke samenleving had een workshop georganiseerd. Centrale vraag: hoe kunnen dementieverpleegkundigen meer betrokken worden bij maatschappelijke problematiek rondom mensen met dementie en hun mantelzorgers. Hoe zorg je er bijvoorbeeld voor dat bij het koor waarin mensen met dementie zingen, deze mensen toch welkom blijven. Als dementieverpleegkundige kun je hierin een verbindende rol spelen.

Een vervolg

De laatste twee parallelle sessies gingen over de economie en de zorgverzekeraar. Welke uitdagingen kunnen we als dementieverpleegkundigen in de toekomst verwachten en hoe kijkt de zorgverzekeraar naar casemanagement dementie? Dit zorgde voor een stevige discussie in de zaal met sprekers maar uiteindelijk konden we het positief afsluiten. In de toekomst hebben de zorgverzekeraar en de dementieverpleegkundige elkaar hard nodig! De aanwezigen gaven aan het symposium een vervolg te willen geven. Als vakgroep/afdeling dementieverpleegkundigen gaan we hier zeker mee aan de slag! 🗨️

Gerben Jansen is casemanager dementie, voorzitter van de vakgroep dementieverpleegkundigen van V&VN en redacteur bij tijdschrift M&G

Verpleegkundigen en actief in de lokale politiek

Overdag zijn ze als wijk- of verpleegkundige M&G aan de slag, in hun vrije tijd zijn ze actief in de lokale politiek. Hoe kwam dit op hun pad en wat zijn hun drijfveren? En hoe combineren ze het met hun dagelijkse werk?

Tekst: Bente
Allessie &
Gerben
Jansen

Emmy Visser, jeugdverpleegkundige bij Sante Partners en actief voor de plaatselijke VVD in Tiel:

‘Het ambassadeurstraject van 2018 heeft mijn politieke aspiraties flink gevoed. Vanuit die hoedanigheid lukte het me om Tweede Kamerlid Judith Tielen te laten meelopen op het consultatiebureau tijdens een werkbezoek. Vanuit die contacten werd ik gevraagd om mee te denken over de evaluatie van de Jeugdwet. Samen met V&VN, AJN en GGD/GHOR schreef ik een position paper met kritische kanttekeningen. De lobbyist van V&VN heeft me toen nog een spoedcursus gegeven hoe om te gaan met lastige vragen.’

‘Mijn interesse in de politiek, om zo invloed uit te kunnen oefenen op het beleid rondom gezondheid, preventie en kinderen, was door deze ervaring gewekt. Ik ging bij diverse partijen langs om te onderzoeken waar ik het meest kon meedenken over deze onderwerpen. Dat de VVD mij actief uitnodigde om mijn kennis en ervaring in te zetten, trok me over de streep om lid te worden.’

‘In de tussentijd organiseerde ik als jeugdverpleegkundige voor nieuwe gemeenteraadsleden in de regio, samen met een andere jeugdverpleegkundige ambassadeur, een symposium. Daar werden alle aanwezigen opgeroepen preventie een grotere rol te laten spelen in de beslissingen rondom de zorg voor gezinnen. De gemeenteraadsleden werden ook uitgenodigd om op werkbezoek te gaan bij de lokale instellingen voor jeugdgezondheidszorg. Zo konden zij echt meemaken wat de jeugdgezondheidszorg te bieden heeft.’



Veel leeswerk

‘Via een gemeenteraadslid dat met zijn kind op het consultatiebureau kwam, kon ik kennismaken met diverse politieke organen zoals Provinciale Staten en het Waterschap. Heel interessant! Niet veel later werd ik gevraagd mee te

doen met de gemeentelijke verkiezingen van 2022 voor de VVD in Tiel. Daar twijfelde ik wel over. Het werk in de gemeente komt namelijk naast mijn werk in de jeugdgezondheidszorg. Het is veel leeswerk waarbij het soms ook gaat over onderwerpen die niet mijn expertise en interesse hebben. Ik weet bijvoorbeeld niets van bomen die wel of niet gekapt moeten worden. Uiteindelijk stelde ik me toch verkiesbaar; ik vind dat vanuit mijn kennis van de praktijk ik kan meedenken over de impact van sommige beslissingen.’

‘De VVD nodigde mij actief uit om mijn kennis en ervaring in te zetten’

‘Na de verkiezingen, bleek mijn zesde plek niet genoeg om in de gemeenteraad te komen. Wel zit ik in de voorbereidende commissies. Zo adviseer ik de gemeenteraadsleden en daarna komen zij samen tot een standpunt over een bepaald onderwerp. Mijn focus is de samenleving en de gezondheidszorg. Zo heb ik mijn collega’s nog maar eens goed uitgelegd dat jeugdgezondheidszorg niet hetzelfde is als jeugdzorg.’

Verschillende petten

‘Het politieke spel vind ik heel fascinerend. Alle meningen en belangen moeten meegewogen worden. Net zoals gebeurt in de ondernemingsraad waar ik ook lid van ben. Soms weet je eerder dan collega’s wat er speelt binnen de organisatie. Daar moet je discreet mee omgaan. Dat is net zo in de plaatselijke politiek. Het hebben van verschillende petten, is meestal geen probleem voor me. Ik heb aan mijn werkgever natuurlijk verteld dat ik actief ben binnen de plaatselijke politiek. Transparant zijn over welke pet je op hebt, is belangrijk. Maar waar ik ook ben, ik vertel iedereen dat het geld moet gaan naar goede (preventieve) zorg voor jeugdigen!’

Tommie Niessen (30) coördinerend wijkverpleegkundige bij Savant zorg, eigenaar van platform Tommie in de Zorg en gemeenteraadslid voor GroenLinks in Helmond:

‘Ik ben eigenlijk altijd al nieuwsgierig geweest naar hoe de processen binnen het gemeentelijk apparaat werken. Ik heb al enkele jaren contact met de regionale afdeling van GroenLinks in Helmond. Bij de laatste gemeenteraadsverkiezingen heb ik me verkiesbaar gesteld. Het viel me namelijk op dat diverse zorgzaken beter kunnen worden georganiseerd door de gemeente. Denk aan het organiseren van zorg binnen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).’

‘Ik wil de komende vier jaar bekijken of de gemeenteraad ook echt bij me past’

Niessen weet als geen ander dat het soms weken tot zelfs maanden de tijd kost om een WMO-indicatie te krijgen voor dagbesteding. ‘Als verpleegkundige ondervind je hier samen met de cliënt en mantelzorger direct de gevolgen van. Als gemeenteraadslid kan ik deze ervaringen en verhalen meenemen en binnen de gemeente Helmond onderzoeken. Of er bijvoorbeeld mogelijkheden zijn om zo’n proces sneller te organiseren.’

Tijdens de verkiezingscampagne merkte Niessen het verschil op tussen de zorgwereld en de gemeente. ‘Tijdens die periode was er meer competitie. Vanuit de zorg herken ik dit niet zo goed. Dat was wel leuk om mee te maken. Ik wil de komende vier jaar bekijken of de gemeenteraad ook echt bij me past. En of ik het in combinatie met mijn werk en als vader kan combineren. Mijn belangrijkste doel is het verhaal achter de voorkeur als wijkverpleegkundige mee te nemen naar de gemeenteraad. Er valt nog een wereld te winnen om beleid en de verschillende zorgwetten meer op elkaar te laten aansluiten. Dat zie ik als de grootste uitdaging.’



Monica Anthonijsz 43 jaar, wijkverpleegkundige bij Omring Thuiszorg in Den Helder, zat vanaf 2018 in de gemeenteraad van Den Helder namens de PvdA:

‘Ik werd gescout door de fractieleider van de PvdA en dit resulteerde erin dat ik na de gemeenteraadsverkiezingen een raadszetel kreeg. Als raadslid ben je naast de raadsvergaderingen ook actief in commissies.’

Anthonijsz heeft zich ingezet voor de Commissie Maatschappelijke Ondersteuning. Daaronder valt bijvoorbeeld ook de zorg van de gemeente onder, binnen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. ‘In deze commissie kon ik meedenken over zorggerichte taken en mijn kennis en netwerk inzetten.’

Als raadslid kun je namens de partij moties indienen, die wel of niet gesteund worden door andere lokale politieke partijen, vertelt Anthonijsz. ‘Als er een motie wordt aangenomen, dus bij meerderheid van de stemmen, gaat de verantwoordelijk wethouder er verder mee aan de slag. Ik heb diverse moties ingediend de afgelopen jaren met als onderwerpen onder andere: valpreventie, wijkgerichte preventie en armoedebeleid. Het is fijn om te zien dat je motie ook gemeentelijk beleid wordt en meegenomen wordt in de beleidsagenda van de gemeente.’

‘Je weet heel goed bij wie van de gemeente je welke vraag moet stellen’

Anthonijsz zette haar netwerk in om samen met de zorgverzekeraar valpreventie in de gemeente Den Helder te agenderen. ‘Het onderwerp valpreventie heeft nu een vaste plaats op de samenwerkingsagenda. De gemeente heeft immers ook een verantwoordelijkheid om passende ondersteuning aan ouderen te geven waardoor ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen.’

Na de gemeenteraadsverkiezingen van maart 2022 is Anthonijsz niet meer teruggekeerd in de gemeenteraad, ze bleef wel politiek actief als burgerraadslid. ‘Dit heeft te maken met gezondheidsredenen. Een burgerraadslid heeft een ondersteunende taak naar de raadsleden toe. Dus ik blijf zo goed betrokken.’ Haar functie bij de gemeente helpt haar ook bij het werken als wijkverpleegkundige in de wijk. ‘Je weet heel goed bij wie van de gemeente je welke vraag moet stellen. Gelukkig krijg ik van mijn werkgever Omring alle ruimte om mijn politieke carrière vorm te geven. Dat is erg fijn!’



Caseload indicatiestelling: te veel en te zwaar

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Wat doe je met de gigantische caseload rondom de indicaties? Zet je een mbo-verpleegkundige in om de wachtlijsten te verminderen?

Tekst:
Hans
van Dartel

De casus

Ik als wijkverpleegkundige kan de caseload rondom de indicaties bijna niet meer aan. De wachtlijst loopt daardoor meer dan schrikbarend op. Ik merk dat ik de werkdruk bijna niet meer aan kan. Een mbo-verpleegkundige in de organisatie bood haar hulp aan. Ze doet het soms ook voor andere wijkverpleegkundigen. Ga ik in op haar aanbod zodat de wachtlijsten en mijn werkdruk afnemen, of blijf ik vasthouden aan het normenkader van V&VN dat bepaalt dat alleen hbo-verpleegkundigen indicaties mogen stellen?

Om te beginnen: lastig en erg vervelend voor je dat je zo tegen de grenzen van je verantwoordelijkheid voor de indicatiestellingen aanloopt. Wel goed dat je nadenkt over de consequenties voor mensen die daardoor langer op de wachtlijst staan. En goed ook dat je zoekt naar oplossingen die de last wat verminderen. Maar hoe doe je dat? Op een verantwoorde manier? Je twijfelt terecht over een mogelijkheid die zich aandient omdat die duidelijk indruist tegen de normstellingen van de beroepsgroep. Dat maakt je casus niet alleen moreel problematisch maar mogelijk ook juridisch. Want jij wordt nu eenmaal verondersteld je te houden aan de professionele standaard en dat betekent ook dat je de voorschriften van de beroepsgroep serieus dient te nemen. Zeker wanneer het over normen gaat die te maken hebben met de toegang tot de zorg. En dat is in de sfeer van indicatiestellingen steeds het geval. Dat er collega's zijn die er blijkbaar niet zo'n punt van maken als jij, en de zaak overlaten aan een mbo-verpleegkundige, doet weinig af aan jouw eigen professionele verantwoordelijkheid. Geheel in lijn van het oude spreekwoord dat als een ander in de sloot springt, jij er nog niet achteraan hoeft te springen. Je blijft in eerste instantie gebonden aan de normen van de beroepsgroep. Tenzij duidelijk is dat dat normenkader idiote eisen stelt die echt ingaan tegen de idealen van goede én rechtvaardige zorg. Dat lijkt me niet erg waarschijnlijk.

Zorgvuldigheid

Zorgvuldig indiceren is nu eenmaal nodig om te voorkomen dat de ene burger veel gemakkelijker toegang krijgt tot de zorg dan een ander. Dat zou niet fair zijn. Ook draagt zorgvuldig indiceren eraan bij dat de zorg goed wordt afgestemd op de behoeften van cliënten. Verkeerde indicaties werken daarom rechtsongelijkheid in de hand. Tevens verminderen ze een efficiënt gebruik van personele inzet, geld en middelen. En ook dat maakt de zorg minder rechtvaardig. Verder doet slordig indiceren afbreuk aan de betrouwbaarheid van verpleegkundige beroepsbeoefenaars op dit gebied en tast het zo de goede naam van de beroepsgroep aan. Die laatste zaken zijn kwesties waar jij je in de dagelijkse praktijk mogelijk wat minder zorgen over maakt, maar het zijn wel zaken die er toe doen. Niet alleen in juridische en morele maar ook in politieke zin. Niet voor niets is het zo dat er door interne en externe toezichthouders nauwgezet gekeken wordt naar de kwaliteit van de indicatiestelling en de voorwaarden daarvoor. Nu maakt jouw voorbeeld duidelijk dat die kwaliteit echt in

'Jij wordt verondersteld je te houden aan de professionele standaard'

het geding lijkt. Zeker waar je constateert dat collega's er ook last van hebben en dat zij het probleem proberen op te lossen (of te omzeilen) door een mbo-collega in te schakelen. Daarom is het van belang om deze kwestie echt goed aan te pakken. Als ik uitga van wat jij aan geeft, lijkt het me niet verstandig om dat alleen te doen, als individuele beroepsbeoefenaar. Het is immers niet alleen jouw probleem: het heeft ook op beleidsniveau gevolgen omdat ook het systeem van indicatiestelling in jouw casus op de tocht komt te staan. Dat mag het management zich aantrekken. Daarbij acht ik het wijs om dit probleem niet alleen op een hoger beleidsniveau in de organisatie, maar ook in de beroepsgroep aan te



kaarten. 'Ja, ja', zul je zeggen, 'misschien wel goed om het op beleidsniveau aan te kaarten maar dat lost mijn probleem niet op.' Dat snap ik. Je hebt gelijk. Maar ook dan zou ik zeggen dat het goed is om het minimaal op teamniveau te bespreken. Daarbij zou het volgens mij eerst om de beantwoording van de volgende praktische vragen dienen te gaan: 1. kunnen we de caseload zowel op het gebied van indicatiestellingen als andere taakstellingen beter tussen ons verdelen? 2. welke taken buiten de sfeer van de indicatiestelling kunnen we delegeren aan de mbo-collega's? Want blijkbaar hebben zij mogelijkheden om in te springen. Dat inspringen zou in het kader van onderlinge solidariteit uiteraard niet per se op het gebied van de indicatiestelling hoeven.

Andere vragen

Als je via beantwoording van die praktische vragen niet verder komt, en de indicatiestelling blijft problemen opleveren, kom je bij andere vragen uit. Maar ook die kunnen mijns inziens alleen maar op beleidsniveau beantwoord worden: dat zijn vragen naar de verantwoordelijkheid van de organisatie én haar medewerkers voor de indicatiestelling, én naar de competenties die

nodig zijn om die verantwoordelijkheid in te vullen. Zoals altijd wordt verantwoordelijkheid ook hier begrensd door competenties: individuele én organisatorische. Dat is precies ook het probleem van de inzet van je mbo-collega's. Beschikken zij over de benodigde competenties om de indicaties te stellen? Om onder

'Beschikken je mbo-collega's over de benodigde competenties?'

oppervlakkige hulpvragen diepere zorgvragen te zien? Om met behulp van klinisch redeneren de juiste inschatting te maken? Uiteraard kan ik me in uitzonderingssituaties voorstellen dat er onder verantwoordelijkheid van een gekwalificeerde hbo-collega wel eens een beroep gedaan wordt op een mbo-collega, maar dat betekent nog niet dat je van dergelijke uitzonderingen een regel zou moeten maken. Op deze manier van de nood een deugd maken, leidt te gemakkelijk tot een ongewenste, want niet bereflecteerde aantasting van de professionele normen. Ik zou daarom zeggen: niet doen. ☹

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

Flesvoeding kiezen



ZIJN ALLE FLESVOEDINGEN GELIJK?

HANDIGE HULPMIDDELEN VOOR U OM TE GEBRUIKEN

ALLE VOEDINGSSTOFFEN IN FLESVOEDING OP EEN RIJTJE

Scan de QR code voor handige informatie over flesvoeding of ga naar www.nutriciavorprofessionals/professioneleondersteuning



NIEUW

Nutrilon DuoBalans
onze meest geavanceerde
flesvoeding voor de gezonde zuigeling.
Met melkvet en 2 HMO's.



Scan de QR code voor meer informatie over Nutrilon DuoBalans of ga naar www.nutriciavorprofessionals/duobalans

NUTRICIA