

Maatschappij & Gezondheid



■ Dit is het einde...
... het allerlaatste nummer
van Tijdschrift M&G



De informatiebron

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

In deze laatste informatiebron aandacht voor rapporten die zich richten op de toekomst van de ouderen(zorg) en de jeugd. De rapporten zijn te raadplegen op de websites van de uitgevende instellingen.

Ouderen

Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050: Scenario's voor toekomstig zorggebruik, arbeidsmarkt en huisvesting/ABF, 2022

Ouder worden 2040 : Een transformatieagenda voor een ouder wordende samenleving/
Ouder Worden 2040, 2022

Wenkend perspectief wonen, welzijn en zorg in 2040/Taskforce Wonen en Zorg, 2022

Ouder worden 2040: 'De laatste 1.000 dagen': voorbereiden op waardig leven en sterven in de laatste levensfase/Ouder Worden 2040, 2022

Back to the future, naar een toekomstgerichte wijkverpleging/HAN University of Applied Sciences, Academie Gezondheid en Vitaliteit, 2022

Een duurzame toekomst is een gezonde toekomst/
Actiz, 2022

Jeugd

Opvoeden in een opwarmend klimaat : Kinderen en jongeren een hoopvolle toekomst bieden/
NJI, 2022

Klaar voor de toekomst: Jeugdgezondheidszorg voor adolescenten/NCJ, 2022

We teach...



...een breed scala aan medische vervolgopleidingen en bij- en nascholing, ook incompany. Jaarlijks keuze uit meer dan 30 nieuwe titels en 160 modules.

DE VERTROUWDE ADVISEUR

23 januari, 13 februari en 13 maart 2023
(13.20-16.30 uur), online

STOPPEN MET ROKEN: TABAKSVERSLAVING

31 januari 2023, online

MAZL SCHOLING

2 en 16 februari 2023, Utrecht

BASISMODULE REIZIGERSADVISING VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

10 en 20 maart, 3 en 17 april, 8 en 22 mei 2023, Utrecht

(HOOG)BEGAAFDHEID: HERKENNEN EN UITVRAGEN IN DE SPREEKKAMER

28 maart 2023, Utrecht

OPVOEDINGSONDERSTEUNING

8 en 15 mei en 5 juni 2023, Utrecht

INFECTIEZIEKTEN: VAN CEL TOT MELDING

11 en 25 mei, 1 en 15 juni 2023, Utrecht

TRAINING ADVIESVAARDIGHEDEN

16 mei, 6 en 27 juni 2023, Utrecht

SIGNALEN VAN AUTISME BIJ HET JONGE KIND HERKENNEN

9 juni 2023 (9:30-12:40 uur), online



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



NSPOH
we teach health

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



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

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

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

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 22, nummer 4, december 2022

ISSN 1568-5853

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

Redactieadres: Zie onder 'Informatie'

Foto-omslag: Ron Hendriks

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

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

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

Informatie

V&VN Maatschappij & Gezondheid
Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

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

Dit is het einde...

dat doet de deur dicht. Maar dan ook letterlijk en figuurlijk.

Dit is het allerlaatste nummer van *Tijdschrift Maatschappij&Gezondheid*. Ruim tien jaar heb ik samen met eindredacteur Hellen Kooijman in opdracht van de afdeling V&VN M&G de productie van dit tijdschrift gecoördineerd. Van de eerste redactievergadering tot de laatste punt op de i op de drukproeven en alles wat daar tussenin zat. Wat het leukste was om te doen? Toch het contact met redactieleden en samen elke keer weer een mooi en interessant blad maken voor de leden. Want wat hebben we een mooie nummers gemaakt met elkaar! Daar mogen we best trots op zijn. Daarom hebben we een afscheidnummer gemaakt met diverse hoogtepunten uit de tien jaar dat Hellen en ik eraan meegewerkt hebben. Dus voor de allerlaatste keer: heel veel leesplezier en alle goeds voor 2023. 🍀



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

In dit nummer

Hoe staat het anno 2022 met... de grotere rol van de verpleegkundige bij vaccineren	4
'Oud' vers bloed: Wijkverpleegkundige Kevin van Elst	6
Hoe staat het anno 2022 met... de WijkKlinieken?	8
Interview met cover-fotograaf Ron Hendriks	10
Hoe staat het anno 2022 met... de sociale benadering bij dementie?	12
'Oud' vers bloed: Stafverpleegkundige jeugd Rilana di Bartolomeo	14
Het allerlaatste 'dilemma': Zorg is geen eenrichtingsverkeer	16
'Oud' vers bloed: Reizigersverpleegkundige Annemarie Koorevaar	18
Hoe staat het anno 2022 met... de acht pijlers van de afdeling M&G	20
'Oud' vers bloed: Beleidsmedewerker Jan Jaap Levinga	22
De geschiedenis van... de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg	24
Hoe staat het anno 2022 met... de veerkracht in de gezondheidszorg	28
Een laatste wens van de redactie	30



de grotere rol van verpleegkundigen bij vaccineren

De redacteurs van *Tijdschrift M&G* schreven in de afgelopen jaren tal van artikelen over onderwerpen waar ze nauw bij betrokken waren. In dit laatste nummer blikt een aantal van hen hierop terug en beschrijft hoe het er anno 2022 voor staat. Voormalig redacteur Pascale Lavooij, destijds sociaal verpleegkundige bij de GGD Rotterdam-Rijnmond, interviewde in maart 2016 hoogleraar Life Sciences Roel Coutinho. De oud directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM sprak destijds bijna profetische woorden. Hoe geldend bleken ze na de coronacrisis?

Tekst:
Hellen
Kooijman

‘Wat je leest in dit artikel is dat je mensen serieus moet nemen in hun twijfel over vaccinaties’. Dit zegt Pascale Lavooij, medewerker deskundigheidsbevordering/stagecoördinator bij de GGD Rotterdam-Rijnmond, afdeling Publieke Gezondheid. ‘Toen al bleek dat als je als verpleegkundige alleen maar zegt: “Je moet je laten vaccineren, want dat is goed”, je lang niet meer iedereen mee krijgt. En dat werd door de coronacrisis helemaal duidelijk. Iemand laat zich echt niet vaccineren omdat jij zegt dat hij een wappie is en raar doet. Er is een groep mensen die door alle verhalen angstig is of de informatie niet goed kan lezen of begrijpen. Daarom is advies op maat zo van belang.’

Mensen aanspreken op de markt

‘Aanvankelijk werd er tijdens de coronacrisis massaal voorlichting gegeven over vaccineren. Nu is die voorlichting meer gericht op groepen, persoonlijker. Verpleegkundigen die vaccineren spreken mensen bijvoorbeeld aan op de markt. Het besef dat je naar de mensen toe moet was er al wel, maar we waren gewend aan een systeem waarin mensen een uitnodiging kregen en we ervan uitgingen dat ze dan wel vanzelf kwamen. Maar dat is niet altijd zo. Dus ik denk dat er een verschuiving is naar meer maatwerk, waarbij je niet alleen mensen opzoekt, maar ook echt in gesprek durft te gaan als er weerstand is.’

Coutinho pleitte destijds, in 2016 al voor een grotere rol van verpleegkundigen in de voorlichting over vaccinaties. Hebben verpleegkundigen anno 2022 die grotere rol gekregen? Lavooij: ‘Corona liet zien dat je in een heel korte tijd heel veel mensen kunt opleiden om een klein stukje van die coronabestrijding te doen.’

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

Toen corona net was uitgebroken waren het verpleegkundigen van het team Infectieziekten die bemonsterden en bron- en contactonderzoek uitvoerden. Maar toen het van een a twee meldingen naar duizenden per dag ging, bleek dat dit niet meer gedaan kan worden door zo’n relatief klein team. Toen zijn er duizenden mensen geworven bij de GGD’s, die snel heel specifiek opgeleid werden in uitvoerende taken, bijvoorbeeld bron- en contactonderzoek. Verpleegkundigen in vaste dienst kregen een meer coördinerende en adviserende rol. Bijvoorbeeld als het ging om lastige of afwijkende casuïstiek en hoe je dat aanpakt.’

‘Nu is voorlichting over vaccineren meer maatwerk: gericht op groepen, persoonlijker’

‘Toch vroeg ook die uitvoerende rol om bepaalde competenties. Er werd wat gemakkelijk gezegd: iedereen kan in principe bron- en contactonderzoek uitvoeren of vaccineren. Maar er zijn niet voor niets opleidingen tot verpleegkundigen. Waarbij je ook echt leert in gesprek te gaan met mensen die in weerstand zitten, hoe je een gedragsverandering tot stand brengt. En dat zijn competenties die echt specifiek bij verpleegkundigen horen. Coutinho zei het al in 2016, maar ik denk dat dit nog duidelijker geworden is door de coronacrisis.’

Aan tafel met...

THEMA
HEEL DE WERELD
Maatschappij in beweging
IN JE WERK

Hoogleraar Life Sciences Roel Coutinho

'Op het gebied van infectieziekten is heel de wereld met elkaar verbonden'

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 Roel Coutinho, hoogleraar Life Sciences aan de universiteit Utrecht en oud directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM. In 2013 nam hij afscheid van het Cib, maar hij ging niet achter de geraniums zitten.

Nr. 1-2016

voorzichting aan professionals over de vaccinatie en het belang zou goed zijn om misvattingen weg te nemen. We weten bijvoorbeeld dat het vaccin maar gedeeltelijke bescherming geeft en dat naarmate je ouder wordt de bescherming minder goed is, maar je voorkomt er vaak wel ernstige complicaties zoals een longontsteking mee. Op de vraag of alle verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid zich moeten laten vaccineren antwoordt Coutinho: 'Je moet je laten vaccineren als je met kwetsbare (ouders) mensen werkt. Bij hen kan griep meer complicaties geven en je bent een makkelijke bron als je bijvoorbeeld als wijkverpleegkundige van patiënt naar patiënt gaat. Ook als je zelf geen of nauwelijks ziek bent kun je het virus toch overbrengen.'



Vluchtelingen

Op dit moment speelt er veel rondom de vluchtelingen-centra. Bij GGD'en komen aardig wat vragen binnen van professionals en vrijwilligers die door hun werk in aanraking komen met vluchtelingen. Zij willen vooral weten of er een groter risico is een infectieziekte op te lopen. Is hun angst terecht?

Coutinho: 'De kans lijkt mij erg klein. Het bekendste voorbeeld is tbc, maar daar wordt zorgvuldig op gelet. Het komt overigens bij de groep Syriërs niet veel voor.'

Je ziet het meer bij Somatische vluchtelingen. De meeste andere ziektes zijn individuele aangelegenheden. De kans op verspreiding is klein. Maar je kunt dit wel zeggen tegen mensen, hun perceptie is vaak anders en daar moet je wat mee. Kijk maar naar de Ebola-uitbraak in 2014 in West-Afrika. De kans dat iemand in Nederland deze ziekte op zou lopen was verwaarloosbaar. Toch waren sommige mensen bang. Je moet hun angst serieus nemen en goed in gaan op vragen. Dat is iets wat ik wel heb geleerd in de communicatie met betrekking tot dit soort onderwerpen. Ik dacht soms, waar gaat dit over? En dat straalt je dan ook uit. Dat is niet goed. Dat komt arrogant over. Zo heb ik wel eens in de televisie-interview gezegd dat die bijwerkingen van de HPV-vaccinatie (Human Papillomavirus) indianen verhalen zijn. Nou, dat heeft me nog lang achtervolgd! Kennis over een bepaald onderwerp alleen is niet voldoende. 'Je moet daarnaast veel aandacht besteden aan de communicatie. Hoe breng je de kennis die je hebt over en hoe ga je om met weerstand en emoties. Onrust rondom infectieziekten is er altijd al geweest, maar het wordt nu meer uitvergroot en zichtbaarder door het gebruik van internet en de snelheid waarmee gecommuniceerd wordt. Hier moet je als professional op anticiperen.'

Congres

Op 27 mei is er een groot congres voor alle verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid met als thema 'De maatschappij in beweging, heel de wereld in je werk'. Hoe komt dit thema terug in de infectieziektebestrijding? Coutinho: 'De wereld zit al in je werk, dat maakt het ook boeiend. Op het gebied van infectieziekten bijvoorbeeld is heel de wereld met elkaar verbonden. Kijk maar naar de resistentieproblematiek. Als je in India op vakantie bent geweest heb je na terugkomst een behoorlijk grote kans om een resistente bacterie bij je te hebben. Dat hoeft niet erg te zijn, want je raakt ze wel weer kwijt, maar het geeft aan dat bacteriën en virussen circuleren en soms problemen kunnen veroorzaken' ☺

Roel Coutinho (1946) is arts-microbioloog en epidemioloog. Coutinho was hoogleraar in de epidemiologie en preventie van infectieziekten aan het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam en vanaf 2005 directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM, waar hij in 2013 afscheid nam. Sindsdien is hij hoogleraar Life Sciences en doet hij onderzoek op het grensvlak van de humane en veterinaire geneeskunde aan de Universiteit Utrecht.

Peetke Looij
is auteur
verpleegkundigen
Sijde bij de GGD
Rotterdam. Algemeen
redacteur Infectieziekte-
bestrijding en
redacteur M&G

Tijdschrift M&G maart 2016

13

Vers Bloed

Kevin van Elst (24)

'Soms wil de cliënt liever een vrouw'

In de rubriek Vers Bloed komen beginnende wijk-, jeugd- en transferverpleegkundigen aan het woord. Ditmaal Kevin van Elst (24), in februari van dit jaar afgestudeerd en sindsdien werkzaam bij Buurtzorg Voorburg.

Tekst: Hellen Kooijman

Hoe ben je in 'het vak' gerold?

'Lange tijd wist ik niet of ik manager of verpleegkundige wilde worden. In 2008 begon ik met de bachelor gezondheidswetenschappen in Rotterdam, met het idee manager te worden. Maar ik merkte al snel dat ik enige ervaring in het verzorgen zelf wilde hebben. In 2010 stapte ik daarom over naar verpleegkunde.'

Waarom de wijkverpleegkunde?

'Omdat je daarin veel kunt coördineren en regisseren. En dat is mijn passie. Ik haal er energie en voldoening uit als ik aan het eind van de dag weet dat alles (weer) op rolletjes loopt. Bij Buurtzorg kan ik mijn ei helemaal kwijt. Ik maak deel uit van een zelfsturend team en krijg veel verantwoordelijkheden. Bovendien wisselen we een aantal keer per jaar van rol. Op dit moment doe ik de planning, hiervoor hield ik de financiële kant in de gaten. Die afwisseling vind ik leuk. Verder vind ik het contact met de mensen erg leuk. Ik ben persoonlijk begeleider van een aantal zorgvragers. Daardoor leer je de achtergrond van iemand beter kennen, wat iemand meegemaakt heeft en hoe dit invloed heeft op hoe iemand is geworden.'

Merk je in de praktijk dat je jong bent?

'Vaak is het een pluspunt omdat ik overal met een nieuwe blik tegenaan kijk. Zo werkt Buurtzorg met het OMAHA-systeem. Dat bestaat al vrij lang, maar was voor ons team nieuw omdat alle leden van andere organisaties

kwamen die dit niet gebruikten. Mijn collega's hadden er in het begin moeite mee, ik had het snel door. Die kennis kon ik weer aan collega's doorspelen. Wel mis ik af en toe specifieke kennis als het gaat om bepaalde ziektebeelden die niet zo vaak voor komen. Neem specifieke vormen van dementie als Lewy body, een vorm van dementie waarbij de verschijnselen lijken op die van de ziekte van Parkinson. Zodra er een cliënt in zorg komt met zo'n ziektebeeld, moet ik toch googlen om te weten wat de bijbehorende symptomen zijn.'

Wat kun je leren van oudere collega's?

'Mijn ervaring is van onschatbare waarde. Ik leer bepaalde handigheidjes in het werk van hen, maar ook benaderingswijzen. Wat doe je bijvoorbeeld met een cliënt die agressief gedrag vertoont, maar die zowel met een stok als een rollator loopt. Een collega wees mij erop dat je bij zo'n cliënt beter de wandelstok kunt weghalen. Laat hem of haar de rollator gebruiken. Met een stok kan de cliënt immers slaan, met de rollator niet.'

Is het man-zijn een voordeel of een nadeel in dit beroep?

'Als ik spreek voor mijzelf: ik merk dat ik soms anders tegen dingen aan kijk, wat nuchterder en directer ben dan vrouwelijke collega's. Als in een teamvergadering een heel verhaal komt over hoe een probleem is ontstaan en hoe erover gedacht wordt, ben ik al snel degene die vraagt wat de kern is en welke oplossing we gaan hanteren. Als een nadeel ervaar ik soms dat vrouwelijke cliënten geen zorg van mij willen. Vooral de oudere generatie vindt het af en toe vervelend zich bloot te moeten geven aan een vreemde man. En al heb ik er zeker begrip voor, het kan wel lastig zijn qua planning. Overigens heb ik nog niet meegemaakt dat een mannelijke cliënt niet door een vrouw geholpen wil worden. Al zou dit in praktische zin vrijwel onmogelijk zijn door het geringe aantal mannen in de zorg.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'In september begin ik met de master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Het lijkt mij erg leuk om een afdeling zo te kunnen organiseren en inrichten dat de zorg van hoge kwaliteit is en de zorgvragers, maar ook de medewerkers, tevreden zijn. Over vijf jaar hoop ik een functie te bekleden waarin ik dat kan doen.' ☺



BIO

Opleiding? hbo-v, differentiatie MGZ, Hogeschool Leiden

Werk? Buurtzorg Voorburg

Is goed in? 'Nieuwe (ICT)ontwikkelingen bijhouden en doorvoeren.'

Blunder: 'Aanbellen bij een verkeerd huisnummer en mezelf voorstellen terwijl ik bij de bureaus moest zijn.'

Wijkverpleegkundige Kevin van Elst:

'Soms ben ik die ervaren wijkverpleegkundige, dan weer de leerling'

We spraken Kevin van Elst (33) in 2014. Destijds was hij net afgestudeerd en werkzaam bij Buurtzorg Voorburg. Dat doet hij nog steeds, maar nu in het oosten van het land en deels als casemanager dementie. En hij begon aan een nieuwe studie: verpleegkundig specialist in de wijk.



Destijds wilde je naast je werk de master zorgmanagement doen aan de Erasmus Universiteit. Hoe is dat gegaan?

'Daar ben ik na drie maanden mee gestopt. Die master stond te ver af van de zorg, vond ik, met veel theorie en onderzoek en dat sloot helemaal niet aan met hoe ik in de praktijk bezig was.'

En toen stortte je je helemaal op de wijkverpleging?

'Ja. Eind 2015 ben ik verhuisd van de Randstad naar het oosten van het land. Ik bleef bij Buurtzorg, maar in een ander team. Ik deed daarnaast een interne scholing voor casemanager dementie. Bij Buurtzorg is dat generalistisch, als onderdeel van je werk. En dat is nu een van de rollen die ik heb.'

Nog steeds?

Hij lacht. 'Ja, maar het ging toch weer kriebelen. Dus ik doe nu alweer bijna twee jaar een master. Op het hbo deze keer. Dat sluit beter aan bij de praktijk. Ik doe de master verpleegkundig specialist in de wijk, gericht op kwetsbare ouderen. Ik leer er het medische met het verpleegkundige te verbinden. Bij casussen waar zowel de huisarts als de verpleegkundige er niet meer uitkomt, kun je als verpleegkundig specialist meedenken: Wat is hier aan de hand? En adviezen geven. Zo hebben wij iemand in zorg met forse COPD die op medisch gebied door de huisarts wordt gevolgd, maar die regelmatig longaanvallen heeft. Ze vraagt helaas altijd te laat de huisarts erbij. Als verpleegkundig specialist kan ik meteen dat medische stuk op me

nemen; een onderzoek doen en een anamnese op medisch vlak en bepalen of we bijvoorbeeld vroegtijdiger met medicijnen moeten beginnen.'

Destijds vertelde je hoe je als 'jonkie' kon leren van oudere collega's. Nu ben je zelf die oudere collega. Hoe is dat?

'In de rol van wijkverpleegkundige ben ik degene die ervaring heeft en waar mensen met vragen naartoe komen. Dat vind ik erg leuk. Ik merk ook aan mezelf dat ik na al die jaren zeer "bewust bekwaam" ben. Ik weet heel goed wat ik kan, waarom ik dingen doe, en op welke manier. Nu ik weer een opleiding ben gaan doen, ben ik ineens niet meer bewust bekwaam en moet ik onderaan de ladder beginnen. Dat is weleens confronterend. Het is daarom fijn dat ik zowel werk als studeer. Soms ben ik die ervaren wijkverpleegkundige, dan weer de leerling.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'Wat mij destijds aansprak, namelijk dat je zelfsturend bent, dat is nog altijd waarom ik dit werk zo leuk vind. Maar ik vind het ook erg leuk om al die domeinen – die van de huisarts, de wijkverpleegkundige en de casemanager dementie – te verbinden. Dus ja, over vijf jaar zie ik mezelf nog steeds in die uitvoerende zorg, maar dan als verpleegkundig specialist. Met een coachende, organiserende en verbindende rol. Waarin ik teams verder kan helpen bij specifieke cliëntsituaties als ze daar niet uitkomen, maar ook bij bepaalde ziektebeelden.' ❧

*Tekst:
Hellen
Kooijman*

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

de WijkKlinieken?

De redacteurs van *Tijdschrift M&G* schreven in de afgelopen jaren tal van artikelen over onderwerpen waar ze nauw bij betrokken waren. In dit laatste nummer blikt een aantal van hen hierop terug en beschrijft hoe het er anno 2022 voorstaat. Redacteur Valerie Schipper interviewde einde 2018 Bianca Buurman, die destijds hoogleraar Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC en sinds februari 2021 voorzitter van V&VN is. Het gesprek ging toen onder meer over de WijkKliniek, een nieuw zorgconcept voor kwetsbare ouderen die normaal gesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute medische problemen. In de WijkKliniek is er zowel acute medische zorg, als goede ondersteuning en begeleiding om zo fit mogelijk weer naar huis te kunnen.

Tekst:
Valerie
Schipper

‘Het gaat heel goed met de WijkKlinieken’, laat Buurman desgevraagd weten. ‘We zijn daar in Amsterdam mee gestart. We bieden er nu ziekenhuiszorg in een VVT-omgeving (Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg). We nemen kwetsbare ouderen op met bijvoorbeeld COPD, hartfalen, infecties en observaties na een val. We kijken tijdens de opname gelijk naar wat mensen nodig hebben om te kunnen herstellen. Ook nemen we altijd een compleet geriatrisch assessment (CGA) af en wordt er altijd aan advance care planning (ACP) gedaan. Dat doen we met een grote focus op activeren en op herstelgerichte zorg. Oftewel met de blik: “Wat moet de cliënt thuis weer zelf kunnen?” Hierbij zijn zowel verpleegkundigen als fysiotherapeuten betrokken.’

Volgen

Gemiddeld worden mensen acht dagen in de wijkkliniek opgenomen, vertelt Buurman. ‘Om erachter te komen wat de effecten zijn van opname in een WijkKliniek hebben we mensen gevolgd na de opname. Er zijn inmiddels ruim 2000 mensen opgenomen geweest in de WijkKliniek. Vijf procent daarvan moest alsnog opgenomen worden in het ziekenhuis.’

Er zijn meer interessante resultaten. ‘We zien ook dat mensen minder vaak een delier krijgen en minder vaak nog een keer opgenomen moeten worden in het ziekenhuis. Ook geven de mensen aan dat ze de zorg als beter ervaren en dat mensen zich fitter voelen op het moment dat ze weer naar huis gaan. En vervolgens is er ook minder vaak eerstelijnsverblijf of geriatrische zorg nodig om aan te sterken.’

Valerie
Schipper is
wijkverpleeg-
kundige en
voorzitter van
de afdeling
Wijkverpleeg-
kundigen van
V&VN

Buurman merkt dat er veel vraag is naar de WijkKliniek. ‘Daarom zijn we nu gestart met proeftuinen in verschillende regio’s in Nederland. Onder andere in Twente, Rivierland (Gelderland) en in de kop van Noord-Holland. Eigenlijk dus over het hele land verspreid.’

‘We kijken met de blik: “Wat moet de cliënt thuis weer zelf kunnen?”’

‘We proberen met de WijkKlinieken echt te zorgen voor een betere 24/7-infrastructuur in de eerstelijnszorg. Zodat mensen dicht bij huis ook acute zorg kunnen krijgen. Daarnaast zijn we bezig met de rol van de verpleegkundig specialist in de WijkKliniek. We bekijken of de verpleegkundig specialist binnen de WijkKliniek de regiebehandelaar kan zijn.’

Warme overdracht

Er is ook zeker een belangrijke rol toebedeeld aan de wijkverpleegkundige. Buurman: ‘Wanneer iemand weer naar huis mag is er vooraf contact met de wijkverpleegkundige. En in sommige situaties komt de wijkverpleegkundige langs in de WijkKliniek voor een zogenaemde warme overdracht. Veel positieve ontwikkelingen dus.’ 🗨️

Nr. 4-2018

Aan tafel met...

Bianca Buurman, hoogleraar Acute ouderenzorg bij het AMC Amsterdam

'Ik wil het beter doen voor de oudere'

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 Bianca Buurman, lector *Transmurale ouderenzorg* aan de HvA en sinds een jaar hoogleraar *Acute ouderenzorg* bij het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Een gesprek over de noodzaak voor samenwerking tussen ziekenhuis en de wijk, administratie als bijdrage aan goede zorg en het belang van over de eigen grenzen kijken.

Staat Verpleegkunde en Hellen Koopman

Je begon als verpleegkundige in het ziekenhuis. In juli 2017 ben je benoemd tot hoogleraar. Was dat eindelijk...

...oplossen om medisch gezien wat te kunnen bereiken. Als iemand zijn financiën niet op orde heeft of geen goed lopend sociaal systeem heeft, dan is het lastiger voor zo iemand om bijvoorbeeld diabetes aan te pakken. Stress bemoeilijkt gezond eten en kan ook schommelende bloedsuikerwaarden veroorzaken. Daarnaast leer ik studenten kijken naar de doelen die de cliënt zelf heeft. Want wij als verpleegkundigen kunnen wel vinden dat iemand bijvoorbeeld gezonder moet leven, maar soms moet je accepteren dat iemand dat (nog) niet kan. Dat mensen er bijvoorbeeld geestelijk niet aan toe zijn door problemen in de privésituatie. Ook vind ik het belangrijk dat studenten leren over de grenzen van hun eigen gebied heen te kijken, van het ziekenhuis, maar ook van de wijk. Je komt elkaar in de zorg vaak tegen, maar je wordt wel los van elkaar (dus als arts, verpleegkundige, fysiotherapeut et cetera) opgeleid. Je vraagt elkaar minder snel om bijvoorbeeld advies dan wanneer je wel samen wordt opgeleid.'

Hoe breng jij dat in praktijk als lector?

'De trainingen in het kader van de transmurale zorgbrug, (waarbij kwetsbare ouderen voor ze naar huis gaan, in het ziekenhuis al bezocht worden door een wijkverpleegkundige, Red.), proberen we zoveel mogelijk samen met wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen te doen. Ziekenhuisverpleegkundigen werken vaker gestructureerd met vragenlijsten en 'klinisch redeneren'. Wijkverpleegkundigen denken vaker vanuit intuïtie. Het is goed om samen te kijken of het objectief gezien klopt wat de wijkverpleegkundige intuïtief aanvoelt. Iemand kan heel somber zijn, een wijkverpleegkundige kan denken dat dit een depressie is, maar dan is het wel goed om te screenen om welke klachten het nu precies gaat. Zodra je later kunt monitoren of die klachten door de behandeling verholpen worden. Waarmee ik overigens niet wil zeggen dat alles met lijsten en administratie moet gaan.'



De WijkKliniek

Wat is de beste plek om ziekenhuiszorg te bieden, wat zijn voor ouderen gewenste uitkomsten en moet alles in het ziekenhuis? In de WijkKliniek wordt ziekenhuiszorg in de wijk gegeven. Ouderen worden dus direct opgenomen in de WijkKliniek. Bianca Buurman: 'We passen daar alles toe waarvoor we weten dat het goed is voor de uitkomsten. Zo bereiken we dat de impact van een ziekenhuisopname verminderd wordt. De effecten daarvan meten we ook.'

In het komende Tijdschrift M&G een reportage over de eerste WijkKliniek in Amsterdam

procent van de onderzoeken die door ZonMW waren gefinancierd structureel in de praktijk geïmplementeerd zijn. Dat lijkt me niet de juiste manier.'

Hoe houd jij voeling met de praktijk?

'Dat is best lastig. Ik probeer zo nauw mogelijk samen te werken met verpleegkundigen maar merk dat ik als hoogleraar wel meer op een abstract niveau zit. Met de WijkKliniek is het goed gelukt om die binding te houden. Die heb ik samen met verpleegkundigen, ouderen en artsen opgezet.'

Tenslotte: Wat zou je nog heel graag willen doen?

'Ik zou het fantastisch vinden als we een systeem krijgen waarin dat wat ouderen belangrijk vinden, centraal staat. Ik denk dat wat we nu in de keten doen, onvoldoende rekening houdt met wat ouderen nodig hebben. We zitten in de fase waarin we met kinderen ook hebben gezeten. Bij de kindergeneeskunde ging men er lang van uit dat kinderen kleine volwassenen waren en dat je met kinderen in feite hetzelfde kunt doen als volwassenen. Inmiddels is alles nu ingericht op wat voor kinderen belangrijk is. Dat zou ook voor ouderen zo moeten zijn. We weten uit studies al wat werkt: breed kijken, continuïteit, het belang van een rustige omgeving. En toch doen we het niet genoeg. Maar iedereen is wel wakker nu. Al is voor verandering heel veel nodig. Daar gaan jaren overheen. Het is mijn drijfveer om dat voor elkaar te krijgen.'

'Ook al ben ik hoogleraar, ik blijf altijd die praktijk omarmen'

Je wilt ook als hoogleraar de praktijk blijven omarmen?

'Onderzoek is voor mij altijd een middel om de praktijk te verbeteren en geen doel op zich. Ik vind dat wij wetenschappers vaak te veel bezig zijn met het project en minder met hoe dat beklijft in de praktijk. Ik vind dat je als onderzoeker iets goeds moet achterlaten, iets waar de maatschappij wat aan heeft. Er is wel wat veranderd hoor. Maar het kan beter. Laatst las ik dat slechts 2

Wielke Schipper is wijk- en dementieverpleegkundige, arbeidscoach voor de wijkverpleging, lid van het M&G en redactrice van Tijdschrift M&G

Hellen Koopman is freelance journalist en redactrice van Tijdschrift M&G

Fotograaf Ron Hendriks:

‘De kracht van de cover zat hem in de interactie tussen de verpleegkundige M&G en de cliënt’

Hij maakte in tien jaar tijd alle covers van dit tijdschrift. Eerst voor *Tijdschrift LVW* en daarna voor *Tijdschrift M&G*. Hoog tijd om fotograaf Ron Hendriks in dit laatste nummer eens uit de schaduw te halen. Hendriks: ‘Het leuke was dat ik door heel Nederland ging. Van Zeeland, tot Zuid-Limburg, van gehucht tot stad en van verpleegkundige openbare gezondheidszorg, tot wijk- en jeugdverpleegkundige. De sport was elke keer weer een unieke foto te schieten zodat geen enkele cover op elkaar leek. Ik geloof dat we daar goed in zijn geslaagd.’

Tekst: Marieke Rijsbergen

Na een tijdje praten komen de verhalen. ‘Een keer kwam ik een huiskamer binnen waar het blauw stond van de rook. Op een grote leren bank zaten een cliënt en een wijkverpleegkundige te praten. Met een rolmopshondje tussen hen in. Zo’n hond ook in beeld is dan echt een cadeautje.’ Of de keer dat het hij een infectieverpleegkundige moest fotograferen. ‘Ze zei me dat ze een mooie plek had uitgezocht en nam me mee naar de kelder. En heel bedompte ruimte zonder licht. Ik zag meteen dat daar geen cover geschoten kon worden. Ieder zijn vak. Op zulke momenten moet je snel schakelen en creatief zijn. Dus zijn we door het gebouw gelopen en hebben daar een sfeervolle plek uitgekozen. Alhoewel dat best lastig is in GGD-gebouwen. Het is dan een uitdaging om van niets iets te maken en toch kleur in het beeld te krijgen.’

Oogcontrole

Ook heeft hij heel wat baby’s, peuters en kleuters op de foto gezet, altijd samen met een jeugdverpleegkundige. ‘Bij jonge kinderen weet je dat de spanningsboog heel kort is en dat er altijd het risico is dat ze gaan huilen. Bij deze foto’s stelde ik daarom van te voren de lampen goed in zodat alles perfect gereed was als de jeugdverpleegkundige en het kind voor

mijn camera kwamen. We hebben baby’s en peuters op de foto gezet waar de jeugdverpleegkundige onder andere het hoofdje mat, een vaccinatie gaf, de beentjes spreidde en oogcontrole deed.’

‘Voor vooral de wat oudere cliënten doorbrak het hun dag’

Van te voren sprak Hendriks met de eindredactie wat er op de cover moest. ‘Het was dus niet vrijblijvend. En dat was denk ik ook de kracht van de covers die we hebben geschoten. Er stond altijd wel een handeling op van een verpleegkundige, samen met een cliënt. De interactie tussen die twee moest te zien zijn. Dus van wondverpleging, iemand met een tracheacanule, een cliënt in een rolstoel in het park, een wijkverpleegkundige die een cliënt steunkousen aantrekt, een TBC-verpleegkundige samen met een cliënt thuis, een verpleegkundige reizigersadvisering in de wachtkamer met een mooie poster van de wereld achter haar, een infectieverpleegkundige in een coronateststraat, het werd allemaal van tevoren bedacht.’

Wat hem bij zal blijven is dat heel wat verpleegkundigen van tevoren vrij huiverig waren omdat de redactie ook een cliënt in beeld wilde. 'Dat zouden de cliënten niet willen, privacy en moeilijk, moeilijk. Maar wat bleek? De cliënten vonden het vaak heel leuk, en voor vooral de wat oudere cliënten doorbrak het hun dag. Er gebeurde weer eens wat, om het maar zo te zegen. Op die momenten werden de mooiste covers geschoten met de verpleegkundige en de cliënt en vonden ze het uiteindelijk beiden een eer om op de cover te staan. Dan was mijn missie voor die keer weer geslaagd.'

'Elke foto werd van tevoren bedacht'

Geleerd heeft hij er ook van. 'Ik wist echt niet dat er zoveel soorten verpleegkundigen in de wijk actief waren. Toen ik tien jaar geleden begon, wist ik alleen van de wijk- en de jeugdverpleegkundigen. Ik had nog nooit van TBC-verpleegkundigen, verpleegkundigen reizigersadvisering, dementieverpleegkundigen en infectieverpleegkundigen gehoord en wat ze dan precies deden. Dat vond ik heel interessant. Want dat doe je ook als fotograaf, je inleven in degenen die je voor je camera hebt.'

Oma Janny

De cover tijdens de eerste coronagolf, vond hij minder fijn om te schieten. 'Mijn zoon heeft de spierziekte Duchenne en ik was enorm bang om hem te besmetten. Maar er moest ook brood op de plank. Gelukkig was het hoogzomer. We hebben toen alle ramen tegen elkaar opgezet en ik ben telkens voor maximaal vijf minuten binnen geweest. Het was een bovenhuis middenin de Jordaan in Amsterdam vol met snuisterijen, donkere schilderijen met een huilend zigeunerinnetjes en een staartklok die vroeger ook bij mijn oma thuis hing. Prachtig om in beeld te brengen. Daaronder zat een bruin café. Het is uiteindelijk goed gegaan en is niemand besmet geraakt, maar spannend was het wel.'

Als het om oma's gaat, hij heeft zijn bonusmoeder en de oma van zijn kinderen ook eens gebruikt als cliënt op een cover. 'Oma Janny, toen dik 90 jaar oud, vond het geweldig om mee te maken. Samen met een dementieverpleegkundige zat ze pontificaal in haar huiskamer aan de eettafel met een hoogpolig Perzisch tafelkleed erop. Met daarachter haar wandmeubel met houten zeilboten,



de Winkler Prins encyclopedieën en kristallen beeldjes. Een prachtig thuisbeeld dat natuurlijk goed past bij de lezer van dit tijdschrift: de verpleegkundigen werkzaam in de wijk.'

Glooiend landschap

Een van zijn favoriete covers is geschoten in Zuid-Limburg. 'Daar zie je het glooiende, groene landschap van die provincie waar een wijkverpleegkundige met haar autootje voor staat. Weer eens iets heel anders.' Dat het tijdschrift verdwijnt vindt hij jammer. 'Maar ik zie het ook als het einde van een tijdperk. Een papieren tijdschrift is bijna een unicum vandaag de dag. Jammer, want ik vind namelijk nog steeds dat een papieren tijdschrift veel lekkerder leest dan een digitaal tijdschrift. Komt dat door mijn leeftijd? Ik weet het niet, maar zonde blijft het.' 📧

Meer info: www.rondhendriks.nl

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

de sociale benadering bij dementie?

De redacteuren van *Tijdschrift M&G* schreven in de afgelopen jaren tal van artikelen over onderwerpen waar ze nauw bij betrokken waren. In dit laatste nummer blijkt een aantal van hen terug hierop terug en beschrijft hoe het er anno 2022 voorstaat. Redacteur Gerben Jansen, interviewde in juni 2017 Anne-Mei The hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie (UvA), eigenaar van de Tao of Care en tevens lector Sociale Benadering Dementie aan de hogeschool Stenden in Leeuwarden. Destijds vertelde ze bezig te zijn met het leggen van het fundament voor de sociale benadering bij dementie. We zijn nu dik vijf jaar verder; is dat fundament er inmiddels?

Tekst:
Gerben
Jansen

Dementie werd lange tijd gedomineerd door het medische zorgdomein, The is meer voor de integrale visie op dementie en onderstreept al jaren het belang om ook sociologisch en antropologisch perspectief naar dementie te kijken. Haar visie kreeg destijds uitgebreid aandacht in een interview met haar in *Tijdschrift M&G*. Inmiddels is Anne-Mei The sinds oktober 2022 bijzonder hoogleraar Langdurige zorg en Sociale Benadering Dementie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Dus je kunt zeggen dat er flink wat stappen gedaan zijn sinds dit interview in de onderzoekswereld.

“We werken nauw samen binnen het project: “Verbinding casemanagement en Sociale Benadering””

Gerben
Jansen is
redacteur bij
*Tijdschrift
M&G* en
is Senior
Casemanager
Dementie
regio Mark
& Vliet bij
Thuiszorg
West-Brabant
en voorzitter
van de
vakgroep
dementie-
verpleeg-
kundigen
bij V&VN

Maar dat niet alleen. De noodzaak en behoefte om breder naar dementie te kijken is inmiddels ook doorgedrongen binnen het zorgdomein en dan specifiek binnen het casemanagement dementie. Al langer zochten Alzheimer Nederland, Tao of Care en de dementieverpleegkundigen/casemanagers dementie binnen de afdeling Dementieverpleegkundigen van V&VN naar manieren om het een met het ander te verbinden. En dat gebeurde in het project *Verbinding casemanagement en Sociale Benadering* waarin de drie partijen nauw samenwerkten. Doel van dit project was onderzoek te doen naar de integratie van de Sociale Benadering en de ‘Samen dementievriendelijk in de eerstelijnszorg’ voor


mensen die thuis leven met dementie. Het project zou aanvankelijk tot december 2021 lopen, maar werd vanwege de coronacrisis verlengd.

Veelzeggende resultaten

De resultaten laten zien dat de verbinding tussen casemanagement en de werkwijze rondom de Sociale Benadering hoopvol is en kwaliteit toevoegt. Tegelijkertijd zien we dat de werelden in de praktijk nog te veel gescheiden zijn. Tenslotte maakt de maatschappelijke context de urgentie voor deze verbinding prangender: het grootste deel van de mensen met dementie thuis en hun naasten wordt op dit moment niet ondersteund en bovendien is de arbeidsmarktproblematiek nijpend.

Van experiment naar praktijk

Het belangrijkste doel van het project op korte termijn is om een volgende stap te zetten van een experiment (de Social Trial) naar de praktijk. Focus bij het inrichten van het project is gericht op het vergoten van de impact en het serieus opschalen ten opzichte van de Social Trial. Er wordt gekeken naar hoe we op grote schaal de leereffecten uit de Social Trial kunnen invoeren in de praktijk, in verbinding tussen Dementievriendelijke Samenleving, Sociale Benadering en het Casemanagement Dementie.

Kortom: Op de vraag of de sociale benadering het fundament heeft gelegd voor dementie kunnen we concluderen dat dit fundament er is. Er is wel gekozen voor een meer integraal fundament samen met het casemanagement dementie en de dementievriendelijke samenleving. 

Nr. 2-2017

The: 'Wat vaak vergeten wordt is dat mensen met dementie verreweg de langste periode gewoon thuis wonen. Dat kan lang duren,

Proeftuin
Om de Sociale Benadering in de praktijk te brengen is er in Friesland onder leiding van The een Proeftuin Sociale Benadering opgezet. 'Met praktische

Aan tafel met...

Hoogleraar Langdurige zorg en dementie Anne-Mei The:

'Ik leg het fundament voor sociale benadering bij dementie'

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 Anne-Mei The, hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie (UvA) en eigenaar van de Tao of Care, het bedrijf waarmee ze haar onderzoeksresultaten in oplossingen vertaalt. Ze deed onderzoek naar de onvervulde behoefte van mensen met dementie en naasten, inventariseerde oplossingen en brengt deze in de praktijk in de Proeftuin Sociale Benadering Dementie. The is ook lector Sociale Benadering Dementie aan de hogeschool Stenden in Leeuwarden.

Foto: Gerben Jansen

Anne-Mei The is niet alleen Hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie aan de Universiteit van Amsterdam en lector Sociale Benadering Dementie aan de Hogeschool Stenden in Leeuwarden. Ze doet ook al jaren onderzoek naar beslissingen rondom het levensende. 'Ik word gemotiveerd door de "echte dingen in het leven" zoals ziekte en gezondheid en de relatie tussen beiden. Ik houd me al twintig jaar bezig met palliatieve zorg. Er zijn veel overeenkomsten tussen palliatieve zorg en dementie: rangen en standen verdwijnen tussen mensen.' Natuurlijk volgt The ook de ontwikkelingen rondom dementie in de media zoals de aandacht rondom de verpleeghuizen en de tekorten in de wijkverpleging. 'Dementie vraagt niet alleen om medische begeleiding en zorg. Het leven van mensen met dementie en hun naasten verandert drastisch en hoe met die veranderingen te kunnen leven kan beter worden ondersteund dan nu gebeurt. Dat vraagt tijd en aandacht.'

'Er is nog te weinig aandacht voor wat dementie achter de voordeur betekent'

Zo blijkt uit haar onderzoek dat mensen met dementie vaak niet serieus genomen worden en zij dat soms nog erger vinden dan de aandoening zelf: 'Ze praten over me in plaats van met mij.' Deze mensen voelen zich tweedegrader. Er komt gelukkig wel meer aandacht voor

sociale inclusie en beeldvorming van mensen met dementie. Het is een mooi begin, maar er is nog te weinig aandacht voor wat dementie achter de voordeur betekent. Ik noem dat ook wel de tragiek achter de voordeur.'

80 procent woont thuis

The ontwikkelde de Sociale Benadering op basis van haar jarenlange onderzoek naar de leefwereld van mensen met dementie en hun naasten. Ze benadrukt dat het vanuit hun beleving vooral gaat om de lange periode tussen diagnose en verpleeghuis. Ze hebben dan het gevoel in een zwart gat te vallen. De dokter kan medisch niets meer doen en ze gaan 'gewoon' naar huis, maar hun leven is niet meer zoals het was.



Gerben Jansen is voorzitter van de vakgroep Case-managers Dementie bij V&VN en coördinator dementie bij stuwingsorganisatie Oud Thuis in Bingers op Zees.

dec 2017

13

Per 1 januari 2023 splitst de vakgroep dementieverpleegkundigen zich af van de afdeling maatschappij en gezondheid en gaat verder als zelfstandige afdeling dementieverpleegkundigen. Heb je interesse

in hoe dit project zich verder gaat ontwikkelen houd dan de socials van de nieuwe afdeling goed in de gaten en abonneer je op de nieuwsbrief van de afdeling dementieverpleegkundigen V&VN.

Nr. 4-2016

Vers bloed

eHealth 

'Het plan is om ons een smartphone te geven om zo pubers beter te bereiken'

In de rubriek Vers Bloed komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Rilana di Bartolomeo, jeugdverpleegkundige 4-18 jaar bij de GGD Maastricht/Heuvelland waar zij in de lente van dit jaar begon.

Tekst: Hellen Kooijman

Hoe ben je in deze functie gerold?

'Tijdens mijn studie hbo-v liep ik stage bij de Zichtbare Schakel en dat beviel me heel goed. Daarna liep ik stage bij de GGD op de afdeling jeugdgezondheidszorg. En ook dat beviel goed. Er kwam na mijn studie een plekje vrij als wijkverpleegkundige en ik dacht: ja doen. Al snel startte ik tevens met het ambassadeurstraject voor de wijkverpleegkundige. Dat was ontzettend leuk. Het echte wijkverpleegkundige werk vond ik minder leuk worden. In mijn vrije tijd werk ik als danslerares met kinderen. Ik merkte dat ik dat leuker begon te vinden dan mijn baan als wijkverpleegkundige. Er kwam een vacature vrij bij het consultatiebureau. Maar ook bij de GGD. De keuze was snel gemaakt.'

En bevat het?

'Zeker. Ik werk zowel op de basisschool met kleuters van vijf jaar, als op het voortgezet onderwijs met pubers van 14 jaar. Ik heb sinds kort ook mijn "eigen" scholen waar ik inmiddels de leerkrachten, kinderen en ouders ken. Ik ben nu niet meer alleen maar bezig met consulten, maar ik kan meer diepgang in de gesprekken met ouders brengen, meer van mijn kennis overbrengen, echt iets betekenen.'

Geef eens een voorbeeld?

'Onlangs had ik een meisje van vijf dat al een hele tijd zindelijk was, maar niet op de wc durfde te poepen. Op school hield ze haar ontlasting in en thuis ging zij met een luier naar de badkamer om in de luier te poepen. Dit is in feite een "gezond" probleem, maar wel lastig voor zowel de ouders als het kind. In dit geval gaf het meisje aan dat ze wel graag op de wc wilde ontlasten, maar dat niet durfde. Waarom wist ze zelf niet goed. Dit was een slim meisje met een eigen wil, ze stelde veel vragen en ze had behoefte aan uitleg en duidelijkheid. In mijn

adviezen heb ik hiermee rekening gehouden, ze mocht bijvoorbeeld meedenken over de beloning die ze graag wilde hebben als ze de eerste stapjes had doorlopen. Na de zomervakantie zag ik haar weer en ze ging heel goed vooruit. Dat meisje was zo trots op zichzelf, echt heel leuk om te zien.'

Ben jij veel met eHealth bezig?

'Wij werken onder ander met pubers, waarvan bekend is dat whatsappen en social media een goed middel is om deze groep te bereiken. Het plan is om jeugdverpleegkundigen een smartphone te geven. Natuurlijk zitten hier wel haken en ogen aan, aangezien er goed gekeken moet worden naar de privacy. Daarnaast werkt de GGD-JGZ samen met het Centrum Jeugd en Gezin. Het CJG heeft een site voor ouders: www.cjg043.nl. De informatie daar loopt uiteen van het hebben van een kinderwens tot omgaan met pubers. Het is mogelijk om via deze site - indien gewild anoniem - een vraag te stellen. Een professional beantwoordt deze en geeft in een mail tips en informatiebronnen. Ik wijs ouders daar op.'

Hoe zie jij de toekomst voor je?

'Voor nu wil ik mijn werk als jeugdverpleegkundige beter leren kennen. Ik zou ook graag de post-hbo-opleiding tot jeugdverpleegkundige willen volgen om meer kennis te vergaren. En ik wil de essentie van mijn werk uitdragen. Het is belangrijk om te laten zien wat je werk inhoudt en waarom dit belangrijk is. Ik ben erg ambitieus.'

BIO

Wie: Rilana di Bartolomeo
Werkt bij: GGD Maastricht/Heuvelland
Opleiding: HBO-V Hogeschool Heerlen
Is goed in: 'Netwerken'



Hellen Kooijman is freelancejournalist en redacteur bij Tijdschrift M&G

Stafverpleegkundige Jeugd Rilana di Bartolomeo:

'Ik zie nu veel beter wat er aan een beslissing voorafgaat. Dat was vroeger meer een blinde vlek'



We spraken Rilana Bartolomeo (30) in 2016. Destijds was ze net vers begonnen als jeugdverpleegkundige 4-18 jaar bij de GGD Zuid Limburg. Nu, zes jaar verder, is Rilana stafverpleegkundige 0-18. Een totaal andere functie, maar haar boodschap blijft dezelfde: de essentie van het vak van jeugdverpleegkundige uitdragen.

Hoe gaat het met je?

'Goed. Ik werk sinds november 2020 als stafverpleegkundige. Dit doe ik bij een organisatie die in 2020 is ontstaan nadat vier afzonderlijke jeugdgezondheidszorg organisaties bij de GGD Zuid-Limburg werden samengebracht onder de naam Jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg. Er is veel veranderd voor mij. Ik werk nog maar een klein deel in de uitvoering, maar ben veel meer bezig als verbinder binnen het JGZ-netwerk. Vanuit deze rol heb ik veel contacten met onder andere gemeenten, scholen en ketenpartners. Ook kijk ik veel meer in de organisatie zelf naar kwaliteit, en waar teams tegenaan lopen in de uitvoering en hoe je dat verbetert.'

Zijn er dingen die je prettiger vindt?

'Vroeger zat ik toch meer op dat stukje uitvoering. Ik wist waarom een bepaalde beslissing werd gemaakt, maar dat daar dan nog veel dingen aan voorafgaan, dat was een beetje een blinde vlek. Neem de exact achterliggende gedachte en waarom al die mensen moesten meekijken bijvoorbeeld. Nu heb ik daar veel meer een beeld van en kan ik daar ook over meedenken. Dat vind ik leuk.'

Kun je een voorbeeld geven?

'We wilden ons contactmoment op de middelbare school digitaliseren en toegankelijker maken voor de jongeren. Als je in de uitvoering werkt denk je misschien: je zet er een vinkje bij, zo moeilijk is het niet. Maar nu zie ik pas hoeveel afdelingen hierin mee

moeten kijken; de afdeling communicatie, applicatiebeheer, de afdeling kennis en innovatie kijkt naar de vraagstelling en of die voldoende wetenschappelijk onderbouwd is. Je moet de scholen erbij betrekken, rekening houden met de AVG, dus je hebt ook de jurist van de GGD nodig. Kortom: zo'n verandering heeft veel meer om handen dan je denkt.'

Zijn er dingen die je mist?

'Ja, het contact met ouders en kinderen. Gisteren zag ik, na een half jaar, weer enkele kinderen. Ik had die woensdag vrij en gezien de achterstand heb ik aangeboden om zelf een paar controlemomenten en indicaties te doen. Dan krijg ik wel echt die energie weer terug en voel ik: ja hier doen we het voor. Ik zou graag willen dat als ik met een onderwerp bezig ben, ik even in de praktijk kan duiken. Dus, stel we veranderen een bepaald onderzoek, dan zou ik graag meekijken. Zodat ik die praktijk zo goed mogelijk kan vertalen naar beleid en management.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'Ik wil graag meer kijken naar de persoonlijke ontwikkeling van de verpleegkundige. Hoe zorg je er bijvoorbeeld als organisatie voor dat mensen ook qua persoonlijke kwaliteiten en talenten geprikkeld worden. Zodat ze meer uit hun werk en henzelf halen. En je beter kunt differentiëren binnen teams. Dat vind ik nog wel een blinde vlek binnen de organisatie en de opleiding tot verpleegkundige. Ik hoop dat ik over vijf jaar hier een rol in heb.' 📧

Tekst:
Hellen
Kooijman

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

Zorg is geen eenrichtingsverkeer

Jarenlang reageerde ethicus Hans van Dartel met zorgvuldigheid, inlevingsvermogen en zoveel mogelijk neutraliteit op ethische dilemma's in de praktijk. Voor zijn laatste bijdrage geeft hij niet zozeer antwoorden maar werpt hij vragen op rondom een thema waar elke wijkverpleegkundige mee te maken krijgt: het autonoom bewegen in de zorg bij mensen thuis.

Tekst: Hans van Dartel

Als ik nadenk over de morele dimensies van wijkverpleegkundige zorg, komen er onmiddellijk wat gedachten op. De eerste heeft te maken met de omstandigheid dat je als professionele zorgverlener bij mensen thuis komt. Dat je dus als gast bij hen binnenkomt. Dat heeft bijzondere effecten op de zorgrelatie. De tweede gedachte, gekoppeld aan de eerste, betreft het gegeven dat je steeds werkzaam bent in heel verschillende systemen en dat die systemen gemakkelijk gaan wringen, met allerlei morele effecten op de invulling van jouw werk. De derde gedachte heeft te maken met de omstandigheid dat je als professional echt een verschil dient te maken tussen jouw autonomie als professional en solistisch werken. Solistisch werken kan heel prettig aanvoelen maar brengt duidelijk morele risico's met zich mee voor de kwaliteit van je werk. Autonoom werken is echt iets anders.

Te gast

Om met het eerste punt te beginnen: het gegeven dat je als gast bij mensen thuis komt, is onmiddellijk moreel van betekenis. Want als jij als gast binnenkomt, dien je wel de regels van de gastheer of vrouw te respecteren, maar mag je verwachten dat ook jij gastvrij wordt onthaald, zodat jij als professional je ding kunt doen. Het onderling afstemmen van die gastvrijheid vraagt een grote gevoeligheid voor de waarden en normen van de mensen bij wie je binnenkomt. Tegelijk hoeft je niet alles te accepteren, zeker niet als dat de waarden en normen van jou als beroepsbeoefenaar gaat bedreigen. De meest problematische kwesties in dit verband vind ik nog altijd situaties waarin jij bij mensen thuiskomt en vaststelt dat kinderen in het gezin of juist de kwetsbare, oude gezinsleden, te maken hebben met ronduit onveilige, gezondheidsbedreigende omstandigheden. Wat te doen in die situaties met de kennis die je vaak ongevraagd krijgt terwijl je aan het werk bent? Moet je iets

melden? Gaat dat effect hebben? En wat doet dat met de zorgrelatie? Gaan mensen duiken? Gaan ze de zorg mijden? Met als gevolg dat de onveiligheid alleen maar toeneemt? Dat zijn complexe afwegingen die om zorgvuldige, professionele afwegingen vragen.

'Solistisch werken is wat anders dan autonoom werken'

Van een andere orde is het soms totaal ontbreken van een gastvrij onthaal, bijvoorbeeld voor zwarte zorgverleners of zorgverleners die de deur worden gewezen omdat ze in hun kleding uiting geven aan hun religieuze identiteit: dan kan iemand wel dementeren, maar wat te doen met deuren die voor je neus dicht worden geslagen omdat je een hoofddoekje draagt of aan andere huidskleur hebt? Sommigen zeggen dat het in zo'n situatie getuigt van professionaliteit om afstand te doen van je gevoelens, maar als je uitgescholden wordt, raakt dat jou persoonlijk. En die persoonlijke gevoelens doen er ook in professionele zin toe. Daarenboven veronderstelt zorg ook een vorm van wederzijds respect. Dus ook van de cliënt voor jou als persoon. Zorg is geen eenrichtingsverkeer.

Verschillende waardesystemen

Hoe dan ook, je hebt in de extramurale zorgverlening te maken met verschillende waardesystemen. Zo verschillen de ideeën die mensen zelf hebben over wat gezondheid als waarde inhoudt en wat goede zorg is, soms totaal van de ideeën die jij zelf daarover hebt. Dat geeft ook morele spanningen. Mensen ondersteunen in het zelf managen van hun gezondheidsvragen kan aardig wringen met het beeld dat mensen zelf hebben van goede zorg: gezondheid blijkt het dan vaak af te moeten leggen tegen andere waarden. En verder: jij

kunt dan wel het idee hebben dat goede zorg vooral zorg met de handen op de rug is, cliënten en families van cliënten kunnen daar heel anders over denken. Soms terecht, soms niet. Ook in de zorg voor mensen met dementie kan de logica over zorg die de familie er op nahoudt, dwars staan op de zorglogica die jij er op na houdt. Of die de wetgever er op na houdt: bijvoorbeeld in de sfeer van Zorg en Dwang. Wat te doen als de familie het vanzelfsprekend vindt dat je vader bij vertrek op dient te sluiten? Of met zijn rolstoel strak tegen de tafel te zetten, totdat dochterlief thuiskomt?

Ruimte om af te wijken van de regels

Van een andere orde zijn de morele vragen die te maken hebben met regels van je organisatie: naar mijn indruk is er in te veel zorgorganisaties helaas nog te weinig ruimte om af te wijken van de functionele regels, te weinig ruimte ook om zelf als professional te schipperen met de tijd en de indeling van je werk. Het gegeven dat meer zeggenschap over het werk een belangrijke factor is om morele stress te voorkomen en daarmee werkplezier te bevorderen, wordt blijkbaar nog niet door elke zorgbestuurder omarmd. In plaats van meer ruimte geven aan de verpleegkundigen om zelf prioriteiten te stellen en beslissingen te nemen over welke zorg voorrang verdient en welke niet, wordt er gestuurd op steeds smallere tijdsnormeringen voor steeds strakker afgebakende taken. Dat is gelet op alle druk op het werk en de personeelstekorten wel begrijpelijk maar

'Je hoeft niet alles te accepteren'

heel dat beeld van strak normeren op tijd spoot niet met de beleefde werkelijkheid van de zorgverleners zelf. Daarenboven gaat het fundamenteel voorbij aan wat zorg werkelijk is: tegemoet komen aan individuele zorgbehoeften in vaak complexe situaties. Iedere verpleegkundige weet: het verbinden van een ulcus cruris is in de ene situatie een totaal ander verhaal dan in een andere. Niet alleen verpleegtechnisch maar ook in praktisch morele zin. Die diversiteit in



Foto: Rawpixel.com

contexten wordt in de management-taal van beleidsmakers, politici en verzekeraars vaak gemist. Daarmee wordt gemakkelijk voorbijgegaan aan wat bepalend is voor de echte, normatieve kwaliteit van het werk. En dat zijn niet de cijfers. Veel eerder gaat het om verhalen: verhalen van cliënten, van familieleden, verhalen van de verpleegkundige zorgverleners zelf.

Vragen stellen

Het lijkt erop dat ik zeg, 'als je het werk maar teruggeeft aan de zorgverleners zelf, dan komt het vanzelf goed, ook met de moraal van het werk'. In zekere zin is dat zo, we moeten in Nederland eindelijk af van beleidsmatig wantrouwen als een basis voor het inrichten van de zorg. Dat wil niet zeggen dat iedere zorgverlener zomaar zijn gang moet kunnen gaan. Een basis van goed zorgverlenerschap, ook in morele zin, is dat zorgverleners worden ondersteund bij het ontwikkelen van hun eigen professionele autonomie. Dat vraagt vanzelf ook om het ontwikkelen van een goed afgestemd moreel kompas. Dat doe je nooit als solist maar in een voortdurend gesprek met cliënten en met elkaar: in een team, met verstandige leidinggevenden en deskundige collega's, die socialemotionele steun geven maar er ook niet voor terugschrikken om kritische vragen te stellen over de gevolgde handelwijzen. De beste beroepsethiek begint dan ook met de vragen die jij jezelf en je collega's stellen over het eigen verpleegkundig handelen. En met zelf nadenken. ☺

Hans van Dartel is ethicus en niet-praktiserend verpleegkundige

Vers Bloed

Reizigersverpleegkundige Annemarie Koorevaar:

'Dit werk staat me aan; snelle korte contacten'

In de rubriek Vers Bloed komen beginnende wijk- en jeugdverpleegkundigen, casemanagers dementie en verpleegkundigen in de openbare gezondheidszorg aan het woord. Ditmaal Annemarie Koorevaar (35), sinds mei 2016 werkzaam als reizigersverpleegkundige bij de Travel Clinic van het Havenziekenhuis.

Foto: Hellen Kooijman

Hoe ben je in deze functie gerold?

'De afgelopen jaren werkte ik als meewerkend teamleider op de geriatrische revalidatie in verschillende zorginstellingen in Rotterdam. Door een reorganisatie verdween deze tussenfunctie en een hogere managementfunctie trekt mij niet. Ik hou van zorgontwikkeling en in verbinding en contact zijn met mensen. Ik wilde graag weer in het Havenziekenhuis werken. Daarom reageerde ik op de vacature voor reizigersverpleegkundige op de vaccinatiepolikliniek.'

Hoe bevalt het?

'Ik ben blij dat ik in de Travel Clinic van het Havenziekenhuis werk. Beiden staan hoog aangeschreven wat betreft persoonlijke zorg met aandacht wat aansluit bij mijn ethische normen en arbeidsethos. Ik vind het een sport om mijn consulten snel, zorgvuldig en met aandacht voor de cliënt uit te voeren zodat de cliënten het gevoel krijgen dat zij op een deskundige manier zijn geholpen. Daarnaast heb ik geen moeite met de commerciële kant binnen de polikliniek. Ik vind: zolang je iets verkoopt waar je achter staat is daar niks mis mee. Een stukje marktwerking.'

En het werk zelf?

'Dit werk staat me aan; snelle korte contacten met cliënten waarbij je eigenlijk ondanks dat je over ziekten en gezondheidsrisico's praat, het om iets leuks gaat. Namelijk vakantie. Ik vind het ontzettend leuk dat er zoveel diversiteit is in de cliënten die op consult komen en de landen die ze gaan bezoeken.'

Noem eens een voorbeeld?

'Laatst kwam er een meneer langs die naar Zuid-Korea ging. Ik vroeg hem naar zijn activiteiten, om zo erachter te komen welke vaccinaties nodig waren. Voor Korea

is het goed om te weten of iemand de rijstvelden op gaat. Daar loop je namelijk risico op het Japanse encefalitisvirus, dat over-

gebracht wordt door muggen. Dus ik vroeg dat. "Nee, lachte hij, "ik ga een klooster in en kom er niet meer uit." Ofwel: hij ging op retraite. Dat doe ik ook jaarlijks, dus daar praatten we nog wat langer over. Dat was leuk.'

Wat was je mooiste moment tot nu toe?

'Een gezin ging naar Indonesië. Ik deed met een collega het eerste consult en daar bleek dat de vader ziek was, medicatie had en daardoor immuun gecompromiteerd was, ofwel: vatbaarder voor allerlei ziekten. Hij moest ingeënt worden tegen zeker zes verschillende ziektes. Vier keer zou hij langs moeten komen, de eerste keer zou hij vijf injecties krijgen. En dat terwijl een 'normaal' iemand klaar is met een DTP en hepatitis-A vaccinatie. Ik dacht nog: Oei, dit is heftig. Waarom begin je hier aan? Maar toen kwam het hele levensverhaal naar boven. Dat ze hun adoptie-zoon dertig jaar geleden daar uit een kindertehuis terug om hem zijn roots te laten zien. Al die vaccinaties, dat had die vader dus over voor zijn zoon. Dat vond ik zo mooi om te horen.'

BIO

Werkt bij? Travel Clinic, Havenziekenhuis Rotterdam
Is goed in? Aansluiten en oprechte aandacht geven.
Blunder? 'Bij mijn toetsing aan het einde van mijn inwerkperiode waarbij ik consult moest draaien onder toezicht van collega, (intercollegiale toetsing) versprak ik me bij de uitleg over reizigersdiarree en gebruik van diarree remmers. Die laatste, zo vertelde ik, zijn nuttig als je op safari gaat of in de jungle zit zonder wc's in de buurt. Dat je dan niet denkt "shit" ik moet alweer naar de wc, flapte ik eruit. Gelukkig konden de cliënten en mijn collega erom lachen vooral omdat ik gelijk mijn hand voor mijn mond sloeg en een blos kreeg.'



Toenmalige reizigersverpleegkundige Annemarie Koorevaar:

'Ik houd van mijn vak, maar ik weet niet of ik wel terug wil op de werkvloer'

In 2016 spraken we Annemarie Koorevaar, destijds qua leeftijd (35) niet echt een jonkie meer, maar wel vers in het beroep reizigersverpleegkundige bij de Travel Clinic van het Havenziekenhuis in Rotterdam. Nu, bijna zeven jaar verder, is ze na een burn out gestopt met werken, heeft ze een kind van twee jaar en eentje van zes maanden en doet ze een studie. Wederom in de zorg.



Hoe verging het je na ons interview?

'Bij het Havenziekenhuis werkte ik destijds als vervanger voor een zwangerschapsverlof. Daarna heb ik twee jaar lang een ontzettend leuke baan gehad als ambulante verpleegkundige; ziekenhuis verplaatste zorg binnen de thuiszorg. Daar werkte ik binnen een specialistische thuiszorg-team. Zeer uitdagend werk dat ik vol passie heb gedaan. Toch moest ik tijdelijk stoppen omdat ik een burn out kreeg. Ik heb een tijd lang een wat rustigere baan genomen; in een flexpool bij een ziekenhuis en bij een ander specialistisch thuiszorg-team. Maar dan als invaller.'

Oh jeeh, een burn out. Hoe kwam dat?

'Ik werkte in een zelfsturend team. Ik was uitvoerend verpleegkundige maar deed ook de planning. In de praktijk was ik 24 uur per dag bereikbaar. Ik haalde uit dat werk heel veel energie, tegelijkertijd zoog het me helemaal leeg. Weet je, in de zorg werken allemaal mensen die maar doorgaan en niet in actie komen, want de patiënt gaat altijd voor.

Tegelijkertijd was ik ook persoonlijk in transitie. Er was een einde gekomen aan mijn relatie van twintig jaar. Het ouderlijk huis waar ik woonde, heb ik verkocht. Ik werd weer verliefd. En ik kreeg de mogelijkheid om hbo-v te doen. Ik kom nog uit het oude systeem en had enkel mbo-v. En ondanks dat ik heel veel ervaring heb – ik werk al sinds mijn veertiende in de verpleegkunde – werd er toch steeds vaker naar een hbo-v-diploma gevraagd. Maar het gaat goed. Ik heb voor de bevalling van mijn

eerste mijn propedeuse gehaald met een gemiddelde van 9,2. Nu moet ik nog vijftig weken, een scriptie schrijven en dan heb ik mijn studie hopelijk afgerond.'

Waar sta jij over vijf jaar?

'Ik mis mijn vak, ik houd er met hart en ziel van. Maar eerlijk gezegd weet ik niet of ik wel terug wil naar de werkvloer. Ik liep kort stage in een ziekenhuis, maar daar vond ik de sfeer zo slecht dat ik er ben weggegaan. En eigenlijk vind ik dat over het algemeen ook als het over de zorg gaat. Er zijn zoveel dingen echt niet leuk. De werkdruk is zo hoog, je krijgt zo weinig tijd om echt

Tekst:
Hellen
Kooijman

'Ik haalde heel veel energie uit mijn werk, tegelijkertijd zoog het me helemaal leeg'

aandacht te geven aan de patiënt. Ik ga, denk ik, niet meer doorstuderen, daar ben ik toch te oud voor. Maar anders had ik graag de kant van de geestelijke verzorging op gegaan. Dat trekt mij heel erg. Want wat ik na al die jaren geleerd heb is, dat wat mij in dit werk trekt, het contact met mensen is. Je loopt een stukje mee in iemands leven en hoort de verhalen. Dat vond ik destijds in de Travel Clinic het mooiste en dat vind ik nog steeds. Maar ja, als je daar de tijd niet meer voor krijgt...'

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

de acht pijlers van de afdeling M&G

De redacteurs van *Tijdschrift M&G* schreven in de afgelopen jaren tal van artikelen over onderwerpen waar ze nauw bij betrokken waren. In dit laatste nummer blikt een aantal van hen hierop terug en beschrijft hoe het er anno 2022 voorstaat. Redacteur Huub Sibbing formuleerde begin 2015 als beleidsmatig adviseur van het bestuur van V&VN Maatschappij&Gezondheid de inmiddels bekende acht pijlers die de gezamenlijke visie en identiteit van de afdeling M&G stutten. Sibbing schreef er veel artikelen over in dit tijdschrift, zie kader. Met dit laatste artikel kijkt hij terug in wat hijzelf 'een testament' noemt.

Tekst Huub Sibbing

In september 2014 verliet ik inwendig juichend de Algemene Ledenvergadering (ALV) van de toenmalige afdeling Eerstelijnszorg (waarin wijkverpleegkundigen en jeugdverpleegkundigen bij de consultatiebureaus waren verenigd). De ALV had zojuist ingestemd met een fusie met de toenmalige afdeling Verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg en later de afdeling Dementieverpleegkundigen om samen verder te gaan als nieuwe afdeling Maatschappij en Gezondheid: M&G. Mijn vreugde kwam voort uit mijn ervaring sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw bij de MGZ-opleiding en de opleiding tot verpleegkundige in de Maatschappelijke Gezondheidszorg aan de Haagse Hogeschool en daarna aan de afstudeerrichting MGZ binnen de hbo-v. Daarin leidden wij zowel wijkverpleegkundigen, jeugdverpleegkundigen, OGZ-verpleegkundigen en later ook arbo-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen op vanuit een gezamenlijk concept: 'Maatschappelijke Gezondheidszorg'.

'Wat ons scheidt' bleek sterker dan 'wat ons bindt'

Hierin ligt de nadruk niet op de verschillen 'wat ons scheidt' maar op de overeenkomsten 'wat ons bindt'. Veel studenten brachten dat ook in de praktijk door later in hun loopbaan probleemloos over te stappen van bijvoorbeeld jeugdverpleegkundige naar wijkverpleegkundige of van OGZ-verpleegkundige naar praktijkverpleegkundige: ze waren immers vanuit hetzelfde concept opgeleid.

De beroepsverenigingen waren nog wel versnipperd maar gingen zich steeds meer bundelen, eerst in de AVVV (Algemene Vergadering van Verpleegkundige Verenigingen) en later in V&VN. Sinds ik rond 2000 actief werd binnen de (voorlopers van) V&VN heb ik gepleit voor het zoeken van de verbinding in plaats van

het benadrukken van het onderscheid en in 2014 was het dan zover: de vorming van de afdeling Maatschappij&Gezondheid.

Persoonlijke reflectie

Zo'n zeven jaar lang (2016-2022) schreef ik tientallen artikelen met dit onderwerp (verbinden in plaats van onderscheiden) hetzij op de voorgrond, hetzij als cruciale achtergrond. Zie de series *De klepel en de klok* en *De geschiedenis van...*

Ik had de steun in de rug van maatschappelijke ontwikkelingen. De commissie Kaljouw in 2015 die stelde dat het primaat van de gezondheidszorg voor de toekomst zou moeten liggen in de combinatie van Voorzorg (de nieuwe naam voor preventie) en Gemeenschapzorg (de zorg in de thuissituatie): helemaal het domein van de brede afdeling M&G.

En de VTV 2018 formuleerde vier aandachtspunten voor de toekomst:

- Terugdringen Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV) door:
- Meer aandacht voor preventie in de fysieke en sociale omgeving met daarbij extra aandacht voor:
- Vitaal ouderen worden en aandacht voor:
- De stressvolle omgeving voor de jeugd.

Dit paste helemaal in het plaatsje van de gemeenschap-

De acht pijlers en ondersteunend en verwant gedachtegoed werden onder meer beschreven en uitgewerkt door Huub Sibbing in de volgende artikelen:

- 'Verbindende koers in acht pijlers', (2016 nr.2). In samenwerking met Jacqueline de Vries.
- 'Van ZZ via GG naar MM' (2016 nr.3).
- 'Oorzaken achter de gezondheidskloof' (2017 nr.1). *Sociaal-economische gezondheidsverschillen en de rol van verpleegkundigen M&G*



pelijke visie van M&G en het werd nog mooier toen het ministerie van VWS in de *Landelijke Nota Gezondheidsbeleid* bovenstaande aandachtspunten van de TV onverkort overnam. Een groots perspectief gloorde aan de horizon.

Maar heeft het ook tot die broodnodig gewenste gezamenlijke identiteit – verbinden in plaats van onderscheiden – onder de leden van de afdeling M&G geleid? In de eerste jaren ogenschijnlijk zeker. Ze werden geagendeerd op Algemene Ledenvergaderingen en in regionale bijeenkomsten en congressen. En de artikelen werden en worden, denk ik, nog steeds gebruikt binnen opleidingen.

Knelpunten in het hier en nu

De echte verbinding moest komen in de activiteiten en prioriteiten van de vakgroepen binnen de afdeling M&G. Maar de agenda's van die vakgroepen werden overspoeld door de problemen en knelpunten in het hier en nu: werkdruk, personeelstekorten, de corona-hectiek et cetera. Gaandeweg won de waan van de dag het steeds meer van de lange-termijn-visie: 'wat ons scheidt' bleek sterker dan 'wat ons bindt'. In ons hoofd (theorie) werd de gezamenlijkheid gezien maar in ons hart blijkt de eigenheid ('wat ons scheidt') vooralsnog sterker. Alle artikelen ten spijt konden we de geleidelijke desintegratie van de afdeling M&G niet voorkomen. De vakgroep wijkverpleging oriënteerde zich steeds meer op andere partijen binnen de wijkverpleging (met name het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap (NWG)) en besloot als aparte afdeling Wijkverpleging binnen V&VN verder te gaan, later gevolgd door de vakgroep Dementieverpleegkundigen.

Persoonlijke teleurstelling

Mijn opdracht vanuit het bestuur M&G in 2015 om niet alleen het hoofd maar ook het hart van de vakgroepen en actieve leden te raken en overtuigen blijkt onvoldoende geslaagd. Dat raakt mij diep en voelt als een persoonlijke teleurstelling.

Dat de nieuwe, afgeslankte, afdeling M&G de onderlinge gezamenlijkheid weer opnieuw ervaart en in de 'acht pijlers' een inspiratiebron ziet, stemt mij hoopvol maar is in het grotere geheel van de 'oude' afdeling M&G voor mij een doekje voor het bloeden.

'Alle artikelen ten spijt konden we de geleidelijke desintegratie van de afdeling M&G niet voorkomen'

Ooit zullen de afdelingen M&G, wijkverpleegkundigen en wellicht ook de dementieverpleegkundigen de noodzaak voor gezamenlijkheid weer gaan ervaren want de strategische ontwikkelingen gaan onweerlegbaar door: de geschiedenis gaat altijd in slingerbewegingen. Voorlopig overheerst de volgende metafoer. Toen de door mij zeer gewaardeerde Hans Simons, staatssecretaris VWS 1989-1993, zijn visionaire toekomstagenda voor de gezondheidszorg zag stranden (Oh, wat hadden zijn plannen ons een enorme hoop ellende bespaart) kopte de toenmalig Volkskrant-journalist Jet Bruinsma over Simons als de nieuwe Mozes uit het Oude Testament: 'Hij zag het beloofde land, maar hij zal het niet binnengaan'. Waarvan akte. [🔗](#)

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

Oude 'vers bloeders' aan het woord

Beleidsmedewerker Jan Jaap Levinga:

'Zorg leveren aan mensen met dementie wordt steeds professioneler'

We spraken Jan Jaap Levinga (37) in 2017. Destijds was hij net werkzaam bij zorgorganisatie Tangenborgh als wijkverpleegkundige die ook casemanagement dementie in zijn pakket had. Tegenwoordig is hij beleidsmedewerker binnen deze zorgorganisatie. Hij ziet dat zorg leveren aan mensen met dementie een vaste waarde heeft gekregen binnen zijn organisatie. Vijf jaar geleden was hij de eerste in zijn organisatie die de post-hbo-opleiding tot casemanager dementie deed.



Tekst: Marieke Rijsbergen

Van wijkverpleegkundige tot beleidsmedewerker. Hoe is dat zo gekomen?

'Eigenlijk vond ik vijf jaar geleden het beleidsmatige deel van mijn werk al heel erg interessant. Een jaar later kon ik in een tijdelijke functie teamleider wijkzorg in een regio worden. En twee jaar geleden heb ik gesolliciteerd naar beleidsmedewerker en ben dat dus geworden.'

Vijf jaar geleden zei je dat werken als casemanager dementie echt pionierswerk was. Is dat veranderd?

'Zeker. Zorg leveren aan mensen met dementie is nu standaard opgenomen in ons zorgaanbod. Casemanager dementie is geen aparte functie binnen onze organisatie, maar we hebben wel vijf gespecialiseerd verpleegkundigen met casemanager dementie in hun pakket. Zij hebben allemaal de post-hbo-opleiding tot casemanager dementie met succes afgerond.'

Waar merk je nog meer aan dat zorg leveren aan mensen met dementie professioneler wordt?

'Er zijn lokaal en regionaal steeds meer netwerken waar organisaties in samenwerken rondom dementie. Zo sluit ik aan bij het Netwerk Dementie Drenthe. Daar zitten onder andere gemeenten, organisaties in de dagbesteding en welzijns- en zorgorganisaties in. Wij komen eens per kwartaal bij elkaar, maar lokaal zien de

casemanagers dementie elkaar maandelijks. Zo leggen we onder andere onderlinge werkbezoeken af om elkaar te toetsen op de toepassing van de Zorgstandaard Dementie en waar nog verbeterpunten te halen zijn. Ook programma's als *Restaurant Misverstand* op tv en projecten als Samen Dementievriendelijk hebben het onderwerp dementie op de kaart gezet.'

Waar ga jij je de komende vijf jaar mee bezighouden?

'De vraag hoe om te gaan met de toenemende zorgvraag enerzijds en de personeelskrapte anderzijds. We moeten flink aan een beter imago werken. Vooral tijdens corona werd breed uitgemeten hoe zwaar en moeilijk het is om in de zorg actief te zijn. Het mooie van het vak wordt veel te weinig gepromoot; daar heeft bijna

'De komende vijf jaar wil ik bijdragen aan een efficiëntere inrichting van de zorg'

niemand het over en daar is dus nog een wereld te winnen. Naast betere leerwerkplekken creëren en betere arbeidsvoorwaarden voor verpleegkundigen natuurlijk. Daarnaast zijn wij als organisatie bezig met het efficiën-

Vers Bloed

'Werken als casemanager dementie is pionierswerk'

In de rubriek Vers Bloed komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Jan Jaap Levinga (32), wijkverpleegkundige bij thuiszorgorganisatie Tangenborgh. Hij behaalde in juli 2016 zijn post hbo-diploma en werkt nu als casemanager dementie.

Wat jullie doen klinkt als pionierswerk.

'Zeker. Niet alleen in zorgorganisaties, maar vooral ook in de rest van de maatschappij. Dementie is nog zo onderbelicht. En er is slechte beeldvorming over. Veel Nederlanders denken dat mensen met dementie gek en onhandelbaar zijn. Omdat er zoveel mensen met dementie bijkomen in de toekomst, moet dit veranderen. Gelukkig zien we al initiatieven als De dementievriendelijke samenleving. Daar maak ik me graag hard voor. En dat zouden meer wijkverpleegkundigen moeten doen. Dus niet afwachten, maar zelf stappen ondernemen. In het sociaal wijkteam, bij de gemeente.'



Tekst Marieke Rijsbergen

Waarom de opleiding tot casemanager dementie?

'Toen ik zo'n twee jaar geleden werd aangenomen als wijkverpleegkundige kreeg ik tevens het casemanagement dementie in mijn pakket. Samen met een paar collega's gaf ik aan dat wij de opleiding tot casemanager dementie wilden volgen omdat wij ons te weinig specialist voelden om deze rol van casemanager dementie goed te vervullen.'

Hoe was de opleiding?

'Het was heel praktijkgericht. Mijn organisatie heeft wel een basis wat betreft casemanagement dementie, maar er was geen echte know how over hoe je mensen met dementie in de thuisituatie begeleidt. Mijn collega's en ik gaven handen en voeten aan het beleid rondom dementie in onze organisatie als het gaat om thuiszorg. Zo is nu de *Zorgstandaard Dementie* echt ingebed. En we hebben goede formulieren waarin de elf zorgdementies worden beschreven. Die gebruiken we bij intakegesprekken. Ook gespreksvoering kwam uitvoerig aan de orde in de opleiding.'

Wat heb je geleerd over gespreksvoering?

'Bij casemanagement dementie is gespreksvoering uiterst belangrijk. Hoe kom je over? Wanneer laat je emoties zien en wanneer moet je juist zakelijk overkomen. Dat is cruciaal bij mensen met dementie en daar kregen we handvatten voor in de opleiding. Ik kom niet terug van een nazorggesprek met een man. Zijn dementie vrouw raagde agressief naar mensen van het zorgteam. Zozeer dat er versterking bij moest komen. De man vertelde dat zijn vrouw agressief werd van de benadering van sommige zorgcollega's. Die waren volgens hem te direct en overvorderden zijn vrouw. Mijn rol als casemanager dementie is de uitdaging om met beide partijen in gesprek te gaan om te kijken hoe we dit soort situaties kunnen voorkomen.'

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

Waar sta jij over vijf jaar?

'Dan doe ik nog steeds iets met dementie, omdat er ook dan helaas nog steeds genoeg werk aan de winkel is rondom de bewustwording van de maatschappij. Dat stuk vind ik heel boeiend. Laatst organiseerden wij als wijkteam een avond over dementie voor winkeliers en overige ondernemers. En ook bij de gemeente gaan we een scholing geven voor mensen die in het openbare gebied werken, bij woningbouwcorporaties bijvoorbeeld. Tijdens dit soort bijeenkomsten zie je dat er begrip en meer kennis komt over mensen met dementie. En dat is waar ik het voor doe.'

BIO

Werkt bij? Zorggroep Tangenborgh, wijkverpleging in Emmen

Opleiding: hbo-v, Hanzehogeschool Groningen

Is goed in? 'Ik krijg vaak complimenten over de rust die ik uitstraal. Vooral in soms onrustige situaties rondom dementie is dat een eigenschap die vaak goed van pas komt. Het maakt dat je beter tot een gesprek komt om samen te zoeken naar een oplossing.'

Grootste blunder? 'In mijn werk in het ziekenhuis heb ik een keer een volle urinaal rechtstendig naar beneden laten vallen. Alle urine spoot als een fontein door de kamer. De muur, de patiënt, het meubilair en ik zaten flink onder.'

ter inrichten van de zorg. Ofwel meer zorg in minder tijd zonder dat de kwaliteit afneemt. Neem het inzetten van slim incontinentiemateriaal. Een sensor meet dan de verzadiging van de luier en als hij vol is, krijgt de wijkverpleegkundige een seintje en kan ze langs voor verschoning. Dus geen onzinnige zorg meer zoals altijd een luier verschonen voordat een cliënt de nacht ingaat.

Voor de wijkverpleegkundige minder werk en voor de cliënt minder onrust omdat hij niet gestoord wordt. Dus twee vliegen in een klap. We zijn dit soort voorbeelden van technologie al aan het toepassen in onze woonzorgcentra en aan het onderzoeken om het te gaan inzetten in de wijkverpleging. Heel boeiend en uitdagend voor de komende vijf jaar. ☺

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

de machtsverhoudingen in de

Terwijl de wijkverpleegkundigen en de OGZ-verpleegkundigen in de frontlinie van de strijd tegen corona stonden, ging de aandacht exorbitant veel uit naar de ziekenhuizen en met name de IC's. Het is niet nieuw, zo meent Huub Sibbing in zijn laatste bijdrage aan deze rubriek. Om dit continue patroon te snappen, stelt hij dat we terug moeten naar de begintijden van het 'Koninkrijk der Nederlanden'.

Tekst: Huub Sibbing

Sinds het ontstaan van het Koninkrijk der Nederlanden met de komst van Willem I gold Nederland als een autocratische monarchie. De koning had in feite absolute macht. Er waren weliswaar een Eerste en Tweede Kamer maar er waren geen vrije verkiezingen, geen persvrijheid, geen politieke partijen, geen vakbonden en cetera. Van een 'recht op organisatie' was absoluut geen sprake. Dat veranderde in 1848 onder koning Willem II met de grondwetsherziening onder Thorbecke. Vanaf dat moment waren er (beperkte) verkiezingen, ontstond er (beperkte) persvrijheid en werd het recht op organisatie ingevoerd.

Een van de eerste organisaties die na het opheffen van het organisatieverbod werd opgericht om hun belangen te verdedigen was de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunde (NMG) die we nu nog steeds kennen als de KNMG (de K is van Koninklijk): de organisatie van artsen. De gezondheidszorg in die jaren werd beoefend door een zeer diverse groep: natuurgezegers, kruidendokters, doctores medicinae, chirurgijns en meer. Slechts een klein gedeelte (circa 10 procent) was opgeleid aan de universiteiten en opgeleid volgens het natuurwetenschappelijk model. Zij ijverden via hun organisatie, de NMG, voor een monopoliepositie: alleen zij zouden bevoegd moeten zijn om de geneeskunde uit te voeren.

Na vijftien jaar actief lobbyen kregen ze in 1865, in de geneeskundige wetten van Thorbecke waaronder de WUG (Wet Uitvoering Geneeskunde), het monopolie op het uitvoeren van de geneeskunde. Alle andere vormen waren op slag verboden.

Dat de overheid zich bemoeide met wie zich wel of geen arts mocht noemen was uiterst vreemd in die tijd. Er waren maar een heel beperkt aantal ministeries, bemoeienis met de gezondheidszorg was er nauwelijks en beroepswetgeving al helemaal niet. Het bewijst maar eens dat artsen er al in een heel vroeg stadium in slaagden hun belangen te behartigen in politiek. Die leidende positie hebben ze nooit meer prijsgegeven en

werpt zijn schaduw vooruit in de 20e en zelfs de 21e eeuw. Laten we een paar voorbeelden onder de loep nemen.

De WUG en de Wet BIG

De WUG van 1865, waarin de dominantie van artsen was vastgelegd, werd officieel pas ingetrokken in 1993, bijna 130 jaar later. Het is daarmee op de Grondwet na een van de langst geldende wetten in de Nederlandse historie. Weliswaar waren er talloze beroepen in de gezondheidszorg die een stukje van de medische taken uitvoerden, maar altijd onder controle en toezicht van artsen. Ook de vervanging van de WUG door de Wet BIG is een

'Artsen slaagden er al in een heel vroeg stadium in hun belangen te behartigen in de politiek'

zeer langdurige strijd om de macht geweest. In 1967 werd de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, onder het voorzitterschap van Prof. Mr. J. de Vreeze, ingesteld. Deze commissie kreeg de opdracht, de gehele wetgeving op het gebied van de medische beroepsuitoefening te moderniseren. De commissie-De Vreeze bracht na zes jaar in 1973 haar rapport uit. Op basis van dit rapport werd pas acht jaar later het voorontwerp van de Wet BIG in 1981 opgesteld. Vervolgens duurde het nog eens twaalf jaar totdat, na allerlei wijzigingen en aanpassingen, de Wet BIG in 1993 van kracht werd. Daarmee is het een van de langst durende wetgevingsprocedures in de parlementaire geschiedenis. Maar werd de dominantie van artsen daarmee opgeheven? Er waren weliswaar aanpassingen in vergelijking met de rigide WUG maar de dominantie van artsen bleef, mede door het concept van "voorbehouden handelingen" nog steeds overeind.

gezondheidszorg

Het verrichtingsstelsel

Artsen en met name specialisten hanteerden vanaf het begin het verrichtingsstelsel als basis van hun financiering. Toentertijd was dat nogal logisch want er waren geen alomvattende verzekeringen dus iedere (veelal welgestelde) patiënt betaalde de arts rechtstreeks. Maar toen in het eind van de negentiende eeuw vanuit de vakbonden de eerste ziekenfondsen ontstonden, die de gezondheidszorg ook toegankelijk wilde maken voor het minder welgestelde deel van de bevolking (toentertijd circa 75-80 procent) weigerden artsen hun medewerking aan de 'rode' ziekenfondsen of richtten hun eigen 'doktersfondsen' op om de regie te behouden. Zelfs toen in 1947 de landelijk geldende Ziekenfondswet van kracht werd, wisten de specialisten te bewerkstelligen dat zij, net als bij de toenmalige particuliere verzekeringen, volgens het verrichtingsstelsel gefinancierd werden, terwijl de huisartsen volgens het abonnement-systeem betaald zouden worden.

Toen in 2005 de huidige Zorgverzekeringswet werd ingevoerd bleef het verrichtingsstelsel voor specialisten en paramedici dominant.

Culturele invloed

De dominantie van artsen en met name specialisten leidde in de jaren 50-60 van de vorige eeuw tot een omslag in het kijken naar de gezondheidszorg. Tot die tijd hadden huisartsen, zeker ook op lokaal niveau, nog een behoorlijke invloed, maar het aantal ziekenhuizen en daarmee ook het aantal medisch specialisten groeide in die jaren explosief. Steeds meer verschoof de focus naar de ziekenhuizen en de specialisten. En die trend is nog steeds dominant, zoals onlangs nog weer eens bleek tijdens de coronacrisis.

'Bij de "consumptie van gezondheidszorg" hebben artsen een monopolypositie'

In zijn artikel: 'Crisis legt verhoudingen bloot: cure gaat stevast voor care', in *Zorgvisie* van 4 maart 2021, waarin hij de besluitvorming tijdens de coronacrisis analyseert laat auteur Joost Bijlsma hoogleraar Public



Affairs aan de Universiteit Leiden Arco Timmermans aan het woord. Het is hem tijdens de coronacrisis duidelijk geworden naar wie in deze sector het beste wordt geluisterd. 'Bovenin de pikorde staan de medisch specialisten en de ziekenhuizen. Hun sterke lobby bepaalt al jaren de agenda. Onderin vind je de verpleeg-

De geschiedenis van...

kundigen en de ouderenzorg en de preventie. Om met George Orwell te spreken: alle dieren zijn gelijk, maar sommige dieren zijn meer gelijk dan anderen.'

Tegenbeweging?

Reeds in de Structuurnota (1973), later in het rapport van de Commissie Dekker (1986) en vele rapporten daarna werd ervoor gepleit om het verrichtingensysteem af te schaffen, omdat het overbehandeling stimuleert en preventie blokkeert. Echter zonder succes. Decennialang zijn er vanuit de politiek, adviesorganen, de wetenschap,

en vanuit maatschappelijke organisaties initiatieven ontplooit om tot fundamentele veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg te komen. Keer op keer stuitte de politiek op de daarmee gepaard gaande belangen, met name van de specialisten. Want als je aan de financieringsstructuur in de gezondheidszorg komt, komt je aan de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg.

Hoe komt het nou, dat een betrekkelijk kleine groep van medisch specialisten er al decennialang uitermate succesvol in slaagt om fundamentele veranderingen te blokkeren, tegen alle maatschappelijke en politieke stellingnames in. Wie heeft het nou in de gezondheidszorg voor het zeggen. Is het de lange traditie van beïnvloeding, al vanaf 1849 of hebben ze een geheim wapen in handen, dat machtiger en invloedrijker is dan alle politieke maatschappelijke en economische debatten en analyses bij elkaar.

Om inzicht te krijgen in de machtspositie van de belanghebbenden gaan we te rade bij P. Juffermans in zijn boek *Staat en Gezondheidszorg in Nederland* uit 1983. Hij introduceerde een begrip wat van essentieel belang blijkt te zijn: dwangconsumptie.

Gezondheidszorg als economisch systeem

Juffermans dwingt ons om naar de gezondheidszorg als economisch systeem te kijken. Een essentieel onderdeel van de economische theorie is de Wet van de ruilwaarde/ Wet van de prijsvorming. Deze wet komt er kort gezegd op neer dat de uiteindelijke prijs/ruilwaarde van een product een evenwicht zoekt tussen wat de producent ervoor vraagt en wat de consument bereid is ervoor te geven. Deze wet gaat er vanuit dat de invloed van de producent beperkt is, omdat de consument alternatieven heeft, er is sprake van 'vrije' consumptie. Als het door de gebruiker gewenste vervoermiddel (auto) erg onaantrekkelijk wordt (bijvoorbeeld autorijden door een extreem hoge benzineprijs) heeft de gebruiker een alternatief (bijvoorbeeld de trein of bus of thuiswerken).

Echter, zo stelt Juffermans; als het gaat om de gezondheidszorg bestaat er uiteindelijk geen reëel alternatief. Als men gezondheidszorgconsumptie nodig heeft, is men in praktijk ook vrijwel gedwongen om daar, tegen de geldende voorwaarden, op in te gaan.

Daarmee is de consumptie van gezondheidszorg in de ogen van Juffermans geen 'vrije consumptie' maar 'dwangconsumptie' waarbij artsen een monopoliepositie hebben.

De enorme materiële en emotionele waarde van het dwangconsumptieve product 'gezondheid', gekoppeld



aan een monopolistisch georganiseerde beheersgroep (artsen) verleend tegelijkertijd aan diezelfde artsen als beheersers van het productieproces van de gezondheidszorg een enorme macht. Immers, zij beschikken over iets wat zij alleen beheersen, maar waar bij vrijwel iedereen vroeg of laat een enorme vraag naar is. Dit geldt des te sterker voor diegenen die zich het meest bewegen in het spanningsveld waaraan het medisch handelen zijn dwangconsumptieve waarde ontleent: in het ingrijpingsproces tussen leven en dood: 'de medisch specialist' en met name de cardiologen en chirurgen.

'Bijna per definitie wordt verpleegkundigen het recht ontzegd een kwaliteitsoordeel te vellen over het geleverde product'

Wie in zo'n situatie de macht heeft over een zeer gewenst, gedwongen product kan dan ook vergaande eisen stellen aan de voorwaarden waaronder het product geleverd wordt en kan desgewenst dreigen zijn product niet te leveren als aan zijn of haar wensen niet wordt tegemoet gekomen, waarbij men van goede huize moet komen om politiek en maatschappelijk voldoende kracht te ontwikkelen, om een tegenmacht te vormen. Artsen en met name specialisten hebben daarmee dus een enorme macht en ze zijn zich er ook terdege van bewust, zoals bleek toen Volkskrant-journalist Jet Bruinsma in 1998 de toenmalige voorzitter van de specialistenvereniging interviewde: *'Men moet goed begrijpen dat wij de baas zijn. Wij specialisten kunnen de zorg maken en breken.'*

Macho's

Dat geldt niet alleen op macroniveau maar ook binnen de instellingen. Socioloog C.J. Lammers schreef in 1967 al een analyse van de gezondheidszorg met als titel 'Het ziekenhuis als kastenmaatschappij'. Kenmerkend daarvoor waren: *een rigide hiërarchische ordening van een aantal sociale groeperingen, met een zeer gedifferentieerde statussymboliek de gelaagdheid en gescheidenheid van deze groeperingen beklemtoont.* Dat was 55 jaar geleden, maar het geldt blijkbaar nog steeds. Medisch journaliste Allietta Jonkers, deed onderzoek naar de hiërarchie in de ziekenhuizen. In haar artikel 'Brullen op de apenrots' van februari 2015 op haar

website vatte ze de resultaten samen: *De geneeskunde anno 2014 is nog altijd een hiërarchisch bolwerk.. (...) Zeker vergeleken met het bedrijfsleven is de gezondheidszorg een apenrots. Aan de top van de sociale ladder in het ziekenhuis staan de chirurgen en de cardiologen. Kinderartsen bungelen ergens onderaan. Over geriaters wordt niet eens gesproken.*

En toen Dr. Karim, een Afghaanse arts die in vele landen gewerkt had, in 2017 in de Volkskrant gevraagd werd naar zijn ervaringen in Nederland bevestigde hij dat beeld: *'De hartchirurgen staan bovenaan in de pikorde. Dat zijn de macho's die beslissen over leven en dood.'* Met name dit proces zien we dan ook zeer veelvuldig optreden, wanneer er ook maar de geringste ontwikkeling te bespeuren is om grenzen te stellen aan het verrichtingsstelsel c.q. financieringssysteem van medisch specialisten. In dergelijke gevallen verschijnen er de volgende dag krantenkoppen waarin uiteengezet wordt dat de betreffende overheidsmaatregel 'onverantwoord' is, ongetwijfeld talloze 'onnodige sterfgevallen' met zich mee zal brengen et cetera. De monopolistische productiewijze van het geneeskundig product leidt ook tot de stellingname dat enkel de betrokken beroepsgroep der medici 'oordelingskundig' is ten aanzien van het eigen handelen. Bijna per definitie wordt patiënten, verpleegkundigen, politici of sociologen het recht ontzegd een kwaliteitsoordeel te vellen over het geleverde product.

Een wurgende houdgreep

Alle partijen houden elkaar in een wurgende houdgreep. *Het ziekenhuis wil rendabel draaien, de specialist wil verdienen en de patiënt wil absoluut zeker weten dat hij niets mankeert.* Zolang de focus in de gezondheidszorg blijft liggen op Ziekte en Zorg (ZZ) wijzen alle neuzen dezelfde kant op: De arts heeft er belang bij om mensen beter te maken en daarmee een inkomen te vergaren. Probleem daarbij is overbodige en onnodige zorg. Immers, hoe meer hij behandelt, hoe meer hij verdient. De patiënt wil alleen maar beter worden, maar merkt nauwelijks wat het kost, daar is hij immers voor verzekerd. De verzekeraar wil klanten behouden en liefst winnen maar daarvoor moet hij wel behandelaars als patiënten tevreden houden.

Of, zoals Prof. Gert Westert, hoogleraar Kwaliteit van Zorg van de Nijmeegse Universiteit het uitdrukte: *'Iedereen in de zorg heeft er baat bij, dat het geld blijft stromen. We zitten in een pervers systeem waarin we betaald krijgen voor behandelingen bij ziek zijn, niet voor de gezondheid van patiënten.'* 

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

de veerkracht in de gezondheidszorg

De redacteuren van *Tijdschrift M&G* schreven in de afgelopen jaren tal van artikelen over onderwerpen waar ze nauw bij betrokken waren. In dit laatste nummer blikt een aantal van hen hierop terug en beschrijft hoe het er anno 2022 voorstaat. Redacteur Suzanna van Dam interviewde in 2019 Naomi Vandamme, klinisch psycholoog en psychotraumatoloog, over veerkracht in de gezondheidszorg en hoe verpleegkundigen M&G een belangrijke rol spelen in het vergroten ervan.

*Tekst:
Suzanna
van Dam*

In 2019 vertelde Vandamme over het belang van veerkracht bij het voorkomen van trauma's, maar ook als essentieel aandachtspunt voor mensen die al een trauma hebben. Jij als verpleegkundige kunt niet werken aan het trauma, maar wel aan de veerkracht van deze patiënt, zo zei ze. Ze gaf aan dat machteloosheid een belangrijke factor is om trauma te ontwikkelen. En dat verpleegkundigen een belangrijke rol kunnen spelen in het voorkomen van dit gevoel. Daarnaast stipte ze ook het belang van veerkracht aan voor verpleegkundigen zelf.


Ontwikkelingen van de afgelopen jaren

We hebben inmiddels heel wat gezondheids crisissen achter de rug. Ebola, economische crisis, COVID-19-pandemie en momenteel bevinden we ons in de klimaat-crisis. Door deze heftige tijden is er binnen de gezondheidszorg meer aandacht gekomen voor veerkracht. Zo ook bij het Nederlands instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) die veerkracht beschrijft als 'het vermogen om je aan te passen en flexibel te reageren op verwachte en onverwachte crisissituaties'. Iets wat de afgelopen jaren flink nodig is geweest. Zij kijken zowel naar de veerkracht van de individuele medewerkers als de veerkracht van de organisatie. Het Nivel definieert de organisatorische veerkracht als het vermogen van een organisatie om een crisis te overleven en te gedijen in een wereld van onzekerheid. In hoeverre kunnen organisaties omgaan met tegenslagen en crisissituaties? Het Nivel constateert dat hier een groot verschil zit tussen een acute en kortdurende crisis en langdurige crisissituaties. Met name tijdens crisissituaties die langere tijd aanhouden, zoals de COVID-19-pandemie,

*Suzanna
van Dam is
sta- en jeugd-
verpleeg-
kundige
bij de GGD
Zuid-Limburg
en redacteur
van *Tijdschrift
M&G**

is het van belang dat er tijdens de crisis al aan een toekomstvisie gewerkt wordt. Deze visie grijpt terug op het effect dat Vandamme ook al naar voren bracht, namelijk dat een bepaalde richting het gevoel van machteloosheid kan verkleinen.

Erkenning

Ook zijn beroepsverenigingen waaronder V&VN en Actiz bezig met het Landelijk Actieplan Zeggenschap en Veerkracht. Het ministerie van VWS heeft ruim 10 miljoen euro begroot om te investeren in de veerkracht en zeggenschap van medewerkers binnen de gezondheidszorg. Aangezien zeggenschap over je werk en inbreng over de uitvoering van de zorg als belangrijk element gezien wordt van veerkrachtige medewerkers die vervolgens beter om kunnen gaan met de onverwachte en hectische omstandigheden die bij het beroep van verpleegkundigen horen. Initiatieven die door dit plan impuls krijgen zijn onder andere het opzetten van een leernetwerk waarbij landelijk de kennis met elkaar gedeeld kan worden, een online kennisplatform waar goede voorbeelden gedeeld worden en een leerlijn voor zowel managers als medewerkers waarin de praktische kant van het invullen van zeggenschap naar voren komt. Er ontstaat dus de afgelopen jaren steeds meer erkenning voor het belang van veerkracht binnen de gezondheidszorg, zowel op individueel niveau als op organisatorisch niveau. Waarbij de verpleegkundigen niet aan de zijlijn staan, maar juist zelf een belangrijke stem hebben in deze beweging. 

Voor meer informatie over het Landelijk Actieplan Zeggenschap: <https://actieplanzeggenschap.nl/>



Nr. 2-2019

ben ik bij de bevalling van mijn zoon heel ziek geworden door het HELLP-syndroom. Dit was een traumatische gebeurtenis. Ik dacht dat mijn zoon dood was. Tegelijkertijd werd mij verteld dat ik ook heel ziek was. Mijn zoon moest van het ziekenhuis waar wij waren met de ambulance naar een ander ziekenhuis. Twee momenten zijn mij erg bijgebleven. Het eerste toen mijn zoon me vasthield en ik hem du...

En wat als het gaat om mensen met een migratieachtergrond. Heb je een aantal praktische tips waar wij, verpleegkundigen M&G, mee aan de slag kunnen?

'Het begint allemaal bij ver...

Interview

Naomi Vandamme over veerkracht:

'Het zijn de kleine dingen die op kostbare momenten magisch worden'



In de loop der jaren heeft Naomi Vandamme zich als klinisch psycholoog en psychotraumatoloog gespecialiseerd in veerkracht. Veerkracht is een essentieel vermogen, zowel bij autochtonen als migranten. Verpleegkundigen M&G spelen een belangrijke rol in het vergroten ervan.

Wat is veerkracht?

'Vanuit de literatuur wordt niet één definitie gegeven van veerkracht, omdat het verschilt per context. Veerkracht is niet alleen iets van het individu. Het is de interactie tussen de omgeving én het individu. Michael Ungar, een Canadese onderzoeker die zich voornamelijk richt op veerkracht, beschrijft veerkracht vanuit een ecologische benadering. Namelijk dat veerkracht de mogelijkheid is van mensen om toegang te krijgen tot, maar ook gebruik te maken van, psychische, fysieke en spirituele veerkrachtbronnen die betekenisvol en cultuursensitief zijn. Het bepaalt hoe je omgaat met tegenslag.'

Wat zijn veerkrachtbronnen?

'Dit is bijvoorbeeld het goed kunnen omgaan met emoties, probleemoplossende vaardigheden, toegang tot een netwerk, hoop, structuur, voorspelbaarheid en participatie. Het gaat daarbij om zowel omgevings- als individuele factoren. De veerkrachtbronnen noem ik ook wel puzzelstukjes, omdat er verschillende stukjes nodig zijn die goed in elkaar passen om de puzzel tot veerkracht te maken. Uit onderzoek van onder andere Michael Ungar blijkt dat er een aantal puzzelstukjes is die meerdere mensen helpen in hun proces naar veerkracht. Vanuit deze gedachte heb ik de veerkracht-puzzel ontwikkeld. Dit is géén methode, maar wel een kapstok om veerkracht bespreekbaar te maken.'

Waarom is veerkracht belangrijk?

'Ik kom zelf als psychotraumatoloog meer uit de psychopathologische hoek. Ik hield mij bezig met het zo goed mogelijk "repareren" van trauma's. Nadat ik een tijdje in Haïti als vrijwilliger had geholpen na de aardbeving in 2010 verwonderde ik mij erover hoe kinderen soms zo goed doorleven ondanks alles wat ze meegemaakt hadden. Datgene waar ik mij over verwonderde bleek veerkracht te zijn. Namelijk dat je ondanks tegenslag toch door kunt gaan. Ook is het werken aan



trauma's in onstabiele situaties niet altijd mogelijk en kan het zelfs gevaarlijk zijn. Ik vroeg mij af wat ik dan wel kon doen en hoe ik de trauma's mogelijk zelfs zou kunnen voorkomen. Hierin bleek veerkracht ook essentieel te zijn.'

Wat kan een verpleegkundige betekenen op het gebied van veerkracht?

'Mensen zijn een van de belangrijkste instrumenten van veerkracht. De mens kan zelf een puzzelstukje zijn of heel belangrijk zijn om te helpen de puzzel te leggen. De basis is: ik zie jou, jij lijdt, en ik wil jou laten weten dat ik jou zie, dat je niet alleen bent, dat ik snap wat dat lijden voor jou betekent. Ik heb zelf ervaren hoeveel een verpleegkundige kan betekenen op dit gebied. In 2018

Wat betekent

'Dit heeft enorm... Tot op de dag van geen trauma aan o van mijn zoon, me Zij voelden mijn ang

'Machtelooshe belangrijke fact te ontwikkelen'

Omdat zij mij begrepen niet machteloos was. A belangrijke factor om ei Soms kan je als verplee doen, door heel goed te k war je ziet. Dat kan net mak uitkomt. Soms zit het in kl momenten magisch word

De redactie van Tijdschrift M&G

Suzanna van Dam:

'Blijf nieuwsgierig en over de schutting van je eigen vakgebied kijken.'



Bente Allesie:

'Blijf energie en plezier houden om het vak van (m&g) verpleegkundige uit te voeren!'

Gerben Jansen:

'Blijf investeren als verpleegkundige in het sociaal domein en welzijn, dit is belangrijk om tot integrale zorg te komen.'



wenst jullie...

Marieke Rijsbergen:

'Blijf als collega's lol met elkaar hebben en inspireer elkaar elke dag weer.'



Valerie Schipper:

'Blijf een actieve bijdrage leveren aan de doorontwikkeling van ons vak.'

Huub Sibbing:

'Hou het gedachtengoed van Maatschappij en Gezondheid in je hart en in je hoofd.'



Hellen Kooijman:

'Blijf jezelf en je beroep serieus nemen. Altijd en overal.'

Flesvoeding kiezen



ZIJN ALLE
FLESVOEDINGEN
GELIJK?

HANDIGE HULPMIDDELEN
VOOR U OM TE
GEBRUIKEN

ALLE VOEDINGSSTOFFEN
IN FLESVOEDING OP
EEN RIJTJE

Wat nu?

Scan de QR code voor
handige informatie over
flesvoeding of ga naar
[www.nutriciavorprofessionals/
professioneleondersteuning](http://www.nutriciavorprofessionals.nl/professioneleondersteuning)



NIEUW

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



Scan de QR code voor meer informatie
over Nutrilon DuoBalans of ga naar
[www.nutriciavorprofessionals.nl/
duobalans](http://www.nutriciavorprofessionals.nl/duobalans)

NUTRICIA