



- **Interprofessioneel leernetwerk leidt tot meer samenwerken in de wijk**
- **Met familiegesprek minder wijkverpleegkundige zorg nodig**

Wanneer komt de hoogleraar Verplegingswetenschap Jeugd?

De informatiebron

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

Thema Onderzoek over onderzoek

Onderstaande documenten bevatten tips over het tot stand komen, inrichten en implementeren van onderzoek. De documenten zijn op de websites van de genoemde instellingen te vinden.

Jeugd

- Tips voor succesvolle inclusie in jeugdonderzoek/ ZonMw, 2020
- Leren van casuïstiek: Waarom, wat en hoe?/ NJI, 2020
- In de praktijk loopt het vaak anders: Tips voor beoordelaars van onderzoek/ZonMw etc., 2020
- In de praktijk loopt het vaak anders: Tips voor projectleiders van onderzoek/RIVM etc., 2020
- Complexe vraagstukken eenvoudig monitoren: De weg naar minder administratieve last en een lerend jeugdinstel/Partners in Jeugdbeleid, 2020
- Een roadmap voor richtlijnontwikkeling Participatie van ouders, jongeren en kinderen/VU Athena Instituut, 2020
- Een uniform triageprotocol voor het signaleren van risico's door de jeugdgezondheidszorg/ T NO, 2019
- Onderzoek doen met kinderen: Verzameling van leuke en creatieve werkvormen geschikt voor het doen van onderzoek met kinderen/Hanzehogeschool Lectoraat Integraal jeugdbeleid, 2018

Zorg

- Kwalitatief evaluatieonderzoek op waarde schatten: Een checklist met passende criteria/Movisie etc., 2020
- Communiceren over onderzoek met de praktijk/ Vilans, 2019
- Hergebruik van routine zorgdata voor beleid en wetenschap: hoe het nog beter kan/Nivel, 2019
- Implementeren van een zorginnovatie: Heel gewoon/Zorg van Nu, 2019
- Training Luister naar mijn verhaal Draaiboek voor training van co-onderzoekers/Nivel, 2019
- Toolkit Evidence Based Werken/Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2019
- Monitoren in het sociaal domein: Zo kan het ook/ Movisie, 2018
- Wetenschappelijk onderzoek vertalen naar de praktijk/Vilans, 2018
- Hoe zoeken en delen beleidsadviseurs bij gemeenten kennis?/IWW (Integraal Werken in de Wijk), 2017

We teach...



OPLEIDING VERPLEEGKUNDIGE MAATSCHAPPIJ & GEZONDHEID

- profiel Jeugdgezondheidszorg
- profiel Algemene Gezondheidszorg

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

– Karien Wannée-de Smalen,
Verpleegkundige M&G i.o., GGD Hart voor Brabant



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

Speel met plezier een actieve rol in de vernieuwing van het verpleegkundig beroep. Leer effectief samenwerken met ketenpartners, problemen in de gezondheid van cliënten signaleren en daarop acteren. Samenwerking is vereist om ook de coronauitbraak terug te dringen.

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

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

Interesse?

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



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



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

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

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

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 21, nummer 2, mei 2021

ISSN 1568-5853

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

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

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

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

Informatie

V&VN Maatschappij & Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

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

Promoveren in jouw vakgebied?

In dit nummer zoomen we in op allerlei initiatieven rondom wetenschappelijk onderzoek en Evidence-based werken in de wijk. Helaas weten we dat menig verpleegkundige M&G vrijwel dagelijks geleefd wordt door de waan van de dag. Daarom komen velen van jullie nauwelijks toe aan verdieping en Evidence-based werken. Maar als ik jullie als wijk-, dementie-, jeugd- of sociaal verpleegkundige vraag of het belangrijk is voor jullie vak, zeggen jullie allemaal volmondig ja. Tip van mijn kant: ga op zoek naar die tijd! Jullie zijn namelijk in de positie om de wetenschap naar de praktijk te brengen en vice versa. En doe eens gek: wat dacht je van promoveren op een onderwerp uit jouw vakgebied? Helemaal niet zo gek hoor. Lees de ervaringen van twee gepromoveerden uit de JGZ op pagina 27. En mocht je hulp nodig hebben, dan kun je aankloppen bij V&VN *Wetenschap in praktijk*. Zij kunnen je verder helpen. Lees er meer over op pagina 14.

Veel leesplezier! ☺

Marieke Rijsbergen
Hoofdredacteur Tijdschrift M&G
TijdschriftMG@gmail.com



In dit nummer


Interprofessioneel leernetwerk leidt tot meer samenwerking in de wijk	6
Aan tafel met...	
Emeritus hoogleraar Public Health Guus Schrijver V&VN Wetenschap in praktijk, wat doet dit platform precies?	10
14	
De geschiedenis van...	
Onderzoek in de verpleegkundige beroepsuitoefening	16
Wetenschap in de jeugdgezondheidszorg	19
Familiezorg: bij families met familiegesprek bleef de situatie langer stabiel	24
Twee gepromoveerde JGZ-verpleegkundigen over wetenschap in hun vak	27
Vaste rubrieken	
Uit het nieuws	4
Vers bloed, Infectieverpleegkundige: 'Ik raak nooit uitgeleerd bij de GGD'	20
Afdelingsnieuws	22
Mijn ambassadeurschap, wijkverpleegkundige Michelle Meertens	29
Het dilemma: kleinzoon 'koopt' nieuwe auto van oma's geld	30



Aantal rokers en overmatige drinkers in 2020 gedaald

In 2020 gaf 20 procent van de volwassenen aan weleens te roken, in 2019 was dit nog bijna 22 procent. Van de 18-plussers was 7 procent een overmatige drinker, een lichte daling ten opzichte van 2019. Het aandeel zware drinkers bleef gelijk, evenals het aandeel volwassenen met overgewicht en obesitas. Dit blijkt uit de *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2020* van het CBS, in samenwerking met het RIVM en het Trimbos-instituut.

De aandelen rokers, overmatige en zware drinkers en mensen met overgewicht en obesitas liggen in 2020 nog ver boven de doelen die in het *Nationaal Preventieakkoord* voor 2040 zijn gesteld. Met dit akkoord wil de Rijksoverheid - samen met meer dan 70 maatschappelijke organisaties in Nederland - roken en problematisch alcoholgebruik onder volwassenen terugdringen naar 5 procent in 2040. Overgewicht moet worden teruggebracht naar 38 procent van de

18-plussers, obesitas naar 7,1 procent. Voor jongeren onder de 18 jaar beoogt het *Preventieakkoord* overgewicht terug te brengen naar 9,1 procent, en obesitas naar 2,3 procent. 

Bron: CBS



Forse daling van tuberculose in 2020


Het aantal mensen met TBC in Nederland is vorig jaar met 17 procent gedaald, de grootste afname in vijftig jaar. Volgens het RIVM ging het om 623 TBC-gevallen vergeleken met 754 in 2019. Deze cijfers werden op 24 maart (Wereld Tuberculosedag) gepubliceerd. Op deze datum in het jaar 1882 maakte de medicus Robert Koch bekend dat hij de bacterie had ontdekt die tuberculose veroorzaakte, de zogenoemde tuberkelbacterie (*Mycobacterium tuberculosis*).

Vooraf tijdens de lockdowns waren er minder tuberculosepatiënten in vergelijking met dezelfde maanden in de jaren ervoor. Volgens het RIVM zijn er minder besmettingen als gevolg van de coronamaatregelen, zoals het houden van afstand. 'Hierdoor kan de TBC-bacterie zich ook minder makkelijk verspreiden', aldus het gezondheidsinstituut.

Een andere verklaring is een afname van het aantal immigranten en asielzoekers. Bij binnenkomst in Nederland worden nieuwkomers uit landen waar TBC veel voorkomt verplicht getest op tuberculose. Het aantal vastgestelde TBC-patiënten bij deze groep daalde van 49 in 2019 naar 21 in 2020.

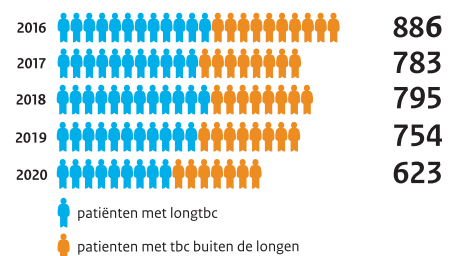
Volgens het RIVM kan ook een vertraging in het stellen van diagnoses een verklaring zijn.

'Bijvoorbeeld doordat mensen minder naar de dokter gingen en doordat er minder zorgaanbod was. De kans is dan groot dat deze mensen zich later alsnog zullen melden, mogelijk met ernstigere klachten.'

Voorzitter Geraldine ter Linde van de vakgroep TBC van V&VN M&G: 'TBC is helaas nog steeds een wereldwijde epidemie. Jaarlijks worden tien miljoen mensen ziek en overlijden 1,5 mensen aan tuberculose. Ook in de Europese Unie blijft tuberculose een probleem voor de publieke gezondheid. Het is na Covid-19 de grootste infectieziekte waaraan mensen overlijden. Heb je vragen over TBC? Neem dan gerust contact met ons op: tbc.mgz@venvn.nl' 

Bron: ANP

Hoeveel tbc-patiënten in Nederland?



Eerstgeborene het vaakst een hoge opleiding

De kans dat kinderen een hoge opleiding afronden is het grootst in gezinnen met drie kinderen. Binnen gezinnen met meer dan één kind zijn eerstgeborenen gemiddeld het hoogst opgeleid. Dit blijkt uit nieuw CBS-onderzoek. Eerstgeborenen



en kinderen uit een gezin met twee of drie kinderen hebben meer kans op een hoge opleiding, hoger beroepsonderwijs (hbo) of universiteit (wo), dan kinderen uit een groter gezin. In dit onderzoek is nagegaan wat het hoogst behaalde opleidingsniveau is van 34-jarigen die tussen 1971 en 1981 werden geboren.

In gezinnen met zes of meer kinderen is de kans op het afronden van een hoge opleiding gemiddeld het kleinst. In gezinnen met drie kinderen heeft 43 procent een hoog opleidingsniveau, in de grootste gezinnen (met 6 of meer kinderen) is dat 27 procent. In gezinnen met één kind is 37 procent hoogopgeleid. Enig-kinderen bereiken gemiddeld minder vaak een hoog opleidingsniveau dan kinderen die deel uitmaken van een gezin met 2, 3 of 4 kinderen. De data staan niet toe direct te meten waar dit door komt. [↗](#)

Bron: CBS

Bijna 40 procent minder asielzoekers in 2020

In 2020 dienden 13.720 asielzoekers een eerste asielverzoek in, ongeveer 40 procent minder dan een jaar eerder. Vooral in het tweede kwartaal kwamen er veel minder asielzoekers naar Nederland dan een jaar eerder. Dit komt voornamelijk vanwege de coronapandemie en de reisbeperkingen die in maart 2020 van kracht werden. In dat kwartaal werden er 1.255 asielverzoeken gedaan, 76 procent minder dan een jaar eerder. In april meldden zich het laagste aantal asielzoekers in een maand (270) sinds het begin van de reeks in 2013. Net zoals afgelopen jaren vormden mensen met een Syrische nationaliteit de grootste groep asielzoekers, in 2020 met bijna 30 procent (4.070) van het totaal. 995 mensen met een Algerijnse nationaliteit vroegen asiel aan, net iets meer dan mensen met een Turkse nationaliteit. Daarnaast kwamen 775 asielzoekers met een Marokkaanse, en 635 met een Nigeriaanse nationaliteit naar Nederland. [↗](#)

Bron: CBS

Gebruik overheidssites toegenomen

In 2020 maakte 86 procent van de Nederlandse bevolking van 16 tot 75 jaar minstens één keer per jaar gebruik van overheidswebsites. Een jaar eerder was dat nog 81 procent. De sites werden vooral gebruikt om informatie te zoeken en om officiële documenten te versturen. Dit blijkt uit de enquête ICT-gebruik van huishoudens en personen die jaarlijks door het CBS en de andere EU-lidstaten wordt gehouden. Nederland behoort tot de kopgroep van EU-landen met het grootste aandeel inwoners dat de digitale overheid gebruikt. Nederland stond in 2020 samen met Zweden op de derde plaats van landen in de Europese Unie (EU-27) waar burgers het meest op overheidswebsites te vinden zijn. Vorig jaar gaf 86 procent van de Nederlanders van 16 tot 75 jaar aan een overheidssite te hebben bezocht. Omgerekend zijn dat ongeveer 11 miljoen mensen. Alleen Denemarken en Finland scoorden met achtereenvolgens 91 en 88 procent hoger. Het gebruik van de digitale overheid was het laagst in Zuid- en Oost-Europa. [↗](#)

Bron: CBS

Interprofessionele leernetwerken

Gezamenlijke deskundigheids

Als jouw kennis en ervaring als wijk- en dementieverpleegkundige stopt bij complexe vraagstukken. Omdat je niet goed weet hoe je moet omgaan met de therapieontrouw van jouw cliënt met een psychiatrische aandoening. Omdat je twijfelt over hoe je - naast de zorg bij *algemene dagelijkse levensverrichtingen* (ADL) - een cliënt kunt ondersteunen die, als gevolg van alcoholmisbruik bij de partner, thuis torenhoge spanningen ervaart. Hoe vind je dan de juiste professional die jou kan helpen? Een leernetwerk, waarin hogescholen, ROC's en diverse professionals in de wijk samenwerken kan hieraan bijdragen. In heel Nederland zijn er inmiddels vijftien actief. In Nijmegen hebben ze goede ervaringen opgedaan.

Tekst:
Jacqueline
Theunissen

Uit het onderzoek dat tussen oktober 2019 en maart 2020 binnen het Nijmeegs leernetwerk is gedaan, blijkt dat het leren in een leernetwerk een vorm is van gezamenlijke deskundigheidsbevordering, niet monodisciplinair maar professioneel samen met andere disciplines. De deelnemers aan zo'n leernetwerk volgen geen scholing of cursus maar leren door te *doen*. Door bijvoorbeeld mee te lopen met professionals tijdens hun werk, of door in gesprek te zijn over onderwerpen in je vak en je

'In het leernetwerk wordt expliciet wat impliciet is'

visie en te netwerken. Deelnemers gaan vanuit hun intrinsieke motivatie aan de slag; ze gaan na wat ze zelf willen leren in het leernetwerk. Ze zoeken antwoorden op vragen en pluizen onderwerpen uit die zij zelf

belangrijk vinden. 'De mantelzorger' en 'welzijn op recept' bijvoorbeeld; onderwerpen in de context van het overkoepelende thema van het leernetwerk 'optimaliseren van integrale zorg aan thuiswonende ouderen'. In de alledaagse praktijk zijn vraagstukken in de wijk steeds complexer. Denk bijvoorbeeld aan de onregelmatige glucosespiegels bij de cliënt met diabetes mellitus waarbij de ongezonde leefstijl meespeelt. Of aan de cliënt bij wie vermoedelijk sprake is van een licht verstandelijke beperking, maar waar nooit hulp voor is ingeschakeld. Dit soort vraagstukken vragen afstemming van wijkverpleegkundigen en dementieverpleegkundigen met de zorgvrager of naasten en met professionals van verschillende disciplines binnen zorg & welzijn om de juiste en passende zorg te verlenen. ¹⁾

Afstemmen en samenwerken

In Nijmegen is er in 2019 gestart met zo'n interprofessioneel leernetwerk. Zeventien deelnemers deden mee; van

De belemmerende en bevorderende factoren van het leren in een leernetwerk

- Blok een vast dagdeel met elkaar om kennis en ervaringen uit te wisselen.
- Stel een procesbegeleider aan die de randvoorwaarden faciliteert (doelstellingen van het leernetwerk voor ogen houdt).
- Loop met elkaar mee in elkaars beroepspraktijk.
- Zorg dat subgroepen niet groter zijn dan vier á vijf personen. Deze groepsgrootte maakt de subgroep minder kwetsbaar voor uitval en er vindt meer uitwisseling plaats.
- Deelname is niet vrijblijvend. Deelnemers committeren zich voor een bepaalde periode aan het leernetwerk.
- Zorg dat het de deelnemer wat oplevert, dat er gezamenlijke opbrengsten zijn en borg de opgedane kennis in de organisaties en opleiding.

Meer weten over het leernetwerk Nijmeegs Interprofessioneel Leerlandschap? Kijk op www.han.nl/onderzoek/nipl

¹⁾ Van Zaalen, Y., Deckers, S., & Schuman, H. (2018). *Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

bevordering

professionals uit het team wijkverpleging van drie verschillende thuiszorgorganisaties, een maatschappelijk werker, opbouwwerker, docent Social Work, docenten mbo en hbo Verpleegkunde tot en met vertegenwoordiging van het cliëntperspectief. Het leernetwerk is opgebouwd rond drie verschillende typen activiteiten: meelopen met elkaar, werken aan thema's in de subgroep en de gezamenlijke leernetwerkbijeenkomsten. In het onderzoek gaven alle

'De cliënten van de maatschappelijk werker blijken ook mijn cliënten te zijn'

deelnemers aan dat ze wat ze geleerd hebben nog niet heel goed kunnen omzetten naar de praktijk. Maar iedereen geeft ook aan dat ze een beter beeld hebben gekregen van de werkzaamheden van de andere professional. Het vooroordeel over de andere professional is bijgesteld. Daarnaast blijken veel deelnemers zich meer bewust te zijn geworden van wat voor een professional ze zelf willen zijn. 'Door het meelopen en samenwerken in de subgroep met de opbouwwerker, heb ik haar taken beter leren kennen. Ik heb cliënten doorverwezen naar activiteiten in de wijk of in de rapportages gemeld welke activiteiten er zijn in de wijk', aldus een deelnemer.

Jezelf tijd gunnen

Leren vraagt om 'tijd vrijmaken'. De eerste stap daarbij is jezelf tijd te gunnen om je te blijven ontwikkelen als professional. Want leren is vooral stilstaan bij 'wat je doet', 'hoe je je werk doet' en 'doe je het goede'. Reflecteren op waar je mee bezig bent. Daarvoor is het leernetwerk heel geschikt. In deze tijd met tekorten schiet het leren er, helaas, gemakkelijk bij in. Deelname aan het leernetwerk helpt je om het leren op de agenda te houden. Er zijn vaste momenten gepland waar je elkaar ontmoet. Je kent elkaar, hebt met elkaar meegelopen, er ontstaat een commitment met elkaar. Deelnemers hebben elk acht uur per maand voor deelname. In het begin wordt er veel tijd besteed aan het leren kennen van elkaar en van elkaars zienswij-



Jacqueline Teunissen

zen. We spreken ieder een andere taal. Kijk alleen al naar de verschillende benamingen van degene die zorg ontvangt. De ene professional heeft het over 'cliënt', de ander over 'patiënt', de volgende zegt 'buurtbewoner' of 'wijkbewoner' en bij weer een ander gaat het over de 'burger'. In het leernetwerk wordt expliciet wat impliciet is.

Wat leerde Willeke te Molder?

Willeke te Molder is wijkverpleegkundige bij thuiszorgorganisatie Interzorg in Nijmegen. De zeventien deelnemers in 'haar' leernetwerk zijn opgedeeld in drie subgroepen. In de subgroep ontmoeten ze elkaar, leren ze elkaar kennen en maken ze afspraken over het meelopen in elkaars beroepspraktijk. 'Ik heb in de keuken kunnen kijken bij het werk van de screener van het sociaal wijkteam, ben bij het

teamoverleg geweest van Buurtzorg en heb meegedaan aan een les verpleegkunde op het ROC Nijmegen en bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wat ik geleerd heb van het meelopen? Ik stond versteld van de hoeveelheid en verscheidenheid aan vragen die het sociaal wijkteam krijgt. De telefoontjes bleven komen. Het was voor mij waardevol om te horen hoe de screener doorvraagt in de telefoongesprekken. Door het meelopen met docenten Verpleegkunde op het ROC en op de hogeschool heb ik inzicht gekregen in de lesmethoden. Ze proberen steeds de koppeling naar de praktijk te maken. Daar heb ik in een les aan kunnen bijdragen met een casus over onbegrepen gedrag bij cliënten met psychiatrische ziektebeelden en verslaving in de wijk.'

Persoonsgerichte zorg

'Elke subgroep werkt een zelfgekozen thema uit. Het thema van de subgroep van Te Molder is de persoonsgerichte zorg. Er is onderzocht in de subgroep wat er al is aan initiatieven en 'best practices' voor persoonsgerichte zorg. Het kwaliteitskader Wijkverpleging geeft richting aan persoonsgerichte zorg. Toch blijkt het niet zo eenvoudig te zijn om als wijkverpleegkundige vanuit wensen en behoeften die zorg en ondersteuning te bieden. Te Molder: 'Mensen leefplezier geven, dat is waar we het voor doen als zorg- en welzijnsprofessionals. Neem nu de benaming 'Zorgplan', dat zegt het al, het gaat over zorg in plaats van de persoon. Ik heb de spreekwoordelijke stoute schoenen aangetrokken en

gemaaild naar Joris Slaets, emeritus hoogleraar ouderengeneeskunde, of hij mee wilde werken aan een presentatie. Daar is een webinar uit voortgekomen onder de titel 'Bewustwording in contact' georganiseerd door mijn subgroep om persoonsgerichte zorg voor kwetsbare ouderen over het voetlicht te brengen. Dit webinar

'Dit traject heeft me zelfverzekerder gemaakt. Als er iets nieuws op mijn pad komt, denk ik: leuk, ik kan het!'

was voor de achterban; collega's van deelnemers van het leernetwerk en studenten. De 'Doodle me'- gespreksmethode die onderdeel uitmaakt binnen de persoonsgerichte zorg is in workshops geoefend. Doel was om de mens achter de cliënt te zien. Bij Interzorg werken we met het Omaha system. Daar heb ik nu het leefplezier van elk van mijn cliënten toegevoegd.'

Bak kennis

'Toen mensen uit mijn subgroep en bij de maandelijkse bijeenkomsten vertelden wat ze allemaal deden, dacht ik: Wauw, wat een bak kennis. Natuurlijk weet ik ook een hoop. Maar dit traject heeft me zelfverzekerder gemaakt. Als er iets nieuws op mijn pad komt, denk ik: leuk, ik kan het. Dat komt door de contacten met de andere professionals en het netwerken.'



Wat is de ervaring van Anne Elsinghorst?

Anne Elsinghorst is wijkverpleegkundige bij Buurtzorg in Wijchen en blogzuster. 'Het meelopen met andere professionals en docenten heb ik ervaren als leuk en leerzaam. Het verbreedt je blik en neemt vooroordelen weg. Zo ben ik meegegaan met de maatschappelijk werker in mijn eigen werkgebied. Dat was heel anders dan ik van tevoren had gedacht. De cliënten van de maatschappelijk werker blijken ook mijn cliënten te zijn. Een enorme eyeopener; we hebben dezelfde doelgroep. Dat wist ik natuurlijk wel en toch vond ik het vreemd om dat zo te ervaren. Daar moeten we iets mee. Er is overlap in taken. Doordat de maatschappelijk werker met mij achter de voordeur kwam kreeg ze ineens veel meer informatie dan dat ze tijdens een telefoongesprek krijgt. Ze kan makkelijker doorvragen, niet alleen op de vragen van de beller maar ook vragen over de context waarin deze persoon zich bevindt.'

Leervragen en casuïstiek

Tijdens het meelopen met elkaar komen leervragen en casuïstiek naar voren die met elkaar wordt besproken en uitgewerkt in de subgroep. Wat er de afgelopen jaren aan uitgewerkte thema's voorbij is gekomen naar aanleiding van het meelopen met elkaar: de professionals in de wijk (een ontmoetmarkt met speeddates

met twintig verschillende disciplines uit de wijken en social worker van 2019 Norbert Wijnhofen), de samenwerkingscompetenties, cliënten met psychiatrische aandoeningen in de wijk, de (ex-) mantelzorger, gezondheidsbevordering en preventie. Deelnemers hebben onderzoeksvragen uit de praktijk gedestilleerd voor afstudeerprojecten van studenten. Een voorbeeld van een onderzoeksvraag is bijvoorbeeld: Wat zijn de succesfactoren voor de betrokken disciplines van Buurtzorg Wijchen om de interprofessionele samenwerking te realiseren bij de individuele cliënt in de extramurale gezondheidszorg? Hierbij gaat het om de huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en fysiotherapeut.

Eigen vlog


Elsinghorst heeft op verzoek van een docent uit het leernetwerk een vlog gemaakt over het werken in de wijk. De hogeschool wilde beeldmateriaal van een wijkverpleegkundige die in haar wijk aan het werk is. Deze vlog is gemaakt voor de eerstejaarsstudenten verpleegkunde. 'Wat het leernetwerk mij heeft opgeleverd is te verdelen in de opbrengsten op korte en lange termijn. Zo zou ik graag de gevolgde workshop van het leernetwerk *Shared decision making* en *Zelfregie vanuit het cliëntperspectief* willen delen met



mijn team. Dat levert op lange termijn meerwaarde voor collega's en cliënten op. De korte termijn effecten? Door het leernetwerk krijg ik meer informatie en heb ik nieuwe contacten gelegd. Ik denk dat ik in een lastige situatie de maatschappelijk werker eerder zou voorstellen om samen naar de cliënt te gaan. Dat is nog niet gebeurd maar een mooi voorname. En voor de lange termijn? Als je goed interprofessioneel wilt samenwerken, moet de financiering anders. Ik kan nu als wijkverpleegkundige geen taken overnemen van maatschappelijk werk. Die worden niet vergoed.'

Kortom: het leernetwerk is een andere vorm van deskundighedsbevordering. De kracht zit 'm in het met een gemêleerde groep van professionals te leren met en van elkaar. Waarbij de deelnemer zelf 'de lead' neemt in het leerproces. Te vergelijken met de eigen regie die er gevraagd wordt aan de zorgvrager. In die zin is het leernetwerk *Practice what you preach*.

Meedoen?

Sinds april 2020 vinden veel activiteiten online plaats. Ook interesse in het leernetwerk? Neem dan eens een kijkje op www.han.nl/onderzoek/nipll. Of neem contact op voor een leernetwerk in jouw buurt. Het leernetwerk is gesubsidieerd door ZonMw met het programma Langdurige zorg en ondersteuning. 

Jacqueline Theunissen is hoofddocent verpleegkunde en projectleider Nijmeegs Interprofessioneel Leerlandschap (HAN University of Applied Sciences).

Gezondheidseconoom en oud-hoogleraar Public Health Guus Schrijvers

‘Verpleegkundigen moeten kritisch zijn’

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 Guus Schrijvers, gezondheidseconoom en van 1987 – 2012 hoogleraar Public Health bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Schrijvers is nu met emeritaat, maar houdt zich nog steeds bezig met de wetenschap van gezondheidszorg en actuele zorgvernieuwingen. Een gesprek over de soms vermeende controverse tussen theorie en praktijk met een man die dol is op vooruitgang. ‘Je moet als uitvoerende verpleegkundige altijd op zoek gaan naar rituelen die overbodig zijn geworden.’

Tekst:
Hellen
Kooijman

U publiceerde tal van boeken en artikelen over zorginnovatie en deed als wetenschapper ook veel onderzoek. Maar hoe bottom-up is dat eigenlijk? Ziet u bijvoorbeeld enthousiasme bij mensen uit de praktijk die zelf onderzoek doen?

‘Bezig zijn met zorgvernieuwing en zelf onderzoek doen is meer iets voor het middenkader en leidinggevenden. Een uitvoerende verpleegkundige zal daar minder interesse in hebben. Behalve als ze al goed en lang in het vak zitten en af durven te wijken van de richtlijnen. Mijn ervaring is dat uitvoerende verpleegkundigen weinig hebben met getallen en statistiek. En dat er dan naar academici wordt gewezen: die hebben het onderzoek gedaan dus het zal wel goed zijn. Ik denk inderdaad dat weinig uitvoerenden affiniteit hebben met het zelf doen van onderzoek.’

Zouden ze dat wel moeten hebben; is het niet schoenmaker houd je bij je leest?

‘Ik vind dat uitvoerenden een kritische geest moeten hebben. Ze moeten signaleren of delen uit onderzoek wel of niet deugen. Stel, je hebt een goede vragenlijst gemaakt voor mensen die terminaal zijn. En die lijst deugt in de praktijk niet. Dan verwacht ik wel dat ook een uitvoerend verpleegkundige dit meldt bij de onderzoekers in kwestie. Zo van: jullie hebben bureauwerk verricht. Dit deugt niet in praktijk. Iedereen kan aangeven waar de schoen wringt, maar niet iedereen is schoenmaker. Het moet wel goed voelen; ik heb nu schoenen aan en ik pas ze niet. Dan ga je terug naar de schoenmaker, naar de onderzoekers. Dan moet je niet zeggen: “Ik draag die schoenen niet, ik loop wel op blote voeten.”

Is er een kloof tussen onderzoekers en uitvoerenden?

‘Onderzoekers moeten altijd eerst kijken naar de praktijk, vind ik. Je moet als je een zorgpad of nieuwe app hebt ontworpen wel meten of het kan in de praktijk. En wat uitvoerende verpleegkundigen ervan vinden.’

Wordt dat voldoende gedaan?

‘Nou ja, het wordt zeker niet altijd gedaan, maar het wordt niet nooit gedaan. Soms zijn er andere zaken die spelen waardoor het niet goed werkt in praktijk. Er kan bijvoorbeeld geen tijd zijn om uitvoerenden te scholen. Ik heb ooit een heel mooie gesprekstechniek ontworpen voor kankerpatiënten; gedeelde besluitvorming; *shared decision making*. Om dat goed te kunnen gebruiken, moeten verpleegkundigen eigenlijk vooraf getraind worden. En wel twee keer twee uur. Tsjja, wat als dat niet kan? Of als er een uitzendkracht komt die nooit die training heeft gedaan omdat alleen vaste krachten die kregen. Dan loopt het niet.’

Er is al jarenlang een trend om beleid en professioneel handelen te baseren op Evidence Based Practice: Praktijkonderzoek en/of RCT (Randomised Clinical Trial). Een van onze redacteuren vroeg zich af welke voor- en nadelen u hierin ziet.

‘Praktijkvernieuwingen gebaseerd op onderzoek zijn belangrijk. Als er twee vernieuwingen zijn waar je over twijfelt - wat ga ik gebruiken? - dan kan onderzoek antwoord geven. Maar je kunt niet voor elke verandering een heel onderzoek doen. Voor grote veranderingen is onderzoek wel noodzakelijk. En dan moet je, vind ik, dus altijd kijken naar de ervaring van de verpleeg-



kundige. Als twintig verpleegkundigen zeggen: dit is een goed zorgpad, een goede vernieuwing, dan is dat meestal wel goed. Een nadeel kan zijn dat mensen blind varen op onderzoek. Denk aan de crème die getest is op een bepaalde huid en een professional gebruikt die crème bij een cliënt met een andere huidskleur. Dan hoeft die crème niet hetzelfde te doen. Of een medicijn dat enkel getest is op mannen. Vaak wordt er vanuit gegaan dat dat ook voor vrouwen werkt. Maar dat hoeft niet zo te zijn. Ik vind eigenlijk dat je als uitvoerende verpleegkundige altijd op zoek moet gaan naar rituelen die overbodig zijn geworden.'

Wat bedoelt u daarmee?

'Neem elke dag bloeddruk opmeten of je handen met water wassen. Omdat het altijd zo gedaan is. Maar de vraag is: moet het nog steeds op die manier? Dit zijn simpele voorbeelden, maar er zijn heel veel rituelen die worden overgenomen uit het verleden, maar die je best

op een andere manier kunt doen. Je hebt ook gel waar je je handen schoon mee kunt krijgen bijvoorbeeld. Het is denk ik goed om regelmatig te kijken naar die rituelen die je vroeger ook deed, of die heden ten dage nog

'Je moet je telkens de vraag stellen of iets nog steeds op deze manier gedaan moet worden'

opgaan. Of er niet toch modernere middelen zijn. Of het niet anders kan. Mijn moeder moest na de geboorte nog een week in het ziekenhuis blijven. Nu bevallen vrouwen poliklinisch en kunnen dan snel naar huis. Dat is niet vanuit onderzoek gegaan, maar vanuit ervaring; het kon, dus waarom niet?'

Aan tafel met...

Een andere vraag van een redacteur is: wat ziet u als waarde van concepten en modellen zoals Triple Aim en het model van Lalonde die wereldwijd breed draagvlak hebben maar de strikte toets der kritiek van Evidence-based practice niet halen?

'Die toets hoeven ze ook niet te halen, vind ik. Het geheim zit 'm in de woorden 'concept en model'. Daarmee laat je al weten dat het in de praktijk niet altijd zal kloppen. Een concept of model hoeft niet bewezen te worden. Die zijn er om gedachten te ordenen en veronderstellingen te formuleren over concrete patiëntenzorg. Wat bewezen moet worden is het handelen in de praktijk. Wat leuk is, is dat er door deze modellen discussies ontstaan onder wetenschappers. Dat maakt het beter. Het model van Lalonde had vier determinanten. Wetenschappers bij het RIVM hebben dat verbeterd en nu heb je meer dan vier determinanten. Kijk: je hebt twee soorten wetenschap: de wetenschap die de theorie vooruit helpt. En daar hoor ik zelf ook een beetje bij. En dan heb je de wetenschap die kijkt naar hoe het in de praktijk gaat: wat willen de 'gebruikers' nu precies?'

Staan theoretische modellen als bovengenoemde niet te ver van de praktijk af? Waarom zou een verpleegkundige M&G die moeten kennen?

'Je hoeft de details niet te weten. Het gaat erom dat verpleegkundigen weten waar ze op moeten letten. Neem Triple Aim. Dan is het goed voor verpleegkundigen om alert te zijn: werken wij wel preventief? Wat zijn de kosten? Zijn wij voldoende toegankelijk voor nieuwe

'Ik zou zo graag zien dat iedereen die koos voor het beroep verpleegkundige dat haar hele leven blijft doen'


patiënten? Omdat deze vragen om meer dan die ene cliënt gaan. Het model van Lalonde laat zien dat iemand ziek kan worden van bijvoorbeeld de eigen levensstijl, of van luchtverontreiniging. Dat moet je weten als verpleegkundige. En dan gaat het niet om hoeveel procent van onze gezondheid bepaald wordt door luchtverontreiniging, hoeveel procent door roken enzovoorts. Nee, je moet weten van dit model om je eigen gedachten te kunnen ordenen en gericht patiënten uit te vragen over oorzaken van hun gezondheidsklachten.'

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

Bio

Guus Schrijvers (1949) studeerde in 1973 cum laude af aan de Faculteit Economische Wetenschappen. In 1980 promoveerde hij in Maastricht op het proefschrift *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*. Van 1987 tot 2012 bekleedde hij de leerstoel Public Health bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Zijn leeropdracht was: *Structuur en Functioneren van de Gezondheidszorg*. Hij publiceerde tal van boeken en artikelen over zorginnovatie. Zijn wetenschappelijke aandacht ging uit naar geïntegreerde zorg, transmurale zorg, regiovisies, managed care, spoedeisende zorg, jeugdgezondheidszorg, geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg en disease management. Sinds 1 oktober 2012 is Guus Schrijvers met emeritaat. Maar hij is nog steeds actief in de gezondheidszorg. Zo verscheen onlangs zijn nieuwe boek *Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodel. Voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg*. Daarnaast geeft hij lezingen en workshops en is lid van enkele stuurgroepen en begeleidingscommissies.

Tenslotte: wat zou u zeggen tegen verpleegkundigen M&G als het gaat om de toekomst, en dan niet corona-gerelateerd, maar om meer waardevol werk te verrichten?

'Ik zou zo graag zien dat mensen die gekozen hebben voor het beroep verpleegkundige dat hun hele leven blijven doen. Er is te veel uitstroom. Mensen verplegen een paar jaar en gaan dan wat anders doen. Omdat de caseload te zwaar is, hun praktijkervaring niet voldoende wordt gewaardeerd, omdat leidinggevenden alleen maar op een excelsheet zitten te kijken, omdat deze laatsten een kritische blik niet waarderen. Ik noem maar een paar redenen. Maar het verpleegkundig beroep is prachtig. Tijdens de eerste jaren van dit beroep doe je ervaring op, als je dan nog wat langer doorzet heb je voldoende ervaring en dan ga je nadenken: klopt het allemaal wel? Kan het niet wat moderner? En dan kom je uit in de wereld van de zorgvernieuwing, waar ik lang in heb gewerkt. En die continue zorgvernieuwing, dat is de toekomst. Die inspireert. Daar ben ik van overtuigd.' 

Zijn alle flesvoedingen gelijk?

Wat is het verschil?

De keuze aan voeding voor een baby is enorm. Ouders van jonge kinderen weten vaak niet wat ze moeten kiezen. Hoe kunt u ze het beste helpen?

Borstvoeding is de beste keuze voor elk kind. Maar voor kinderen die om de één of andere reden geen borstvoeding (meer) krijgen is er een groot aanbod in kwalitatief goede flesvoeding. Wettelijk is vastgelegd wat er minimaal in flesvoeding moet zitten. Toch is niet elke voeding hetzelfde. Er is namelijk niet alleen wettelijk bepaald wat erin **MOET** zitten maar ook wat erin **MAG** zitten. En juist die laatste ingrediënten maken het verschil.

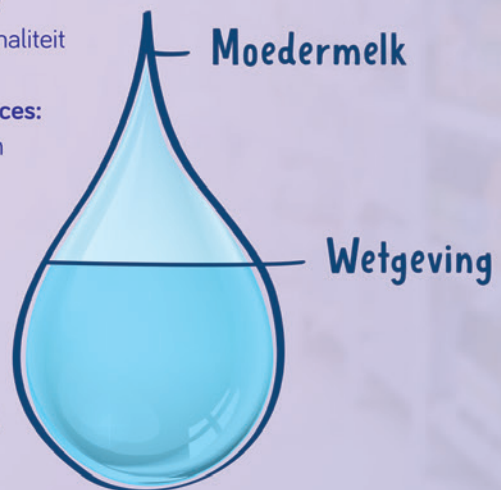
WETGEVING BEPAALT MINIMALE EISEN FLESVOEDING

Onderzoek naar moedermelk leert ons dat moedermelk veel meer ingrediënten bevat dan er wettelijk minimaal in flesvoeding moeten zitten. Juist de toegestane ingrediënten, die niet verplicht zijn maken het verschil tussen de diverse flesvoedingen.

Ruim 120 jaar onderzoek heeft er toe geleid dat Nutrilon Pronutra ADVANCE naast de wettelijk verplichte ingrediënten, wetenschappelijk onderbouwde toevoegingen bevat:

- Geavanceerde prebiotische vezelmix scGOS:lcFOS 9:1 met HMO 3'GL: benaderen de hoeveelheid, diversiteit en functionaliteit van HMO's in moedermelk^{1,2,3}
- Postbiotica, dankzij ons unieke Lactofidus™ fermentatieproces: bioactieve stoffen die zorgen voor gunstige omstandigheden voor de groei van bifido bacteriën^{4,5}
- Naast DHA ook AA in eenzelfde ratio als in moedermelk: het combineren van DHA met AA zorgt voor een betere neurologische ontwikkeling^{6,7}

Deze unieke mix van ingrediënten, die wordt onderbouwd door meer dan 40 studies en 90 publicaties, ondersteunt het immuunsysteem vanuit de darm van fles gevoede baby's¹⁸.



Scan de QR code en ontdek meer over de samenstelling en de verschillen



Onze investering

Nutricia doet voortdurend onderzoek naar onder andere de samenstelling van moedermelk. Wij doen deze investering omdat we onze voedingen en onze ondersteuning steeds verder willen verbeteren.

Wij geloven dat de juiste voeding en support ieders gezondheid en welzijn ten goede komen.

Referenties: 1. Salminen et al (2020) Nutrients 2020, 12, 1952. 2. Knol et al (2005) J Pediatr Gastroenterol Nutr; 40:36-42 3. Moro et al (2002) J Pediatr Gastroenterol Nutr; 34: 291-295. 4. Beghin et al (2021) Clinical Nutrition 40,3 :778-787. 5. Campeotto et al (2011) Br J Nutr;105, 1843-51. 6. Hadley et al. (2016) Nutrients 8: 216. 7. Brenna et al. (2016) Nutr Rev. 74: 329. 8. Oozeer et al (2013) Am J Clin Nutr 2013;98(suppl):561S-71S. Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. Deze informatie is uitsluitend bestemd voor (para)medici. • Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer • Maart 2021

NUTRICIA

Nadia van den Berg van *V&VN Wetenschap in praktijk*

‘Weinig verpleegkundige onderzoeken maken de verbinding met de praktijk’

Binnen V&VN is *V&VN Wetenschap in praktijk* actief. Belangrijkste doelstelling: meer aandacht voor Evidence-based werken, de wetenschap naar de praktijk brengen en vice versa. Ook leden van V&VN M&G kunnen bij dit platform terecht. Nadia van den Berg (31) is lid van de kerngroep en werkt als kwaliteitsverpleegkundige in de wijk bij PZC Dordrecht, locatie Dubbelmonde in Dordrecht. Ze vertelt wat *V&VN Wetenschap in praktijk* precies doet.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

‘Ik sta er telkens weer versteld van hoeveel verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek er wordt gedaan. Dat is echt gigantisch veel.’ Dit vertelt Nadia van den Berg, kwaliteitsverpleegkundige in de wijk. Na haar hbo-v-studie studeerde ze verplegingswetenschappen. ‘Helaas moet ik ook concluderen dat deze onderzoeken nauwelijks de verbinding aangaan met de praktijk. Met *V&VN Wetenschap in praktijk* willen we onder andere deze brug slaan.’

Te gehospitaliseerd denken

Van den Berg meent dat verpleegkundigen in de wijk nog te gehospitaliseerd denken. Ze geeft een voorbeeld: ‘Er is momenteel een verschuiving naar zwaardere zorg thuis. Neem zoiets als de inzet van Medido. Dat is een slimme medicijndispenser die de cliënt helpt te herinne-

ren zijn medicatie te nemen en die dan direct het juiste medicijn uitgeeft. Zo behoudt de cliënt zijn eigen regie en komt er bovendien meer ruimte vrij voor andere cliënten. Ook is er redelijk wat wetenschappelijk onderzoek gedaan naar valpreventie bij ouderen. Hoe kunnen we onze ouderen zo lang mogelijk veilig thuis laten wonen binnen het huidige zorgklimaat? Dit zijn interessante onderwerpen waarmee we in de wijkverpleging nog veel mee kunnen.’

Daarom moeten alle verpleegkundigen volgens Van den Berg via hun werk toegang krijgen tot verschillende databanken. Dus zowel wijk-, als dementie-, als jeugd-, als sociaal verpleegkundigen. ‘Op de website van *V&VN Wetenschap in praktijk* staan een paar vrije databanken, maar er zijn er zoveel meer. Als verpleegkundigen daar makkelijker in komen, kunnen ze wetenschap en praktijk sneller met elkaar verbinden. Er is dan overigens nog wel een klus te klaren omdat het best een kunst is om deze databanken op een juiste manier te gebruiken. Maar dat is een kwestie van investeren in je vak.’

Facts and figures

Aantal leden: 347

Doelstelling: *V&VN Wetenschap in praktijk* vindt het belangrijk dat het verpleegkundig handelen wetenschappelijk onderbouwd is. Daartoe moeten vragen uit de praktijk onderzocht worden en de antwoorden teruggevoerd worden naar de praktijk. De samenwerking tussen praktijk en wetenschap draagt bij aan het ontwikkelen van een ‘evidence based body of knowledge’. Daarnaast moeten actuele onderzoeksresultaten gebruikt worden in het onderwijs, beleid en theorievorming.

Website: www.venvn.nl. Tik in het zoekvenster: wetenschap in praktijk

E-mailadres: secretaris.pwip@venvn.nl

‘Iedere verpleegkundige moet toegang krijgen tot internationale databanken’

De kwaliteitsverpleegkundige ziet het zo voor zich. ‘Een kwaliteitsadviseur kan eens in de zoveel tijd een onderwerp uitlichten en kijken welke nieuwe onderzoeken er over dit onderwerp zijn. En wat die betekenen voor zijn of haar organisatie. Neem bijvoorbeeld mantelzorg. Tijdens covid kwamen we er achter dat die een veel grotere rol speelde dan wij dachten. Dat kan je

dan in kaart brengen. Ga eens kijken welke internationale onderzoeken hier mogelijk al over gedaan zijn. En hoe dit was in vergelijking met mantelzorg thuis voor de wereldwijde covid-pandemie. Als je al die gegevens hebt, kun je binnen je organisatie kijken wat haalbaar is en pilots gaan draaien. Dat kan dan uiteindelijk leiden tot nieuw beleid in de organisatie. Wat te denken van zorg afschalen omdat mantelzorgers bepaalde onderdelen kunnen overnemen of dat je de regie bij de cliënt neerlegt?’

Dat is wat je noemt Evidence-based werken, meent Van den Berg. ‘Natuurlijk zijn er nog veel meer onderwerpen waar een verpleegkundige in kan duiken. Neem onder andere de medicatieketen in de thuissituatie en samenwerking in de wijk met verschillende disciplines. De zorg kan in mijn ogen op veel vlakken doelmatiger, doeltreffender maar bovenal kwalitatief beter. Maar dan moeten we daar wel in investeren en ook op de werkvloer onderzoek naar doen.’

Zingeving in het verpleeghuis

V&VN *Wetenschap in praktijk* zoekt overal binnen V&VN contact en samenwerking. Ook worden er onder andere themabijeenkomsten en symposia georganiseerd. Daar kunnen ook niet-leden aan deelnemen. ‘Houd dus de website in de gaten!’ De laatste bijeenkomst ging over zingeving in het verpleeghuis. ‘Daar kwam een zorg-ethicus praten die op dit onderwerp gepromoveerd was. We willen mensen met elkaar verbinden. Dat doen we met wetenschappers onderling, maar ook wetenschappers met verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast betrekken we de hogescholen en universiteiten erbij.’ Leden van V&VN M&G kunnen ook zelf aankloppen bij V&VN *Wetenschap in praktijk*. ‘Mochten ze onderzoek willen doen dan kunnen wij als sparring partner fungeren. Maar ook als ze vragen hebben over een bepaald onderzoek, kunnen ze contact met ons opnemen.’

Weinig onderzoek in de wijk

In vergelijking met onderzoeken in academische ziekenhuizen, blijft het onderzoek dat over de wijk gaat nog achter. Maar de afgelopen jaren is hier wel veel meer aandacht voor gekomen. Van den Berg: ‘Helaas moeten we erkennen dat er relatief minder verpleegkundigen in de thuiszorg werken. Initiatieven op het gebied van onderzoeken komen dan ook niet snel van de grond. Er komt gelukkig wel steeds meer onderzoek naar verpleegkundig leiderschap en dementiezorg.’ Daarnaast is het Wetenschappelijk College Verpleeg-



‘Mochten verpleegkundigen M&G onderzoek willen doen dan kunnen wij als sparring partner fungeren’

kunde in 2019 gestart met de wetenschappelijke tafel wijkverpleging, onder voorzitterschap van professor Sandra Zwakhaleen en professor Bianca Buurman, vertelt Van den Berg. ‘Bovendien werken V&VN en ZonMw intensief samen in het programma *Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019 - 2022: Wijkverpleging*. Mochten er verpleegkundigen in de wijk rondlopen met ideeën over Evidence-based onderzoek, dan moeten ze vooral contact zoeken met V&VN *Wetenschap in praktijk*. ‘We worden graag gevoed door de praktijk,’ zegt Van den Berg: ‘Dus kom maar op met interessante onderwerpen. Wij helpen jullie verder!’

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

Onderzoek in de verpleegkundige

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

Tekst:
Huub Sibbing

Anno 2021 is het zo logisch als wat. M&G-verpleegkundigen maken gebruik van resultaten van (verplegings-) wetenschappelijk onderzoek en passen die toe in richtlijnen, protocollen en in hun dagelijks handelen. Steeds meer ook participeren M&G-verpleegkundigen zelf in het uitvoeren van onderzoek in hun beroepspraktijk. Toch is die nadruk op onderzoek maar van heel recente datum, pas sinds 25 tot 30 jaar. Betekent dit dat we daarvoor 'maar wat aanrommelden'? Geenszins. In haar beroemde studie gepubliceerd in 1974 over de geschiedenis van het verpleegkundig beroep *Van Olie en Wijn*, haalde Aly van der Mey-de Leur al voorbeelden aan uit een ver verleden waarin bij de zorg tijdens de bevallingen een reeks van hygiënische voorschriften bestonden die benadrukten dat vooral 'bedagde vrouwen' - vrouwen op latere leeftijd met veel ervaring - deze zorg moesten verlenen. Die inzichten waren niet gebaseerd op onderzoek zoals we dat momenteel

'Al in de middeleeuwen wisten 'verpleegkundigen' dat 'social distancing' effectief was om verspreiding van virussen te voorkomen'

kennen met onderzoeksoptellingen Randomized Clinical Trails (RCT) en controlegroepen maar wel op praktijkgericht onderzoek en ervaringsdeskundigheid. En wel degelijk met een klinische blik: wat zien we om ons heen gebeuren, wat werkt wel en wat werkt niet. Jarenlange, misschien wel eeuwenlang gebundelde ervaringen werden generatie op generatie overgedragen, veelal van moeder op dochter. Uit ervaring leerden degenen die zorg verleenden aan anderen - en in feite de voorlopers van wat we nu artsen en verpleegkundigen noemen - het belang van hygiëne, over de werkzaamheid van kruiden en behandelingen zoals massage et cetera. Naar de huidige normen absoluut niet wetenschappelijk onderbouwd maar wel gebaseerd op

(praktijk)onderzoek: ze wisten niet *waarom* het werkte - bacillen, bacteriën, virussen; het waren volstrekt onbekende begrippen - maar ze wisten wel *dat* het werkte. Eeuwenlang werkten onze voorgangsters en voorgangers vanuit deze (hygiënische) principes. Al in de vroege en late middeleeuwen wisten 'verpleegkundigen' al, dat bij epidemieën als de pest, quarantaine en 'social distancing' effectieve methoden waren om de verdere verspreiding te voorkomen.

Florence Nightingale

Alhoewel Florence Nightingale vaak wordt gezien als de grondlegster van de professionele verpleegkunde, bouwde zij in feite voort op deze eeuwenlange traditie. Haar baanbrekende analyses tijdens haar werk als verpleegkundige tijdens de Krimoorlog (1853-1854) waren gebaseerd op systematische waarnemingen en het leggen van verbanden: de klinische blik. Vanaf het midden van de 19e eeuw verschoof het momentum. De voortschrijdende inzichten in de medische wetenschap (zoals Pasteur (bacteriologie), Koch (TBC), Semmelweis (Kraamvrouwenkoorts) en Fleming (antibiotica) leidden ertoe dat artsen voortaan gingen bepalen wat als 'goed verpleegkundig handelen' werd gezien. Reflectie op eigen verpleegkundig handelen werd veelal ingeruild voor 'handelen zoals de arts dat voorschreef'. Met name in het in-service-onderwijs waarin verpleegkundigen instellingsgewijs werden opgeleid domineerde de lokaalgebonden werkwijze en ontstonden de 'rituelen': werkwijzen die gebaseerd waren op traditie en 'zo doen wij het hier' en dat kon onderling enorm verschillen.

Kanteling

De kanteling begon in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Naast het in-service-onderwijs ontstonden de hbo-v's die onafhankelijk waren van de instellingen. Breder gedragen wetenschappelijke inzichten, ook vanuit de sociale wetenschappen vonden hun weg naar de nieuw opgeleide verpleegkundigen. In 1980 ontstond de leerstoel Verplegingswetenschappen aan de Universiteit van Maastricht en in 1984 promoveerde voor het eerst een verpleegkundige, Anneke Braam van de Bergh, die in 1986 ook de eerste hoogleraar Verplegingswet-

beroepsuitoefening



schappen werd. Deze oriëntatie op wetenschap en onderzoek bleef echter beperkt tot een zeer select gezelschap.

Verbreiding

Als reactie op de 'Witte woede' van 1989 waarin verpleegkundigen massaal om erkenning vroegen voor hun bijdrage aan gezondheidszorg installeerde de

'Oriëntatie op wetenschap en onderzoek bleef lange tijd beperkt tot een zeer select gezelschap'

toenmalige staatsecretaris Hans Simons de Commissie Werner om advies uit te brengen over de versterking van de verpleegkundige beroepsgroep. In 1991 publiceerde de commissie haar rapport *In hoger beroep* met een reeks van aanbevelingen om de positie van de

verpleegkundige beroepsgroep te versterken.

De volgende aanbeveling is daarbij van belang:

6: "De commissie bepleit een actieve betrokkenheid van de beroepsgroep bij de wetenschappelijke ontwikkeling van instrumenten voor de beroepsuitoefening"

Deze aanbeveling leidde in 1993 tot de oprichting van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV), in 2002 omgedoopt tot het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV). Voor het eerst was er een verpleegkundig kenniscentrum dat resultaten van (verplegings-)wetenschappelijk onderzoek toegankelijk maakte, zelf onderzoek deed en verpleegkundigen ondersteunde in het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen. Toenmalig vice-voorzitter van de Gezondheidsraad en latere minister Els Borst wees bovendien in 1993 op de enorme verschillen tussen de werkwijzen van artsen (interdoktervariantie) en riep hierna de artsen, en indirect ook de verpleegkundigen, op om voortaan te handelen volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten. De claim voor Evidence Based Practice (EBP) was geboren.

De geschiedenis van...



Niveau mbo en hbo

Maar deze benaderingswijze vond natuurlijk niet onmiddellijk zijn weg in de verpleegkundige beroepspraktijk en het verpleegkundig onderwijs. Het verpleegkundig onderwijs was vanaf 1996 gebaseerd op het document *Gekwalificeerd voor de toekomst* waarin het verpleegkundig onderwijs werd getypeerd in de beroepskolom: Niveau 5 (verpleegkundige hbo), niveau 4 (verpleegkundige mbo), en niveau 3 (verzorgende). Het onderscheid tussen niveau 5 en niveau 4 was evenwel niet voor iedereen even duidelijk.

Deze indeling kreeg een nieuwe impuls in 1999. Niet alleen in het verpleegkundig onderwijs maar ook in andere sectoren was men zoekende naar het onderscheid tussen het hbo- en mbo-niveau. Ter ondersteuning van onderwijsinstellingen formuleerde de Hbo-Raad in 1999 een aantal criteria die kenmerkend waren voor het hbo-niveau. Een daarvan was:

“de toepassing van relevante wetenschappelijke inzichten, theorieën, concepten en onderzoeksresultaten bij vraagstukken waarmee hbo-ers in hun beroepspraktijk worden geconfronteerd”

Daarna raakte alles in een stroomversnelling. In 2001 verscheen het document *Met het oog op de toekomst* dat leidraad werd voor het hbo-v-curriculum tussen 2002 en 2016. In de rol van ‘ontwerper’ kreeg het toepassen van onderzoek en het zelf doen van (praktijkgericht)

onderzoek een steeds nadrukkelijker plaats en werden hbo-v-studenten ingewijd in EBP, het toepassen van onderzoek, de Cochrane-database en het zelf ontwerpen van onderzoeksopzetten.

Dat dit evenwel niet genoeg was, bleek uit de publicatie *Doorbreek de rituelen* van het LEVV in 2008. Daarin stonden analyses van tien nog heel breed toegepaste verpleegkundige handelingen, zonder dat er een wetenschappelijke basis voor bestond. Zij waren gebaseerd op uit het verleden overgedragen ‘rituelen’, zoals het ‘pre-operatief scheren’, en ‘het toepassen van massage en föhnen’ ter voorkoming van decubitus. Met het verschijnen van *Bachelor of Nursing* in 2015 tenslotte werd onderzoek een onlosmakelijk onderdeel van de verpleegkundige beroepsuitoefening op hbo-niveau, en dus voor M&G-verpleegkundigen.

Kritische beschouwing

Levert de toenemende nadruk op EBP ons wat op? Zeker. Maar er zijn ook kritische kanttekeningen bij te maken. De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) waarschuwt in haar advies *Zonder context geen bewijs* van 2017 voor een verabsolutering en overwaardering van de EBP-resultaten als de bredere maatschappelijke context niet wordt meegenomen. En Margot Trappenburg stelde in haar tweede Els Borst-lezing *Bescheiden professionals: Over evidence based werken buiten de cure* (2014) dat in zowel care als preventie belangrijke aspecten als kwaliteit van leven, gezondheid en welzijn zich moeilijk in de strikte methodologie van EBP laten vangen. Immers; alhoewel in de volksmond EPB vaak verschraald wordt tot ‘het gebruik

‘Gebruik van onderzoek is waardevol maar M&G-verpleegkundigen moeten ook hun klinische blik en de keuze van de cliënt laten meewegen’

van de meest recente wetenschappelijke inzichten’ bestaat het EBP-concept uit nog twee andere pijlers; de praktijkervaring en klinische blik van de professional plus de voorkeur van de cliënt.

Kortom: het gebruik van onderzoek is waardevol maar het ontslaat de M&G-verpleegkundige niet van de verplichting om ook de eigen klinische blik en de ervaring en de keuze van de cliënt mee te laten wegen in zijn of haar professioneel handelen: oftewel ‘Bewust en beargumenteerd afwijken van de regels’ als professionele competentie. 📌

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

Wetenschap in de jeugdgezondheidszorg

Het duurt gemiddeld zo'n zeventien jaar voordat iets dat wetenschappelijk onderzocht is ook daadwerkelijk in de praktijk geïmplementeerd wordt. Er valt dus nog veel winst te behalen om deze kloof tussen de wetenschap en praktijk te dichten. Binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) worden mooie stappen gezet om de kloof te dichten en de cyclus van praktijk, beleid en onderzoek te verbeteren. Juist voor de JGZ is het verder ontwikkelen van de academische tak erg belangrijk. De JGZ staat namelijk midden in de maatschappij en is dus voortdurend in beweging. Ook is de JGZ binnen de gezondheidszorg nog een vrij jonge tak van sport, waardoor de borging in het wetenschappelijke veld nog zijn uitdagingen kent. Een greep uit de initiatieven.

De Stippel Brigade

Dit is een groep van jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen met een wetenschappelijke achtergrond die wetenschappelijke artikelen, gerelateerd aan de JGZ, lezen en vervolgens duiden. Aan de hand van een vooraf vaststaand kader dat samen is opgesteld met epidemioloog Willy Anne Stiphout (vandaar de naam Stippel Brigade) wordt een wetenschappelijk artikel stap voor stap uitgelegd. Hoe was de opzet van het onderzoek? Wat kunnen we ermee in de JGZ? Deze vragen worden vervolgens beantwoord en uitgewerkt in een artikel. De eerste artikelen zullen binnenkort geplaatst worden en gaan over het effect van het laten huilen van kinderen en over het belang van de familieanamnese binnen de JGZ. Daarnaast zijn de leden ook ambassadeurs van de wetenschap en Evidence Based Practice. Overigens zijn er inmiddels ook een aantal voorbeelden van JGZ-organisaties die hun eigen 'Journal Club' organiseren, waarbij wetenschappelijke artikelen onderling besproken worden. Ook dit is een manier om steeds meer vertrouwd te worden met het wetenschappelijke wereldje.

Meer weten? www.ncj.nl/themadossiers/jgz-onderzoeksagenda/de-stippel-brigade/

JGZ Onderzoeksagenda

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) heeft de JGZ Onderzoeksagenda opgesteld. Met deze onderzoeksagenda willen zij landelijk verbindingen leggen om kennis en inzichten met elkaar te delen. Het NCJ probeert een sterke verbinding te hebben met de uitvoeringspraktijk waardoor gesignaleerd kan worden op welke gebieden nog onderzoek nodig is. Zij laten zich hierbij adviseren door de Wetenschappelijke Advies Commissie. Tegelijkertijd tracht de JGZ Onderzoeksagenda ruimte te vragen voor JGZ-professionals om onderzoek te doen.

Meer weten? www.ncj.nl/themadossiers/jgz-onderzoeksagenda/

Regionale kenniswerkplaatsen

ZonMW plaatste in 2019 een oproep om regionale samenwerkingsverbanden te starten, waarvoor subsidie aangevraagd kon worden. Het doel van deze regionale kenniswerkplaatsen is om binnen het sociale domein de verbinding te slaan tussen preventie en hulpverlening. Een actieve rol voor ouders en jeugdigen is hierin belangrijk. Binnen Haaglanden, Holland Rijnland en Midden Nederland is bijvoorbeeld een project gestart waarin gekeken wordt hoe innovaties binnen de praktijk zo goed mogelijk ingezet kunnen worden. In Zuid-Limburg loopt een project waarin gekeken wordt hoe mbo-studenten door burgerschapslessen zo goed mogelijk voorbereid kunnen worden op de wereld die volgt na het afstuderen.

Meer weten? www.werkplaatsenjeugd.nl

V&VN Wetenschapscommissie

In de V&VN Wetenschapscommissie kunnen jeugdverpleegkundigen met een wetenschappelijke achtergrond elkaar vinden om ervaringen en informatie over lopende onderzoeken te delen. Uiteindelijk is het doel van deze commissie om te komen tot een jeugdverpleegkundige onderzoekslijn. Ook willen zij onderzoek in de praktijk stimuleren en adviseren zij over wetenschappelijk vraagstukken vanuit het jeugdverpleegkundige perspectief. ☺

*Tekst:
Suzanna
van Dam*

*Suzanna
van Dam is
jeugd- en
stafverpleeg-
kundige bij
Jeugdgezond-
heidszorg
Zuid-Limburg,
lid van de
Stippel
Brigade en
redacteur bij
Tijdschrift
M&G*

Infectieverpleegkundige Agatha van der Veen

'Ik raak hier nooit uitgeleerd!'

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Agatha van der Veen (26) sociaal verpleegkundige infectieziektenbestrijding. Zij kwam begin februari van dit jaar in deze functie in dienst van GGD Fryslân. 'De GGD is altijd in beweging. Daarom raak ik hier nooit uitgeleerd!'

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Hoe ben je terechtgekomen bij GGD Fryslân als sociaal verpleegkundige infectieziektenbestrijding?

'Zoals bijna iedereen was ik blijven hangen bij mijn laatste stageplek en kreeg daar mijn eerste vaste baan. Dat was op de afdeling cardiologie in het ziekenhuis. Dat beviel me prima, maar door een flinke hernia moest ik daar stoppen. GGD Fryslân gaf me de kans om rustig op te bouwen en ik mocht mijn tijden flexibel indelen. Ik kwam eerst op reizigersadvisering terecht, maar door corona belandde ik al snel bij de afdeling infectieziekten.'

En? Bevalt het?

'Heel erg! Als ik het nu vergelijk met werken in het ziekenhuis, dan merk ik dat je daar voornamelijk bezig bent met zorg. Dat is logisch natuurlijk, maar je blijft daardoor wel telkens op een bepaald punt staan. Verder kom je niet. Wat ik bij infectieziekten zo leuk vind is dat je telkens je horizon moet verbreden en goed om je heen moet kijken wat er bijvoorbeeld speelt in de maatschappij en in de publieke gezondheid. Ofwel; niets is zwart of wit, vrijwel alles is maatwerk en vaak vraagt het om verder onderzoek.'

BIO

Naam: Agatha van der Veen

Werkt bij: GGD Fryslân

Opleiding: hbo-v, Hogeschool Leeuwarden

Is goed in? 'Ik ben rustig en praktisch. Dus minder op de theorie en meer op het aanpakken. Dat valt vaak goed bij de collega's.'

Minder goed in? 'In een groep ben ik afwachtend. Ik ben niet zo direct en een tikje introvert. Daarom kunnen mensen me soms niet zo goed peilen wat af en toe weerstand opwekt. Terwijl ik dat natuurlijk helemaal niet wil veroorzaken. Daar houd ik nu rekening mee.'

Kun je daar een voorbeeld van geven?

'Onlangs had ik een zwangere vrouw die nog niet zo lang in Nederland woonde, met hepatitis B. Dan moet je bron- en contactonderzoek doen en onder andere kijken of haar kinderen al gevaccineerd zijn. En hoe zit het verder met de vader en andere familieleden? Bij deze familie sprak alleen de dochter Nederlands. Daar hebben we de communicatie mee tot stand gebracht en daarna ook met een tolk. Want in dit stadium ben ik daar voornamelijk mee bezig; contact maken. Want ook de familie zit vaak vol vragen. Normaal gesproken doen

'Bij infectieziekten moet je telkens je horizon verbreden en goed kijken wat er speelt in de maatschappij en de publieke gezondheid'

we enkele huisbezoeken of we nodigen ze uit op de GGD. Heel soms doen we dat nog, maar wel stukken minder dan voor corona. Uiteindelijk bleken de kinderen al gevaccineerd. Voor de partner die geen hepatitis B bleek te hebben, heb ik een vaccinatieserie opgestart.'

Hoe beviel je inwerkperiode?

'Die heb ik nauwelijks gehad. Door corona was alles heel anders, het was heel chaotisch en rommelig. Heel begrijpelijk natuurlijk! Gelukkig ben ik het type dat zelf op onderzoek uitgaat en dingen oppakt. En als ik vragen had kon ik altijd bij collega's terecht. Ik kon eigenlijk vrijwel meteen volledig meedraaien.'

Wat heeft tot nu toe indruk op je gemaakt?

'Wellicht niet eens zozeer indruk, maar wel dat het heel intensief was om mee te maken. Dat was een uitbraak

van de vogelgriep bij een pluimveebedrijf. De Voedsel en Warenautoriteit (VWA) bekijkt welk type vogelgriep het is. Wij als de GGD worden ingeschakeld om de werknemers voorlichting te geven rondom dit virus en ze preventief te behandelen. Maar we vingden ook de eigenaar op, toonden begrip voor zijn situatie want al zijn kippen werden geruimd. Wij leggen uit dat de eigenaar, de medewerkers en de ruimers van de kippen contact op moeten nemen met de huisarts als

‘Een uitbraak van de vogelgriep bij een pluimveebedrijf was intensief om mee te maken’

ze griepverschijnselen krijgen. Het kan voorkomen dat er een mutatie ontstaat met het algemene griepvirus en de vogelgriep. Op deze manier kan er snel actie ondernomen worden als dit gebeurt en kan het verdere besmetting tegengaan. Natuurlijk stellen we de huisartsen hier op voorhand van op de hoogte. Als er een mutatie plaatsvindt, moet er vaak een nieuw vaccin ontwikkeld worden. Gebeurt bijna nooit, maar je moet er wel bovenop blijven zitten. Dit zijn wel de extreme werkzaamheden die een infectieverpleegkundige meemaakt hoor.’

Waar bestaan je werk dan grotendeels uit?

‘Ook gevarieerd, maar ik zit ook regelmatig aan de diensttelefoon. Daar komen de telefoontjes binnen van infectieziekten die meldingsplichtig zijn. De meest voorkomende zijn onder andere legionella, e-coli, hepatitis B, scabies en prikaccidenten. Bij deze werkzaamheden moet je ook weer vaak out of the box-denken en maatwerk leveren bij onder andere het bron- en contactonderzoek.’

Waar sta je over vijf jaar?

‘Ik werk dan zeker weten nog steeds bij GGD Fryslân! Ik kan nog zoveel kanten op hier in deze organisatie. TBC of SOA trekt me, maar ook de forensische afdeling vind ik heel interessant! Dan moet je onder andere



‘Ik kan nog zoveel kanten op bij de GGD. TBC of SOA trekt me, maar ook de forensische afdeling’

bloed afnemen bij mensen die met drugs op achter het stuur hebben gezeten. Maar ook een dagje in de vaccinatiestraat, enkele keren per maand, vind ik nog steeds heel leuk om te doen. De GGD is altijd in beweging waardoor ik hier denk ik nooit uitgeleerd raak!’ [🔗](#)

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

Kick-off expertkringen Vakgroep wijkverpleegkundigen

Op 11 maart was de kick-off van de expertkringen Vakgroep wijkverpleging. Expertkringen zijn gebaseerd op het Expertisegebied Wijkverpleegkundige. Doel ervan is om als wijkverpleegkundigen met en van elkaar te leren. Vanuit het inhoudelijke gesprek over het vak worden zaken blootgelegd én opgehaald om te agenderen voor de regionale en landelijke beleidstafels. Het was mooi om te merken hoeveel

energie er vrij komt wanneer we het gesprek voeren over het fantastische beroep wijkverpleegkundige.

Op dit moment draaien de volgende expertkringen:

- toepassen kwaliteitskader en de rol van de wijkverpleegkundigen
- indiceren van zorg/intercollegiale toetsing
- wijkgerichte preventie
- bekostiging wijkverpleging NZA

- integrale ketensamenwerking/ doelmatigheid en passende zorg.
- Elke expertkring stelde voor de komende vijf bijeenkomsten tot november een agenda op. Heb je inhoudelijke vragen over bovenstaande thema's óf wil je deelnemen aan één van de expertkringen, mail dan naar wijk.mgz@venvn.nl. 📧

Online congres *Kennis en kunde van indiceren*

Wil jij meer weten en/of kennis delen over indiceren in de wijk? Meld je dan aan voor het online congres *Kennis en kunde van indiceren* op vrijdag 28 mei. Met onderwerpen als: intercollegiale toetsing, klinisch redeneren, financieringsstromen, verpleegkundige (classificatie)systemen, ACP, gesprekstechnieken en kindzorg.

Het online congres is bedoeld voor iedereen binnen de wijkverpleging die zich aangetrokken voelt tot het vakbekwaam indiceren. Meer weten en aanmelden? Scan de QR-code. Je via www.venvn.nl aanmelden kan ook. 📧



Foto: [LinkedInSalesSolutions](#), [Unsplash](#)

Jaarplan 2020/2021 Afdeling Maatschappij & Gezondheid

In 2021 gaan we verder met het ingezette beleid, gebaseerd op onze uitgangspunten Triple Aim en 'Van ZZ via GG naar MM'. Naast het ondersteunen en faciliteren van de activiteiten van de vakgroepen hebben wij als bestuur gekozen voor de volgende speerpunten voor 2021.

1. Verkleinen gezondheidsverschillen met preventie voor lage SES-groepen

Bij groepen met een lage sociaal economische status (SES) zien we vaak een opeenstapeling van gezondheidsproblemen: overgewicht, rookverslaving, drankverslaving, gokverslaving (tegenwoordig digitaal, dus laagdrempelig bereikbaar en redelijk onzichtbaar), armoede etc.. De beschikbare wetenschappelijke verantwoorde preventieve interventies die we kunnen toepassen werken vaak niet bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Daarom willen we werken aan verbetering van de preventie voor lage SES-groepen. Uitgangspunt voor 2021 is de preventie-nota van staatssecretaris van Volksgezondheid Paul Blokhuis (zie Tijdschrift 2020 nr.2 p.4). De aanpak in deze nota komt overeen met de aanpak die de afdeling en de vakgroepen bepleiten. We beschrijven de activiteiten die de vakgroepen ondernemen voor hun eigen doelgroepen, zoeken naar overeenkomsten en verschillen en hoe de vakgroepen elkaar kunnen stimuleren en samenwerken.

2. Verbreding visie Afdeling M&G

De afdeling baseert zich op de internationaal gedeelde drie doelstellingen van Triple Aim: een verbetering van gezondheid van de bevolking, een verbetering van de kwaliteit van zorg en het terugdringen van vermijdbare kosten. Voortschrijdend internationaal inzicht leert dat we voortaan in plaats van Triple Aim moeten spreken van *Quadriple aim*: naast de drie onderdelen van Triple Aim wordt daaraan toegevoegd: verbeterde

beleving en arbeidssatisfactie van de zorgverlener/professional. De afdeling gaat deze verbreding in 2021 verder uitwerken.

3. Beïnvloeden kabinetsformatie

Op 17 maart vonden de parlementsverkiezingen plaats. Daarna start het formatieproces wat uiteindelijk moeten leiden tot een nieuw kabinet. Bij de vorige verkiezingen in 2017 richtte de afdeling zich tot de formateur om het gedachtegoed van de afdeling in te brengen. Ook droeg de afdeling haar standpunten aan bij de RVS om daarmee invloed uit te oefenen op het gebruikelijke Advies aan de nieuwe minister van VWS. Veel van onze ideeën waren terug te vinden in het RVS-advies *Zorgagenda voor een Gezonde Samenleving*. Ook in 2021 zullen we dit soort stappen zetten in overleg met het bestuur van V&VN.

4. Voorbereiding gemeenteraadsverkiezingen/lokaal gezondheidsbeleid

Op lokaal niveau schrijven partijen nu al hun verkiezingsprogramma's voor de gemeenteraadsverkiezingen in 2022. Voor alle leden van de afdeling van M&G is dat van groot belang. Alle vakgroepen hebben immers te maken met gemeentelijke invulling van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en/of de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en/of de Jeugdwet. Leidraad binnen het gemeentelijk gezondheidsbeleid voor komende vier jaar is de in 2021 of 2022 te formuleren *Nota Lokaal Gezondheidsbeleid*.

Onze afdeling startte met de beïnvloeding van deze processen door het verspreiden van de analyses en aanbevelingen van de VTV 2018 onder de leden van de afdeling M&G. Dit kreeg een vervolg met onze reactie op de in de in 2020 verschenen *Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024*.

In de aanbiedingsbrief van deze Nota formuleerde staatssecretaris Paul Blokhuis ambities en handelingsper-

spectieven voor vier gezondheidsvraagstukken, namelijk:

- het verbeteren van de gezondheid in de fysieke- en sociale leefomgeving
- het verminderen van gezondheidsachterstanden
- het verlagen van de druk op het dagelijks leven bij de jeugd en jongvolwassenen
- het bijdragen aan het vitaal ouder worden.

Alle verpleegkundigen van onze afdeling zijn in potentie betrokken bij de uitwerking van deze vier doelstellingen op lokaal niveau. De vakgroepen zullen in 2021 hun leden stimuleren en faciliteren om op lokaal niveau actief aan de slag te gaan met deze items en ze op de gemeentelijke politieke agenda te zetten.

5. Structuur afdeling M&G

Afzonderlijke vakgroepen zoeken al langere tijd naar ruimte om zelfstandig en autonoom te functioneren en zich intern en extern te profileren en positioneren. Nu de reorganisatie van V&VN nieuwe stijl langer duurt dan verwacht, rijst dan ook de vraag of de structuur van Afdeling M&G nog langer houdbaar is. En of alle vakgroepen zich nog langer onder de paraplu van M&G thuisvoelen. De vakgroep reizigersvaccinatie gaat sowieso in 2021 zelfstandig verder buiten V&VN. De vakgroepen en het bestuur van de afdeling zullen zich daarom in 2021 nader oriënteren om te bezien onder welke organisatorische constructie ze zich binnen V&VN Nieuwe Stijl kunnen positioneren en wat de voor- en nadelen van de diverse constructies zijn en welk bestaansrecht er nog bestaat voor de Afdeling M&G in de huidige of eventueel aangepaste vorm.

In deze oriëntatie speelt de vraag van andere extramurale groepen binnen V&VN, zoals de praktijkverpleegkundigen, de arboverpleegkundigen en de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen om nauwere samenwerking te verkennen, een rol. ☺

Familiezorg is voor elke cliënt van belang

En wie zorgt er voor de familie?

Een partner met dementie, kinderen met ernstige beperkingen die levenslang intensieve zorg nodig hebben. Het zorgen voor een naaste die ziek is of zorg nodig heeft kan grote consequenties hebben voor de hele familie. Dan is het belangrijk dat ook de familie ondersteund wordt. Marie Louise Luttkik, lector Familiezorg aan de Hanzehogeschool Groningen deed er onderzoek naar.

*Tekst:
Valerie
Schipper*

Na haar opleiding tot verpleegkundige en een aantal jaren werkervaring in het ziekenhuis, besloot Marie Louise Luttkik, nu lector Familiezorg aan de Hanzehogeschool in Groningen, om verplegingswetenschappen te gaan studeren. Als junior onderzoeker was zij daarna betrokken bij de evaluatie van een cursus voor chronisch zieke patiënten en partners, gegeven door een wijkverpleegkundige. Een onderdeel van deze cursus ging specifiek over hoe het is om als echtpaar te leven als een van beiden chronisch ziek is. 'Tijdens deze sessie vroeg de wijkverpleegkundige aan de partner hoe het nou eigenlijk met hem ging. Hij antwoordde dat hem dat eigenlijk in al die jaren nog nooit was gevraagd. Daar is mijn interesse voor familiezorg ontstaan en het laat me niet meer los.'

Wat is eigenlijk familiezorg?

'In feite is het een visie, een manier van denken en werken waarbij je niet meer alleen de patiënt centraal stelt maar de hele zorgsituatie. Een patiënt staat namelijk nooit op zichzelf, mensen zijn altijd onderdeel

'Het is een visie, een manier van denken en werken waarbij je niet meer alleen de patiënt centraal stelt maar de hele zorgsituatie'

van een (familie)systeem. Als iemand ernstig ziek wordt raakt dat niet alleen de patiënt, maar ook zijn familie en directe naasten. Er moeten niet alleen praktische dingen worden geregeld, maar het gaat ook om emoties als verdriet, verlies en soms boosheid en



frustratie. De overheid verwacht steeds meer van familie dat ze bijdragen aan de zorg voor hun familielid. De kwaliteit van de relaties in een familie is heel bepalend voor de zorg die de patiënt krijgt. Als familie steeds meer mede-verantwoordelijk wordt voor de zorg dan kunnen we het ons gewoon niet meer permitteren om alleen de patiënt centraal te stellen. Dan moet je ook kijken naar de familie. Wat betekent de situatie voor hen? Kunnen ze het samen oppakken? Kunnen zij het volhouden? En wat hebben ze daarvoor nodig?'

Het familiegesprek is een belangrijk onderdeel binnen familiezorg, toch?

'Vanuit het lectoraat is het familiegesprek inderdaad een belangrijke focus. Naar mijn mening ligt daar een belangrijke sleutel voor het verbeteren van de kwaliteit

Voorbeeld van een 'therapeutische brief'

Bewerking van brief geschreven door een student hbo-v Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Verpleegkunde.

Beste cliënt,

Als eerste wil ik u bedanken voor de momenten dat ik bij jullie thuis mocht komen om te praten over uw familie en de situatie waar u zich momenteel in bevindt. U heeft zich opengesteld naar mij, wat ik erg waardeer.

Uw echtgenote krijgt sinds een paar maanden hulp bij de ADL van de thuiszorg. Sinds een paar weken krijgt u zelf ook hulp van thuiszorg. Tijdens het intakegesprek dat ik met u heb gevoerd, bleek dat de mantelzorgtaken u soms wat te veel worden. Om deze reden heb ik een familiegesprek georganiseerd, waarbij u zelf, uw echtgenote en uw kinderen aanwezig zijn geweest. In het familiegesprek kwam naar voren dat u graag thuis wilt blijven wonen, maar u wist in het begin nog niet precies wat u daarvoor nodig had. Uw dochter kwam met

een aantal ideeën om ervoor te zorgen dat u zo lang mogelijk samen met uw vrouw thuis kan blijven wonen. Uw dochter stelde voor dat de huishoudelijke hulp één keer per week kan komen in plaats van één keer in de twee weken. Uw zoon stelde voor dat jullie gebruik gaan maken van een taxi, omdat hij het autorijden niet meer vertrouwt. In overleg met u, uw vrouw en uw kinderen is besloten een personenalarmering aan te vragen voor uw vrouw, zodat u wat vaker zelf het huis uit kan gaan en zich geen zorgen hoeft te maken over uw vrouw.

Wat ik vooral heb gezien tijdens dit gesprek is dat u een sterk persoon bent en niet snel opgeeft. Dat zijn goede eigenschappen, waar u trots op kan zijn! Ook zag ik bij u en ook bij uw kinderen heel veel liefde en zorg voor uw vrouw. Echter moet

de situatie voor u niet te veel worden. Om die reden zou mijn advies zijn wat meer zorg te accepteren en uw kinderen wat meer te betrekken bij de mantelzorgtaken die u uitvoert voor uw echtgenote. In het familiegesprek is duidelijk naar voren gekomen dat uw kinderen willen helpen waar nodig, maar dan is het belangrijk dat u dit wel aangeeft bij hen. Ik wil u bedanken dat u met mij in gesprek bent gegaan over de situatie waar u momenteel in zit. Ook wil ik uw echtgenote en uw kinderen bedanken voor het vertrouwen en de openheid tijdens het familiegesprek.

Bij vragen of onduidelijkheden naar aanleiding van deze brief, kunt u contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

van zorg voor cliënten en hun naasten. Tijdens zo'n familiegesprek gaat het erom te komen tot open communicatie. Je gaat met de cliënt en familie om tafel om te bespreken hoe iedereen naar de situatie kijkt, wat iedereen kan en wil doen, wat men van elkaar verwacht.'

Vanuit de Hanzehogeschool Groningen deed u onderzoek naar deze familiegesprekken. Wat kwam hieruit?

'We hebben inderdaad onderzoek gedaan naar de effecten van het familiegesprek, gevoerd door wijkverpleegkundigen die daarvoor een training hadden gevolgd. We zagen verschil tussen de groep waarbij de familiegesprekken plaatsvonden ten opzichte van de controlegroep, waar geen familiegesprekken werden gevoerd. Bij de families 'met'

familiegesprekken bleef de situatie een half jaar stabiel, families functioneerden beter en overbelasting kon worden voorkomen. Bij de controlegroep nam de ervaren belasting van families juist toe. Bovendien bleek dat in de interventiegroep families uiteindelijk minder uren wijkverpleegkundige zorg hadden in vergelijking met de controlegroep. Familiegesprekken voeren maakt de zorg dus niet duurder, integendeel, het lijkt juist kosten te besparen.'

'Voor het vervolg op dit onderzoek kregen we subsidie van Stichting de Friesland. Om de casemanager dementie te trainen in het voeren van familiegesprekken en dit verder te onderzoeken. Dit loopt nu. Wat ons betreft zou elke verpleegkundige deze gesprekken moeten kunnen voeren, in alle zorgsettings. Je moet overal aandacht hebben voor wat er



Foto: Jana Sabeth, Unsplash

gebeurt met de patiënt en welke invloed dit heeft op de partner of de familie. Het gaat natuurlijk niet alleen om dementie. Ook in een familie waarin een relatief gezonde moeder haar been breekt, moet de hele familie zich aanpassen aan de nieuwe situatie.'

U bent lector aan de Hanzehogeschool. Hoe worden toekomstige hbo-verpleegkundigen opgeleid om de familie in de zorg te betrekken?

'Onze missie is dat we de studenten leren dat ze nooit alleen naar de patiënt moeten kijken, maar altijd naar de patiënt in zijn sociale context. In ons verpleegkundig opleidingsprofiel staat ook steeds "patiënt en naasten" beschreven. Maar hoe doe je dit concreet? Daarvoor moet je kennis hebben en vaardigheden aangeleerd krijgen. Wij leren onze toekomstige verpleegkundigen te werken met onder andere een genogram en een ecogram; instrumenten om de (belangrijke) sociale contacten van een patiënt in kaart te brengen.

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

Onze toekomstige verpleegkundigen leren daarnaast om het gesprek met de patiënt en zijn of haar familie aan te gaan. Dus bij een vak als communicatieve vaardigheden, leer je niet alleen om een gesprek te hebben met een persoon, de patiënt, maar juist om een gesprek met meerdere personen, patiënt en familie, te voeren. Studenten moeten als opdracht in hun stage een familiegesprek voeren en over dit gesprek een brief aan de familie schrijven. Deze 'therapeutic letter' is een manier om mensen terug te geven wat er is besproken en welk probleem of welke zorg er gezamenlijk is vastgesteld en afgesproken. De student deelt in de brief ook wat hij of zij heeft gezien aan kracht en kwaliteiten in de betreffende familie. Vaak zie je tijdens een familiegesprek dat de familie heel erg betrokken is. Dit terug te horen kan steun geven.'

Wat wil je de lezers meegeven?

'Verdiep je in families en maak contact met hen, familie verhalen maken je werk zoveel interessanter. Tegelijkertijd merken we ook dat verpleegkundigen hier vaak onzeker over zijn; hoe ga ik dat organiseren? En hoe zorg ik ervoor dat zo'n gesprek goed verloopt en dat er geen ruzie ontstaat? Heel begrijpelijk. Vanuit het

'Bij de families 'met' familiegesprekken bleef de situatie een half jaar langer stabiel'

lectoraat Familiezorg ontwikkelden we verschillende trainingen voor professionals in de eerste en de tweede lijn. Verpleegkundigen die zo'n training volgden, vertelden ons dit als een verrijking te hebben ervaren. Ze zijn verpleegkundige geworden om dichtbij mensen te staan. Om mensen, cliënten en ook hun familieleden, te ondersteunen. Dit lukt beter door de training; er ontstaan echte ontmoetingen. Dus ik zou zeggen, gun het jezelf om je te verdiepen in familiezorg; het zal je veel opleveren.' 🍷

Meer informatie over de trainingen op www.hanzepro.nl/alle-opleidingen/zorg-en-welzijn/care/familiezorg/

Jeugdverpleegkundigen in de wetenschap

'Waarom bestaat er nog geen hoogleraar Verplegingswetenschap Jeugd?'

Eveliëne Dera en Ingrid Staal zijn twee van de drie jeugdverpleegkundigen in Nederland die gepromoveerd zijn. Hier vertellen ze over hun ervaringen in een promotietraject en het belang van wetenschap voor jeugdverpleegkundigen.



Eveliëne Dera werkt bij Hogeschool Zuyd als docent onderzoeker bij de academie Verpleegkunde. Haar promotieonderzoek ging over de rol van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen bij de preventie van overgewicht, met name de mogelijkheden hierin tijdens het eerste levensjaar van een kind.

uitvoering en focus op het thema van onderzoek. Ook merk ik dat ik nu snel kan schakelen tussen meer overstijgende zaken en de dagelijkse praktijk. Mensen die alleen beleidservaring hebben vergeten vaak wat de impact op de praktijk is en mensen die alleen in de praktijk werken worden soms ingehaald door de dagelijks gang van zaken; het zien van de ouders en kinderen bijvoorbeeld waardoor er weinig ruimte overblijft voor de grotere lijnen. Daar kan ik goed tussen laveren.'

Tekst:
Suzanna
van Dam

Waarom ben je gaan promoveren?

'Na de hbo-v, ruim twintig jaar geleden, ging ik gezondheidswetenschappen studeren. Daarin was echter nauwelijks werk en zo belandde ik in 2000 bij de JGZ. Ik zag toen een vacature van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, een samenwerkingsverband om onderzoek, beleid en praktijk met elkaar te verbinden. Een van de onderzoekthema's - overgewicht - sprak me erg aan. Vanuit het onderzoek is de focus van het onderwerp komen te liggen op het voorkomen van overgewicht in met name het eerste levensjaar van het kind. Vanuit deze werkplaats waren ze erg geïnteresseerd in mijn verpleegkundige achtergrond. Overige vacatures werden door artsen en beleidsfunctionarissen ingevuld. Maar voor jeugdverpleegkundigen is het doen van onderzoek nog geen vanzelfsprekendheid. Dit zit namelijk minder geborgd in de opleiding tot verpleegkundige van oudsher. Als arts krijg je deze academische vaardigheden meer vanzelfsprekend mee.'

Wat betekende promoveren voor jou?

'Mijn promotie vond plaats in samenwerking met drie verschillende organisaties; de GGD, Envida (thuiszorg en destijds JGZ 0-4-organisatie) en het MUMC+ (Maastricht Universitair Medisch Centrum). Zo kreeg ik meer inzicht in de verschillende culturen van organisaties, maar ook hoe verschillende belangen een rol kunnen spelen bij de

Wat kunnen jeugdverpleegkundigen zonder wetenschappelijke achtergrond met wetenschappelijk onderzoek?

'Het is van belang dat je bij bijvoorbeeld de landelijke richtlijnen echt probeert te begrijpen wat er staat en waar het op gebaseerd is. Zodat je een besluit beter kunt onderbouwen naar ouders en ketenpartners. Dat we het niet op deze manier doen omdat we het al jaren zo doen, maar dat er echt een wetenschappelijke grondslag voor is. Denk aan screeningsmethoden, zoals Van Wiechen. Mocht je nog niet zo thuis zijn in de wetenschap dan kan het helpen om de verbinding te zoeken met collega's die hier meer affiniteit mee hebben en je kunnen ondersteu-

'Het doen van onderzoek door JGZ-verpleegkundigen zit minder geborgd in de opleiding'

nen bij het meer eigen maken van Evidence Based Practice (EBP)-vaardigheden. Daarnaast hoop ik dat er binnen JGZ-organisaties meer aandacht komt voor jeugdverpleegkundigen die willen promoveren. Laat als jeugdverpleegkundige zien dat je interesse hebt in de wetenschap. Maak dit bespreekbaar, bijvoorbeeld tijdens een functioneringsgesprek. Verder kun je kijken wat de mogelijkheden zijn om een wetenschappelijke studie te volgen.'

Interview



Ingrid Staal werkt als adviseur innovatie en academisering bij GGD Zeeland. Ze promoveerde op het verbeteren van vroegsignalering van opvoed- en opgroei problemen bij jonge kinderen. Opbrengst ervan is *Signaleren van Problemen en Analyse van Risico's bij opvoeding en ontwikkeling van Kinderen*, beter bekend als de SPARK-methode.

Hoe belandde jij in jouw promotietraject?

'Eigenlijk wilde ik helemaal niet promoveren. Dat is toch niet iets voor mij of voor een verpleegkundige dacht ik. Wel wilde ik antwoord op mijn vraag wat de meerwaarde is van het huisbezoek. Destijds werden daar regelmatig vraagtekens bij gesteld. Zo verscheen een artikel in *Tijdschrift JGZ* met de kop: 'Het huisbezoek in de OKZ: ritueel of rationeel?'. Die vraag triggerde mij. Ik vond dat we juist vanuit de eigen beroepsgroep meer inzicht zouden moeten geven in dat verpleegkundig huisbezoek. In diezelfde periode was ik begonnen met de opleiding verplegingswetenschap. Daardoor ging het rollen. Mijn organisatie vroeg mij een protocol voor het

'Eigenlijk wilde ik helemaal niet promoveren. Dat is toch niets voor mij?'

18 maanden huisbezoek vorm te geven en te implementeren. Ik zei ja, maar met de wedervraag dat ik hierbij graag data wilde kunnen verzamelen, zodat we na implementatie meer inzicht zouden kunnen geven dan de veelal gebruikelijke procesevaluatie achteraf. Rond de analysefase van die data kwam ik Guus Schrijvers tegen, hoogleraar Public Health. Hij hielp me om door te pakken naar een gedegen wetenschappelijk onderzoek. Dit leidde uiteindelijk tot een promotietraject.'

Hoe heb jij het traject ervaren?

'De wetenschap leert ons als JGZ en verpleegkundigen veel, maar de wetenschap leert ook veel van ons als verpleegkundigen. Jeugdverpleegkundigen horen ook thuis in de academische wereld. Wij zijn vaak pragmatisch ingesteld en kunnen snel schakelen. Dit hoort bij ons vak. Dat brengen wij de wetenschap. Bijvoorbeeld als we een plan bedachten voor een onderzoek en dit

liep niet zoals gepland, dan kon ik snel denken in wat wel mogelijk zou zijn voor de praktijk. Een voorbeeld: voor deelname aan onderzoek moet toestemming gevraagd worden aan ouders. Die zijn door het laagdrempelige contact tussen hen en jeugdverpleegkundigen eerder geneigd om die toestemming te geven. Dit vraagt echter ook tijd en uitleg voor de verpleegkundigen. Door in goed overleg te komen tot een werkwijze die voor jeugdverpleegkundigen past, vergroot je het bereik en respons van je onderzoek.'

Wat is de waarde van wetenschap voor de JGZ?

'Mijn motivatie is altijd het verbeteren van de praktijk geweest, voor de kinderen, jeugdigen en ouders. De SPARK zorgt er bijvoorbeeld voor dat opvoed- en opgroei problemen eerder en beter gesignaleerd worden, en dat de verschillen tussen professionals worden verkleind. Daardoor kan vroegtijdig passende ondersteuning geboden worden. Mijn uitgangspunt is dat iedereen die in de JGZ werkt uiteindelijk de beste zorg wil voor de kinderen, jeugdigen en ouders. Daar vinden we elkaar, ieder doet dat vanuit zijn of haar eigen perspectief en ik doe dat onder andere door de kennis vanuit de wetenschap met de praktijk te verbinden.'

Welke ontwikkelingen hoop jij dat de JGZ op wetenschappelijk gebied nog gaat maken?

'Dat de wetenschappelijke tak nog beter wordt geborgd. Een hoogleraar Verplegingswetenschap Jeugd zou daar een goede bijdrage aan kunnen leveren. En dat we niet elke keer nieuwe dingen ontwikkelen, maar goed kijken naar wat er al is. Dit voelt voor mij als een verplichting. We doen het wel met maatschappelijk geld. Verder zou ik mijn jeugdverpleegkundige collega's adviseren om niet te aarzelen om vragen te stellen of met ideeën te komen. Dit leerde ik tijdens mijn promotietraject; blijf waarom-, wat- en hoe-vragen stellen, blijf zoeken naar antwoorden. Samen komen we verder vanuit de intrinsieke motivatie voor een goede toekomst voor elk kind en te zorgen dat wat we doen ook daadwerkelijk daaraan bijdraagt.'

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

Derde gepromoveerde jgz-verpleegkundige

Rienke Bannink is de derde jeugdverpleegkundige die gepromoveerd is. Zij heeft onderzoek gedaan naar het bevorderen van de mentale gezondheid en gezond gedrag bij adolescenten.

Mijn ambassadeurschap

Wijkverpleegkundige Michelle Meertens:

‘Het traject helpt je om te groeien in je vak’

V&VN Maatschappij&Gezondheid verzorgt sinds acht jaar ambassadeursopleidingen. In een traject van een jaar leren wijk-, dementie-, jeugd- en sociaal verpleegkundigen om hun beroep op de kaart te zetten, te positioneren en om te netwerken. Ook leren ze persoonlijk leiderschap te ontwikkelen. Zowel V&VN M&G als hun werkgever steunen de opleiding. In deze rubriek komt elke keer een ambassadeur aan het woord. Deze keer Michelle Meertens (29), werkzaam bij Envida in Maastricht. Ze is zes jaar wijkverpleegkundige en ontving in mei 2020 haar certificaat tot ambassadeur.

Waarom begon je aan het ambassadeurs-traject?

‘Een beleidsmedewerker binnen Envida tipte mij. In eerste instantie dacht ik dat ik dit niet kon. Ik, een meisje uit Limburg? Toen zei diegene tegen mij: “Kom uit je comfortzone en meld je gewoon aan.” Ik heb er geen minuut spijt van gehad!’

Wat stak je er het meest van op?

‘Je volgt dit traject met ambassadeurs uit het hele land. Dat is boeiend. Je leert veel van elkaar, ziet ook hoe andere organisaties bepaalde zaken aanpakken. Mooi ook is dat je samen met gelijkgestemden het wijkverpleegkundige vak positief onder de aandacht wilt brengen. Ons vak is immers meer dan alleen steunkousen aantrekken en dagelijkse verzorging.’

Zijn er professionals die nog steeds zo naar het vak wijkverpleegkundige kijken?

‘Zeker weten! Van zorgverzekeraars, gemeente-ambtenaren tot huisartsen. Daarom maakten wij als ambassadeurs het boekje *Speak Up*. Daarin staan schrijnende, ontroerende, maar ook beleidsmatige en opiniërende artikelen waarin ons vak perfect naar voren komt.’

Wat leerde jij persoonlijk van het ambassadeurstraject?

‘Mijn zelfverzekerdheid is enorm gegroeid. Tegenwoordig zit ik aan tafel bij zorgverzekeraars en doe ik namens Envida onder andere mee aan de tweede pilot vanuit de NZa die de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging onderzoekt. Dat had ik mezelf voor dit traject niet zo snel zien doen. Ook heb ik geleerd meer los te laten en grenzen te stellen. Ik ben nogal een duizendpoot die alles graag zelf doet. Mijn coach deed mij inzien dat als een ander iets van mij overneemt en het niet zo doet als ik het in mijn hoofd heb, dit ook goed is.’

Je won onlangs de Florence Nightingale Lamp. Waarvoor?

‘Samen met andere collega’s startte ik een project om verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen meer met elkaar te laten samenwerken. De verpleegkundigen misten uitdaging in hun werk, de wijkverpleegkundigen ervaren werkdruk. We gingen op zoek naar wederzijdse aanvulling en een betere rolverdeling. De verpleegkundigen krijgen nu twee e-learnings waarin ze eerst leren over onder meer het OMAHA-systeem, positieve gezondheid, indiceren en organiseren en samenwerken met de cliënt. Daarna krijgen ze meer inhoudelijke taken; ze houden bijvoorbeeld zelf het zorgplan bij. De wijkverpleegkundige houdt de regie. Inmiddels werken 85 verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen zo - heel enthousiast - met elkaar samen. En andere organisaties hebben interesse getoond. Echt heel leuk!’

Raad je het aan om mee te doen aan een Ambassadeurstraject?

‘Ja! Dit traject helpt zeker om te groeien in je vak! Als ik zie waar ik nu en zes jaar geleden stond, dan is dat een wereld van verschil. En het is goed om uit te dragen wat het vak inhoudt en dat het het mooiste vak ter wereld is!’ [🔗](#)

Ga voor *Speak Up* naar www.venvn.nl. Tik in zoekvenster: presentatie boekje *Speak Up*

Er bestaat een traject voor wijk- en dementieverpleegkundigen en jeugd- en OGZ-verpleegkundigen. Houd voor aanmelding de website in de gaten: www.venvn.nl/afdelingen/maatschappij-en-gezondheid



Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Marieke
Rijsbergen is
hoofdredac-
teur van Tijd-
schrift M&G
en freelance
journalist

Kleinzoon 'koopt' nieuwe auto van oma's geld

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Wat doe je met een cliënt met dementie waarvan je ziet dat de kleinzoon haar bankrekening plundert?

Tekst:
Hans
van Dartel

Casus

Ik begeleid circa 4,5 jaar mevrouw Konings die 83 jaar oud is en een zoon (John) heeft. Mevrouw Konings is sinds vijf jaar weduwe en drie jaar geleden is de diagnose Alzheimer bij haar vastgesteld. Haar zoon John is vorig jaar gescheiden en heeft een nieuwe vriendin die niet goed ligt bij mevrouw Konings en de zoon van John (Erik). Na diverse ruzies is Erik het huis uitgezet en vond onderdak bij zijn oma op zolder. In eerste instantie ging dit erg goed. Mevrouw Konings was blij met de extra aandacht en voelde zich niet meer zo alleen. Totdat ik onlangs langsging en er plots een nieuwe auto op de oprit stond. Bij navraag bleek die van de kleinzoon. Erik had geregeld dat oma hem had gemachtigd voor haar bankrekeningen. Hij had zichzelf een cadeautje gegeven. Na diverse indringende gesprekken met mevrouw Konings begrijpt zij dat haar kleinzoon te ver is gegaan. Maar aangifte doen tegen haar kleinzoon gaat haar te ver omdat zij bang is om het contact met haar kleinzoon en zoon te verliezen. Wat kan ik doen?

Het is een lastige kwestie die je voorlegt waar niet een heel gemakkelijk antwoord op te geven is. Tenminste, wanneer je jouw vraag vanuit een morele invalshoek benadert. Vanuit een gezondheidsrechtelijke invalshoek oogt het als een relatief simpel verhaal. Het komt er dan op neer dat je de meldcode huiselijk geweld zou dienen te volgen. Dat betekent om te beginnen de zaak bespreken met een collega en Veilig Thuis anoniem raadplegen. Bij een volgende stap in het proces kom je dan mogelijk voor de beslissing te staan om echt een melding te doen bij Veilig Thuis. Die weg inslaan wijkt af van de manier waarop je zelf naar de casus kijkt. Die heeft zowel juridische als morele aspecten, zo lijkt het. Je hebt immers nagedacht over aangifte doen en dat met mevrouw Konings besproken. Dat is typisch een benadering die voortkomt uit een aangetast rechtsgevoel.

Onrecht tegengaan

Heel begrijpelijk dat je zo reageert. Wanneer je als burger geconfronteerd wordt met criminele activiteiten, is het inzichtelijk dat je probeert het onrecht tegen te gaan en het handelen van de dader te laten beoordelen vanuit een justitieel perspectief. Dus aangifte doen. Maar dan loop je onmiddellijk tegen een probleem aan. Want hoezeer je ook verlangt naar een herstel van de rechtsorde en vervolging in zou willen laten stellen tegen de zoon, de rol die je inneemt in de casus verhindert dat: jij hebt primair een zorgopdracht en bent simpelweg dus niet van de opsporing. Vanuit die invalshoek bekeken is het wel creatief dat je hebt getracht om mevrouw Konings ertoe te brengen om zelf aangifte te doen. Dat past

'Dat de relationele afhankelijkheid die iemand kan ervaren zo wordt misbruikt, is schrijnend. Daar moet je wat mee'

ook bij de nadruk die we in de moderne verpleegkunde leggen op de ondersteuning van het zelfmanagement in kwesties die de gezondheid verstoren. Want je mag aannemen dat hier ook terdege sprake is van een verstoring van gezondheid. Toch ziet mevrouw Konings om een aantal voor haar belangrijke redenen af van het inslaan van die weg.

Het dilemma van de cliënt

Blijkbaar ervaart mevrouw zelf een moreel dilemma. Want hoewel ze inziet dat haar kleinzoon te ver is gegaan, wil ze ook de relatie met hem en haar zoon niet op het spel zetten. Die is denk ik te kostbaar voor haar. Waarschijnlijk acht ze die relatie van groter belang dan de centen voor die auto. Precies dat dilemma maakt het in deze en andere vergelijkbare casussen begrijpelijk dat financieel misbruik door kan blijven gaan. Schrijnend is dat. In dat kader kan ik me een casus herinneren waarbij de familie het heel

vanzelfsprekend vond om als een soort tegenprestatie voor bezoeken, de portemonnee van oma stevig aan te spreken voor allerlei dure cadeaus. En ook wanneer slachtoffers, net als in jouw situatie, het misbruik erkennen, is er tegelijkertijd het probleem dat ze de banden niet door willen snijden. Want 'die jongen is dan wel een dief, maar het is ook mijn dief. Die moet je dus met rust laten.' En als de banden als gevolg van bijvoorbeeld aangifte doen, doorgesneden worden, wat blijft er dan eigenlijk over voor mensen als mevrouw Konings? Aan te beleven warmte? In de strijd tegen toenemende eenzaamheid en verlieservaringen?

Het blijft steken

Toch blijft het steken. Dat de relationele afhankelijkheid die iemand kan ervaren zo wordt misbruikt, is schrijnend. Daar moet je wat mee. Om dat 'moeten' in te vullen grijp ik toch terug naar de meldcode huiselijk geweld. Die is een paar jaar geleden aangescherpt en leidt voor professionele zorgverleners nu eerder tot een meldplicht. Als ik kijk naar de verschillende stappen uit die code, zijn er twee stappen die ik wat naar voren zou willen halen: de eerste is dat je in gesprek zou dienen te gaan met de betrokkenen. Dus niet alleen met mevrouw Konings, maar dus ook met de kleinzoon. En mogelijk de zoon, hoewel ik me bij

'Breng goed in beeld wat de financiële, maar ook de welzijnsschade is die uw cliënt ervaart door het gedrag van haar kleinzoon'

het lezen van de casus afvroeg of die feitelijk nog veel contact heeft met zijn moeder. Uiteraard dien je omzichtig te werk te gaan: goed inschatten in welke mate de kleinzoon ontvankelijk is voor een gesprek en of het aangaan van het gesprek geen risico's op gaat leveren voor mevrouw Konings. Verder is het van



groot belang om goed in beeld te brengen wat de financiële maar vooral welzijnsschade is die mevrouw Konings door het gedrag van haar kleinzoon, ervaart. Daarmee kom ik toe aan een ander punt van de code: om het geweld dat aan de orde is, goed te wegen. En daarbij in deze casus niet in de valkuil te trappen dat de dementie de ervaring verzacht. Tenslotte: laat je in heel het proces adviseren door een vertrouwde deskundige collega of door Veilig Thuis. Dit zijn namelijk geen zaken om alleen op te lossen. Hier heb je meer denkkracht voor nodig. Goed dus dat je het aankaartte. 🗨️

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

NUTRILON

MET PRONUTRA™ ADVANCE FORMULE

ONDERSTEUNT HET IMMUUNSISTEEM VANUIT DE DARM¹⁻⁹



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



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



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

Dankzij:

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

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

www.nutriciavoorprofessionals.nl

Blijf up to date!



**NUTRICIA
NUTRILON**