

- Jonge mantelzorgers niet goed in beeld
- Wet zorg en dwang. Nee, tenzij...



**Nieuwe bekostiging wijkverpleging:
wat levert het op?**

De informatiebron

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

Aanvalsplan vaccinaties

Het uitgangspunt van het Haags Aanvalsplan Vaccinatie is; We gaan ervan uit dat ouders het beste willen voor hun kinderen en ze zo goed mogelijk willen beschermen tegen ziekte en handicaps. Vanuit deze basisgedachte gaat Den Haag op een positieve manier de strijd aan tegen de dalende vaccinatiegraad. Bij de uitvoering van het aanvalsplan wordt ingezet op 3 pijlers:

1. wegnemen van belemmeringen
2. communiceren en informeren
3. versterken van professionals

Aanvalsplan vaccinaties/ Gemeente Den Haag, 2019
Te downloaden via www.denhaag.nl

Hygiëneadviezen thuiszorg

De Werkgroep Infectie Preventie (WIP Werkgroep Infectiepreventie) is weggefallen. Daardoor zijn veel richtlijnen voor de thuiszorg al meer dan 10 jaar niet herzien. Voor thuiszorgmedewerkers (zowel verpleegkundigen, verzorgenden als huishoudelijk medewerkers) is het nu soms onduidelijk hoe zij goed om moeten gaan met infectiepreventie. Het Landelijk Centrum voor Hygiëne en Veiligheid (LCHV Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid) heeft vijf tijdelijke hygiëneadviezen gemaakt om de thuiszorgmedewerker te ondersteunen in de juiste hygiënische werkwijze. Het zijn dus uitdrukkelijk geen richtlijnen, maar deze adviezen.

Hygiëneadviezen thuiszorg / RIVM, 2019
Te downloaden via www.rivm.nl

Technologie in de wijk

Technologie heeft al een grote impact op ons leven en werk. Toch is de impact van technologie op het leven van veel inwoners in de wijk nog vrij klein. Gebruik maken van slimme (kleine) technologische ondersteuning is voor de meeste van hen nog niet vanzelfsprekend. Terwijl het aanbod van technologische toepassingen om het leven aangenamer of makkelijker te maken enorm is. In deze inspiratiebox vindt u een greep uit deze zorgtechnologieën en apps.

Technologie voor zorg en ondersteuning in de wijk: Inspiratie & mogelijkheden / Vilans, 2019
Te downloaden via www.vilans.nl

We teach...

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

VISUSONDERZOEK EN SCREENING OP VISUELE STOORNISSEN BIJ JONGE KINDEREN
15 januari 2020, Utrecht

REIZIGERSADVIES AAN EXPATS EN OVER LUCHTVERONTREINIGING
24 januari 2020, Utrecht

PERSOONLIJK LEIDERSCHAP: ZO NEEM JE DE LEIDING!
27 januari 2020, Zwolle

NASCHOLINGSDAG STOP MET ROKEN: HOE IS DE BEGELEIDING IN 2020?
31 januari 2020, Utrecht

BASISDATASET JGZ: BETERE REGISTRATIE VOOR BETERE ZORG
4 februari 2020 (9.30 tot 12.30 uur), Utrecht

BASISMODULE REIZIGERSADVISING VOOR VERPLEEGKUNDIGEN
4 en 11 februari, 6, 13 en 24 maart, 3 april 2020, Utrecht

JE WERKDRUK DE BAAS!
10 februari 2020, Zwolle

VERPLEEGKUNDIGEN MAKEN KENNIS MET DE JGZ EN AGZ
12 februari, 4 en 18 maart en 1 april en 13 mei 2020, Utrecht

OPVOEDINGSONDERSTEUNING EN PEDAGOGISCHE ADVISING
6 april, 11 en 18 mei 2020, Utrecht

INFECTIEZIEKTEN; VAN CEL TOT MELDING
7 en 14 april, 12 en 19 mei 2020, Utrecht



NSPOH
we teach health

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

Colofon



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

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

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

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 19, nummer 4, december 2019

ISSN 1568-5853

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

of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

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

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

Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij

& Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

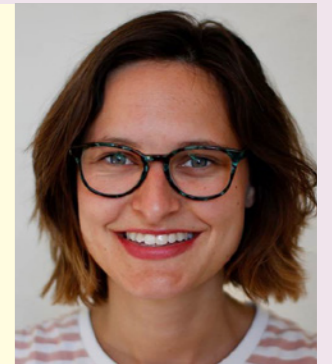
W mgz.venvn.nl

Redactioneel

Razend redactioneel

Er zijn behoorlijk wat groepen razend de laatste tijd. En terecht ook. Verpleegkundigen, boeren en mensen die zich zorgen maken over het klimaat. Ik ben ook razend. Ook wel over een aantal van de bovenstaande zaken, maar ook over dit tijdschrift. Razend enthousiast! Het biedt elke keer weer een kijkje in de keuken van allerlei bijzondere verpleegkundige werkelden en initiatieven. In de vorige editie bijvoorbeeld het verhaal over scheepsinspecties door infectieverpleegkundigen. En in deze editie mijn nieuwe collega Iris Knubben die vertelt over haar overstap van het ziekenhuis naar de preventieve wereld in de jeugdgezondheidszorg. Ik heb mij dit keer verdiept in de wereld van de jonge mantelzorgers. Marjet vertelde mij hoe het voor haar is om jonge mantelzorgers te zijn. Onderzoekers Nynke de Jong en Renske Hoefman doen onderzoek naar ondersteuningsmogelijkheden voor deze groep. Lees mijn artikel op pagina 10. Na het lezen van dit artikel wil je wellicht het interview met Naomi van Damme over veerkracht in nummer 2 van 2019 ook nog eens lezen. Want veerkracht blijkt ook in het werken met jonge mantelzorgers een heel belangrijk onderwerp te zijn. Ben jij ook razend enthousiast over jouw werk? We horen er als redactie graag meer over! Mail ons op tijdschriftMG@gmail.com.

Suzanna Plaice, jeugd- en stafverpleegkundige bij Jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg en student master Health Education and Promotion. Plaice is actief op LinkedIn



In dit nummer

Actueel

Wet zorg en dwang; nee tenzij... 6

Onderzoek

Jonge mantelzorgers nauwelijks in beeld 10

Aan tafel met hoogleraar Gerard Molleman

'Preventie moet je organiseren' 13

Onderzoek

Wat heb ik aan de nieuwe bekostiging
wijkverpleging? 18

Praktijk

Slechts 30 procent heeft casemanager dementie 22

Verslag

Ambassadeursdag wijk- en dementie-
verpleegkundigen succes! 25

Vaste rubrieken

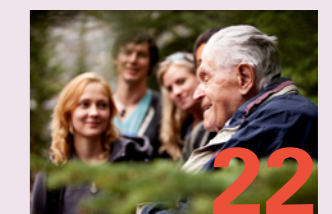
Uit het nieuws 4

Klepel en klok: de piramide van Maslow 16

Vers bloed: 'Ik moet nu focussen op wat goed gaat' 21

Afdelingsnieuws 28

Het dilemma: 15-jarige dochter wil vaccinatie,
moeder niet 30



Leuk voor onder de kerstboom?

Het boek dat er moest komen, vinden jeugdverpleegkundigen Jacqueline de Vries, Margot Kobussen en Willy Brink. Zij verzamelden bevlogen verhalen van 27 jeugdverpleegkundigen en maakten met storytelling veel verschillende facetten van het beroep van jeugdverpleegkundige zichtbaar. De rode draad van de verhalen is bij gezinnen thuis komen, de focus op gezond en veilig, het normale opgroeien, stimulerend opvoeden en langdurig collectief en individueel volgen van de ontwikkeling van alle kinderen. De geïnterviewde jeugdverpleegkundigen laten elk op hun eigen manier hun verpleegkundig leiderschap zien. Ze zijn toegankelijk, laagdrempelig, voelen goed aan wat mensen bezighoudt en kunnen makkelijk vertrouwen opbouwen. Het boek is een ode aan het jeugdverpleegkundige werk. Het boek is te koop voor €18,95. Bestellen kan door overmaken van €18,95 op NL03 TRIO 0379543621 ten name van J. de Vries, onder vermelding van het adres waar het boek naar toegestuurd kan worden. Met de inkomsten proberen de auteurs een deel van de gemaakte kosten te dekken. [🔗](#)



Vlnr: Margot Kobussen, Jacqueline de Vries en Willy Brink

Wijkverpleegkundige kan nu zelf aanvraag medicijnrol doen

Wijkverpleegkundigen mogen zelf een medicijnrol aanvragen bij de apotheker zonder dat ze daar een machtiging van de huisarts voor nodig hebben. Dit zogenoemde schrappunt kwam naar voren uit het actieprogramma *(Ont)Regel de Zorg*.

‘Wijkverpleegkundigen gaven aan dat ze eerst toestemming moesten vragen aan de huisarts voordat ze een medicijnrol voor hun cliënt konden bestellen’, vertelt wijkverpleegkundige Pauline Arts. Een medicijnrol bestaat uit zakjes met geneesmiddelen per inname-moment. Met een slimme medicijndispenser, waarvoor je een medicijnrol nodig hebt, kun je ervoor zorgen dat een cliënt zelfstandig en op het juiste moment zijn medicatie inneemt. Een medicijnrol is kostbaarder dan ‘gewone’ medicatie. Arts: ‘Wij komen bij de cliënt thuis en zien allemaal potjes met medicatie staan. We hebben meetmethodes waarmee we kunnen uitvragen: gaat de inname van de medicatie wel goed? Risicosignalering en medicatieveiligheid zijn onderdelen van ons vak’, vertelt Arts. ‘We waren het er dan ook niet mee eens dat er eerst een opdracht van de huisarts nodig is.’ Volgens het actieprogramma *(Ont)Regel de Zorg* van het ministerie van VWS is de administratieve handeling – eerst naar de huisarts voor een handtekening – nergens vastgelegd en kan dus worden geschrapt. Weer een schakel minder waardoor de wijkverpleegkundige sneller en dus efficiënter haar werk kan doen. [🔗](#)

Bron: www.venvn.nl

Ouderen wonen minder vaak alleen

In 2018 woonde 17,4 procent van de bevolking alleen, in 2008 was dat nog 15,7 procent. In de meeste leeftijdsgroepen nam het aandeel alleenstaanden toe, maar mensen in de leeftijd van 70 en 80 jaar of ouder wonen juist minder vaak alleen dan tien jaar terug. In 2018 vormden bijna 3 miljoen mensen alleen een huishouden, 427.000 meer dan tien jaar daarvoor. Alleenwonenden zijn relatief vaak twintigers, maar boven de zeventig is de kans om zonder anderen te wonen het grootst. Door de vergrijzing van de bevolking zijn er in absolute zin wel meer oudere alleenwonenden bij gekomen. In 2018 waren er 134.000 meer alleenstaande 70-plussers dan in 2008. Doordat mensen langer leven is echter ook de leeftijd gestegen waarop mensen alleen achterblijven na het overlijden van hun partner. Bovendien verhuizen mensen tegenwoordig minder vaak en op hogere leeftijd naar een zorginstelling (waar ze niet als alleenwonend tellen). Het percentage alleenwonende zeventigers en tachtigers daalde daarom wel, van 37 procent in 2008 naar 33 procent in 2018. In de hoogste leeftijdsgroep wonen mensen juist vaker alleen dan tien jaar terug, omdat het minder gebruikelijk is om naar een zorginstelling te verhuizen. Het gaat hier om een heel kleine groep. [🔗](#)

Bron: CBS

Aantal daklozen ruim verdubbeld sinds 2009

Sinds de eerste schatting in 2009, is het aantal dakloze 18- tot 65-jarigen in Nederland toegenomen van 17.800 naar 39.300 in 2018. Het aantal daklozen tussen 18 en 30 jaar is in deze periode verdrievoudigd, evenals het aantal daklozen met een niet-westerse migratieachtergrond. Net als in voorgaande jaren was in 2018 het merendeel (84 procent) van de daklozen man. Ruim 37 procent van alle daklozen verbleef in een van de vier grootste gemeenten: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag of Utrecht. Van alle 18- tot 65-jarige daklozen had 57 procent een migratieachtergrond. Daarnaast is het aantal jongeren dat dakloos is verdrievoudigd vanaf 2009. Ongeveer de helft was tussen de 30 en 50 jaar. Hoewel het aandeel daklozen in deze leeftijdsgroep tussen 2009 en 2018 afnam van 57 procent naar 49 procent, vormden zij nog steeds de grootste groep. En de helft van de daklozen heeft een niet-westerse achtergrond. Dat verdrievoudigde tussen 2009 en 2018 nagenoeg, van 6.500 naar 18.300. Op het totaal aantal 18- tot 65-jarige daklozen steeg het aandeel van 36 procent in 2009, naar ongeveer de helft in 2016 en later. Het aantal daklozen met een westerse migratieachtergrond verdubbelde in deze periode ruimschoots, het aantal daklozen met een Nederlandse achtergrond verdubbelde bijna. Dit onderzoek richt zich op de populatie feitelijk daklozen. Dit zijn mensen die slapen in de open lucht, in overdekte openbare ruimten, zoals portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto, of binnen slapen in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang en eendaagse noodopvang, of op niet-structurele basis bij vrienden, kennissen of familie, zonder vaste verblijfplaats. De resultaten in dit onderzoek zijn exclusief de mensen die illegaal in Nederland verblijven én dakloos zijn. [🔗](#)

Bron: CBS



Een op de twaalf jongeren krijgen hulp van jeugdzorg

In de eerste zes maanden van 2019 kregen 366.000 jongeren tot 23 jaar jeugdzorg. Dat is bijna één op de twaalf jongeren. Jeugdzorg, het geheel van jeugdhulp, jeugdbescherming, en jeugdreclassering, is bedoeld voor jongeren tot 18 jaar en kan verlengd worden tot 23 jaar. Bijna 14.000 jongeren met jeugdzorg waren 18 jaar of ouder. De verantwoordelijkheid voor jeugdzorg ligt bij de gemeente. Wanneer de gemeente de zorg direct aan de zorgverlener vergoedt, is sprake van zorg in natura. Het is ook mogelijk dat de jeugdhulp wordt ingekocht met een persoonsgebonden budget (pgb). In de eerste helft van 2019 maakten ruim 16.000 jongeren gebruik van een pgb voor jeugdhulp, 10.000 van hen ontvingen tevens jeugdhulp in natura. Nederland telde op 1 januari 2019 bijna 3,4 miljoen jongeren van 0 tot 18 jaar. Van hen ontvingen 336.000 jongeren jeugdhulp in natura. Ruim 36.000 jongeren kregen jeugdbescherming en 7.000 jongeren kregen jeugdreclassering, 30.000 jongeren hadden naast jeugdhulp ook jeugdbescherming en/of jeugdreclassering. Er zijn grote verschillen tussen de diverse gemeenten. In het noordoosten van Nederland en het midden van Limburg kreeg meer dan 13 procent van de jongeren tot 18 jaar jeugdhulp. In deze regio's was ook het aandeel jongeren met jeugdbescherming relatief hoog. Het CBS heeft geen zicht op de mogelijke oorzaken van de regionale verschillen in jeugdzorggebruik. Sociale en economische omstandigheden kunnen hieraan ten grondslag liggen, maar ook beleidskeuzen die gemeenten gemaakt hebben bij de inrichting van de jeugdzorg. [🔗](#)

Bron: CBS

De Wet zorg & dwang: Nee, tenzij

Op 1 januari 2020 wordt de nieuwe Wet zorg en dwang (Wzd) van kracht. Met een overgangsjaar. Maar wat gaat er nu veranderen? In dit artikel pogen we om een antwoord te geven op acht prangende vragen.

Tekst: Hellen Kooijman, met dank aan Andrea Steger

Waarom moest de Wet zorg en dwang er komen?

De huidige Wet Bopz (Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) regelt de (gedwongen) opname en zorg in een psychiatrische instelling, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking of een verpleeghuis voor mensen met een psychogeriatrische aandoening (dementie). In de praktijk bleek onder meer dat in kleinschalige woonvormen en in de thuissituatie vrijheidsbeperkingen voorkomen, terwijl dat nu niet mag. Denk aan het plaatsen van een bedhekje om uit bed vallen te voorkomen, terwijl de cliënt dit niet wil. Er is gekozen voor twee nieuwe wetten. Voor mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking komt er de Wet zorg en dwang (Wzd) en

Twee belangrijke rollen bij Wet zorg en dwang

- De zorgverantwoordelijke: deze heeft een centrale en coördinerende rol bij de (onvrijwillige) zorgverlening aan de cliënt. De zorgverantwoordelijke stelt het zorgplan op, wijzigt het zorgplan, voert regie op het stappenplan, overlegt met de verschillende deskundigen en kan in bepaalde situaties beslissingen nemen. Deze rol mag onder andere worden uitgevoerd door een verzorgende IG, verpleegkundige en een arts. De zorgaanbieder mag bepalen welke zorgverlener voor welke cliënt als zorgverantwoordelijke wordt aangewezen. In de wijk ligt het voor de hand dat deze rol door de wijkverpleegkundige zal worden gedaan.
- De Wzd-functionaris: deze ziet toe op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg; stimuleert de mogelijke afbouw van onvrijwillige zorg; is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken rondom het verlenen van onvrijwillige zorg. De rol van Wzd-functionaris kan worden uitgevoerd door een ter zake kundige arts, orthopedagoog-generalist (in de gehandicaptenzorg) of een gezondheidszorgpsycholoog.

voor mensen met een psychische stoornis de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Beide wetten gaan in op 1 januari 2020, maar voor de Wzd geldt een overgangsjaar.

Wat gaat er veranderen?

De Wet zorg en dwang regelt de rechten van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met dementie die onvrijwillige zorg krijgen, onafhankelijk van de plek waar ze wonen. Dit betekent dat de wet niet alleen voor het verpleeghuis of instelling geldt, maar ook van toepassing kan zijn voor logeeropvang, dagopvang, zorgboerderijen, kleinschalige woonvormen en de thuissituatie.

Kern van de wet is: Geen dwang, tenzij. Dat betekent dat onvrijwillige zorg niet mag worden toegepast, tenzij er sprake is van een 'aanzienlijk risico op ernstig nadeel' voor de cliënt of zijn omgeving. Dus: nee, geen onvrijwillige zorg, tenzij het echt niet anders kan.

De wet regelt dat de professional via een stappenplan naar alternatieven op zoek moet gaan om ernstig nadeel te voorkomen. Dit stappenplan is onder andere te vinden op www.vilans.nl. Tik in het zoekvenster Stappenplan wet zorg en dwang. Het stappenplan is er om in eerste instantie vrijwillige zorg te onderzoeken en indien

'De wet creëert nieuwe dilemma's, de praktijk moet uitwijzen hoe we daarmee omgaan'

dit niet kan de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg voor een zo kort mogelijke periode aan te bieden. Een voorbeeld: als wijkverpleegkundige kom je thuis bij een alleenwonende mevrouw met dementie. Op een gegeven moment heeft mevrouw de weg naar huis niet meer gevonden. In overleg met mevrouw en de familie wordt haar situatie besproken. Samen wordt onderzocht hoe ze in de komende periode zo veilig mogelijk thuis kan blijven wonen en waarbij zij toch nog naar de winkel



kan gaan om haar boodschappen te halen. Een gps blijkt in haar situatie prima te kunnen.

Maar hoe pas je nu de Wet zorg en dwang toe? Uit het voorbeeld blijkt dat er een risico bestaat op ernstig nadeel. In dat geval bespreekt de zorgverantwoordelijke (zie kader 'Twee belangrijke rollen bij de Wet zorg en dwang' op de linkerpagina) met minimaal een andere deskundige en de cliënt en de familie: hoe groot is het risico? Is zij wilsbekwaam? Wat zijn de oorzaken van het gedrag? Zijn er alternatieven die vallen onder vrijwillige zorg? Is de thuissituatie geschikt voor toepassing van deze alternatieven? Als er geen 'vrijwillige' zorgalternatieven zijn (bijvoorbeeld omdat de cliënt zich verzet), dan pas je het stappenplan toe. Je organiseert dan een multidisciplinair overleg waarbij je alternatieven en risico's van onvrijwillige zorg in die situatie bespreekt. Als besloten wordt om onvrijwillige zorg toe te passen neem je dit in het zorgplan op. Je moet onvrijwillige zorg daarna regelmatig evalueren in een multidisciplinair overleg.

Als mevrouw wilsbekwaam is en zij vindt het gebruik van een gps een prima idee, dan is er natuurlijk geen sprake van onvrijwillige zorg. Dus hoeft je het stappen-

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)

De Wvggz geldt voor mensen met een psychische stoornis. De kernboodschap van de Wvggz is het volgende: soms leidt een psychische stoornis bij iemand ertoe dat hij een gevaar voor zichzelf of anderen is. Tot voor kort was een verplichte opname in een instelling de enige manier om deze mensen te helpen en het gevaar weg te nemen. De Wvggz maakt het mogelijk om verplichte zorg, zoals het toedienen van verplichte medicatie of het uitoefenen van toezicht op betrokkene, poliklinisch of bij iemand thuis te geven. Bovendien beslissen mensen die verplicht worden behandeld en hun familie mee hoe de zorg en ondersteuning eruit gaan zien. Belangrijk verschil met de Wzd is dat verplichte zorg in principe plaatsvindt op basis van een zorgmachtiging die door de rechter wordt afgegeven. De rechter beoordeelt dus vooraf of verplichte zorg kan worden verleend.

plan niet te volgen. Dit wordt anders als mevrouw zich verzet tegen het gebruik van de gps.

Stel, mevrouw is wilsonbekwaam. In dat geval is er sprake van vrijwillige zorg als haar vertegenwoordiger toestemt en mevrouw zich niet verzet. Echter: op het moment dat mevrouw zich verzet tegen het gebruik van een gps moet je het stappenplan volgen.

Is de Wzd er ook voor mensen waarbij de diagnose dementie nog niet is gesteld?

Nee, er moet altijd een diagnose zijn. De wet is van toepassing op cliënten met een Wlz-indicatie (met grondslag pg of verstandelijke beperking) of met een verklaring van een ter zake kundige arts, waarin staat dat zij vanwege hun verstandelijke beperking of dementie zorg nodig hebben. Op dit moment zijn er nog een aantal vragen over het afgeven van deze verklaring. VWS is gevraagd om dit zo snel mogelijk duidelijk te maken.

Mag je rustgevendende medicatie geven in de thuissituatie?

Ja, dat mag. Je moet het stappenplan volgen als de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet tegen het geven van medicatie. In dat geval is er sprake van onvrijwillige zorg.

Er is een bijzondere situatie voor rustgevendende medicatie die *niet* volgens de richtlijnen wordt voorgeschreven. De wetgever vindt dit zo'n ingrijpende zorg dat voor deze vorm van medicatie voor *een wilsonbekwame* cliënt altijd het stappenplan moet worden gevolgd, ook al vertoont de cliënt geen verzet en heeft de vertegenwoordiger toestemming gegeven. Dit is bijvoorbeeld het geval als medicatie langer dan de volgens de richtlijn voorgeschreven duur wordt voorgeschreven.

Deze bijzondere situatie geldt ook voor beperking van de bewegingsvrijheid bijvoorbeeld door fixatie (denk aan het op de rem zetten van de rolstoel) en bij insluiting.

Dit betekent dat je altijd het stappenplan moet volgen als je je wilsonbekwame cliënt insluit, ook al verzet de cliënt zich niet en heeft zijn vertegenwoordiger toestemming gegeven.

Wat is de rol van mantelzorgers?

Overleg is cruciaal. Stel: een wijkverpleegkundige komt regelmatig bij een cliënt met dementie. Ze ziet dat er achter de voordeur een traphekje is geplaatst door de kinderen. Het is een signaal om met de kinderen en hun vader in gesprek te gaan. Zij geven aan dat hun vader 's nachts dwaalt en dat hij op zo'n manier niet meer naar buiten kan. Wat is er aan de hand? Wat zou de oorzaak kunnen zijn? Je onderzoekt en overlegt met andere professionals. Als er geen medische oorzaak is, zou de vader zich overdag vervelen? De kinderen kunnen je

'Er moet altijd een diagnose dementie zijn'

vertellen of hij een actieve man was. Misschien zou dan dagopvang een oplossing kunnen zijn? De kinderen vinden dat een goed idee, maar willen als zekerheid het traphekje 's avonds dicht maken. Ook dat bespreek je met elkaar; misschien dat domotica een passend alternatief is met minder risico's. Kijk voor mogelijkheden en tips ook in de nieuwe *Alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg* en in de *Hulpmiddelenwijzer* van Vilans.

Het lijkt alsof er heel wat administratie bij de nieuwe wet komt kijken.

Helaas wel. Het volgen van het stappenplan geeft veel extra administratie, vooral met het zorgplan en nieuwe momenten om te overleggen. Bovendien moet er twee keer per jaar een lijst met de toegepaste maatregelen worden gegeven aan de Inspectie.

Toezicht thuis

Als onvrijwillige zorg thuis wordt geleverd moet de veiligheid van de cliënt zijn geborgd, zoals door toezicht. Ook moet voldoende instructie worden gegeven en moet er een professional op afroep beschikbaar zijn. De zorginstelling moet voor het verlenen van onvrijwillige zorg thuis beleid maken. Een voorbeeld. Een meneer van 87 heeft dementie en heeft rustgevendende medicatie voorgeschreven gekregen, ondanks dat hij dit niet wil. Hij woont thuis met zijn echtgenote van 85. Zijn echtgenote houdt toezicht op hem. Je hebt haar geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van de medicatie en er is afgesproken dat ze jou of een collega kan bellen als bepaalde bijwerkingen zich voordoen. Maar is deze 85-jarige vrouw daartoe in staat? Je moet een goede inschatting maken, want een mantelzorger kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor toezicht bij dwang.

Standpunt V&VN: Zorgen over Wet zorg en dwang niet weggenomen

De Wet zorg en dwang wordt vanaf 1 januari 2020 ingevoerd. De wet regelt onder welke voorwaarden onvrijwillige zorg, zoals vrijheidsbeperkende maatregelen, is toegestaan bij cliënten thuis. In het uitgangspunt van de wet, 'Nee, tenzij', kan V&VN zich vinden. In principe mag onvrijwillige zorg niet worden toegepast, tenzij er sprake is van een ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving. Over de uitvoerbaarheid van de wet maakt V&VN zich echter zorgen. Daarom heeft V&VN begin 2019 samen met andere partijen in een brandbrief aan de minister haar zorgen geuit. De minister heeft toch besloten om vast te houden aan invoering van de wet op 1 januari 2020. 2020 moet

daarbij gelden als 'overgangsjaar'. Wat dit overgangsjaar precies betekent, was begin november (toen we dit artikel schreven) nog steeds niet duidelijk. V&VN constateerde toen dat er nog steeds onvoldoende zaken geregeld zijn. Zo zijn er geen afspraken gemaakt over de samenwerking in de wijk en ook de rolverdeling is onduidelijk. Dit betekent dat vanaf 1 januari 2020 verpleegkundigen en verzorgenden niet weten met welke artsen zij over de inzet van onvrijwillige zorg moeten overleggen. De zorgen over de Wet zorg en dwang zijn nog steeds niet weggenomen. V&VN geeft daarom het volgende advies aan verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk: De

randvoorwaarden van de wet - die nodig zijn om de wet op een goede manier in te voeren - zijn nog niet afgesproken. Ook zijn de juridische verantwoordelijkheid en de eventuele risico's voor verpleegkundigen en verzorgenden nog onduidelijk. V&VN adviseert daarom geen onvrijwillige zorg in het dagelijkse werk toe te passen totdat er meer duidelijkheid is over de uitvoerbaarheid van de wet.

Waar loop jij tegenaan? Maak jij je zorgen? Loop je tegen problemen aan of heb je een vraag over de Wet zorg en dwang? Heb je vragen over de toepassing van onvrijwillige zorg? Neem dan contact op met wetzorgend-wang@venvn.nl

Er is dus de Wzd en de Wvvgz. Stel een meneer met dementie heeft tevens een psychische stoornis. Welke wet 'gebruik' je dan?

Dit is een lastige. Beide wetten stellen de zorgbehoefte van de cliënt centraal. Bij cliënten die naast een verstandelijke beperking of dementie te maken hebben met psychiatrische problematiek is doorslaggevend wat de *voorzittende* zorgbehoefte is. Dit betekent dat op mensen met een verstandelijke beperking of dementie

'Er wordt nog hard gewerkt om allerlei onderwerpen te verduidelijken'

in principe de Wzd van toepassing is, ook als zij een psychische stoornis hebben. Denk aan de cliënt met een verstandelijke beperking die een psychose krijgt. Is echter gedwongen zorgverlening door een ggz-aanbieder nodig, dan zal die op basis van de Wvvgz moeten plaatsvinden. Dit roept in de praktijk veel vragen op. Daarom wordt er nu gewerkt aan een handreiking om hierover meer duidelijkheid te bieden.

Het lijkt alsof de Wzd nog niet 'af' is.

Ja, dat klopt. Daar zijn ook grote zorgen over (zie het kader hierboven met het standpunt van V&VN) Er wordt nog hard gewerkt om allerlei onderwerpen te verduidelijken. Zo komt er begin 2020 een nieuwe aanvullende regeling van de Wzd die betrekking heeft op mensen met NAH (niet aangeboren hersenletsel), Korsakov-syndroom en de ziekte van Huntington. En een werkgroep buigt zich momenteel over de rol van de zorgverantwoordelijke: Wat betekent die bij de Wzd in de praktijk? Daar komt een handreiking over. Maar als je wilt weten wat er allemaal nog staat te gebeuren kijk dan op www.dwangindezorg.nl. En het ministerie van VWS maakte een *Roadmap Wet zorg en dwang*. Ga naar www.rijksoverheid.nl en tik in het zoekvenster *Roadmap Wet zorg en dwang van nu naar 20121*. Daarin kun je precies vinden wat er tot 2021 gaat veranderen in het kader van de wet. ☺

Dit artikel werd begin november geschreven. De veranderingen aan de (context van de) wet die daarna zijn gekomen, hebben we dus helaas niet kunnen beschrijven.

Hellen Kooijman is freelance journalist en redacteur van TM&G. Andrea Steger is adviseur Ethiek bij V&VN.

Het Me-We-project:

Onderzoek naar het mentaal welbevinden van jonge mantelzorgers

Bij mantelzorgers wordt er snel gedacht aan volwassenen die voor hun bejaarde vader of moeder zorgen. Toch heeft ongeveer 6 tot 8 procent van de 13 tot 17-jarigen zorgtaken voor een ziek familielid of een andere naaste in de omgeving. Deze jongeren zijn vaak niet goed in beeld. Als jonge mantelzorgers niet goed ondersteund worden kan dit voor eenzaamheid, stress, depressie en lichamelijke klachten zorgen. Terwijl als jonge mantelzorgers de juiste handvatten en ondersteuning krijgen, zij dit ook als positief kunnen ervaren. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en kenniscentrum Vilans bundelden samen met vijf andere Europese landen de krachten om onderzoek te doen naar jonge mantelzorgers. Wat blijkt? Verpleegkundigen M&G spelen hier een grote rol in.

Tekst:
Suzanna
Plaice

Nynke de Jong, onderzoeker bij Vilans die meewerkt aan het project, vertelt dat er best veel onderzoek is gedaan naar mantelzorg, maar niet naar de leeftijdsgroep waar hun onderzoek zich op richt, de leeftijdsgroep van 15 tot 17-jarigen. Renske Hoefman, onderzoeker bij het SCP, vult aan: 'Dit is een interessante groep jongeren, omdat ze op het punt staan om volwassen te worden. Ook op het gebied van rechten is het interessant. In Nederland worden jonge mantelzorgers, net als in de meeste andere landen, niet expliciet genoemd in wetten. Dit maakt het soms lastig om te bepalen of dezelfde rechten, bijvoorbeeld ondersteuning voor mantelzorgers vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, ook gelden voor jonge mantelzorgers.'

Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen. Deel één was het in kaart brengen met de jongeren en experts zelf van wat er al aan bestaande kennis is en welke programma's er zijn op het gebied van jonge mantelzorgers. Deel twee gaat om het ontwikkelen van een nieuw programma op basis van die eerste stap. Deel drie is om dit nieuwe programma te evalueren. Wat de onderzoekers belangrijk vinden is dat zij dit samen doen met de jongeren en professionals die met jonge mantelzorgers werken. 'Dus niet dat wij als onderzoekers iets gingen ontwikkelen, maar dat we dit echt samen gingen doen. De jongeren en experts zijn in elke stap meegenomen. Dit noemen we co-design.'

Bijeenkomsten

Het resultaat van het inventariseren van de bestaande kennis, veelbelovende programma's en de behoefte van jongeren en experts, is het Me-We-model geworden. Me-We staat voor Mental Wellbeing. De Jong: 'Volgens dit programma vinden zeven bijeenkomsten plaats die

'Verpleegkundigen kunnen de juiste kennis over het ziektebeeld overbrengen naar jonge mantelzorgers'

zijn gericht op het vergroten van veerkracht door middel van cognitieve gedragstherapie en het aanleren van helpende gedachtepatronen. Drie bijeenkomsten zijn 'live' en vier bijeenkomsten zijn digitaal via een app,

omdat fysiek bij elkaar komen vaak lastig is door afstand en tijd. Tijdens elke bijeenkomst staat een ander thema centraal. Bijvoorbeeld het leren kennen van je eigen kwaliteiten.'

Via de app kunnen de jongeren beeldbellen en staan er oefeningen en werkbladen klaar. Ook kunnen via de app verhalen uitgewisseld worden. 'Uit de co-designbijeenkomsten kwam onder meer ook naar voren dat ze contact met andere jonge mantelzorgers heel belangrijk vonden.'

'Met het woord mantelzorgers kunnen veel jongeren zich niet identificeren. Het is vaak een vanzelfsprekende situatie'

De inhoud van de trainingen is gebaseerd op het DNA-V-model. 'De D staat voor Discover, ontdekken wie je bent', legt Hoefman uit. 'Noticer is de waarnemer en het ervaren wat je voelt. Advisor, het stemmetje dat je advies geeft, gebaseerd op het verleden. Values, dat je gedrag gestuurd wordt door je waarden, wat je belangrijk vindt in het leven. Om deze vier aspecten heen zit je identiteit, die ook je gedrag en je sociale netwerk bepaalt.' De Jong: 'Het mooie van dit model is dat het zich focust op het herkennen van je eigen krachten, het vergroten van het gevoel van zelfvertrouwen én het uitwisselen van ervaringen met anderen. De training is voor elke jongere die zorgt. Dit kan voor een ouder, een vriend of een buurman zijn. Dat maakt niet uit.'

Rol van de verpleegkundigen

Verpleegkundigen M&G spelen een belangrijke rol in het opmerken van een jonge mantelzorgers. Dit bleek ook uit interviews met experts en jongeren. Hoefman: 'Mocht je als wijk- of jeugdverpleegkundige het idee hebben dat een jongere in het gezin waar je komt een deel van de zorg verleent, dan is het belangrijk dat je als eerste begint met een open gesprek. Wat de jongeren heel duidelijk aangaven was dat zij niet zielig gevonden willen worden. Zij zeggen: problematiseer de groep niet. Ga uit van de veerkracht van deze jongeren. Voor veel jongeren is het woord mantelzorgers niet iets waarmee zij zich kunnen identificeren. Het is vaak een vanzelfsprekende situatie. Daarom zijn de woorden die je kiest belangrijk. De vraag: "Ga je wel eens naar de apotheek voor je ouders?"; dat kan een gesprek opleveren over de zorgtaken. Geef vervolgens de jongere de tijd om na te



Renske Hoefman (L) en Nynke de Jonge

denken en vul de situatie niet voor hem of haar in. Voor de jongeren is deze situatie vaak altijd al zo geweest. Het gesprek hierover is ook niet iets eenmaligs; er moet regelmatig naar gevraagd worden om te zien hoe de situatie zich ontwikkelt. Het startpunt voor de ondersteuning is de behoefte van de jongere. Vaak hebben zij hier zelf wel ideeën over, maar uiten ze deze niet als er niet naar gevraagd wordt.'

Als het gaat om informatie en kennis over de aanpak van degene die ze verzorgen, kunnen verpleegkundigen ook een grote rol spelen. 'Jongeren gaven aan dat het soms lastig kan zijn om dit aan de zieke zelf te vragen, maar dat ze wel meer willen weten over wat het ziektebeeld precies inhoudt.'

Preventieve aanpak

Het Me-We-model richt zich vooral op het mentaal welbevinden, terwijl jongeren ook tegen heel praktische



Mantelzorger Marjet (18): 'Ik wil niet zielig gevonden worden'

Marjet Karssenberg heeft een broertje met het syndroom van Down. 'Ik heb twee broertjes, dus ik kan het enigszins vergelijken. Als m'n broertje zonder syndroom van Down een mindere dag heeft denk ik: dat komt wel goed. Bij mijn andere broertje maak ik mij er echt zorgen om. Het is iets waar ik heel veel aan denk. Zo had ik op een jonge leeftijd dus al veel zorgen. Daar kon ik soms slecht van slapen. Nu noem ik de negatieve punten, maar ik wil niet zielig gevonden worden. Ik heb nog geen enkele jongere ontmoet die zielig gevonden wil worden. Ik wil wél serieus genomen worden. Daarom moet ik ook de negatieve kant laten zien. Het is altijd zoeken naar de balans hierin. Maar ook mensen om me heen zien het vaak heel zwart wit. Ze vinden het of superzwaar of vinden dat ik me niet moet aanstellen.'

'Ik vind het vooral belangrijk dat het meer bekend wordt dat er veel jongeren mantelzorger zijn. Dus ook dat verpleegkundigen zich meer bewust zijn van deze groep. Weinig aandacht of bekendheid betekent vaak ook dat er geen begrip is. Als dit er meer komt, is het ook makkelijker om het er met vrienden over te hebben. Daarom heb ik meegewerkt aan het Me-We-project. Het is mooi om te zien dat veel van wat wij zeiden in die bijeenkomsten echt terugkomt in de handleiding voor de vervolgtrajecten. Zoals het belang van de bewustwording. Daardoor voel ik me serieus genomen. Wat ik goed vind aan de training is dat het jonge mantelzorgers leert wat hun kwaliteiten zijn. Wij gaan vaak maar door en door, totdat je jezelf voorbijloopt. Ik weet dat steun belangrijk is. Zo heb ik toen ik 13 jaar was hulp gekregen vanuit een steunpunt voor een aantal jaren. We deden daar vooral



leuke dingen. Er is ook een lotgenotengroep uit voort gekomen. Lotgenotengroep vonden we geen leuke naam. Daarom noemden we deze de tutclub. Daar kon en kan ik mijn verhaal kwijt en herken je situaties van elkaar. Mantelzorger zijn is voor elke jongere anders. Er zitten positieve en negatieve kanten aan. Vorm dus als verpleegkundige niet zelf je oordeel. Vraag met open vizier hoe het voor diegene is.'

vragen aanlopen. De Jong: 'In de app zit een oefening om je sociale netwerk in beeld te brengen. Zo heb je een overzicht van wie je hulp kan vragen. Ook kunnen er vragen aan elkaar gesteld worden. Maar dit programma is er niet op gericht om meteen praktische hulp te bieden. Het gaat om het nadenken over de langere termijn. Bijvoorbeeld dat het oké is om nee te zeggen, grenzen te stellen.' Ofwel: de processen die plaatsvinden als je zorgt voor een ander worden inzichtelijk gemaakt. Hoefman: 'Het is een duurzame en preventieve aanpak en geen acute hulp. Het kan fijn zijn om iets voor iemand te kunnen betekenen. Tegelijkertijd kan het ook wel lastig zijn om bijvoorbeeld je tijd goed in te delen. Het is niet de bedoeling om jongeren nóg veerkrachtiger te maken dan ze al zijn, zodat ze nog meer voor iemand kunnen

zorgen, maar wél dat ze de zorg die ze verlenen op een positieve manier kunnen ervaren en ook goed kunnen functioneren op andere domeinen van hun leven.'

En nu?

Het programma zal in onderzoeksverband op een aantal scholen uitgerold worden. Hoe het Me-We-model inclusief de app, beschikbaar gemaakt wordt als het onderzoek is afgerond wordt komend jaar bekeken in samenspraak met organisaties in de regio's van de scholen die nu meedoen aan het onderzoek. We houden jullie via dit tijdschrift hierover op de hoogte. ☺

Meer weten? Ga dan naar www.me-we.eu

Gerard Molleman, hoogleraar Persoonsgerichte preventie:

'We zijn de publieke sector voor kwetsbare groepen aan het afbreken'

In deze rubriek komen professionals die inspireren aan het woord. Niet alleen hun functie, maar ook lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer een gesprek met Gerard Molleman die tegelijkertijd manager van de afdeling Gezond Leven van GGD Gelderland-Zuid is plus bijzonder hoogleraar Persoonsgerichte preventie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Een gesprek over het belang van context en het hebben van een optimale gezondheidsinfrastructuur voor preventie.

In uw oratie zei u: Een betere verbinding tussen zorg en publieke gezondheid leidt tot een betere verbinding tussen het 'persoonlijke en collectieve'. Wat bedoelt u daar precies mee?

'Om gezond te kunnen blijven of weer te worden, is meer nodig dan naar de dokter gaan als er wat aan de hand is. De patiënt wordt voor zijn medische probleem behandeld door de arts. Maar er is ook een sociale

context: op welke manier leeft die man of vrouw die in de spreekkamer zit? Hoe zit het met leefstijl, werk, leefomgeving? Het zijn allemaal zaken die meewegen bij iemands gezondheid waar ook meer collectieve antwoorden mogelijk zijn. Een voorbeeld is het programma *Gezonde start* op het consultatiebureau waar moeders om kunnen leren gaan met hun net geboren kind. Mooi, maar moeders hebben minstens zoveel aan groepsbijeenkomsten - Centering Parenting - onder-

Tekst:
Hellen
Kooijman



Suzanna Plaice is jeugd- en stafverpleegkundige bij de Jeugdgezondheidszorg van Envida. Ze volgt tevens de master Health Education and Promotion aan de Universiteit van Maastricht. En ze is redacteur bij TM&G.

steuningsgroepen waarin ze kunnen praten met andere moeders en ouders. Daar zouden jeugdverpleegkundigen op kunnen wijzen. En als het gaat om huisartsen; die kunnen hun cliënten al in de spreekkamer aanspreken op leefstijl en gedrag. Dat ze worden gevraagd om mee te doen aan gezondheid bevorderende activiteiten in de wijk. Neem een kookgroep gericht op gezond eten of een wandel- of sportclub.'

Maar we weten allemaal dat mensen wel moeten willen. Als iemand zelf niet wil stoppen met roken, of alcohol of gezonder wil eten, dan gaat dat niet gebeuren. Hoe krijgen we dat dan toch voor elkaar?

'Het is goed om te beseffen dat je nooit iedereen meekrijgt. Maar het is gemakkelijker om goede keuzes te maken als de omgeving waarin deze mensen zich bewegen, bevorderend is. Dat zie je nu gebeuren met roken bijvoorbeeld. Er zijn meer ruimtes waar je niet

'Preventie moet je organiseren. Dat komt niet uit de lucht vallen'

mag roken. Roken is duurder geworden. Dat gebeurt ook met alcohol. De leeftijdsgrens optrekken naar 18 is zo'n voorbeeld. Dat werpt zijn vruchten af. Maar we moeten er nog wel meer aan doen. We moeten niet naïef zijn en denken dat het vanzelf wel goed komt. Dat is niet zo.'



Levert nietsdoen achteruitgang op?

'Daar zit zeker wat in. Ik heb altijd geloofd dat we met zijn allen gezonder werden. In de afgelopen negentig jaar is de levensverwachting fors gestegen; we zijn gemiddeld 23 jaar ouder geworden. En dat gold ook voor de groepen onderaan de ladder van gezondheid en levensverwachting. Maar dat is de laatste jaren veranderd. In delen van Groot-Brittannië nam de levensverwachting af. Dat is met name bij de armste alleenstaande vrouwen het geval. En ik zie dat ook in Nederland. Bij delen van de bevolking neemt de gemiddelde levensverwachting af. En dat heeft mijns inziens met name te maken met de versobering van de publieke sector en de verschuiving van een collectieve zorg naar de persoonlijke verantwoordelijkheid van mensen. Er is de laatste jaren veel te liberaal ingestoken. Er wordt veel teveel overgelaten aan mensen zelf. Neem zzp'ers, of de huisvestingssituatie van bepaalde groepen mensen en het geliberaliseerde arbeidsrecht.'

De overheid gaat er dus teveel vanuit dat mensen het zelf wel kunnen?

'Mijns inziens wel. Mensen zonder vaste baan zoals de fietskoeriers die op zzp-basis van opdracht naar opdracht hopen, die hebben regelmatig te weinig geld om te kunnen overleven. Er zijn daarnaast te weinig huurhuizen die betaalbaar zijn. Het eigen risico bij de zorgverzekering is hoog. Ofwel: de beschermingsfactoren voor kwetsbare groepen, zoals alleenstaande moeders met kinderen, zijn wegge gevallen. Het gaat misschien om 10 tot 20 procent van de bevolking. Maar met die groep gaat het niet goed. En het is die groep waar jeugd-, wijk- en sociaal verpleegkundigen mee te maken hebben. Ook bij de GGD waar ik werk, komen we juist die groep tegen. Die groep heeft een vangnet nodig. Voor die groep hebben we een fatsoenlijke publieke sector nodig. We onderschatten hoe hard we dat aan het afbreken zijn.'

Hoe kunnen we deze kwetsbare groep dan toch helpen?

'Daar is een intensievere aanpak voor nodig. En er moet veel lokaal gebeuren. Preventie gericht op de wijk, waarbij de individuele zorg aan collectieve initiatieven wordt gekoppeld. In Nijmegen doet de gemeente het heel goed vind ik. In diverse wijken zijn vanuit de GGD gezondheidsmakelaars actief. Zo'n gezondheidsmakelaar verbindt losse initiatieven met elkaar. In Hatert bijvoorbeeld, een achterstandswijk in Nijmegen, kwam een cliënt bij een fysiotherapeut. Ze raakten in gesprek. De fysiotherapeut merkte dat zijn cliënt erg eenzaam was, maar naast allerlei klachten ook kok was geweest. De therapeut benaderde de gezondheidsmakelaar en hij

heeft het geregeld dat deze cliënt nu wekelijks voor een grote groep ouderen kookt in het wijkcentrum. Toen ik hier elf jaar geleden begon waren er vier parttime gezondheidsbevorderaars. Nu hebben we er in Gelderland Zuid ongeveer 30 rondlopen.'

Dat klinkt goed en in feite ook logisch. Maar hoe koppel je professionals in de wijk aan elkaar?

'Het organiseren van de infrastructuur die nodig is om dit voor alle wijkbewoners mogelijk te maken, betekent veel werk. Aan een sociale kaart alleen heb je weinig. Belangrijker is het om goede netwerken en samenwer-

'Beschermingsfactoren voor kwetsbare groepen, zoals alleenstaande moeders met kinderen, zijn wegge vallen'

kingen in de wijk te hebben om snel en precies mogelijke activiteiten te koppelen en in te zetten. Want zodra het inventariseren van wat er allemaal gebeurt in de wijk klaar is, is er vaak al teveel veranderd. Je moet zo'n infrastructuur van onderaf opbouwen. Hoe je dit zo optimaal mogelijk georganiseerd krijgt, daar zoeken we nog naar. Huisartsen zouden hierbij een grotere rol kunnen spelen. Het zou mooi zijn als een huisarts, naast de wijkverpleegkundige periodiek direct contact heeft met de welzijnswerker of de buurtsportcoach in de wijk. Op die manier kan een huisarts bij een patiënt met overgewicht ook meteen wat aanbieden; een sportgroepje bijvoorbeeld en niet blijven hangen in: "U moet uw leefstijl veranderen". Preventie moet je organiseren, dat komt niet uit de lucht vallen.'

Wat kunnen verpleegkundigen M&G hierin betekenen?

'Voor veel eerstelijnsverpleegkundigen is de wijk een jungle. De kennis van de wijk die de wijkverpleegkundige vroeger had is in veel gevallen door de huidige structuur van werken niet meer aanwezig. Ik denk dat deze verpleegkundigen ook zeker baat hebben bij structurele contacten met gezondheidsmakelaars en welzijnswerkers. Wijkverpleegkundigen zien heel veel bij hun cliënten en kunnen ze stimuleren om deel te nemen aan allerlei activiteiten die georganiseerd worden in de wijk. Neem het ontmoeten van andere wijkgenoten, voorzieningen om langer thuis te kunnen blijven wonen, valpreventie-activiteiten of financiële ouderenmishandeling. Verzekeraars en gemeenten hebben het veel over de noodzaak om vooral effectieve interventies in te zetten. Voor het verstrekken van medicijnen is dat zeker

waar. Maar bij interventies die meer gericht zijn op verandering van gedrag is dat minder eenvoudig. De effectiviteit van een interventie wordt immers minstens evenzeer bepaald of hij past in de context waarin die gebruikt wordt. Verder denk ik dat het goed is om er altijd voor te zorgen dat de context van een cliënt leidend is. Als het gaat om medicijnen dan gaat dat niet op, maar bij interventies die meer gericht zijn op verandering van gedrag wel.'

Dus goed kijken naar de context van de individuele cliënt?

'Ja. Denk bijvoorbeeld aan gecombineerde leefstijl-interventies voor de behandeling van overgewicht bij volwassenen. Daar wordt verwacht dat je je strikt houdt aan de opgestelde protocollen. Een aanbieder van zo'n interventie – een fysiotherapeut of de huisarts – kan die interventie aanbieden aan een cliënt met obesitas, maar dan zeg je eigenlijk: "U moet in de mal passen waar die interventie geschikt voor is". In praktijk is dat natuurlijk zelden zo. Het werkt veel beter als je de werkzame elementen van een interventie passend maakt voor de situatie van de cliënt. Ik geef nog een voorbeeld, uit de GGD-praktijk. Nu zijn er diverse interventies om het onderwerp LHBT op scholen bespreekbaar te maken. Dan kun je een school één bepaalde (effectieve) interventie of project aanbieden, maar het werkt veel beter als je kijkt wat voor school het is. Wat voor leerlingen zitten daar? Wat is er allemaal al? En welke interventies helpen om acceptatie van LHBT op school te verhogen? Soms kan dat een theatervoorstelling zijn, maar soms is structurele zichtbaarheid voor LHBT ook al erg helpend of is een boek in de bibliotheek voldoende.'

Maar dit vraagt natuurlijk ook wel wat van de professionals die met zulke interventies of projecten werken?

'Ja, dat klopt. Professionals zijn gebaat bij het kennen van modellen en weten wat goede interventies zijn. Ze moeten als het waren een rugzakje vol kennis hebben, weten wat daarin zit, zodat ze dat eruit kunnen halen wanneer het past bij de context die ze zien. Gelukkig ben ik bij de GGD Gelderland gezegend met professionals die dit heel goed kunnen. En ik ben ervan overtuigd dat de rest van de professionals in Nederland dit ook kunnen. Als ze er maar open voor staan en ze zich goed in de materie verdiepen.'

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

De behoeftenpiramide van Maslow

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

Tekst: Huub Sibbing Waarom doen mensen de dingen die ze doen, hoe onverstandig, ongezond of soms zelf immoreel ze voor buitenstanders ze ook lijken. Wat drijft ze, wat beweegt ze en waarom doen ze lang niet altijd dat wat professionals en beleidsmakers van ze verwachten. Een model wat daar inzicht in kan geven is de behoeftenpiramide van Maslow.

Nuancering vooraf

Vaak is Abraham Maslow (1908-1970) verweten dat hij universele behoeften formuleerde die voor iedereen overal en altijd en in alle omstandigheden zouden gelden. Dat heeft Maslow nooit gepretendeerd. Maar

‘Maslow helpt je om dieper te duiken in de achtergronden en motieven van de leefwereld van je cliënt’

wel een patroon dat voor de meeste mensen meestal en onder normale omstandigheden geldt. Het is dus geen natuurwet maar een hulpmiddel om ons te verdiepen in het menselijk gedrag en onderliggende behoeften. De piramide van Maslow kent uitwerkingen in vier, vijf, zes



of zelfs acht niveaus. Voor de uitleg ga ik uit van het in Nederland vaak gebruikt model van zes niveaus.

1. Fysiologische behoeften

Het eerste wat de meeste mensen primair te doen staat is te overleven. Heb je voldoende te eten en te drinken. Als daar niet aan voldaan is, hoef je aan verdere ambities niet eens te denken. Je staat permanent in de overlevingsstand en je doet er alles aan om in die basisbehoeften te voorzien. De meest extreme vormen van deze overlevingsmodus treffen we aan bij mensen in oorlogssituaties, bij natuurrampen en hongersnood, bij vluchtelingen, bij extreme armoede et cetera. Zo extreem is het in Nederland anno 2019 natuurlijk niet, maar mensen in langdurige armoede die bijvoorbeeld afhankelijk zijn van voedselbanken (en het gebruik van voedselbanken is de afgelopen jaren, ondanks de economische voorspoed, weer toegenomen) zitten nog op het niveau van het vervullen van de primaire basisbehoeften.

2. Behoeftte aan veiligheid

Het volgende niveau is dat van de fysieke en sociale onveiligheid en bestaansonzekerheid. Denk hierbij niet alleen aan een dak boven je hoofd, zoals bij het groeiend aantal dak- en thuislozen maar ook aan mensen bij wie hun bestaanszekerheid onder druk staat. En die bestaansonzekerheid treft volgens het Sociaal Cultureel Planbureau zo'n 15 procent van de Nederlanders. Het meest bekend zijn mensen, en hun eventuele kinderen, die in langdurige armoede en/of met onoplosbare schulden leven.

Maar denk ook aan werknemers, waaronder veel jongeren, die ten gevolge van de toenemende flexibilisering van de arbeidsmarkt continu onzeker zijn over de rest van hun leven. Zij hoppen van flexbaan naar flexbaan en kunnen de eindjes nauwelijks aan elkaar knopen. Of denk aan grote groepen die zich afvragen of in de toekomst hun AOW of pensioen nog wel bestaat. Of jongeren die zich afvragen of het met hun inkomen en de alsmat stijgende huizenprijzen en huren nog wel mogelijk is een gezin te stichten.

Leerpunten voor verpleegkundigen M&G

Een van de pijlers van het werk van verpleegkundigen M&G is het uitgaan van de leefwereld van de cliënt. Maslow helpt je om dieper te duiken in de achtergronden en motieven van die leefwereld: *Solve first problems first*. Wanneer er problemen zijn in het realiseren van de eerste drie behoefteniveaus zullen we daar eerst naar oplossingen moeten zoeken. Vaak vraagt dit om maatschappelijke oplossingen, vandaar het steeds weer terugkerend pleidooi voor een basisinkomen voor iedereen. Maar ook op een kleiner niveau zijn oplossingen mogelijk. Zorgverzekeraar CZ begreep dat goed toen ze in 2017 besloot om bij 250 gezinnen met grote schulden in Den Haag deze schulden op te kopen. CZ verwacht deze investering op termijn terug te verdienen door het terugdringen van vermijdbare zorgkosten.

Inmiddels zien we deze 'trend' ook bij een bank als ABN Amro getuige het interview met chief economist Sandra Philippen in het AD van 19 oktober onder de kop 'Aanpak van financiële stress goed voor bank én klanten'

Maatwerk noodzakelijk

Een vergelijkbare benadering geldt ook op individueel niveau. Stop met de van hogerhand bepleitte focus op zelfmanagement, zelfregie en gezonde leefstijl en andere middle-class waarden als je ziet dat jouw cliënt worstelt met de elementaire basisbehoeften. Voor een werkloze laagopgeleide die rookt heeft het vinden van een baan een grotere prioriteit dan stoppen met roken. Help ze om daar eerst, samen met andere professionals, oplossingen voor te vinden.

3. Behoeftte aan sociaal contact

De mens is een sociaal wezen en wil ergens bij horen. Bij familie, vrienden, collega's of andere groepen. Dat geeft geborgenheid, sociale steun en sociale veiligheid. Maar als die contacten wegvallen, door sterfte, ziekte, echtscheiding, werkloosheid of verminderde mobiliteit komen mensen in een isolement met een verhoogd risico op eenzaamheid. Volgens de website www.volksgezondenzorg.info van het RIVM voelt 43 procent van de volwassen Nederlanders zich eenzaam en 10 procent zelfs (zeer) ernstig eenzaam: met als belangrijkste risicogroepen 85-plussers, lager-opgeleiden, werklozen en alleenstaanden. Deze drie behoeften noemt Maslow de *basisbehoeften*. Daaraan moet grotendeels voldaan zijn wil je de energie, mogelijkheden en mentale rust hebben om je te kunnen ontwikkelen naar de drie 'hogere' niveaus van behoeften.

4. Behoeftte aan waardering

Erbij horen is één, een stuk mooier is het om daarin ook herkend, erkend en gewaardeerd te worden.

5. Cognitieve behoeften

Hierbij gaat het om kennis, begrip en geïnformeerd te willen zijn over een breed spectrum aan onderwerpen. We willen de complexe situatie om ons heen snappen en er een bijdrage aan leveren.

6. Behoeftte aan zelfactualisatie

Als 'hoogste' behoefte noemt Maslow zelfactualisatie en ontplooiing: De behoefte om je verder te ontwikkelen, grip te hebben op je leven en de omstandigheden om je heen en daar richting aan geven. Begrippen als 'zelf-

management' en 'zelfregie' passen bij dit niveau van motivatie en behoeftebevrediging.

Maslow en de Nederlandse samenleving

In het rapport *Vershil in Nederland* deelde het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) de Nederlandse bevolking in zes sociale klassen in.

De eerste vier groepen (circa 70 procent van de bevolking) kunnen zich redelijk tot uitstekend redden in de huidige samenleving en hoeven zich veelal geen zorgen te maken over het realiseren van de basisbehoeften. Politici, beleidsmakers, bestuurders en professionals in zorg, preventie en welzijn bevinden zich veelal in deze midden- en bovenlagen van de samenleving.

Maar hoe anders ziet de leefwereld van de onderkant van de samenleving er uit. De laatste twee groepen, (samen circa 30 procent van de bevolking) ervaren continu problemen om (een combinatie van) de eerste drie behoefteniveaus gerealiseerd te krijgen. Zij leven veeleer in wat de Amerikaanse socioloog Lewis de 'culture of poverty' noemt:

- meer bezig zijn met overleven (je staande houden) dan met leven (zingeving)
- meer leven in het hier-en-nu (want daarin ervaar je de problemen) dan gericht op de toekomst
- teleurgesteld zijn in 'het systeem', 'de politiek', 'de elite' die bijgedragen heeft aan de situatie waarin mensen verkeren. Mensen die langdurig in achterstandssituaties verkeren staan daarmee heel anders in het leven dan de veelal midden- of hoger opgeleide professionals, politici en beleidsmakers. [↗](#)

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

Nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging

Wat levert het op voor wijkverpleegkundigen?

De Nederlandse Zorgautoriteit werkt sinds 2017 aan een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. Hoe staat het met deze ontwikkeling? En wat gaat dit opleveren voor wijkverpleegkundigen? Dit artikel gaat in op de rol en ervaringen van wijkverpleegkundigen in de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging.

Tekst: Anne van den Bulck, Maud de Korte en Thijs Vietje

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil dat er samen met wijkverpleegkundigen een nieuwe bekostiging wordt ontwikkeld waarin het professioneel handelen van de wijkverpleegkundige voorop staat. Daarnaast is het van belang dat de zorgbehoefte en zelfredzaamheid van de cliënt centraal staan. In het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW) werkt de NZa samen met de Universiteit/Hogeschool Utrecht, de Universiteit Maastricht en de Universiteit Tilburg om dit te realiseren. Daarbij betreft de NZa ook zoveel mogelijk de veldpartijen, waaronder V&VN, verzekeraars, zorgaanbieders en zorgverleners.

Voorspellen op kenmerken

Voor de nieuwe bekostiging onderzoeken de NZa en het WPW of het mogelijk is om de zorgbehoefte van cliënten vooraf te voorspellen op basis van zijn/haar kenmerken, zoals leeftijd, het fysiek functioneren en de aanwezigheid van mantelzorg. Aan de hand daarvan kan vervolgens worden ingeschat wat de kosten zijn voor een cliënt voor een bepaalde periode. Vergoedingen worden dan niet meer per uur, maar bijvoorbeeld per maand afgesproken. De hoogte van de vergoeding hangt af van de

combinatie(s) van kenmerken van cliënten (ook wel 'casemix' genoemd). Op deze manier krijgt de wijkverpleegkundige meer ruimte om de juiste hoeveelheid zorg op het juiste moment in te zetten. Niet uren zorg, maar de zorgbehoefte van de cliënt wordt daarmee leidend in de bekostiging.

Rol wijkverpleegkundigen

Aangezien wijkverpleegkundigen dagelijks bezig zijn met het indiceren van zorg, zijn de gegevens die zij registreren een waardevolle informatiebron om de zorg goed te kunnen voorspellen. Daarom wordt in het onderzoek zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de kennis van wijkverpleegkundigen.

In drie studies van het WPW hebben wijkverpleegkundigen en de door hun geregistreerde cliëntgegevens de hoofdrol gespeeld. Uit een vragenlijst-onderzoek kwam naar voren welke cliëntkenmerken volgens wijkverpleegkundigen voorspellend zijn voor de zorg die cliënten ontvangen, zoals fysiek functioneren, sociale ondersteuning en medicatiemanagement. Daarnaast is er onderzoek gedaan met behulp van gegevens uit de registratiesystemen NANDA en Omaha die bij twee thuiszorgaanbieders verzameld zijn. Er is gekeken hoe goed deze gegevens de zorguren kunnen voorspellen. Tenslotte is in een systematisch literatuuronderzoek onderzoek gedaan naar welke voorspellende cliëntkenmerken er in andere landen worden gebruikt voor de bekostiging van wijkverpleging.

Drie domeinen

Uit de eerdergenoemde studies blijkt dat cliëntkenmerken uit drie domeinen belangrijke voorspellers zijn voor de behoefte aan wijkverpleegkundige zorg:

- Fysiek functioneren
- Cognitief functioneren
- Mantelzorg

De cliëntkenmerken op deze drie domeinen worden alleen niet door iedereen op dezelfde manier gerapporteerd.

De 11 cliëntkenmerken die worden bevraagd in de vragenlijst

- Verwachte verloop (in de komende maand)
- Maaltijd bereiden
- Voeden
- Continentie
- Toiletbezoek
- Mobiliteit
- Kleden
- Wassen/douchen
- Medicatiegebruik
- Cognitieve vaardigheden voor de dagelijkse besluitvorming
- Mantelzorg

Pauline Dröge (59), wijkverpleegkundige en voorzitter Vakgroep Wijkverpleegkundigen bij Vierstroom Zorg Thuis Gouda

Wat vind je van de vragenlijst?

'Als Vakgroep Wijkverpleegkundigen in mijn organisatie werden we gevraagd de pilot te begeleiden en mee te denken over de vragenlijst. De vragen die worden gesteld om de zorg te voorspellen sluiten goed aan op de anamnese die ik als wijkverpleegkundige doe bij een cliënt. Als je de anamnese bij een cliënt namelijk goed afneemt, dan zou je de antwoorden op de vragenlijst zo in een halve minuut moeten kunnen invullen. Als iemand heel zelfstandig is en weinig zorg nodig heeft, dan zie ik dat terugkomen in de antwoorden in de vragenlijst. In die zin herken ik dus zeker de link tussen de vragenlijst en het voorspellen van wijkverpleegkundige zorg. Maar ik vraag me wel nog steeds af: hoe wordt op basis van het onderzoek een nieuwe bekostiging ontwikkeld en hoe gaat dat er dan uit zien? Juist die link tussen de vragenlijst en de uiteindelijke bekostiging is me dus nog onduidelijk.'

Wat hoop je dat de nieuwe bekostiging gaat opleveren?

'Uurtje-factuurtje, zoals we voorheen de zorg bekostigden, geeft een verkeerde prikkel. Je wordt beloofd om meer zorg te leveren. Een nieuwe bekostiging is nodig om de juiste financiële prikkel te krijgen. Dat stimuleert ons om nog beter naar de cliënt te kijken, naar wat de cliënt nodig heeft, en om zelfstandigheid en gezondheid te bevorderen. Uiteindelijk gaan we hierdoor doelmatiger werken en zetten alleen de zorg in die nodig is. Het zou mooi zijn om, naast de



geïndiceerde zorg per cliënt, meer ruimte te hebben om in te spelen op gezondheidsbevordering en preventie, zowel voor de individuele cliënt als op wijkniveau. Het zou goed zijn dat we daarvoor worden beloofd, in plaats van dat het de organisatie alleen maar geld kost. Het hoort tenslotte bij onze taak als wijkverpleegkundige.'

teerd. Dit komt doordat thuiszorgorganisaties in Nederland verschillende registratiesystemen gebruiken, zoals NANDA, Omaha en InterRAI. Daarnaast bestaat er variatie in de manier van registreren, ook binnen dezelfde systemen. Ook is er geen zicht op hoeveel en welke zorg wordt geboden door mantelzorgers. Daarom is in de zomer van 2019 de pilot *Casemix in de wijkverpleging* gestart bij vier thuiszorgaanbieders in verschillende regio's in Nederland: Cordaan (Amsterdam e.o.), Envida (Maastricht e.o.), MeanderGroep Zuid-Limburg (Parkstad e.o.) en Vierstroom Zorg Thuis (Zoetermeer, Midden Holland en Utrecht West). Het doel van de pilot is om op een eenduidige manier gegevens te verzamelen over de cliëntkenmerken binnen de drie domeinen. De Universiteit Maastricht heeft hiervoor samen met wijkverpleegkundigen van de deelnemende

aanbieders een vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst is door wijkverpleegkundigen in de praktijk getest bij 22 cliënten. De vragenlijst bevat elf vragen (zie kader op de linkerpagina) en die vullen de wijkverpleegkundigen in

'Niet de uren zorg, maar de zorgbehoefte van de cliënt wordt leidend in de bekostiging'

na de indicatiestelling. Alle vragen zijn meerkeuze en bevatten drie tot vijf antwoordopties. Met behulp van de resultaten van de vragenlijst, aangevuld met cliëntgegevens uit de registratiesystemen, wordt onderzocht welke cliëntkenmerken de wijkverpleegkundige zorg het beste

Michelle Meertens (27), wijkverpleegkundige bij Envida Maastricht

Wat vind je van het betrekken van wijkverpleegkundigen bij de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging?

'Fijn. Ik denk dat dat echt nodig is om iedereen mee te krijgen. Het is belangrijk om te weten waarom bepaalde keuzes worden gemaakt, maar vaak horen we niet de achterliggende gedachtegang van nieuw beleid. Als je hierbij weinig betrokken wordt, is het moeilijk te begrijpen en levert dat ook meer vragen op: hoe gaat zo'n bekostiging eruit zien? Waarom krijgen we dit bedrag? Inzicht hierin is volgens mij daarom nodig om informatie te kunnen plaatsen. Ik merkte bijvoorbeeld dat collega's die via via te horen kregen dat er een extra vragenlijst voor de pilot bij zou komen vaak dachten: weer een extra vragenlijst? Maar zodra ze weten dat dit bijdraagt aan een nieuwe bekostiging en als ze merken dat de vragenlijst naadloos aansluit bij een anamnese van een cliënt, dan merk ik dat de weerstand minder wordt.'

Wat hoop je dat de nieuwe bekostiging gaat opleveren?

'Ik vind het moeilijk te zien wat een nieuwe bekostiging voor mij zou kunnen bijdragen in mijn werk. In onze organisatie werken we met een vast bedrag per cliënt per maand. Daarin merk ik wel dat er meer ruimte is om bijvoorbeeld nog eens terug te gaan naar een cliënt die zich niet lekker voelde. Daar neem ik de ruimte voor, maar dat moet in iedere vorm van



bekostiging mogelijk zijn. Ik hoop dat de nieuwe bekostiging gaat opleveren dat er ruimte is om de zorg te leveren die nodig is, op de manier die volgens jou als wijkverpleegkundige nodig is. En dat je een eerlijke vergoeding krijgt voor wat je doet.'

voorspellen. Ook wordt gekeken of op basis daarvan cliënten kunnen worden ingedeeld in zogenoemde casemixgroepen. De eerste resultaten van de pilot worden aan het einde van dit jaar verwacht.

Nog abstract

De bekostiging van de wijkverpleging klinkt misschien voor veel wijkverpleegkundigen nog abstract. Toch dragen de vragenlijsten die wijkverpleegkundigen in de pilots invullen heel concreet bij aan de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging. Op basis van de geregistreerde

'Alle onderwerpen uit de vragenlijst zijn herkenbaar in de praktijk'

gegevens onderzoekt de NZa, samen met het WPW, of casemixgroepen een goede basis kunnen vormen voor een nieuwe bekostiging. Om de stap te zetten van

casemixgroepen naar nieuw beleid, gaat de NZa de minister van VWS adviseren over hoe de bekostiging eruit moet komen te zien. Voor de zomer van 2020 schrijft de NZa hierover een uitgebreid adviesrapport, waarin de uitkomsten van de pilots ook worden meegenomen.

Zorg leveren die aansluit bij behoefte

Tot slot geven wijkverpleegkundigen Pauline Dröge en Michelle Meertens precies aan wat ook de NZa wil bereiken met een nieuwe bekostiging: ruimte voor de wijkverpleegkundige om die zorg te leveren die aansluit bij de behoefte van de cliënt, waarbij het inzetten op gezondheidsbevordering, zelfredzaamheid en preventieve activiteiten beter wordt beloond. [B](#)

Meer weten over het programma Nieuwe bekostiging wijkverpleging? Bezoek dan www.nza.nl en tik in het zoekvenster: nieuwe bekostiging wijkverpleging

Jeugdverpleegkundige Iris Knubben

'Ik moet nu focussen op wat goed gaat'

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal jeugdverpleegkundige (42) van 0-4-jarigen Iris Knubben werkzaam bij Jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg. Ze is in september van dit jaar begonnen en werkt in Maastricht. 'Ik ben blij dat ik niet meer werkzaam ben in de acute zorg voor zwangeren en kinderen. Nu kan ik de tijd nemen om te focussen op dat wat goed gaat in het gezin en dat vergroten.'

Waarom heb je voor het vak van jeugdverpleegkundige gekozen?

'Ik heb achttien jaar in het ziekenhuis gewerkt, waarvan de laatste acht jaar op de kraamafdeling en verloskamers. Door de jaren heen vond ik het steeds moeilijker dat in het ziekenhuis leven en dood door elkaar heen lopen. Als ik niet adequaat reageerde of ik was net te laat bij de patiënt, dan kon dat verstrekende gevolgen hebben. Ik wilde meer bezig zijn met het totaalplaatje van het kind in plaats van de acute verloskunde. Ofwel: wat hebben papa, mama, het kindje nodig en wat past bij het gezin? Dat fascineert me. Dat werd me helemaal duidelijk toen ik de opleiding tot babycoach volgde. Het beroep jeugdverpleegkundige is dus op mijn lijf geschreven.'

Moest je erg omschakelen van ziekenhuis naar de eerstelijns?

'Het meest moest ik eraan wennen dat ik nu gericht ben op wat er goed gaat. En dat ik daar de ouders bij ondersteun. Positieve gespreksvoering voert nu de boventoon. In het ziekenhuis was ik vooral getraind op wat er niet goed ging en als jeugdverpleegkundige ben je specialist van het gezonde kind. Neem bijvoorbeeld een moeder die zelf al een flesvoeding had weggelaten en de vaste voeding wat ging uitbreiden. Daar was die moeder heel onzeker over. Ik heb haar toen gezegd dat ze heel goede keuzes gemaakt heeft en ook uitgelegd waarom dit zo is. Ik denk dus mee met de ouders, maar neem het niet van ze over. Kracht uit mensen zelf halen, mensen hebben het antwoord zelf vaak al.'

Wat kunnen de oude rotten in het vak van jou leren?

'Ik kan mijn collega's wat meer inzicht geven hoe een zware bevalling erin hakt bij een moeder maar ook bij een kind. Hier heb ik veel ervaring mee door mijn eerdere werk. Een zware bevalling kan mogelijk de



reden zijn waarom een kind veel huult of onrustig is. Dat moet bij zowel de moeder als het kind een plekje krijgen. Of neem een moeder die drie maanden in het ziekenhuis heeft gelegen omdat haar zwangerschap niet normaal verliep, dat kan een traumatische ervaring zijn. Alle jeugdverpleegkundigen hier

worden getraind op het gebied van hechting en zijn zich dus wel bewust van het belang hiervan. Ik kan deze kennis aanvullen met mijn praktijkervaring, doordat ik er met mijn neus bovenop heb gestaan.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'Dan ben ik een zelfstandige jeugdverpleegkundige die van de hoed en de rand weet op haar vakgebied. Maar ik zal nooit uitgeleerd zijn. Bijvoorbeeld het actieprogramma *Stevig Ouderschap* lijkt mij een heel mooie specialisatie om te volgen. Maar nu eerst maar eens goed ingewerkt raken in de algehele jeugdgezondheidszorg.' [B](#)

BIO

Naam: Iris Knubben

Werkt bij: Jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg, werkgebied Maastricht

Is goed in? 'Men zegt dat ik een open en rustige luisterhouding heb en mensen in hun eigen waarde laat.'

Minder goed in: 'Ik leg de lat voor mijzelf hoog. Dat is wel een nadeel. Dat ik bijvoorbeeld twintig richtlijnen in twee weken wil doornemen. Dan moet ik tegen mezelf zeggen: "Iris, rustig aan. Dat is niet reëel!"'

Tekst: Marieke Rijsbergen

Anne van den Bulck is verpleegkundige en onderzoeker aan de Universiteit Maastricht. Maud de Korte is beleidsmedewerker NZa en onderzoeker aan de Universiteit Tilburg en Thijs Vietje is projectleider programma nieuwe bekostiging wijkverpleging bij de NZa.

Slechts 30 procent van cliënten heeft casemanager dementie:

Vroege diagnose leidt tot meer aanmeldingen

30 procent van mensen met dementie heeft een casemanager dementie. Deze conclusie werd getrokken in een onderzoek naar onder andere het huidige gebruik van casemanagement dementie in 2018 van Bureau HHM in opdracht van het ministerie van VWS. Is de cliënt bekend bij de huisarts, dan schiet dit cijfer omhoog naar 70 procent. Deze cijfers zijn overigens sterk regionaal gebonden. Zo zijn er regio's waar de 30 procent bij lange na niet wordt gehaald en er zijn regio's die vrijwel alle mensen met dementie in het vizier hebben. Waar wringt de schoen?

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Iedereen in Nederland heeft recht op een casemanager dementie. Tot nu toe wordt het casemanagement voornamelijk ingezet bij mensen waarbij de diagnose al is gesteld. Terwijl dit ook al kan in de niet-pluis-fase (zie daarvoor de zorgstandaard). In het onderzoek van Bureau HHM wordt dan ook de conclusie getrokken dat je mag veronderstellen dat als de diagnose eerder in het ziekteproces wordt gesteld, de cliënt ook eerder een beroep zal doen op een casemanager dementie.

Late diagnose

Julie Meerveld beleidsmedewerker belangenbehartiging en regionale hulp van Alzheimer Nederland trekt het breder: 'Dit is slechts een deel van de verklaring. Veel mensen krijgen laat de diagnose omdat bijvoorbeeld de huisarts denkt: er is toch niets aan te doen. Of omdat de wijkverpleegkundige of de familie het niet herkennen. Soms zegt degene met dementie dat er niets aan de hand is. De diagnose is echter wel belang-

'Beginnende dementie is in eerste instantie een begeleidings- en geen zorgvraag'

rijk om op tijd hulp en informatie te krijgen. Want mensen met beginnende dementie kunnen vaak nog jarenlang relatief goed meedoen in de maatschappij. Mits ze goed worden begeleid. En daarin speelt de casemanager dementie een grote rol.' Van alle casemanagers dementie heeft 85 procent overigens een verpleegkundige achtergrond, de andere 15 procent komt uit het maatschappelijk werk.

Om de vindbaarheid van de casemanager dementie te vergroten, startte Alzheimer Nederland de campagne *Helden achter de voordeur*. 'We richten ons daarin vooral op de huisarts. Iedereen heeft immers een huisarts, ook kwetsbare ouderen. Naast een tijdige en kwalitatief goede diagnose, willen we bereiken dat alle huisartsen in Nederland bij wijze van spreken het telefoonnummer van de casemanager dementie in hun telefoon hebben staan. Zo kunnen ze meteen schakelen als zij een niet-pluis gevoel hebben bij een cliënt of als de diagnose dementie is gesteld.'

Vaak zien huisartsen het inschakelen van een casemanager dementie als weer een extra taak die erbij komt en weer een extra schakel waarmee hij in contact moet staan. Meerveld: 'Huisartsen zijn er regelmatig nog niet van doordrongen dat een casemanager dementie hun juist veel werk uit handen neemt. Vaak redt een cliënt met dementie zich jarenlang prima als er een casemanager dementie bij betrokken is. Dan heeft de huisarts er bij wijze van spreken geen omkijken meer naar.'

Stapje verder

In de regio West-Brabant West gaan ze een stapje verder. Daar weten naast de huisartsen ook de geriater, de neuroloog en de geheugenpoli waar de casemanager dementie te vinden is. 'Zij verwijzen de cliënten en mantelzorgers meteen naar ons door', zegt casemanager dementie en geriatrisch verpleegkundige Annemarie Keij bij Groenhuysen. Uit het onderzoek van Bureau HHM blijkt dat er bij 18 procent onbekendheid is over het bestaan van casemanagement dementie bij de cliënt en/of mantelzorger. In deze regio werken ze sinds 2015 via een integrale zorgbenadering die bekend is onder de naam *Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging* (VKO).

Alle disciplines in de eerstelijns werken daarin samen en de belangrijkste doelstellingen zijn (1) het opzetten van een proactief en integraal samenwerkingsverband waarbij de huisarts een regiefunctie vervult, (2) (her) opname in een ziekenhuis of instelling voor langdurige zorg voorkomen en (3) zelfmanagementvaardigheden en welzijn van kwetsbare ouderen verbeteren. Ruim 80 procent van de huisartsenpraktijken in deze regio doen aan deze aanpak mee, maar elke huisarts pakt het anders aan. Keij: 'De ene huisarts wil dat we alle

75plussers bezoeken, de andere geeft aan ons door welke cliënt we moeten benaderen.'

Keij: 'De kracht van het samenwerken met de huisarts en de specialist ouderenzorg is dat je samen goed kijkt welke interventie je inzet zodat onnodige zorg bij de cliënt voorkomen kan worden. Daarnaast komen we maandelijks bijeen in een multidisciplinair overleg (MDO) waarin wij, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde zitten.'

Door de samenwerking in het MDO leerden de partijen in het eerste jaar vooral van elkaars expertise. 'Bovendien kreeg de huisarts meer zicht op wat de casemanager dementie kan betekenen,' vertelt Keij. 'Dat we mensen weerbaar maken en kijken waar de krachten van de cliënt liggen. Nu we alweer een paar jaar via deze zorgbenadering werken, is te merken dat we samen de zorg dragen voor de cliënten met dementie, de lijnen erg kort zijn en de huisartsen zien dat wij ze veel werk uit handen nemen.'

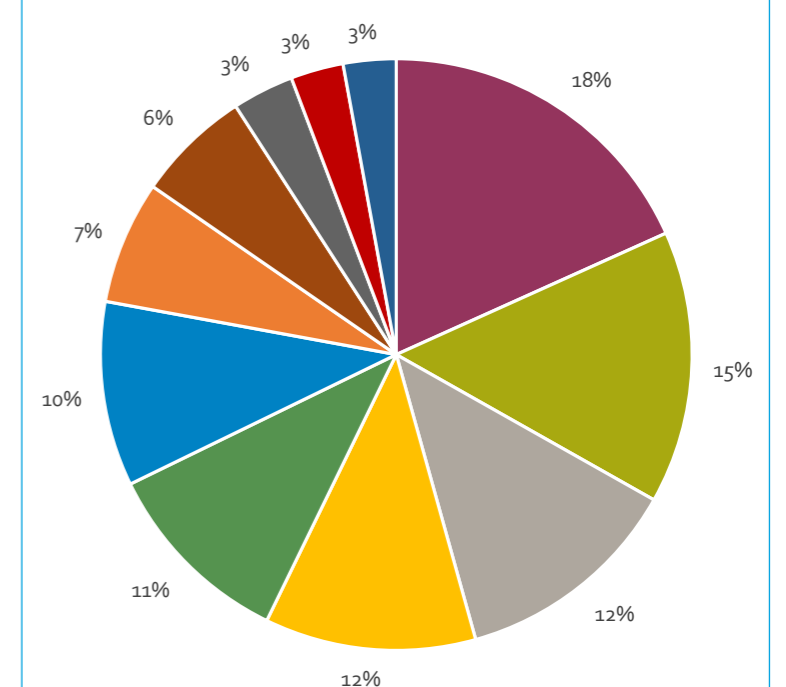
De casemanager dementie in West-Brabant West zet dus in op zelfredzaamheid en zo laag mogelijke zorg. Keij: 'Moeten er aanpassingen in het huis gedaan worden, is er een risico van vereenzaming, moeten we welzijn erbij betrekken? En we nemen ook het huishoudelijke stuk mee. Daarnaast zijn wij er voor het luisterende oor en geven we psycho-educatie. Wat is de ziekte, hoe ga je ermee om in het dagelijks leven nu en in de toekomst? Bovendien bespreken we ook regelmatig de rol van de mantelzorger en kijken goed of die alles nog aankan.'

Aanspraak wijkverpleging

Volgens Keij heeft de *Aanspraak wijkverpleging* de boel er niet beter op gemaakt. 'Door deze aanspraak lijkt het alsof de wijkverpleegkundige in de lead is. Als ze dan de casemanager dementie inschakelen is er vaak al sprake van een crisissituatie. Bij ons is het eigenlijk andersom. De casemanager dementie kan al jarenlang bij een cliënt over de vloer zijn zonder dat er thuiszorg ingeschakeld is. Beginnende dementie is namelijk in eerste instantie een begeleidingsvraag en geen zorgvraag.'

Julie Meerveld van Alzheimer Nederland vult aan: 'Als een wijkverpleegkundige ziet dat een cliënt symptomen van dementie vertoont, dan is het belangrijk om dit te melden bij de huisarts en om casemanagement dementie in te schakelen. Om mensen met dementie te begeleiden heb je andere competenties nodig dan als wijkverpleegkundige. Dat zeg ik niet om het vak wijkverpleegkundige naar beneden te halen, want zij hebben weer competenties die casemanagers dementie niet hebben. Die zijn mooi verwoord in de twee afzonderlijke expertisegebieden van V&VN. De casemanager dementie en de wijkverpleegkundigen kunnen elkaar juist versterken als iedereen zijn of haar eigen kwaliteiten inzet.'

Redenen waarom er geen gebruik van wordt gemaakt



- Er is onbekendheid over het bestaan van casemanagement bij cliënt en/of mantelzorgers
- De cliënt heeft geen behoefte aan casemanagement
- De diagnose wordt pas laat gesteld
- De cliënt is niet bekend bij zorgaanbieders
- De cliënt wil zelf de regie behouden / is bang de regie te verliezen
- Er heerst een taboe op de diagnose dementie
- Er is onbekendheid bij verwijzers over het bestaan van casemanagement
- De cliënt ontvangt een andere vorm van ondersteuning buiten de keten om
- De cliënt wil de eigen bijdrage niet betalen
- De geïndiceerde uren gaan op aan verpleging/verzorging
- Niet van toepassing

Uit: *Onderzoek naar huidig gebruik wachttijden en wachttijden casemanagement dementie 2018 van Bureau HHM*

Meerveld vertelt dat bij de jaarlijkse landelijke peiling de casemanager dementie bij de mantelzorgers al jarenlang in de top 3 staat van professionele hulp die echt helpt om goed thuis te leven met dementie 'Neem mensen die net de diagnose hebben gekregen. Zij vallen in een zwart gat en je wilt voorkomen dat mensen



denken: ik kan niets meer, ik ben niets meer waard. De casemanager dementie kijkt met degene met dementie en de mantelzorger hoe en op welke manier ze kunnen blijven meedoen in de maatschappij. Dus vooral doorgaan met de kaartclub en naar de kapper gaan. En de casemanager dementie helpt om waar nodig het persoonlijke netwerk om de mensen met dementie in te schakelen.'

Geen behoefte

Toch blijkt uit het onderzoek van Bureau HHM dat 15 procent van de mensen met dementie geen behoefte heeft aan een casemanager dementie. Volgens Meerveld heeft dat onder andere te maken met ontkenning en het ontbreken van het ziekte-inzicht. 'Een neuroloog zei onlangs tegen me: "Als ik ooit de symptomen van dementie krijg, is de kans groot dat ook ik zeg dat er niets met me aan de hand is." Een casemanager dementie is er voor opgeleid om daar doorheen te prikken.'

Verpleegkundige Keij: 'Het komt regelmatig voor dat mensen in eerste instantie niet echt openstaan voor een huisbezoek. Als het dan toch lukt en ze komen er achter dat we alleen komen voor advies, willen ze eigenlijk allemaal een vervolgggesprek. Ze zijn vooral bang dat we de boel overnemen. Het is dus vaak onwetendheid. Ik zeg altijd: wij stimuleren en creëren voorwaarden voor het behoud en het versterken van de eigen zelfredzaamheid van de cliënt.'

Centraal meldpunt

Als het gaat om de verschillen in diverse regio's zijn er plannen om een centraal meldpunt per regio op te zetten waar mantelzorgers en mensen met een vermoeden van dementie terecht kunnen. Dat bleek uit een rondetafelgesprek georganiseerd door Alzheimer

Nederland waar zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars, dementienetwerken, opleidingen, overheid en patiënten- en ouderenorganisaties bij aanwezig waren.

'Als de cliënt ziet dat we alleen komen voor advies, willen ze graag een vervolgggesprek'

Dit meldpunt moet dan een centraal telefoonnummer krijgen. En neem de regio's waar de casemanager dementie al goed vindbaar is als voorbeeld. Wees open over regionaal gebruik en deel goede voorbeelden.

Verzorgingshuis terug

Is er nog iets wat verbeterd kan worden in de regio van verpleegkundige Keij? 'Zeker! Maar dat geldt denk ik voor heel Nederland. Een goed functionerend digitaal cliëntensysteem waarin alle disciplines toegang hebben. Dus van ziekenhuis, huisarts tot thuiszorg. Wat zou het fijn zijn als wij meteen in het dossier van het ziekenhuis kunnen zien dat onze cliënt morgen weer naar huis komt. Dit zijn nu totaal afgesloten systemen terwijl er wel wordt verwacht dat we nauw samenwerken.' Ook wil Keij het verzorgingshuis terug. 'Ofwel, een stap tussen thuis en verpleeghuis. Nu is het alles of niets. Regelmatig hebben we nu te maken met schrijnende gevallen van echtparen die al 60 jaar samenleven en opeens uit elkaar moeten. Met het verzorgingshuis ging alles geleidelijker. Maar helaas moeten we roeien met de riemen die we hebben.' 

Onderzoek inzien? Ga naar www.rijksoverheid.nl en tik in het zoekvenster 'Onderzoek naar huidig gebruik wacht-tijden en wachtlijsten casemanagement dementie'


Ambassadeursdag wijk- en dementieverpleegkundigen groot succes!

Ambassadeurs wijk- en dementieverpleegkundigen, leden van de vakgroepen wijk- en dementieverpleegkundigen en medewerkers van het bureau V&VN ontmoeten elkaar elk jaar om ervaringen uit te wisselen, van elkaar te leren, elkaar te versterken en inspireren. Zo ook op 25 september 2019 in Driebergen. Alle ambassadeursgroepen waren aanwezig; van de allereerste in 2013 tot en met de groep die in oktober nog moest starten. Kortom: een groot succes.

Brigitte Brouwer deed de aftrap van de dag. Ze hield een inspirerende presentatie over *Vergroot je rol in de beste zorg voor de cliënt*, haar promotieonderzoek aan de Radboud Universiteit in Nijmegen naar excellente zorg. Als het gaat om die beste zorg moeten we volgens haar kijken naar de bijdrage van de professional, de organisatie en de cliënt. 'Excellente zorg moet je formuleren op het niveau van de cliënt.' Haar pleidooi: 'Richt je meer

man, Sandra Zwakhalen en Nienke Bleijenberg. Daaromheen wordt een Expertgroep gevormd van wijkverpleegkundigen, wetenschappers en docenten. Ook Harder pleit voor het gebruik van de Expertisegebieden dementieverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen als een kompas om ons als beroepsgroep te positioneren.

In gesprek blijven

Door de middag heen ging het over de samenwerking tussen de ambassadeurs, de vakgroep en het bureau. We constateerden dat we allemaal - iedereen op haar of zijn niveau en in haar of zijn eigen netwerk, instelling, regio of landelijk - enorm veel van elkaar kunnen leren en elkaar kunnen versterken. Belangrijk is om daarover continu met elkaar in gesprek te blijven en de uitgangspunten zoals geformuleerd door de vakgroepen in de expertisegebieden als vertrekpunt te nemen. Wel moeten we twee knelpunten oplossen. Ten eerste hadden de vakgroep, ambassadeurs en bureaumedewerkers tot 2018 een goed functionerend communicatieplatform via Google+. Google heeft dit stopgezet. Daarvoor in de plaats kwam Mijn VenVN, maar dat wordt nog niet als een goed alternatief ervaren. Daarom is snelle actie geboden. Ten tweede zijn regionale platforms enorm belangrijk om in de regio de verbinding te zoeken tussen ambassadeurs, de vakgroep en de achterban. Vanwege allerlei bureaucratische regeltjes kost het geregistreerd krijgen van deze regioplatforms onnodig veel energie, tijd en geld. Sommige platforms hebben zich bewust buiten V&VN opgesteld. Dat moet veranderen vindt iedereen. De bijeenkomst was een succes. Daarom is afgesproken deze ambassadeursdag te continueren en voor te laten bereiden door een ambassadeur, een lid van de vakgroep met ondersteuning van het bureau. Uit de evaluatie bleek de behoefte om dat zelfs twee keer per jaar te doen; de eerste vindt in het voorjaar van 2020 plaats. 

'Er is behoefte om twee keer per jaar zo'n dag te houden'

op het formuleren en sturen op resultaten. Denk hierbij aan complicaties, vermijdbare sterfte, veiligheid, opnameduur, heropnames, cliëntervaringen et cetera.' Het sloot mooi aan bij waar we als beroepsgroep mee bezig zijn, namelijk het - in samenwerking met de NZA - maken van een omslag van financiering op activiteiten naar financiering op resultaten. Zie daarvoor ook pagina 18 over de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging.

Vervolgens praatte Corien Harder (beleidsmedewerker Beroepsontwikkeling wijkverpleging van V&VN) ons bij over de veelheid aan ontwikkelingen rondom het dossier Wijkverpleging. Onderwerpen daarbij waren:

- doorontwikkeling Kwaliteitskader wijkverpleging. Het formuleren van uitkomstindicatoren vormen daarbij een essentieel onderdeel
- hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging, met name de onderdelen Kwaliteit en Transparantie waar V&VN als trekker fungeert
- indicatiestelling en het belang van het normenkader, het verpleegkundig proces en intercollegiale toetsing en intervisie
- de installatie van de wetenschappelijke tafel wijkverpleging vanuit V&VN met als trekkers: Bianca Buur-

Tekst:
Huub
Sibbing

Huub
Sibbing is
adviseur
van het
bestuur
van V&VN
M&G en
redactie-
lid van
Tijdschrift
M&G

Marieke
Rijsbergen
is hoofd-
en eind-
redacteur
van Tijd-
schrift M&G
en freelance
journalist.
Zie ook
[www.blad-
ritme.nl](http://www.blad-
ritme.nl)

Interview met Marjon Bachra van JOGG:

De rol van de omgeving van kinderen op het ontwikkelen van gezond eetgedrag

Jong starten met het stimuleren van een gezonde leefstijl is belangrijk voor de gezondheid gedurende het leven. Ouders hebben hierbij een voorbeeldfunctie, maar ook de omgeving waarin kinderen opgroeien is van grote invloed. Het Friesland-Campina Institute sprak met Marjon Bachra, directeur van *Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG)*, over de invloed van de omgeving op het ontwikkelen van een gezond gewicht bij kinderen.

Gezond opgroeien

Marjon Bachra: 'Ieder kind heeft het recht om gezond op te groeien. Daarom zet JOGG zich in voor een vitale samenleving waarin alle kinderen en jongeren leren, wonen, werken en spelen in een omgeving waarin gezond leven leuk en makkelijk is.'

'In Nederland is één op de acht kinderen te zwaar. In achterstandswijken is dit zelfs één op de drie kinderen. Dit heeft niet alleen fysieke gezondheidsgevolgen, maar is ook van invloed op het psychosociaal functioneren van kinderen. Daarnaast zie je dat ongezond eetgedrag



'Van de volwassenen in Nederland is anno 2019 de helft te zwaar. Als deze huidige trend doorgaat, spreken we over 62 procent van de volwassenen in 2040'

vaak doorzet naar volwassen leeftijd. Van de volwassenen in Nederland is anno 2019 de helft te zwaar. Als deze huidige trend doorgaat, spreken we over 62% van de volwassenen in 2040.

De JOGG-aanpak

Het gezonder maken van de omgeving van kinderen vraagt om een integrale aanpak. JOGG werkt daarom samen met verschillende partijen. Marjon Bachra: 'Inmiddels zijn meer dan 140 Nederlandse gemeenten aangesloten bij JOGG. In deze gemeenten werken lokale

JOGG-teams samen met bestuurders, ambtenaren, sportcoaches, leraren, ondernemers, jeugdhulpverleners, wijkbewoners, ouders én kinderen aan een gezonde omgeving. Zij stimuleren onder andere water drinken in de klas, creëren een gezonder aanbod in de sportkantine, maken veilige speelplaatsen, informeren ouders over het eten van groenten, plaatsen watertap-punten of sluiten aan bij evenementen als de Konings-spelen of de Avond4daagse.

Een ander voorbeeld is de Gezonde Schoolkantine. JOGG draagt bij aan dit project met het Akkoord Gezonde Voeding op Scholen. In Gezonde Schoolkantes worden in de kantine en automaten meer gezonde opties aangeboden. Om dit te realiseren wordt samen-



gewerkt met schoolbesturen, het Voedingscentrum, cateraars en producenten. Ook wordt er sinds kort gewerkt aan het gezonder maken van het aanbod in dagattracties zoals pretparken en dierentuinen. Onderzoek van JOGG toonde aan dat er op deze plekken weinig gezonde opties zijn, terwijl er vanuit ouders wel veel behoefte naar is.'

'Ik hoop dat het in de toekomst veel logischer en makkelijker gaat worden om een gezonde keuze te maken. We gaan hier al steeds meer naar toe, maar we zijn er nog niet. Ik verwacht wel dat er in de toekomst een omslag gaat komen en er meer besef komt over het belang van een gezonde leefstijl al vanaf jonge leeftijd.'

Rol van professionals

Marjon Bachra benadrukt dat JGZ professionals, zoals jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, een belangrijke rol kunnen spelen in het stimuleren van gezond eetgedrag bij kinderen. 'JOGG heeft verschillende tools

'JOGG heeft verschillende tools ontwikkeld om een gezonde leefstijl bespreekbaar te maken op het consultatiebureau'

ontwikkeld om het belang van een gezonde leefstijl op een leuke manier bespreekbaar te maken op het consultatiebureau. Ook zet JOGG zich in voor kinderen die al te zwaar zijn. Adviezen over gezonde voeding en bewegen, bijvoorbeeld door een diëtist, is niet altijd voldoende. Soms is er meer aan de hand. Dit wordt vaak gezien in achterstandswijken, waar problemen zoals armoede, werkloosheid, stress en schulden een rol spelen. Gezinnen in deze situatie hebben vaak meer hulp nodig. Het model *Ketenaanpak overgewicht kinderen* geeft handvatten hoe professionals kunnen samenwerken om deze kinderen te helpen.'

Standpunt Wet BIG II

Het wetsontwerp BIG II is definitief van tafel. Ondanks dat hebben de aanwezigen op de Algemene ledenvergadering (ALV) in oktober van dit jaar met het bestuur gediscussieerd over de standpunten van de afdeling M&G inzake BIG II. De leden en het bestuur vonden dat belangrijk om voor het vervolgproces duidelijk te hebben waar wij als afdeling V&VN M&G voor staan. Voorafgaand aan de discussie liet adviseur Huub Sibbing in een historisch overzicht zien dat deze discussie niet nieuw is, maar al dateert vanaf 1972. De voormalige MGZ-opleiding en de hbo-v zijn er immers niet voor niets gekomen. De toenmalig opgeleide inservice-verpleegkundigen en later mbo-verpleegkundigen werden onvoldoende gekwalificeerd geacht om als zelfstandig werkende jeugdverpleegkunde, wijkverpleegkundige en sociaal verpleegkundige te functioneren. Tijdens de discussie bleek dat er een grote overeenstemming was onder de leden om in de toekomst onderscheid te maken tussen het hbo- en het mbo-niveau (beroepsdifferentiatie), iets wat overigens binnen M&G al jarenlang gebeurt. Ook was er een grote overeenstemming over het voorstel van het bestuur om bij hbo-opgeleiden geen knip te zetten bij voor en na 2012 afgestudeerden. Er zijn gewoon geen onderwijsontwikkelingen in het hbo-v-curriculum die rechtvaardigen dat afgestudeerden na 2012 over wezenlijk andere competenties beschikken dan hun voorgangers. Tenslotte was vrijwel iedereen het erover eens dat de term 'regieverpleegkundige' een uiterst ongelukkige term is die de lading van het hbo-niveau niet dekt en voor veel verwarring heeft gezorgd. Aanzienlijk meer discussie was er over het voorstel van het bestuur om meer te denken in verworven competenties dan in ooit, vaak lang geleden, behaalde diploma's en daarbij gebruik te maken van een systeem zoals het Kwaliteitsregister

V&V. Een veel gehoorde opmerking was dat het Kwaliteitsregister V&V dan wel een heel stuk gebruiksvriendelijker moest worden en meer mogelijkheden moet bieden om verworven competenties op hbo-niveau te kunnen laten registeren.

'Maak onderscheid tussen mbo- en hbo-niveau met elk een verschillende titel'

Ook werden er kritische kanttekeningen geplaatst bij het wettelijk regelen van de beroepsdifferentiatie. Zoals een lid het verwoordde: 'Als je iets wettelijk regelt en het is slecht geregeld, ben je veel verder van huis.' Anderen pleitten juist wel voor een wettelijke regeling: 'Het kan toch niet dat de ene instelling het onderscheid tussen hbo en mbo niet maakt en de andere wel. Dan word je ook als beroepsgroep absoluut ongelofwaardig.'



Uiteindelijk werden deze standpunten van de afdeling M&G geformuleerd:

- V&VN afdeling M&G is voorstander van beroepsdifferentiatie: het onderscheid maken tussen hbo- en mbo-niveau met elk een verschillende titel
- de term 'regie-verpleegkundige' als term voor het hbo-niveau dekt de lading niet, is verwarrend en moet vervangen worden door een betere term
- geen 'knip' bij 2012: alle hbo-opgeleiden moeten rechtstreeks toegelaten worden tot het hbo-register
- om te bepalen of ook mbo- of inservice-opgeleiden mogelijk toegang krijgen tot het hbo-niveau, moeten we voortaan veel meer kijken naar inmiddels verworven competenties in plaats van alleen een ooit, vaak lang geleden, behaald diploma. Het Kwaliteitsregister V&V kan hierbij een belangrijk instrument worden
- als bovenstaande goed geregeld is, moet de beroepsdifferentiatie wettelijk verankerd worden. ☺



De toekomst van de afdeling M&G

De vakgroepen binnen de afdeling M&G ervaren grote knelpunten bij de huidige structuur van V&VN. V&VN kent formeel alleen afdelingen en kent aan vakgroepen geen formele status toe. Dit betekent dat van leden van de afdeling vaak niet bekend is tot welke vakgroep ze (willen) behoren. Vakgroepen hebben daarmee feitelijk geen inzicht in wie hun achterban is, ze kunnen die dus ook niet bereiken en kunnen geen antwoord geven op de vraag hoeveel jeugdverpleegkundigen, dementieverpleegkundigen, sociaal verpleegkundigen er binnen V&VN georganiseerd zijn. Informeel worden er wel allerlei schaduwlijstjes bijgehouden maar het blijft behelpen. En omdat de vakgroepen geen formele status hebben, hebben ze ook geen begrotingsrecht. Ze zijn afhankelijk van goedkeuring van het bestuur van de afdeling om hun financiële wensen gehonoreerd te krijgen. En omdat ze niet weten hoeveel leden ze hebben, kan dit dus niet gebaseerd zijn op de ledenaantallen. Ook zijn de vakgroepen naar buiten toe, naar bijvoorbeeld het ministerie en diverse stakeholders, niet altijd herkenbaar. Slechts 30 procent van de leden van V&VN is tevens lid van een afdeling. De

andere 70 procent, waaronder veel potentiële leden van de afdelingen, missen we nu volkomen. Tijdens de ALV bespraken we hoe we deze knelpunten kunnen gaan aanpakken. Eén van de genoemde opties was om te defuseren.

De leden waren tegen de afdeling opheffen. 'We hebben onderling teveel gemeen'

Ofwel: de afdeling opheffen en de vakgroepen om te vormen tot zelfstandige aparte afdelingen van V&VN. De aanwezige leden waren hier niet voor. Om de volgende redenen:

- we hebben onderling veel gemeen. Zie daarvoor onder andere de gemeenschappelijke visie, missie en 8 pijlers van de afdeling V&VN M&G. Bovendien kunnen we nog veel van elkaar leren. Dat zal in de toekomst alleen maar sterker worden
- samen staan we sterker binnen V&VN. Als je jezelf opsplijt word je als aparte afdelingen kleiner en verlies je invloed

- het opzetten van een aparte afdeling kost veel tijd en energie. Die kunnen we beter gebruiken om ons goed te profileren
- in praktijk zitten we al vaak aan de goede tafels bij het ministerie, de koepelorganisatie en andere stakeholders.

De leden zien er veel meer heil in om opnieuw in onderhandeling te gaan met V&VN. Sinds de affaire rond BIG II is er een discussie gestart over een nieuwe organisatiestructuur van V&VN. Dat biedt kansen op een doorbraak. Aanbevelingen aan het bestuur voor die onderhandelingen waren onder andere:

- geef vakgroepen een formele status binnen V&VN met eigen budget
- vakgroepen moeten vakgroepbudgetten kunnen alloceren
- draai het lidmaatschap van V&VN om. Nu word je lid van V&VN en beslis je of je ook lid wil worden van een afdeling. Als je het omdraait word je allereerst lid van een afdeling en daardoor ook lid van V&VN. Dan zijn alle V&VN-leden ook lid van een afdeling
- houd onnodige bureaucratische belemmeringen tegen. ☺

15-jarige wil vaccinatie tegen de wil van haar moeder in. Wat te doen?

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Want wat doe je als jeugdverpleegkundige met een 15-jarig meisje dat gevaccineerd wil worden tegen meningokokken ACWY. Tegen de wil in van haar moeder. Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst:
Hans
van Dartel

Casus

Voor me zit de 15-jarig Anne. Ik houd spreekuur op haar middelbare school. Ze vertelt me dat ze wil ingeënt worden tegen de meningokokken ACWY. Al haar klasgenootjes zijn opgeroepen en zij wil, na er over gelezen te hebben en met diverse mensen gesproken te hebben, ook deze vaccinatie. Daar is haar moeder het absoluut niet mee eens. Zij is antroposofisch en Anne ging als baby naar het antroposofische consultatiebureau. Anne vertelt me dat ze later dan normaal wel de DKTP heeft gekregen, maar geen BMR. Anne vraagt me of ze zelf de beslissing mag nemen. 'Het is toch mijn lichaam?' Gevoelsmatig zit ik meteen op Annes lijn. Maar twijfel of ik professioneel gezien niet ook contact moet opnemen met de moeder. Want naast meningokokken is het raadzaam om Anne ook te laten inenten tegen BMR. Wat is wijsheid in deze?

Weloverwogen?

Een slimme meid is op haar toekomst voorbereid. Daar doet jouw verhaal me meteen aan denken. Als Anne bij jou op het spreekuur komt, blijkt ze al goed te hebben nagedacht over wat ze wil. Ze heeft informatie gezocht, met mensen gesproken en wil net als haar klasgenootjes ingeënt worden tegen de meningokokken ACWY. Ook heeft ze het er met haar moeder over gehad, zo maak ik uit je verhaal op. Moeder is het niet met Anne eens over haar keuze. Waarom dat zo is? Waarschijnlijk ga je er terecht van uit dat de levensbeschouwing van moeder hierin bepalend is maar wat nu precies de argumenten van moeder zijn, is niet duidelijk. Antroposofen staan kritisch tegenover vaccinatie omdat zij van mening zijn dat het doormaken van bepaalde ziektes in positieve zin bij kan dragen aan de natuurlijke ontwikkeling van een zelfgenezend en zelfherstellend lichaam. Desalniettemin heeft moeder er in het verleden wel in toegestemd dat Anne DKTP-vaccinaties heeft gekregen. Zo eenduidig is het standpunt van de moeder van Anne over het vaccineren dus niet. Mogelijk gaat ze er vanuit

dat de kans op het krijgen van meningitis erg klein is en vaccinatie niet gaat helpen. Of dat de bijwerkingen veel erger zijn.

Doet moeders opvatting er wel toe?

Overigens dien je je af te vragen of de overtuiging van moeder er überhaupt wel toe doet; dus of je moeder (en vader) verder zou moeten betrekken bij de beslissing van Anne om zich te laten vaccineren. Dat hangt van twee dingen af: 1. Van jouw oordeel over de wilsbekwaamheid van Anne. En 2. Van de inschatting van het belang van de interventie voor Anne, in dit geval de vaccinatie tegen meningokokken.

Toestemming geen noodzaak

Hoe zit het? De wetgever gaat er voor kinderen in de leeftijd van 12 tot 16 vanuit dat er voor geneeskundig handelen in de regel toestemming van zowel ouders als van de jongere zelf dient te zijn. Maar als er een verschil van mening is - Anne die vaccinatie wil, terwijl moeder dat niet ziet zitten - gaat er iets anders meewegen en

'De wet zegt dat je mag vaccineren wanneer de cliënt de verrichting weloverwogen blijft willen, ook al zijn de ouders tegen'

dan is de toestemming van de ouders geen noodzaak meer. De wet zegt namelijk ook dat als de verrichting nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, deze verrichting zonder toestemming van de ouders mag worden uitgevoerd. En hoewel moeder waarschijnlijk andere gedachten heeft, is de gebruikelijke en wetenschappelijk getoetste opvatting over de ACWY-vaccinatie nu juist dat deze er op is gericht om zeer ernstig nadeel - te weten een hersenvlies-



ontsteking - te voorkomen. Over de noodzaak van deze vaccinatie valt met andere woorden amper te twisten: zij valt helemaal binnen de professionele standaard.

Wilsbekwaam

Ook zegt de wet nog dat je mag vaccineren wanneer de patiënt de verrichting weloverwogen blijft willen, ook al zijn de ouders tegen. Daarbij geldt nog steeds de veronderstelling dat de patiënt, in dit geval Anne, ter zake wilsbekwaam is. Anne dient met andere woorden te begrijpen wat de beslissing om te vaccineren inhoudt, en zich ook bewust te zijn van de consequenties. Ook dient ze duidelijk te kunnen maken hoe ze aankijkt tegen de vaccinatie: of die aansluit bij wat zij belangrijk en waardevol vindt. Het gaat dus om haar waarden en levensovertuiging en niet die van haar ouders. Tenslotte dient Anne haar opvatting ook aan jou duidelijk te kunnen maken. Ze dient erover met jou in gesprek te kunnen gaan. De manier waarop je de situatie hebt beschreven, laat op het eerste gezicht niet veel twijfel over de wilsbekwaamheid van Anne. Je zou nog na kunnen gaan of het echt om haar overtuiging gaat; of ze zich bijvoorbeeld niet vooral mee heeft laten slepen door haar klasgenoten. Of door de wens om zich te verzetten tegen de opvattingen van haar ouders. In die lijn denk ik dat het ook goed is om met haar in gesprek te gaan over de communicatie en relatie met haar ouders. Dat hele

verhaal over die vaccinatie speelt ongetwijfeld een rol in die relatie. Mogelijk kun jij Anne ondersteunen in haar communicatie met moeder over deze kwesties.

BMR

Daarmee kom ik tenslotte ook toe aan jouw opmerking over de BMR: ik begrijp dat je daar iets mee zou willen. Maar het zou wel vreemd zijn wanneer je daarover met moeder in gesprek zou gaan, als je tegelijk in zou gaan

'Anne dient te begrijpen wat de beslissing om te vaccineren inhoudt en moet zich ook bewust zijn van de consequenties'

op de wens van Anne om haar te vaccineren tegen de meningokok en haar moeder daar buiten zou laten. Het lijkt me stug dat je Anne wat betreft haar beslissing om zich te laten vaccineren tegen meningokokken wilsbekwaam zou verklaren en niet met betrekking tot haar beslissing om zich alsnog te laten vaccineren tegen BMR. Dat zou minimaal als willekeur bestempeld dienen te worden. Los van jouw goede intenties. ☹

Hans
van Dartel was
voorzitter van
V&VN Com-
missie Ethiek
en verpleeg-
kundige, niet
praktiserend



NUTRILON A.R.

DIEETVOEDING BIJ REGURGITATIE NU MET VERBETERDE SAMENSTELLING

**BEWEZEN EFFECTIEF
BIJ REGURGITATIE**

Voorgekookt
**JOHANNESBROOD-
PITMEEL**

**VERMINDERT
FREQUENTIE
VAN REGURGITATIE
MET 78%¹⁻⁵**



**VERBETERDE
SAMENSTELLING VOOR
MEER COMFORT**

NIEUW

Postbiotica & Prebiotische
oligosacchariden
GOS:lcFOS 9:1 met HMO 3'GL

**ONTLASTINGKENMERKEN
MEER IN LIJN MET DIE
VAN BORSTGEVOEDE
BABY'S^{6,7}**

Referenties: **1.** Wenzl TG, Schneider S, Scheele F et al. (2003) Effects of thickened feeding on gastroesophageal reflux in infants: a placebo-controlled crossover study using intraluminal impedance. *Pediatrics* 111 (4 Pt 1): e355-9. **2.** Vandeplass Y, Hachimi-Idrissi S, Casteels A et al. (1994) *Eur J Pediatr*. A clinical trial with an "anti-regurgitation" formula. Jun;153(6):419-23. **3.** Borrelli O, Salvia G, Campanozzi A et al. (1997) Use of a new thickened formula for treatment of symptomatic gastroesophageal reflux in infants. *Ital J Gastroenterol Hepatol*, Jun;29(3):237-42. **4.** Grosse K et al. (1998) *Kindärztliche Praxis* (German) 69:204-10. **5.** Hegar B et al. (2008) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 47:26-30. **6.** Rodriguez-Herrera et al. (2016) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 62:Abstract N-O-010 (p.658-9). **7.** Herrera et al. (2015) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 61:516-7 (OP-18).

WWW.NUTRICIAVOORPROFESSIONALS.NL