

- 
- **Lector wijkverpleging
Minke Nieuwboer:
'Werk samen in plaats van
te concurreren'**
 - **Wat levert corona jou op?**

**Geschiedenis van...
het preventiebeleid in Nederland**

Zijn alle flesvoedingen gelijk?

Wat is het verschil?

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

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

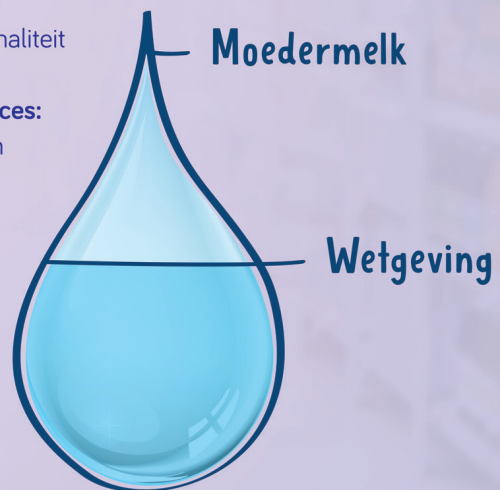
WETGEVING BEPAALT MINIMALE EISEN FLESVOEDING

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

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

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

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



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



Onze investering

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

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

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

NUTRICIA



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 21, nummer 4, december 2021

ISSN 1568-5853

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

Foto-omslag: Ron Hendriks

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

Tijdschrift met smoel

Ik ben inmiddels al acht jaar eind- en hoofdredacteur van dit tijdschrift. Ik heb het zien groeien tot een volwassen magazine voor verpleegkundigen in de eerstelijns. Neem bijvoorbeeld de redactie. Toen ik begon, waren er vrijwel alleen beleidsmedewerkers als redactielid bij het blad betrokken. Nu komen alle redacteuren alweer een behoorlijke tijd uit de praktijk. Ook heeft het tijdschrift smoel gekregen zoals je dat zo mooi zegt in de tijdschriftenjournalistiek. De enige foto die specifiek geschoten wordt voor het blad is de cover van het tijdschrift. Daar staat altijd een wijk-, jeugd-, dementie- of verpleegkundige OGZ op. Dat is altijd heel sterk beeld waardoor het zich onderscheidt van de rest van de bladen. Ook de lay-out is strakker geworden en er zijn vaste rubrieken in gekomen die ik samen met de redactie heb bedacht. Neem de rubriek *Vers bloed of De geschiedenis van...* Het meest geniet ik van de redactievergaderingen. Daar komen alle doelgroepen van V&VN Maatschappij & Gezondheid bijeen. Die synergie tussen de wijk-, dementie-, jeugdverpleegkundigen en verpleegkundigen OGZ is mooi en uniek om te zien. En dat vinden de redacteuren ook. Kennis met ze maken? Ga dan naar pagina 24. Daar stellen ze zich aan je voor. ☺

Veel leesplezier,

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



In dit nummer

Actueel

Wat levert corona jou op? 6

Aan tafel met...

Lector Wijkverpleging, Minke Nieuwboer:

'Beter samenwerken dan concurreren' 10

De geschiedenis van...

Het preventiebeleid in Nederland 14

Praktijk

Hoe ziet een gemiddeld contactonderzoek bij TBC eruit? 22

Interviews

De redactie stelt zich voor 24

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Vers bloed: 'De diversiteit van de vragen maakt het werk zo leuk' 18

Afdelingsnieuws 20

Het dilemma: 'Mag ik een oliebol eten met mijn cliënt?' 30



Richtlijn over gezonde slaap en slaapproblemen uitgekomen

Onlangs is de richtlijn *Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen* gepubliceerd. De richtlijn beoogt eenduidige aanbevelingen te geven over goede zorg voor jeugdige, volwassen en oudere patiënten met aanwezige (al dan niet onderkende) slaapproblemen of met een (verhoogd risico op) ontregeling van het gezonde of functionele slaap- en waakritme, die kunnen resulteren in slaapproblemen. Deze richtlijn is bedoeld voor de zorg door verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten voor deze patiënten.

Deze professionals spelen een belangrijke rol bij het adviseren en voorlichten van patiënten en hun naasten over slapen, in de signalering van slaapproblemen, het inzetten van verpleegkundige interventies of het toe leiden naar andere disciplines. Vaak zijn zij als eerste betrokken bij de zorg en hebben zij frequent contact met de patiënt.

De richtlijn gaat onder andere in op een verstoord slaap- en waakslaap- en waakpatroon dat gesignaleerd kan worden, welke soorten slaap er zijn, wat nodig is voor een goede slaap, welke interventies passend zijn bij uiteenlopende slaapproblemen en op welke wijze het verpleegplan geëvalueerd kan worden.


De richtlijn *Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen* is te downloaden op www.venvn.nl 



Minder uitbraken van ziekten

In 2020 zijn 559 uitbraken met 1907 zieken gemeld. Dit zijn er duidelijk minder dan in 2018 (756 uitbraken met 2805 zieken) en 2019 (735 uitbraken met 3058 zieken). Dat komt vooral door de uitbraak van het coronavirus en de maatregelen om de verspreiding ervan te verminderen, zoals handen wassen. Het norovirus, salmonella en campylobacter veroorzaakten in 2020 nog steeds de meeste uitbraken en ziekte, maar in totaal dus wel veel minder dan in de jaren ervoor.

De cijfers komen van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) en de GGD'en. Zij registreren en onderzoeken voedsel gerelateerde infecties en vergiftigingen om te voorkomen dat meer mensen ziek worden. Daartoe proberen ze vanuit hun eigen werkveld te achterhalen waar mensen besmet zijn geraakt en door welke ziekteverwekker. De NVWA onderzoekt welke ziekteverwekkers in voedsel kunnen zitten, waar het voedsel vandaan komt en de plaats waar het is bereid of verkocht. De GGD richt zich op de personen die hebben blootgestaan aan besmet voedsel en probeert via hen te achterhalen waar ze zijn besmet.

Het RIVM voegt de meldingen van de twee instanties samen en analyseert ze als één geheel. Deze aanpak geeft inzichten in oorzaken van voedsel gerelateerde uitbraken in Nederland, de mate waarin ze voorkomen en mogelijke veranderingen hierin door de jaren heen. De genoemde getallen zijn een onderschatting van het werkelijke aantal voedsel gerelateerde uitbraken en zieken. Dit komt onder andere doordat niet elke zieke naar de huisarts gaat of de NVWA informeert. Ook is niet altijd duidelijk of besmet voedsel de oorzaak van een ziekte is. 

Bron: RIVM

Leefstijlfactoren spelen rol bij ontwikkelen dementie

Het voorkómen van ernstig overgewicht op middelbare leeftijd, stoppen met roken en het stimuleren van cognitieve en sociale activiteiten zijn beïnvloedbare leefstijlfactoren die dementie kunnen voorkómen of uitstellen. Andere beïnvloedbare factoren zijn het aanmoedigen van het volgen van een goede opleiding en het behandelen van een hoge bloeddruk door leefstijlveranderingen en/of medicatie. Dit blijkt uit een literatuuronderzoek van het RIVM.

Op basis van bevolkingsonderzoek zijn er in 2021 in Nederland naar schatting 290.000 mensen met dementie. Door de vergrijzing zal dit aantal stijgen naar meer dan 500.000 in 2040 en ruim 620.000 in 2050. Genezing van dementie is (nog) niet mogelijk. Daarom is het voorkómen of uitstellen van dementie belangrijk. Leeftijd, geslacht en erfelijke factoren spelen een rol bij het krijgen van dementie. Deze factoren zijn echter niet te beïnvloeden. Dat geldt wel voor de volgende factoren:

- risicofactoren voor hart- en vaatziekten (cardiovasculaire risicofactoren): hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, ernstig overgewicht, diabetes type 2
- leefstijlfactoren: roken, alcoholconsumptie, lichamelijke inactiviteit, ongezonde voeding
- psychosociale factoren: weinig sociale contacten, depressie, verstoord slaappatroon
- overige factoren (onder andere medische en omgevingsfactoren): lage opleiding, traumatische hersenschade, gehoorverlies, luchtverontreiniging.



Het is belangrijk om in te zetten op het voorkómen of uitstellen van dementie, in elk geval vanaf middelbare leeftijd (40-45 jaar), maar bij voorkeur al eerder. Veel van de risicofactoren voor dementie gelden ook voor andere ziekten, zoals hart- en vaatziekten of kanker. Bevordering van een gezonde leefstijl van mensen is belangrijk. Het gaat dan bijvoorbeeld om het verminderen van overgewicht, gezonde voeding, meer bewegen en stoppen met roken. Door op meerdere leefstijlfactoren tegelijk in te zetten en deze uit te breiden met het stimuleren van cognitieve functies en het versterken van de sociale netwerken, wordt het risico op dementie verlaagt. [↗](#)

Bron: RIVM

Daling aantal daklozen

Op 1 januari 2021 waren 32.000 mensen dakloos. Op 1 januari 2020 waren dit er ruim 36.000. Daarmee is de jarenlang stijgende trend van het aantal dakloze mensen tot stilstand gekomen. Het aandeel 18- tot 27-jarigen onder de groep daklozen daalde van 35 procent begin 2016 naar 18 procent op 1 januari 2021. Dit blijkt uit de nieuwste cijfers van het CBS. Tachtig procent van de daklozen is man en 37 procent verbleef in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag of Utrecht. Van het totaal aantal daklozen was 18 procent op 1 januari 2021 in de leeftijd van 18 tot 27 jaar. Begin 2020 was dat 23 procent, op 1 januari 2016 nog 35 procent. Het aandeel 27- tot 50-jarige daklozen is toegenomen van 49 procent (2016) tot 62 procent (2021). Het percentage dakloze mensen tussen 50 en 65 jaar is eveneens licht gestegen.

Onder 18- tot 27-jarige daklozen had 58 procent op 1 januari 2021 een niet-westerse migratieachtergrond. In de totale bevolking van deze leeftijd is dit aandeel 19 procent. Ook onder 27- tot 50-jarigen hebben daklozen (52 procent) vaker dan alle Nederlanders in diezelfde leeftijdsgroep (18 procent) een niet-westerse achtergrond.

Van alle Nederlanders tussen 50 en 65 jaar heeft 10 procent een westerse en 10 procent een niet-westerse migratieachtergrond. Onder de daklozen zijn ook in deze leeftijdsgroep zowel de westerse (17 procent) als niet-westerse migranten (35 procent) oververtegenwoordigd. [↗](#)

Bron: CBS

Levert corona jou iets op?

Terwijl we dit onderwerp als redactie bedachten en schreven, leek het de goede kant op te gaan. De coronabesmettingen bleven aan de goede kant, de zorg kon weer wat ademen. Net toen het tijdschrift naar de drukker moest, rezen de besmettingen weer de pan uit. Wat achter ons lag, ligt nu weer voor ons. En wie weet als dit tijdschrift op de deurmat ligt, is de situatie weer anders. Niets zo veranderlijk als de infectieziekte COVID 19...

De media staan er bol van. De ene maatregel buitelt over de andere heen. De toon van de berichtgeving is vrijwel altijd negatief. De redactie van *Tijdschrift M&G* draaide de boel om en vroeg: wat heeft corona jou als verpleegkundige in de wijk gebracht?



Tekst:
Bente Alessie,
Gerben
Jansen,
Marieke
Rijsbergen,
Valerie
Schipper

'Het belang van preventieve gezondheidszorg heeft meer bekendheid gekregen'

Jeugdverpleegkundige Esther Hebinck (51), werkt bij Jong JGZ: 'Meerdere dingen. Als eerste is het belang van preventieve gezondheid en dus ook de preventieve gezondheidszorg verbeterd en heeft het meer bekendheid gekregen. Iedereen weet nu dat roken, overgewicht en een verdere ongezonde levensstijl

niet helpend is als je corona krijgt. Dat is fijn voor ons jeugdverpleegkundigen want wij zijn immers van de preventie. Wij moeten het nu naar de dagelijkse praktijk trekken. Want een ongezonde leefstijl is natuurlijk nooit goed maar soms wel lastig door alle verleidingen. Ik merk in mijn spreekuren dat meer mensen er open voor staan, vragen wat ze zelf kunnen doen om gezond te blijven. De handreikingen die ik ze geef zijn heel divers, ik denk afhankelijk van de vraag en situatie mee in mogelijkheden.

Als tweede merk ik dat in mijn rol als jeugdverpleegkundige, maar ook in mijn rol als lactatiedeskundige, de kraamtijd sinds corona vaak rustiger verloopt. Minder bezoek en de partner is vaker thuis doordat hij thuiswerkt. Dat komt het gezin en vooral de baby ten goede. De baby gaat niet meer van hand tot hand. Alleen de inner circle komt nu over de vloer.

Als derde zijn de digitale mogelijkheden snel doorontwikkeld waardoor de cliënt meer keuze heeft. Voor corona deden we alles fysiek. Nu is daar het digitale consult via beeldbellen bijgekomen. Er wordt nog niet

heel veel gebruik van gemaakt, maar we zijn er nu wel helemaal klaar voor. Nu de cliënt nog. Die vindt het nog een beetje lastig en gedoe met inloggen en zo. Ik hoop dat de politiek en de maatschappij steeds meer gaan inzien dat preventieve gezondheid en gezondheidszorg levens kan redden. Gezondheid is niet voor 100 procent maakbaar,

'Ik merk in mijn spreekuren dat mensen meer open staan voor een gezonde leefstijl'

maar zeker wel ten dele. We weten dat roken longkanker veroorzaakt, teveel zon huidkanker en dat het geven van borstvoeding de kans op het ontstaan bepaalde vormen van borstkanker kan verkleinen. We zien dat een covidbesmetting bij mensen die ongezond leven vaker gecompliceerd verloopt. Ik zou wel weten waar ik mijn gezondheidsgeld op in zou zetten als ik politicus was.'



‘We hebben meer hulpmiddelen ingezet’

Wijkverpleegkundige Karin Rozeveld (32) bij Zorggroep Meander: ‘We hebben meer hulpmiddelen kunnen inzetten bij cliënten. Denk aan het druppelen van de ogen. Voorheen kwamen we soms wel vier keer op een dag bij een cliënt om dit te doen. Veel van deze zorg hebben we kunnen afbouwen of zelfs stoppen door het inzetten van een zogenaemde druppelbril. Ook hebben we zorg kunnen afschalen doordat mantelzorgers thuiswerkten en daardoor zorg konden verlenen. Bovendien heb ik gezien dat er meer ingezet moet worden op positieve gezondheid. Tijdens corona heeft veelal de focus gelegen op het voorkomen van ziekte bij

de kwetsbare doelgroep. In de toekomst is het belangrijk om het psychosociale aspect bij de zorg niet uit het oog te verliezen. Veel cliënten zijn door de maatregelen in een sociaal isolement geraakt omdat zij geen of weinig bezoek mochten ontvangen en er geen activiteiten georganiseerd werden. Zorgtechnologie heeft daarentegen een boost gekregen. Heel wat cliënten zijn aan het beeldbellen gegaan om op deze manier toch nog contact te houden met familie en vrienden. Alleen telefonisch contact is toch lastig voor sommige oudere cliënten, waarschijnlijk heeft dit ook te maken met het afnemen van het gehoor. Wel vind ik dat er tijdens de heftigste tijd van de pandemie meer aandacht had moeten zijn voor medewerkers. In het begin was er veel angst en onrust. Hier is in de snelheid van de oplopende besmettingen onvoldoende aandacht voor geweest. Daarnaast zag ik in een aantal teams dat het



gebruik van onder andere beschermingsmiddelen niet goed ging. Dit had een hoog aantal besmetting en dus ziekteverzuim onder medewerkers tot gevolg. Meer scholing en psychische aandacht voor medewerkers is daarom echt noodzakelijk.’

‘We hebben zorg kunnen afschalen doordat mantelzorgers thuiswerkten en daardoor zorg konden verlenen’

‘We zagen veel meer van de omgeving van de cliënt’

Sociaal verpleegkundige seksuele gezondheid Christa van Diepen (49), werkt bij Sense Noord Nederland/ GGD Fryslan: ‘Wat corona mij gebracht heeft is denk ik toch dat we samen creatiever



denken in oplossingen. Toen ik, na een uitstapje naar het coronateam, terugkwam in mijn eigen team Seksuele gezondheid, werd er een beroep gedaan op die creativiteit. Hoe blijf je in contact met de doelgroep als je voornamelijk thuiswerkt? Hoe kunnen mensen die twifelen of ze een SOA hebben, met jou hierover in gesprek en eventueel een test doen? Consulten werden zo veel mogelijk via (beeld)bellen gedaan. Met beeldbellen zie je letterlijk de omgeving van de cliënt. Even daar aandacht aan geven, aan een weids uitzicht of een kleurrijk schilderij kan het ijs breken. Het was soms makkelijker om een cliënt op z'n gemak te stellen, die bleef in de eigen vertrouwde omgeving. Daarnaast is er minder reistijd, dus minder obstakels voor de cliënt om zich aan een afspraak te houden. De SOA-testen werden opgestuurd naar de cliënt of de cliënt kon ze zelf ophalen. De pakketjes hiervoor werden samengesteld

en klaargemaakt vanaf de GGD-locatie door een collega die daar toch al moest zijn. Een nadeel was wel dat niet alle testen opgehaald, goed uitgevoerd of teruggestuurd werden. Misschien opmerkelijk, maar ik denk ook met plezier terug aan de online personeelsuitjes. Met name aan de jaarlijkse traditie; met elkaar een kerststukje maken. Iedereen kreeg een pakketje met kerstgroen, hapjes, drankjes en kerstmuziek thuis en achter de laptop werd onder het genot van een (toegestuurd) borrelpakket alles in elkaar gezet en konden de collega's elkaars creaties bewonderen. Het gevoel van saamhorigheid en denken in oplossingen, heb ik erg gewaardeerd. Overigens heb ik ook privé nieuwe dingen opgepakt tijdens de coronaperiode. Zo ontdekte ik Friesland vanaf het water, want suppen ofwel ‘stand-up-paddling’, is mijn nieuwe hobby.’

‘Palliatieve zorg is meer naar voren gekomen’

Wijkverpleegkundige Monique van Melis (57), werkzaam bij Zorggroep Meander: ‘Het heeft mij uitgedaagd om creatiever te gaan denken doordat we enorm moesten improviseren in de eerste periode. Ook is het aantal zorgmomenten dat we nu telefonisch doen, gestegen. Dat heeft dus efficiëntie teweeg gebracht. En we zetten meer domotica in zoals de medicatiedispenser. Er gaat dan een piepje af zodat de cliënt weet dat hij zijn medicatie moet nemen. De manier van zorg verlenen veranderde dus vrij snel. Daardoor zijn de cliënten zich bewuster geworden dat zorg ontvangen niet vanzelfsprekend is. Daar bedoel ik mee dat de zorg niet meer alles overneemt. We zijn tijdens de pandemie nog meer gaan inzetten op de zelfredzaamheid van de cliënten. We kijken eerst wat de wensen en behoeften zijn en gaan dan kijken hoe we de cliënt kunnen ondersteunen om zijn of haar eigen regie te behouden.

‘We zijn tijdens de pandemie nog meer gaan inzetten op zelfredzaamheid’

De cliënt wordt hierdoor gestimuleerd om meer zelf te blijven doen en wij begeleiden de cliënt hierbij. Ik zie dat dit zorgt voor meer kwaliteit van leven. De cliënten zijn niet meer afhankelijk van de zorg. En zitten niet meer de hele dagen thuis te wachten tot de zorg komt maar gaan er nu ook op uit. Bijvoorbeeld samen koffie drinken met de burens. Ook de palliatieve zorg is meer naar voren



gekomen door corona. Ik merk dat cliënten hier meer vragen over hebben. Zo vroeg een cliënt mij laatst welke mogelijkheden er zijn om thuis te sterven en wat ze hiervoor zou moeten regelen mocht het zo ver komen. Dus ik heb haar verteld over wat er allemaal mogelijk is rondom palliatieve zorg. Zij vertelde me dat ze nog niet eerder over haar laatste levensfase had nagedacht. Maar door alle nare berichten op televisie en in haar omgeving, vond ze het tijd om dit wel te doen. Na ons gesprek, werd ze rustiger. Ze weet dat ze altijd bij mij kan komen met vragen hierover.’

‘Veel vo-scholen hebben interesse in *Happyles!*’

Jeugdverpleegkundige Machteld Res (50) werkt bij GGD Zaanstreek-Waterland: ‘Het heeft mij heel veel creativiteit opgeleverd. Vooral in de eerste periode moesten we gigantisch snel schakelen. Telkens de contactmomenten aanpassen, maar wel goede zorg blijven leveren en de doelgroep blijven bereiken. Neem de kinderen uit groep 7. Die dreigden we uit het oog te verliezen, omdat de prioriteit bij de heel jonge kinderen lag. We hebben een nieuwsbrief ontwikkeld en deze naar ouders en kinderen gestuurd met diverse onderwerpen die ze met elkaar konden bespreken. Neem seksualiteit, voeding, naar het voortgezet onderwijs. Naarmate de coronabesmettingen opliepen, werd er een speciaal coronateam opgericht waar ook een scholenteam onderging vallen. Zij vingden de vragen van de scholen en verwezen zo nodig door naar de JGZ. De ondersteuning aan de kinderen bleven we wel zo goed mogelijk doen.

Zo signaleerden we na de tweede lockdown een toename van depressieve klachten onder de jongeren. We hebben toen de lessenserie *Happyles!* aangeboden aan de middelbare scholen. Daar is heel veel interesse voor! Hier kan ook een individueel traject voor een

‘JGZLive wordt nu nog steeds gebruikt om nieuwe ontwikkelingen met elkaar te delen’

jongere uit voortkomen. Maar het is ook depressiepreventie voor alle jongeren. Het mes snijdt overigens aan twee kanten: heel wat jeugdverpleegkundigen hebben ook interesse hierin en worden nu opgeleid om deze lessen te gaan geven. Wat corona ons als jeugdgezondheidszorg echt heeft opgeleverd, is dat wij



'We waren veel minder bezig met de concurrentie'

Dementieverpleegkundige Rika Roffelsen (55) bij Netwerk Dementie Drenthe: 'Het heeft me heel wat meer efficiency opgeleverd. Vooral wat betreft afspraken met collega's en organisaties. We weten elkaar nu veel sneller te vinden en het afstemmen op elkaar verloopt ook sneller. En doordat veel overleggen nog steeds online gaan, scheelt dat een hoop tijd. Vooral omdat de reistijd is komen te vervallen. Ik merk dat bij mij de drempel is weggefallen om in andere regio's informatie op te halen. Een goed voorbeeld hiervan is een regionaal symposium over jonge mensen met dementie dat op 11 november heeft plaatsgevonden. Afstemmen met



'We weten elkaar nu veel sneller te vinden en het afstemmen verloopt ook sneller'

sprekers ging veel sneller en het congres hielden we volledig digitaal. Twee jaar geleden zou we dit alleen fysiek georganiseerd hebben omdat toen de mogelijkheden nog niet zo bekend en ingeburgerd waren als nu. Ik hoop dat het digitaal overleggen en het online elkaar snel opzoeken, blijft. Maar het moet wel een combinatie blijven. Dus zowel online als fysiek. Tijdens de heftigste periode van de covidpandemie, werden we gedwongen om meer samen te werken, zowel regionaal als landelijk. We deelden gezamenlijk de covid-pandemie en dat

schepte een band. We waren veel minder bezig met de concurrentie in de zorg. Ik hoop van ganser harte dat we deze positieve opbrengst mee kunnen nemen naar de fase na de covidpandemie. Ik ga er in ieder geval mijn stinkende best voor doen.'

landelijk veel sneller en beter met elkaar samenwerken. Vrij snel tijdens de pandemie heeft het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid wekelijks *JGZLive* opgericht. Daar kon je de corona-ontwikkelingen goed volgen en veel JGZ-instellingen waren daar nauw bij betrokken. Nu is te zien dat dit nog steeds goed wordt gebruikt en we nieuwe ontwikkelingen met elkaar bespreken. Zo heb ik onlangs een presentatie over laaggeletterdheid gegeven en heb ik presentaties bijgewoond over onder andere gezonde school en de opticien als preventiepartner. De lijntjes zijn korter geworden en we vinden niet allemaal apart het wiel meer uit. Wij zijn nu bezig met taakherschikking bij de diverse contactmomenten. Verpleegkundigen die de Pluis niet pluis-scholing gaan doen is onze volgende stap. Daar is Icare weer verder in en kan ons daarbij helpen. Wij hebben een heel goede triagerende vragenlijst ontwikkeld voor jongeren op het voorgezet onderwijs. Die delen wij weer met andere JGZ-instellingen.' 📧



Minke Nieuwboer, lector wijkverpleging

‘Beter samenwerken dan concurreren’

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 Minke Nieuwboer (61), sinds april 2021 lector wijkverpleging aan de HAN. Nieuwboer heeft een lange staat van dienst binnen de wijkverpleging, zelfs toen ze in het Radboudumc in Nijmegen werkte zat ze naar eigen zeggen wederom ‘meer buiten dan binnen’. Het leek dan ook niet meer dan logisch dat juist zij het lectoraat wijkverpleging aan de HAN ging bekleden.

Tekst: Hellen Kooijman

Minke Nieuwboer houdt zich al meer dan 35 jaar bezig met de wijkverpleging, maar haar enthousiasme en liefde voor het vak is er niet minder om geworden. In 1983 studeerde ze af aan de hbo-v en begon in de wijk te werken. ‘In de wijk had ik mijn leukste stage. Destijds deed je nog alles; jgz, ouderenzorg, preventie.’ Heel veel jaren werkte ze met veel plezier in de wijk. Tot de ‘minutenzorg’ kwam. ‘Dat ging om rijtjeslopen, snelheid maken. En als je te lang deed over een cliënt omdat je bijvoorbeeld nog een gesprek met de mantelzorger had gehad, werd dat toch door je team afgedaan als: Wat ben je laat! Het ging over productie, niet over de inhoud. En daar werd ik erg onrustig van. Dat was niet het vak zoals ik dat wilde uitoefenen.’

Nieuwboer stopte met de wijkverpleging, maar bleef nog wel bezig met ‘het me druk maken over het beroep’, zoals ze het zelf noemt. In de avonduren ging ze naar Utrecht om in eigen tijd te vergaderen over de verbetering van het beroep van de wijkverpleegkundige, inhoudelijk maar ook qua imago, de voorloper van de huidige vakgroep wijkverpleging.

‘Dat was niet het vak zoals ik dat wilde uitoefenen’

In die jaren was ze tevens begonnen met een studie Verplegingswetenschappen. Terug naar de wijk ging ze niet meer, maar ze had er nog veel mee vandoen in haar nieuwe baan als beleidsadviseur bij de voorloper van V&VN; het Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging. Dat was eind jaren negentig. Terugblikkend

zegt ze: ‘Wat mij daar toen opviel was hoe lastig het voor wijkverpleegkundigen bleek om de kwaliteit van hun zorg te expliciteren. Als je toen een wijkverpleegkundige vroeg: volgens welke standaarden werk je? Dan bleef het vaak stil. Terwijl bijvoorbeeld een diëtiste daar meteen een goed verhaal over had, met onderbouwing van het vak met richtlijnen, inclusief tijdsbesteding. Ze begreep dat er een hoop werk aan de winkel was op dat gebied, bij het Radboudumc in Nijmegen. Hoewel een baan in een ziekenhuisomgeving, was ze ook ‘meer bezig met de zorg extramuraal dan binnen het ziekenhuis’, zo lacht ze. ‘Ik werkte er bijvoorbeeld aan wijkgerichte preventie-programma’s, aan de samenwerking in de wijk rondom mensen met dementie in het ‘DementieNet-programma’, en hoe de huisarts en de wijkverpleging beter samenwerken door gestructureerd communiceren via de SBAR-methode. Het is tevens het onderwerp waarop ze promoveerde in 2019.

Hiërarchische verhouding

Over die samenwerking wil ze graag wat kwijt. ‘Je ziet ook nu nog best regelmatig een hiërarchische verhouding tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige. Dit blijkt ook uit ons onderzoek. Huisartsen praten bijvoorbeeld in medische taal, wijkverpleegkundigen meer in gewone mensentaal. En dan kan het zijn dat een wijkverpleegkundige opbelt naar een huisarts met zorgen over een cliënt. Zij zegt bijvoorbeeld: “Mijn cliënt is vergeetachtig, ik maak me zorgen, ik denk aan dementie.” Maar die huisarts is dan niet meteen gealarmeerd, want die denkt in andere termen. Wat die wijkverpleegkundige zou kunnen doen is zeggen: ‘Mijn cliënt heeft een toenemend cognitief probleem’ en duidelijk onderbouwen waarom ze dat denkt.

Maar dat betekent dat de wijkverpleegkundige zich weer naar die huisarts buigt, zou het ook niet andersom kunnen? Dat de huisarts de woorden van de wijkverpleegkundige serieus neemt, ook als die in haar of zijn eigen taal worden gesproken?

‘Jazeker, ook daar denken we over na’, zegt ze meteen. ‘Maar uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen zich hier niet altijd van bewust zijn. Daarom is het zo cruciaal dat het interprofessionele aspect voldoende aandacht krijgt in de opleiding. In de opleiding hbo-v maar ook in de huisartsenopleiding.’

Tijdens haar baan aan het Radboudumc zag ze die baan als lector wijkverpleging bij de HAN voorbijkomen. ‘Ik dacht: Ja, dat wil ik.’ De HAN wilde haar ook en zo lag een mooie samenwerking in het verschiet. In april 2021 werd Nieuwboer lector, de officiële installatie is op 31 maart 2022. Dan zal ze de intrede uitspreken en wordt er een minisymposium georganiseerd voor wijkverpleegkundigen. Het lectoraat zal zich onder andere bezighouden met praktijkgericht onderzoek over preventie en palliatieve zorg.

‘Het lectoraat gaat zich onder andere bezighouden met preventie en palliatieve zorg’

Wel was inmiddels de coronacrisis in volle hevigheid losgebarsten. Die bracht, zo meent ze, onder meer aan het licht hoe belangrijk de wijkverpleegkundige in feite is. Al die coronapatiënten die vanuit het ziekenhuis naar huis gingen plus de longcovidpatiënten. Dat moest en moet toch door de wijkverpleging worden gedaan. Een enorme opdracht want de crisis kwam bovenop de drukte die er al was. ‘Innovaties, nieuwe dingen toepassen, de ruimte is bijzonder beperkt geworden. Veel wijkverpleegkundigen staan tijdens deze coronacrisis in de overlevingsstand, dan kom je daar niet meer aan toe.’



Uit het veld hoor je best vaak dat er door die enorme werkdruk en de uitval van collega's door corona en die werkdruk, er geen tijd meer is om stagiaires fatsoenlijk te begeleiden. Herkent u dat?

‘Ja dit hoor ik ook terug. Terwijl het zo belangrijk is dat studenten een goede stage lopen, zodat ze de mooie kanten van het beroep zien en er willen werken. Er zijn nu zevenhonderd eerstejaars hbo-v bij de HAN, het gros kies voor het ziekenhuis, maar een heel klein deel 5,4 procent wil de wijk in. En dat heeft denk ik te maken met verkeerde beeldvorming. Studenten geven aan dat de beeldvorming over de wijk nog steeds is dat het laag

Aan tafel met

complexe zorg is. Wassen en steunkousen aantrekken; rijtjes lopen zeg maar. Maar dat is natuurlijk helemaal niet waar.' Een stage die goed begeleid kan worden door een wijkverpleegkundige is goud waard. Het zet de wijkverpleging positief op de kaart. Maar ja, hoe moet je als overbelaste wijkverpleegkundige dit er ook nog bij doen?'

Maar Nieuwboer denkt in oplossingen. 'We zijn nu met een paar organisaties voor wijkverpleging en docenten van de HAN aan het kijken hoe we docenten kunnen laten meewerken aan zo'n stage. Hoe dat in praktijk zal gaan dat weten we nog niet precies. Maar denk bijvoorbeeld aan een student die in de ochtend met een wijkverpleegkundige meeloopt en samen met andere studenten in de middag en speciaal programma gericht op de wijkverpleegkundige praktijk krijgt dat geleid wordt door een docent van de HAN (lecturer-scientist-practitioner) samen met de wijkverpleeg-

'De wijkverpleging is in Nederland behoorlijk gefragmenteerd. Wat hebben we aan al die kleine clubs?'

kundigen van deze organisatie op locatie.' Leren en werken dicht tegen elkaar aan organiseren. 'We willen daarnaast ook kijken of de ambassadeurs een grotere rol kunnen spelen bij het begeleiden van stagiaires om zo een rolmodel te zijn voor studenten.'

En er zit meer in het vat. 'Toevallig is er binnenkort een brainstormoverleg met studenten waarin we vragen gaan onderzoeken als: hoe kunnen we de beeldvorming verbeteren?' De antwoorden worden meegenomen in een plan om de beeldvorming bij studenten beter te laten aansluiten bij de praktijk. Want er is al een mooie minor 'Werken in de wijk, samen durven en doen' waar op dit moment het aantal aanmeldingen van studenten laag voor is.

Hellen Kooijman is freelance journalist en redacteur bij Tijdschrift M&G

Toch lijkt het niet gek dat studenten een verkeerd beeld krijgen van de wijkverpleging. Je ziet nu tijdens die coronacrisis weinig tot niets in de media over de rol van de wijkverpleegkundige. Ziet u dit ook?

'Inderdaad gaat het altijd over het ziekenhuis, de IC, niet over de problemen van de wijkverpleging. Er zit nauwelijks een verpleegkundige aan de tafel bij een talkshow of nieuwsprogramma, laat staan een wijkverpleegkundige.' Dat is jammer, en onterecht. Het mooie vak van de wijkverpleegkundige beter over het voetlicht krijgen is onder andere iets waar naast V&VN ook het Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap (NWG) zich sterk voor maakt. Het NWG is een onafhankelijke kennisorganisatie voor en door wijkverpleegkundigen. In september fuseerde het NWG met de vakgroep Wijkverpleegkundigen van V&VN. Nieuwboer was tot 1 augustus 2021 interim directeur van het NWG. Ze is blij met de fusie. 'De wijkverpleging is in Nederland behoorlijk gefragmenteerd. Wat hebben we aan al die kleine clubs? Ik denk dat je, zeker in deze tijd, beter kunt samenwerken dan concurreren.' Juist middels samenwerking kun je een grotere groep wijkverpleegkundigen aan je binden. Er is immers massa nodig voor verandering. 'En daarom ben ik heel blij dat er een gezamenlijke afdeling wijkverpleegkundigen komt.' [🔗](#)

Geen medicatie bij **spugen** en **krampjes**, maar geruststellen en **voedingsadvies**

Spugen, krampjes, obstipatie en andere functionele maagdarmproblemen bij zuigelingen leiden vaak tot ongerustheid bij ouders en herhaaldelijke consulten bij gezondheidsprofessionals¹⁻³. De optimale behandeling gebaseerd op de meest recente richtlijnen en aanbevelingen o.a. over de behandeling van regurgitatie bestaat uit het geruststellen van ouders en het geven van voedingsadviezen⁴. Medicijnen zijn meestal niet nodig. In de eerste 6 levensmaanden heeft gemiddeld de helft van de zuigelingen last van één of meer functionele maagdarmproblemen. Meestal zijn de problemen tijdelijk en verdwijnen vanzelf in de eerste maanden na de geboorte⁵.

Aandacht voor zorgen van ouders

Krampjes en spugen kunnen een enorme impact hebben op de kwaliteit van leven van zowel de baby's als de ouders. Vaak is er sprake van een negatieve spiraal en is de kans op negatieve gevoelens bij ouders groot². Bij een consultatie is dan ook aandacht voor de ouders gewenst: hoe gaan ze ermee om en hoeveel zorgen maken ze zich? Angst van ouders kan

verminderen en ze krijgen meer zelfvertrouwen door eenvoudige en duidelijke uitleg dat dit soort maagdarmproblemen vaak voorkomen, maar meestal onschuldig zijn en bij het ouder worden vanzelf verdwijnen.

Voedingsadviezen

Naast het geruststellen van ouders is het ook belangrijk om voedingsadviezen te geven, zoals niet teveel voeding in een korte tijd geven, niet in een horizontale positie voeden en de zuigeling na een voeding enige tijd in een verticale positie houden. Borstvoeding moet altijd worden aangeraden en gestimuleerd, ook bij hardnekkige en ernstige maagdarmproblemen⁶.

Bij flesgevoede zuigelingen kunnen speciale dieetvoedingen met bewezen effecten overwogen worden als de gewone voedingsadviezen niet helpen^{6,7}.

Geen onderbouwing voor medicatie

Ouders willen vaak een snelle en eenvoudige oplossing, zoals een geneesmiddel dat de symptomen bij hun kind verlicht of vermindert.



Toch zijn er volgens de auteurs alleen bij obstipatie wat aanwijzingen voor de werkzaamheid van medicijnen (laxeermiddelen)⁴. **Bij de meeste functionele maagdarmproblemen zijn medicijnen niet effectief^{4,6}.** In de praktijk worden echter ook bij regurgitatie en krampjes nog regelmatig medicijnen voorgeschreven zoals maagzuurremmers. Maagzuurremmers worden zelfs afgeraden voor de behandeling van alleen huilen, onrust en regurgitatie bij verder gezonde zuigelingen^{6,8}.

Samenvattend bestaat een optimale behandeling van functionele maagdarmproblemen uit het geruststellen van ouders en het geven van voedingsadviezen.

Voedingsadviezen



Niet teveel voeding in een korte tijd geven



Tijdens het voeden meer rechtop houden



Na het voeden de baby nog een halfuur rechtop houden



Er kunnen speciale dieetvoedingen overwogen worden

Meer lezen?



Scan de QR-code en ga direct naar www.nutriciavoorprofessionals.nl/nutrilon-omneo voor meer informatie

Het preventiebeleid in Nederland

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

Tekst:
Huub Sibbing

Het preventiebeleid van de Nederlandse regering start pas in 1986 met het verschijnen van de *Nota 2000* in 1986. Historisch gezien is het landelijk en gestructureerd preventiebeleid heel 'jong' als je realiseert dat op andere sectoren al veel eerder landelijk beleid werd geformuleerd zoals bijvoorbeeld huisvesting (de Woningwet van 1901), het onderwijs (de Onderwijswet van 1857) en de sociale Zekerheid (1911).

Dat betekent niet dat er daarvoor geen aandacht was voor preventie. Vanaf 1865 kenden we al de Wet Besmettelijke Ziekten, die de overheid, en met name de gemeenten de verantwoordelijkheid gaf om maatregelen te nemen om de toenmalige infectieziekten te beteugelen. Er werden tevens provinciale inspecteurs aangesteld om de voortgang te bewaken. In praktijk bleek deze aandacht puur op papier. De Inspecteur voor Noord Holland, Dr. Penn, was tien jaar na invoering zo gefrustreerd door de geringe activiteiten van gemeenten, dat hij in 1875 een burgerinitiatief (het "Witte Kruis") startte om buiten de overheid om, werk te maken van daadwerkelijke preventie van infectieziekten. Het Witte Kruis werd daarmee de voorloper van de Kruisverenigingen (het Groene Kruis (1900), het Wit Gele Kruis (1916) en het Oranje Groene Kruis (1938) die zich aan het eind van de vorige eeuw zouden ontwikkelen tot de thuiszorginstellingen van nu. Deze kruisverenigingen stelden hygiënisten en wijkverpleegkundigen aan om door acties maatregelen af te dwingen bij gemeenten om door hygiënischer maatregelen daadwerkelijk het voorkomen van besmettelijke ziekten te realiseren.

Twintigste eeuw: primaat particulier initiatief

Ook de verdere uitbouw van de preventie gezondheidszorg in de 20e eeuw was het resultaat van een particulier initiatief. Wijkverpleegkundigen als Aafke Gesina van der Hulst (1899) en artsen als dr. Plantenga (1901) legden de basis van de preventieve jeugdgezondheidszorg. Kinderartsen en jeugdartsen legden de basis voor het

RijksVaccinatieProgramma (RVP 1957) zoals we dat nu kennen. Anderen starten initiatieven op het terrein van bevolkingsonderzoeken met betrekking tot onder meer kanker en hart- en vaatziekten.

'De verdere uitbouw van de preventie gezondheidszorg in de 20e eeuw was het resultaat van een particulier initiatief'

Ook trokken, met name grote gemeenten, zich de grote gezondheidsproblemen in hun stad aan en stichten Gemeentelijk Geneeskundige Diensten (GGD). Al met al ontstond zo een lappendeken preventieve programma's zonder enige landelijke visie, regie en sturing zoals zou blijken uit de Schets Basisgezondheidszorg van 1980.

Schets basisgezondheidszorg (1980)

Met de *Structuurnota van 1974* begon de landelijke overheid pas werk te maken met een samenhangend beleid met betrekking tot de gezondheidszorg in Nederland. Kernbegrippen waren "echelonering" en "substitutie". Met echelonering werd bedoeld dat we de gezondheidszorg voortaan moesten ordenen in de basisgezondheidszorg (nulde lijn) gericht op preventie voor alle burgers, de "eerstelij" voor zorg in de thuissituatie en de "tweede en derde lijn" voor zorg in (gespecialiseerde) instellingen. Met substitutie werd bedoeld om waar mogelijk zorg in de tweede en derde lijn te verschuiven naar de eerste lijn en zorg in de eerste lijn te verschuiven naar de basisgezondheidszorg/preventie.

In de politieke debatten over de *Structuurnota* was de tweede kamer uitermate benieuwd hoe die basisgezond-



heidszorg/nulde lijn er nou precies uitzag. Ambtenaren togen aan de slag en in 1980 verscheen de *Schets Basisgezondheidszorg*. Het beeld was ontluisterend: Een lappendeken en ratjetoe van regelingen en voorzieningen zonder enige samenhang, regie en sturing. Zo was bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg nog opgedeeld in JGZ 0-4 en JGZ 4-19 jaar, vaak zonder enige samenhang. De JGZ 0-4 jaar werd uitgevoerd door de Kruisverenigingen, maar in Amsterdam door de GGD. En bevolkingsonderzoeken, bijvoorbeeld het uitstrijkje, werden uitgevoerd door de huisartsen, maar lang niet alle huisartsen deden mee. Alom werd men het er over eens dat er een landelijke eenduidige werkwijze moest komen, gekoppeld aan een eenduidige visie op preventie in de gezondheidszorg.

Nota 2000 (1986)

Het centraal gestuurde preventiebeleid van de Nederlandse overheid kreeg echter pas voor het eerst in 1986 gestalte door het presenteren van de *Nota 2000*. De aanleiding daartoe was de oproep van de World Health Organisation (WHO) in haar programma *Health For All in 2000* uit 1977 waarin de organisatie alle lidstaten oproep om beleid te ontwikkelen om de gezondheid van de bevolking een positieve impuls te geven in het jaar 2000. De WHO adviseerde daarbij om gebruik te maken van het door de WHO en daarna wereldwijd geaccepteerde *Health Fields Model* van Lalonde als leidraad te nemen voor het preventiebeleid.

Geïnspireerd door dit model presenteerde de *Nota 2000* voor het eerst een samenhangend beeld over de gezondheid van de Nederlandse bevolking, waarin, ondersteund door het RIVM, allerlei registraties vanuit GGD'en, huisartsen, kruisverenigingen, ziekenhuizen et cetera samenhangend werden gepresenteerd.

Als voorschot op het toekomstig beleid hoe we vorm zouden kunnen geven aan preventie, presenteerde de Nota tevens het 'integrale wijkmodel'. In dat model lag de basis voor de preventie in de wijk, waarbij huisarts, wijkverpleging, jeugdgezondheidszorg, de GGD, de wijk-GGZ (wat we nu SPV noemen), het sociale domein en zelfs een wijkziekenhuis voor niet-specialistische behandelingen werden gepositioneerd.

'In nota 2000 stond ook het integrale wijkmodel. Daarin lag de basis voor preventie in de wijk'

Staatsecretaris Hans Simons kreeg in 1989 in het kabinet Lubbers I de erfenis van de Nota 2000 in zijn schoot geworpen en maakte er gelijk werk van. Allereerst wilde hij de verantwoordelijkheid voor een samenhangend preventiebeleid wettelijk regelen en diende de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in bij de Tweede Kamer. Volgens deze wet die in 1992 van kracht

De geschiedenis van...

was, werd het primaat voor het preventiebeleid vooral gelegd bij de gemeenten. Een inhoudelijke logische stap, want als je vanuit het model van Lalonde eerst wil onderzoeken welke factoren de gezondheid, vaak op wijk en buurtniveau bepalen in bijvoorbeeld Amsterdam, of Kerkrade kun je dat niet vanuit landelijke overheid organiseren. De gemeenten waren veel beter in staat om dat op lokaal niveau te onderzoeken en vorm te geven, daarbij ondersteund door de GGD. Geheel in lijn met het model van Lalonde werd de GGD omgedoopt tot Gemeentelijk Gezondheids Dienst.

'Geheel in lijn met Lalonde werd de GGD omgedoopt tot Gemeentelijke Gezondheids Dienst'

Vanuit bestuurlijk niveau gaf de WCPV regelmatig de nodige opschudding. Want waar elke gemeente vorm gaf aan het preventiebeleid, wat logisch was want de gezondheidssituatie verschilde per gemeente, ontstonden er net zo logischerwijs verschillen tussen gemeenten. De ene gemeente nam *Triple P* of *Voorzorg* wel op in het lokale jeugdbeleid en de andere gemeente niet. Deze, onoplosbare, spagaat tussen maatwerk enerzijds en uniformiteit anderzijds is tot vandaag merkbaar in de publieke discussie over het preventiebeleid en leidt elke keer weer tot koppen in de media, kamervragen en -debatten.

Na de evaluatie van de WCPV in 1993 werd besloten om de aanpak van infectieziekten wel landelijk aan te sturen onder leiding van het RIVM en dan met name het Landelijke Centrum Infectieziekten (LCI) om de simpele reden dat infectieziekten een dermate complex gebied is, dat je niet van gemeenten kunt verwachten dat elke gemeente die expertise in huis heeft. Tijdens uitbraken,

zoals recent met corona herkennen we die landelijke structuur nadrukkelijk.

Start Preventiecyclus

Maar staatssecretaris Simons deed meer. Om ervoor te zorgen dat analyse van de gezondheid van de Nederlandse bevolking in de *Nota 2000* geen éénmalig kunststukje zou blijven, vroeg hij het RIVM om een vierjaarlijks 'Overzicht en systematische analyse van beschikbare gegevens over de Nederlandse gezondheid', waarmee hij de basis legde voor het belangrijkste instrument in het preventiebeleid, de *Volksgesondheid-Toekomstverkenning* (VTV) die sinds 1993 om de 4 jaar verschijnt.

VTV 1997

En toen was daar de VTV van 1997 wat in een apart deelrapport aandacht gaf aan de gezondheidsverschillen in Nederland. Men schrok zich wild. Voor het eerst werd over de volle breedte zichtbaar gemaakt hoe groot de gezondheidsverschillen in Nederland waren. Verder werd in een ander apart deelrapport aandacht gevraagd voor de effectiviteit van preventie. We konden het ons immers niet permitteren om met ineffectieve programma's te werken. Daarvoor was de problematiek te ernstig.

Als uitvloeisel van de adviezen van de VTV 97 werd de programmacommissie SEGV (Socialeconomische gezondheidsverschillen), in Den Haag vaak beter bekend als de Commissie Albeda, ingesteld. Deze commissie adviseerde de overheid over reeksen van instrumenten om SEGV terug te dringen.

Preventiebeleid eerste decennium 21 eeuw

De Commissie Albeda presenteerde haar eindrapport in 2003 en ook in de *VTV 2002* werd wederom gepleit voor het terugdringen van SEGV door integrale systematische programma's, met name in de grote steden waar de verschillen het grootst waren.

Maar noch de aanbevelingen van de Commissie Albeda noch de dringende adviezen van de *VTV 2002* vonden weerklank in politiek den Haag. Er waaide sinds het aantreden van de kabinetten Balkende vanaf 2002 onder het wereldwijd opstomende neo-liberalisme een nieuwe wind in Den Haag. 'Maatschappelijke verantwoordelijkheid' maakte plaats voor 'individuele verantwoordelijkheid' en de 'integrale aanpak' maakte plaats voor de 'leefstijlbenadering'.

Wet Publieke Gezondheid (WPG) 2009

In de WPG van 2009 werden een aantal losse wettelijke regelingen, waaronder de WCPV samengevoegd en



gestroomlijnd. De belangrijkste vernieuwing was dat gemeenten vooraan verplicht werden om in navolging van de *Landelijke Nota Preventiebeleid* ook een gemeentelijke *Nota Gezondheidsbeleid* te formuleren. Daarmee werd de laatste stap gezet in de preventiecyclus zoals we die sinds 2010 kennen.

De kentering: het tweede decennium van de 21e eeuw

Het verschijnen van de *VTV 2010* zette de toon voor een kentering. Zo bleek onder meer dat de gezondheidsverschillen de afgelopen jaren alleen maar groter waren geworden. Om de lezer en de politiek te bewegen weer ruimer naar gezondheid te kijken, werd de *VTV 2010* vergezeld van een aantal deelrapporten, waarbij de insteek van het laatste, met de titel 'Maatschappelijke Baten' een eye-opener werd. Immers: effectieve integrale preventie kan niet alleen leiden tot een verbetering van de gezondheid en terugdringen van de SEGV maar levert de samenleving ook een hoop revenuen op zoals minder schooluitval, betere arbeidsproductiviteit, minder uitkeringen en mindere criminaliteit.

Preventienota 'Gezondheid Dichtbij' (2011)

Het ministerie nam een deel van de conclusie van de VTV over. Besloten werd om te stoppen met landelijke leefstijlcampagnes, de fysieke omgeving werd weer genoemd ('een beweegvriendelijke omgeving') en het begrip 'nudging' (gezonde keuze aantrekkelijk maken door bijvoorbeeld gezond voedsel goedkoper te maken) deed zijn intrede.

Ook de *VTV 2014* benadrukte het belang van terugdringen van SEGV en de integrale aanpak, maar werd wonderlijk genoeg niet gevolgd door een uitgebreide preventienota. Het kabinet Rutte koos er voor om het maatschappelijk middenveld te activeren.

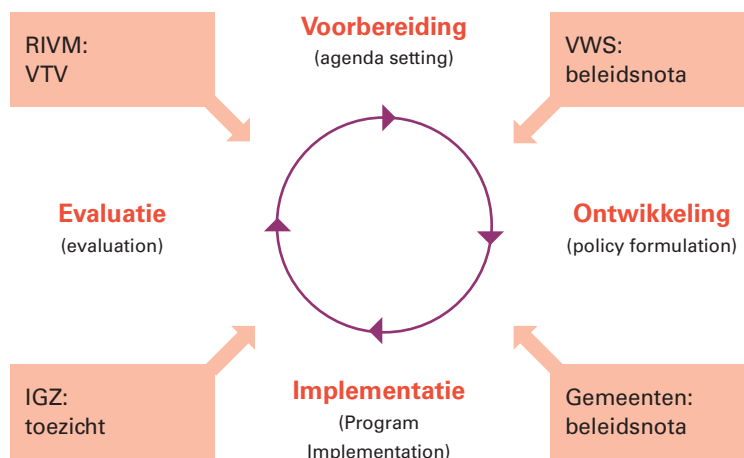
In het *Preventieakkoord* (2018) werden met meer dan zeventig landelijke organisaties afspraken gemaakt over hun bijdrage aan een gezonder Nederland in 2040. De speerpunten waren leefstijlonderwerpen als roken en alcohol.

VTV 2018

VTV 2018 luidde de noodklok. Er moet nu echt wat gebeuren en dat vraagt om een landelijke integrale aanpak. Als vier kernopgaven zag de *VTV 2018* het verbeteren van de gezondheid in de fysieke- en sociale leefomgeving, het verminderen van gezondheidsachterstanden, het verlagen van de druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen en het bijdragen aan het vitaal ouder worden.

De algemene beleidscyclus:

het ideaalbeeld bij preventie
(Anderson and Hussey)



Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2021-2024 (mei 2020): de definitieve ommezwaai

Dit jaar neemt het ministerie de aanbevelingen van de VTV vrijwel onverkort over. En kiest voor dezelfde kernopgaven als in de *VTV 2018*.

Afsluiting

Het preventiebeleid in Nederland vertoonde een slingerbeweging. Die beweging ging van ongestructureerd met het primaat bij het particulier initiatief naar een vanaf 1986 gestructureerd en samenhangend beleid. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw werden de hoofdlijnen van het model van Lalonde gevolgd met grote aandacht voor de maatschappelijke factoren die de gezondheid beïnvloedden zoals sociaaleconomische ongelijkheid. In het eerste decennium van deze eeuw zien we de slinger de andere kant uit bewegen en verschuift de nadruk in het preventiebeleid zich meer in de richting van leefstijlinterventies. Na de *VTV 2010* begint de roep om brede integrale preventie weer steeds meer aan kracht te winnen, uiteindelijk culminerend in *LNG 2021-2024* waar de aandacht voor SEGV en de fysieke en sociale omgeving weer in ere wordt hersteld. De cirkel is rond voor de M&G-verpleegkundigen. De keuzes van de *LNG 2020-2024* passen helemaal bij M&G-verpleegkundigen Terug naar de basis waaruit we ooit in 1875 ontstonden. 🍷

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

Infectieverpleegkundige Yvonne Veulings

‘De diversiteit van de vragen maakt het werk zo leuk!’

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Yvonne Veulings (48) die in juni van dit jaar begonnen is op de afdeling infectieziektebestrijding van GGD Gelderland-Zuid. ‘De coronapandemie heeft mijn beslissing om de overstap van TBC naar infectieziekten te maken, versneld.’

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Hoe ben je in het team infectieziekten terecht gekomen?

‘Ik werkte al sinds 2006 bij de GGD en sinds 2013 in de TBC-bestrijding en heb infectieziekten altijd erg interessant gevonden. Omdat ik in Tiel bij een kleine GGD werkte, kwamen de verhalen over de infectieziekten me altijd snel ter ore. Zo was er bijvoorbeeld ooit een uitbraak van mazelen die opgeschaald moest worden. Ik was de eerste die haar vinger opstak. En bij de HPV-vaccinatie heb ik ook geholpen. Ik was al een tijdje aan het overwegen om de overstap te maken. Toen de coronapandemie uitbrak, ben ik er uit eigen beweging en vrij natuurlijk ingerold. En kon ik er uiteindelijk ook blijven.’

Word je goed ingewerkt in je nieuwe functie?

‘Zeker. In de beginperiode heb ik vooral meegeluisterd hoe collega’s hun werk doen. Inmiddels werk ik steeds meer zelfstandig. Er zijn vijftig meldingsplichtige infectieziekten in Nederland. Die worden bij ons telefonisch gemeld en worden via een bepaalde

‘Ik krijg regelmatig burgers, maar ook huisartsen aan de telefoon met vragen’

methodiek en via een vast stappenplan, aangepakt. Je moet je vaak goed in de aangemelde ziekte verdiepen en secuur zijn om tot de beste aanpak te komen. Zo waren er infectieziekten waar ik nog nooit van gehoord had. Neem de infectieziekte tularemie die veroorzaakt wordt door een bacterie waarvan de bron onder andere knaagdieren zijn. Ik moet dus nog veel leren en opzoeken, maar dat vind ik heel erg leuk om te doen!’

Zit je de hele dag aan de telefoon?

‘Vaak wel. Maar de diversiteit van de vragen, maakt het werk zo leuk. Naast de meldingsplichtige infectieziekten, krijg ik ook regelmatig burgers maar ook huisartsen aan de telefoon met vragen. Iemand die is gebeten door een aap op Bali bijvoorbeeld of door een hond hier in Nederland. Dan moet ik uitvragen hoe lang geleden hij of zij een tetanusinjectie heeft gehad en het risico op hondsdolheid inschatten. Als er risico op hondsdolheid is, moeten we direct allerlei acties in gang zetten. En huisartsen die niet precies weten of een infectieziekte gemeld moet worden of hoe ze die moeten behandelen. Daar denk ik dan samen met de arts Maatschappij & Gezondheid over mee en ga waar nodig, op zoek naar meer informatie. De laatste tijd komen er veel vragen over krentenbaard. Als er bijvoorbeeld clusters van twee of meer kinderen zijn op een kinderdagverblijf, dan wordt dat bij de GGD gemeld en geven wij adviezen om verdere verspreiding te voorkomen.’

Welke casus is je tot nu toe het meest bijgebleven?

‘Er was een Syrisch gezin dat maar niet van scabiës af kwam. Ook na meerdere en verschillende behandelingen niet. Toen ben ik met een collega naar het gezin toe gegaan en hebben we met elkaar alle stappen wederom doorgenomen. De gezinsleden vonden het heel fijn dat er mensen van de GGD langskwamen en laagdrempelig hun hulp aanboden. Het gezin was ten einde raad. Nu hebben we ze weer los moeten laten en hopen we natuurlijk dat nu de ziekte echt uit het gezin verdwijnt.’

Speelt corona nog een grote rol in je werkzaamheden?

‘Corona is een aparte afdeling van de GGD geworden. We hebben dagelijks contact met elkaar. Bij overstijgende en gecompliceerde zaken worden wij erbij betrokken.’

Bio

Naam: Yvonne Veulings

Werkt bij: GGD Gelderland-Zuid

Opleiding: HBO-V, Hogeschool Nijmegen

Is goed in? 'Ik kan goed luisteren. Zo was er een moeder van een kind dat uiteindelijk gevaccineerd moest worden tegen hondsdolheid. De moeder gaf me na afloop een groot compliment hoe duidelijk, rustig maar ook hoe goed ik doorvroeg. Die heb ik in mijn zak gestoken.'

Minder goed in? 'Ik vind het lastig dat ik soms moet zeggen dat ik iets niet weet en ik dus terug ga bellen. Helaas weet ik nog niet alle meldingsplichtige infectieziekten uit mijn hoofd. Dat voelt als een gebrek aan kennis, maar ik weet ook dat dit eigenlijk niet zo is. En toch vind ik het lastig.'

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

'Een kinderdagverblijf had heel veel last van diarree en braken bij de kinderen. Daar kwamen ze maar niet van af. Toen hebben ze contact met ons opgenomen. Ik ben met een deskundige infectiepreventie langsgegaan en we hebben samen met hun gekeken hoe zij hun werk deden en waar ze verbeteringen konden aanbrengen. Bijvoorbeeld vaak je handen wassen na diverse handelingen, geen sieraden om doen, speelgoed regelmatig reinigen, handschoenen aan bij het verschonen van de luiers en aankleedkussens vaak schoonmaken. En ook

'Er zijn zoveel overeenkomsten in het werk van een TBC- en infectieverpleegkundige, dat ik mogelijkheden zie om onze werkzaamheden meer te integreren'

welk goedgekeurde reinigingsmateriaal ze dan moeten gebruiken. Het kinderdagverblijf was erg blij hoe we meedachten. Ze hebben zich gedurende het gesprek geen enkele keer aangevallen gevoeld. Dan weet je dat je je werk goed hebt gedaan.'



Waar sta jij over vijf jaar?

'Ik werk dan nog steeds bij infectieziekten en weet dan heel veel meer dan nu, haha. En ik hoop dat er dan meer samenwerking is met TBC. Er zijn zoveel overeenkomsten in het werk van een TBC- en infectieziekteverpleegkundige, dat ik mogelijkheden zie om onze werkzaamheden meer te integreren. Daar wil ik me voor inzetten en graag over meedenken. Leuk!' [🔗](#)

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

Verslag ALV afdeling M&G van 22 november

De online ALV met veertig deelnemers, begon met een bijdrage van Karen Hosper (zie rechts op deze pagina).

Daarna was het de beurt aan de vakgroepen om hun plannen voor 2022 te presenteren. Wat op de vorige ALV van april 2021 al werd aangekondigd, werd op deze ALV definitief. De vakgroep Wijkverpleegkundigen verlaat de afdeling M&G en gaat vanaf 2022 verder als zelfstandige afdeling Wijkverpleegkundigen. Ook de vakgroep Dementieverpleegkundigen gaf aan de intentie te hebben om zich in de loop van 2022 te willen ontwikkelen tot een zelfstandige afdeling. Daarmee eindigt, zeven jaar na dato, het experiment om de afdelingen Eerstelijns, Dementieverpleegkundigen en Openbare Gezondheidszorg hun krachten te laten bundelen in de afdeling M&G.

Vanuit de 3 vakgroepen Openbare Gezondheidszorg (TBC, Infectiezieken en SOA) was er daarentegen juist een tegenovergestelde ontwikkeling. Zij hebben de intentie om verder te gaan als één vakgroep verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg. Ook de vakgroep Jeugd gaf aan, vooralsnog (plan A) verder te willen met de vakgroep OG binnen de afdeling M&G.

Veel discussie was er over de financiële gevolgen. Het bestuur legde de ALV het voorstel voor om bij de verdeling

van het vermogen van de afdeling M&G naar de nieuwe afdeling Wijkverpleegkundigen als uitgangspunt te nemen. Het ledenaantal van de nieuwe te vormen afdeling Wijkverpleegkundigen dat zijn/haar lidmaatschap bij M&G opzegt. Volgens een in de zomer gehouden peiling zou dit ca. 40 procent zijn, maar deze peiling was verre van volledig en het genoemde percentage kan dus nog veranderen. De ALV ging na discussie akkoord met het bovengenoemde genoemde uitgangspunt onder de vermelding dat pas per 1 maart 2022 definitief vastgesteld kan worden om welk percentage van de leden het precies gaat. Dat kan dus zowel hoger als lager uitvallen. Een vergelijkbaar uitgangspunt zal worden toegepast als andere vakgroep(en) de afdeling M&G verlaten. Aanvullend ging de ALV akkoord met de begroting 2022 van de afgeslankte afdeling M&G. De nieuwe afdeling Wijkverpleegkundigen zal haar begroting begin 2022 presenteren in een ALV van de nieuwe afdeling. Verder is afgesproken dat voor het jaar 2022 *Tijdschrift M&G* in de huidige vorm blijft bestaan, waarvan de kosten naar rato worden verdeeld over de nieuwe afdeling Wijkverpleegkundigen en de afgeslankte afdeling M&G. In 2022 zal een besluit genomen over de voortgang van het tijdschrift. [🔗](#)

Nellie Kolk nieuw contactpersoon

Na drie jaar contactpersoon te zijn geweest voor afdeling M&G is Anneke Bangma per 1 oktober 2021 *met pensioen gegaan*. Wij danken Anneke voor haar bijdrage de afgelopen jaren. Nellie Kolk volgt Anneke op als contactpersoon voor de afdeling M&G en ook voor de nieuwe te vormen afdeling Wijkverpleging. Nellie is oud-wijkverpleegkundige en heeft een ruime historie binnen V&VN. Zo is zij betrokken geweest bij de totstandkoming van reeks van expertisegerieden binnen V&VN op het gebied van de Cure, de Care maar ook het expertisegeried Openbare Gezondheidszorg. Zij kent V&VN van binnen en van buiten en van haver tot gort. Vanuit die expertise zal Nellie de afdelingen M&G en Wijkverpleegkundigen ondersteunen om hun weg te vinden in de nieuwe organisatiestructuur- en cultuur binnen V&VN. [🔗](#)

Jaarcongres Dementieverpleegkundigen verplaatst naar 14 april 2022

De vakgroep dementieverpleegkundigen heeft enorm veel energie gestoken in het jaarcongres voor dementieverpleegkundigen wat gehouden zou worden op 25 november. Er hadden zich reeds 225 deelnemers aangemeld. Helaas stak corona wederom een spaak tussen de wielen. Het congres is nu verplaatst naar 14 april 2022. Gelukkig zijn de meeste sprekers ook op 14 april beschikbaar in de hoop dat het Jaarcongres Dementieverpleegkundigen dan wel fysiek door kan gaan. [🔗](#)

Vanuit de vakgroep Jeugd

Jeugdverpleegkundigen Suzanna van Dam is samen met Minke Vellinga hard bezig om de randvoorwaarden te creëren waardoor alle jeugdverpleegkundigen in staat worden gesteld om de post-bacheloropleiding te volgen. Er zijn momenteel twee opleidingsinstituten die een post-hbo voor jeugdverpleegkundigen aanbieden: Avans+ en de NSPOH. De directie Publieke Gezondheid van VWS financiert de vervolgopleiding voor jeugdartsen, maar niet die van jeugdverpleegkundigen. JGZ-organisaties moeten de post-hbo zelf betalen, maar krijgen daar geen gelabeld budget voor. Dat moet veranderen.

Veel van onze leden zijn betrokken bij Kansrijke Start in de eerste 1000 dagen van het leven. We doen mee aan de drie actielijnen:

- voor de conceptie
- tijdens de zwangerschap
- na de bevalling op verschillende niveaus van de projectorganisatie. ☞



Presentatie Karen Hospers tijdens ALV

Karen Hosper werkt als senior adviseur bij Pharos, het kenniscentrum met betrekking tot gezondheidsverschillen in Nederland. In haar presentatie schetste Hosper eerst de omvang van de verschillen: een zes jaar kortere levensverwachting en een kortere levensverwachting van vijftien jaar in goede gezondheid tussen lager en hoger opgeleiden: een verschil wat zeer hardnekkig is en de laatste jaren eerder toeneemt dan afneemt.

Bij de doelgroep met een lager opleidingsniveau speelt vrijwel altijd een mix van complexe problemen. Zoals armoede en/of schulden, meer medicijngebruik, ongezonde leefstijl, vaak zorgmijdend gedrag, waardoor uiteindelijk, door complicaties een veel hoger zorggebruik. Volgens cijfers van de WHO draagt wereldwijd de 'sociale omgeving en inkomensonzekerheid' voor ongeveer 40 procent bij aan de gezondheidsverschillen en de leefomgeving voor 25 tot 30 procent, terwijl het aandeel van de gezondheidszorg maar 10 procent is. De oorzaken liggen dus buiten de gezondheidszorg en moeten daar aangepakt worden, aldus Hosper.

Als factoren die het ontstaan van SEGV beïnvloeden noemde Hosper naast laaggeletterdheid de langdurige stress, veroorzaakt door langdurige problemen zoals schulden, discriminatie of slechte huisvesting. Langdurige stress leidt enerzijds tot een reeks aan fysieke klachten (hart- en vaatzieken, verslechterd immuunsysteem, diabetes en obesitas) maar ook tot cognitieve problemen (slechte concentratie, impulsief gedrag en moeite met plannen). Juist die combinatie is zee problematisch. Je hebt juist je cognitieve systeem nodig om uit de problemen te komen, maar je cognitieve systemen laten je in de steek waardoor er vaak een vicieuze cirkel ontstaat.

Als perspectief gaf Hosper de aanwezigen persoongericht en integraal werken mee. Kernpunten daarbij zijn:

- verdiepen in de context van de burger
- samenwerking zorg, welzijn, preventie en andere sectoren buiten de gezondheidszorg
- toegankelijke zorg en preventie: vindbaar, goed bereikbaar, procedures eenvoudig,
- begrijpelijke communicatie
- empathisch en ondersteunend / geen stress toevoegen

Op de website van Pharos (www.Pharos.nl) zijn veel hulpmiddelen te vinden die M&G-verpleegkundigen kunnen gebruiken, zoals de *Terugvraagmethode*, de *Gesprekskaart voor communicatie met laaggeletterden*. Het *4-domeinenmodel* en ook praktijkvoorbeelden, zoals "samen beter in Noord" en voorbeelden uit de GIDS-gemeenten (Gezond in de Stad). ☞

Hoe ziet een gemiddeld contactonderzoek bij TBC eruit?

Tuberculose is naast Covid-19 de meest dodelijke infectieziekte ter wereld. Gelukkig komt het in Nederland nog maar weinig voor. Daarom testen we niet snel op TBC, ook al zijn de symptomen soms zo klaar als een klontje. Het zijn grotendeels de uitgebreide contactonderzoeken van de GGD dat de TBC-besmettingscijfers laag blijven. Hoe dat eraan toe gaat? Lees hier de verhalen van de patiënt, haar arts en de verpleegkundige van de GGD.

Tekst:

Geraldine ter Linde, Myrthe Hartgers en Marja Karels

De patiënt

‘Begin november 2018 ging ik naar de huisarts omdat ik een hoestje had. Niets ernstigs dacht ik. Het liep uit op vier bezoeken aan de huisarts. Ik voelde me schuldig omdat ik zo vaak terug bleef komen en de puffer en twee antibioticakuren niets uithaalden. Inmiddels was ik al twee maanden mijn stem kwijt, voelde ik me constant doodmoe, hoestte de hele dag door, werd s ’nachts zwetend wakker en ik was inmiddels zeven kilo lichter. Pas na het laatste consult, waarbij ikzelf moest vragen om een longfoto, werd ik doorverwezen.’

‘Bij het zien van de foto’s, gingen bij de longarts alle alarmbellen af en moest ik direct naar het ziekenhuis komen. De diagnose stond als een paal boven water: open tuberculose met cavernevorming. Ik had nooit verwacht dat dit mij zou overkomen. En zo voor de hand ligt het ook niet: ik ben een Nederlandse vrouw van 35, kom uit een welvarend milieu en heb geen historie met verslaving.’

‘Ik was blij dat ik een diagnose had, maar de komende zes maanden moest ik aan een cocktail van antibiotica die zijn weerslag had op mijn fysieke en mentale gezondheid. En ik niet als enige. Want toen ik vond dat ik me niet moest aanstellen, had ik wel al hoestend bij de koffieautomaat op kantoor gestaan. En was ik bij de kerstborrel, diverse kerstdiners en andere sociale evenementen geweest.’

‘Het contactonderzoek dat de GGD uitvoerde, heeft uiteindelijk vier rondes geduurd. Er zijn bijna driehonderd mensen onderzocht waar dertig TBC-besmettingen uit voort kwamen. Mijn medische gezondheid lag op straat, en ik vond het belangrijk om voorafgaand aan het contactonderzoek mijn vrienden, familie en kennissen in te lichten. Op mijn werk heeft de afdeling HR dit opgepakt, samen met de GGD. Ik heb me vreselijk schuldig gevoeld.’

‘Gelukkig heeft de medicatie zijn werk gedaan en

afgezien van wat littekenvorming, ben ik er ongeschonden vanaf gekomen. Evenals de mensen die besmet zijn. Luister dus goed naar je lichaam en wees als huisarts niet bang om iemand te verwijzen. Dat kost een stuk minder dan zo’n gigantisch onderzoek.”

De TBC-verpleegkundige

‘Bij iedere besmettelijke longtuberculose wordt een contactonderzoek uitgevoerd om na te gaan of de ziekte verder is overgedragen. Hiervoor worden de contacten van de patiënt ingedeeld in ringen. Mensen die intensief en langdurig contact hebben worden eersteringscontacten genoemd. Dit zijn bijvoorbeeld huisgenoten, maar soms ook collega’s. Contacten die minder intensief en korter van aard zijn, zijn de tweede- en derderingscontacten ingedeeld.’

‘Al tijdens de eerste afspraak werden de eersteringscontacten besproken. De verpleegkundige benadrukte positief dat de patiënt verantwoordelijkheid nam en niets kwalijk genomen kan worden. Patiënten voelen zich namelijk vaak schuldig, ze schamen zich en willen daardoor geen contacten prijsgeven. Uitleg over de ziekte, de wijze van overdracht en de latente infectie kunnen een patiënt overtuigen om toch mee te werken aan het onderzoek. Ook helpt de niet-herleidbare oproep hierbij; de contacten worden uitgenodigd zonder dat ze de naam van de patiënt te horen krijgen.’

‘Deze patiënt werkt in een andere GGD-regio dan waar zij woont. De verantwoordelijkheid voor het contactonderzoek op het werk werd daarom overgedragen aan die betreffende GGD. Omdat de patiënt de verantwoordelijkheid nam en vrijuit sprak over haar contacten, met zowel de GGD als haar werkgever, is bij het contactonderzoek op het werk intensief samengewerkt door beide GGD’en.’

‘De diagnose TBC kan binnen een bedrijf veel onrust veroorzaken. De patiënt werkt op het hoofdkantoor van een toonaangevend nationaal bedrijf met zo’n zeshon-

derd medewerkers. Daarnaast heeft het bedrijf meer dan dertig vestigingen verspreid door Nederland. De patiënt heeft een belangrijke rol in het verbinden van deze vestigingen en het organiseren van evenementen, waardoor zij op alle vestigingen aanwezig was.'

'De GGD brengt in kaart óf en waar overdracht van de bacterie heeft plaatsgevonden. Ook moet er rekening gehouden worden met een incubatietijd, die minstens acht weken duurt. Pas hierna kan een contact onderzocht worden. Deze aanpak is vaak tegengesteld aan de wensen van een bedrijf, zo ook dit bedrijf. De resultaten van de eersteringscontacten was in dit contactonderzoek reden om uit te breiden naar tweederingscontacten.'

'De directie van het bedrijf wilde de regie hebben, woordvoeder zijn en alle medewerkers op de diverse vestigingen volledig informeren. Een werkgever kijkt anders naar een contactonderzoek dan de GGD. De directie gaf meerdere keren aan dat zij goed werkgeverschap belangrijk vinden. 'Laten we iedereen van het bedrijf controleren' werd vaak geopperd. Dit kan echter voor onrust zorgen en maakt dat er meer mensen worden onderzocht dan nodig is. In samenspraak met de directie heeft de GGD een algemene informatiebrief opgesteld die opgenomen werd in de mailing van het bedrijf. Deze algemene informatiebrief is ook gedeeld met de TBC-afdelingen van 25 GGD-locaties.'

'In februari brachten de twee verpleegkundigen een bezoek aan het hoofdkantoor. Tijdens dit bezoek is met de directie besloten om de tweede ronde van het contactonderzoek wat in maart gepland stond, op het hoofdkantoor te faciliteren. Middels een plattegrond van het bedrijf, wat zich op twee etages bevindt, werden de verschillende afdelingen en besmettingen in kaart gebracht. Daarna volgde een voorlichting aan de honderd medewerkers waar ingegaan werd op de werkwijze van de GGD en vragen werden beantwoord.' 'Wegens de lockdown was de tweede ronde contactonderzoek op locatie niet mogelijk. De resultaten van de tweede ronde van het contactonderzoek gaven aan dat er uitbreiding naar derderingscontacten nodig was. Deze contacten zijn in goed overleg met de patiënt, directie en betrokken verpleegkundigen afgestemd en uitgenodigd. Onder regie van de verpleegkundigen zijn in totaal 13 GGD'en betrokken geweest bij het onderzoek.'

De arts

'De patiënte betreft een 35-jarige Nederlandse vrouw met blanco voorgeschiedenis. Zes maanden voor diagnose begint zij met hoesten, met daarbij ook benauwdheid. Aanvankelijk wordt de diagnose bronchitis gesteld en krijgt zij een antibioticumkuur en inhalatie-medicatie. Dit verbetert haar klachten echter niet, ze valt

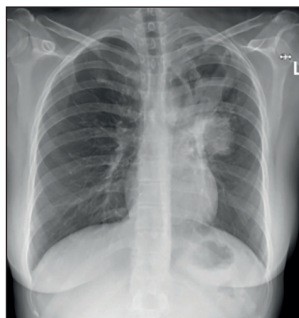


Foto 1. Voor start behandeling

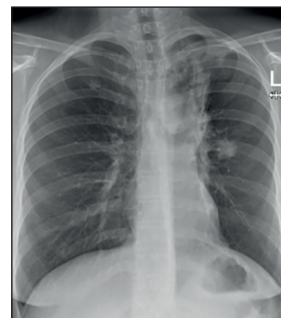



Foto 2. Na 4 maanden behandeling

af en krijgt last van nachtelijk zweten.'

'Na meerdere bezoeken aan de huisarts en op aandringen van de patiënt, is een X-thorax verricht, een röntgenfoto van de borstkas. Hierop werd een kenmerkend beeld gezien passend bij tuberculose (zie foto 1).

Een aanvullend sputumonderzoek bevestigde de diagnose: caverneuze longtuberculose met auramine en PCR positief sputum. De patiënt startte met quadrupel therapie met HRZE (Isoniazide/Rifampicine/Pyrazinamide en Ethambutol). Ze is gedurende zes maanden behandeld voor een Mycobacterium Tuberculosis met een normaal resistentiepatroon. Bij controles in het ziekenhuis was een verbetering van de afwijkingen op thoraxfoto's zichtbaar (zie foto 2).'

'De behandeling begon echter zijn tol te eisen, met name mentaal. De patiënt kreeg veel last van de bijwerkingen van de medicatie (stemmingswisseling, depressieve gevoelens) tezamen met de mentale belasting van het grote contactonderzoek. Een ongecompliceerd beloop vanuit doktersperspectief betekent niet altijd hetzelfde voor de patiënt. Stemmingswisselingen en vermoeidheid spelen een belangrijke rol in het welbevinden van een patiënt.'

'Het heeft lang geduurd voordat de diagnose werd gesteld, ondanks dat het klachtenpatroon klassiek past bij tuberculose. Met een teruglopende incidentie van TBC in Nederland (rond 700-800 nieuwe gevallen per jaar) wordt de kans dat een huisarts of longarts ermee te maken krijgt, kleiner. Zodra een patiënt niet in een 'klassieke' risicogroep voor TBC past (asielzoeker of immigrant afkomstig uit hoog-endemisch land voor TBC, dakloos of drugsverslaafd) neemt de kans op *doctors delay* toe en wordt daarmee de kans op grootschalig contactonderzoek, zoals deze, groter.' 

Dit stuk is geschreven in samenwerking met het KNCV Tuberculosefonds.

Geraldine Linde is verpleegkundige GGD Amsterdam en GGD Kennemerland

Myrthe Hartgers is arts tuberculosebestrijding, GGD Amsterdam en GGD Alkmaar

Marja Karels is verpleegkundige GGD Hollands Noorden

Wie vormen de redactie van Tijdschrift M&G?

Nog nooit gedaan en dus werd het hoog tijd! Hierbij stellen wij de huidige redactie van *Tijdschrift M&G* aan jullie voor. Marieke Rijsbergen doet de hoofdredactie. Ze is al heel wat jaren freelance journalist en bladenmaker. Zij wordt bijgestaan door (eind)redacteur Hellen Kooijman, ook freelance journalist. Beide dames kunnen aardig schrijven en ze weten sinds ze voor dit tijdschrift werken, veel meer van de diverse verpleegkundigen die de doelgroep zijn van dit blad. Maar qua inhoud over het vak moeten ze toch echt zijn bij Gerben Jansen, Huub Sibbing, Valerie Schipper, Bente Allesie en Suzanna van Dam. Die interviewden elkaar over de reden waarom ze redacteur zijn bij *Tijdschrift M&G* en waarom het zo leerzaam is om in de redactie van dit tijdschrift te zitten.



Jeugdverpleegkundige Suzanna van Dam (drie jaar redactielid)

Hoe ben jij bij Tijdschrift M&G beland?

‘Vanuit de vakgroep Jeugd kwam ongeveer drie jaar geleden de vraag of er iemand van de ambassadeurs voor de jeugdverpleegkundigen in de redactie van Tijdschrift M&G wilde plaatsnemen. Dit paste mooi in mijn straatje. Ik ben namelijk geïnteresseerd in journalistiek en schrijven. Dit tijdschrift is een mooi medium om het vak van jeugdverpleegkundige meer onder de aandacht te brengen, zowel voor jeugdverpleegkundigen onderling als voor de andere verpleegkundigen binnen de afdeling Maatschappij & Gezondheid. Je kunt zo elkaar op de hoogte houden van ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg en een kijkje nemen in elkaars praktijk.’

Hoe kun je je rol als jeugdverpleegkundige kwijt in het tijdschrift?

‘Ik vind het belangrijk voor de jeugdverpleegkundigen dat complexere materie met praktische voorbeelden duidelijk wordt. Zo heb ik bijvoorbeeld een artikel geschreven over de aangepaste Meldcode Kinder mishandeling. Dat speelt voor de hele jeugdgezondheidszorg, alle jeugdverpleegkundigen hebben hiermee te maken. Ik wil die informatie graag toegankelijk en toepasbaar maken. Voor zo’n artikel check ik dan bij collega’s, wat leeft er op de werkvloer? Wat wil de professional weten van dit onderwerp? Is het onderwerp zo begrijpelijk en correct omschreven? Ook wil ik mooie ervaringen en inspirerende verhalen delen. Een stuk over veerkracht bij jongeren, is me bijgebleven. Een

interview met Naomi van Damme, psychotraumatoloog, maakte mij nog meer duidelijk dat met kleine, laagdrempelige stappen je als jeugdverpleegkundige veel kan betekenen in een gezin.’

Ofwel: je vindt het belangrijk om moeilijke onderwerpen begrijpelijk naar de jeugdverpleegkundige te brengen?

‘Ja. Naast mijn werk als staf- en jeugdverpleegkundige, ben ik in mijn vrije tijd bezig met kennis te ontsluiten en te delen om de JGZ nog meer te versterken en te profileren. Voor de Stippelbrigade, een initiatief vanuit het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid waar diverse JGZ-professionals aan meewerken, beschrijven we onderzoek dat relevant is voor de jeugdgezondheidszorg in begrijpelijke taal. De kennis uit die onderzoeken kan zo sneller gebruikt worden in de praktijk. Al duurt het

‘Ik vind het belangrijk dat complexere materie met praktische voorbeelden duidelijk wordt’

gemiddeld vijftien jaar voordat informatie uit onderzoek op de werkvloer gebruikt wordt. Zo is er al jaren aangetoond dat een brede familieanamnese behulpzaam is in de begeleiding bij opvoedingsvragen. Daar doen we als jeugdgezondheidszorg nog niet voldoende mee. Door deel te nemen aan de Stippelbrigade en als redactielid van *Tijdschrift M&G* kan ik kennis en ervaring delen. Niet alleen uit de wetenschap en de praktijk, maar bijvoorbeeld ook door over de Stippelbrigade zelf iets te schrijven in het tijdschrift. En de kennis vanuit de Stippelbrigade kan weer in *Tijdschrift M&G* benoemd worden, Zo snijdt het mes aan twee kanten.’

Tips of interessante thema's en artikelen voor Suzanna? Stuur ze haar via LinkedIn: Suzanna van Dam.



Van links naar rechts: Gerben Jansen, Marieke Rijsbergen, Bente Allesie, Valerie Schipper.
Onderste rij: Suzanna van Dam, Hellen Kooijman. Redacteur Huub Sibbing staat niet op de foto. (Foto: Fouad Hallak)



Dementieverpleegkundige en bestuurslid Gerben Jansen (sinds vier jaar redactielid)

Hoe ben je betrokken geraakt bij het tijdschrift?

‘Eigenlijk per toeval. Ik ben ook bestuurslid van de afdeling M&G waar het tijdschrift onderdeel van is. Toen de vraag binnenkwam of er bestuursleden in de redactie wilden, zei ik daar ja op.’

Zag je ook een rol voor jou als dementieverpleegkundige om redacteur te worden van dit tijdschrift?

‘Jazeker! Ik vind het erg belangrijk om het vak van dementieverpleegkundige beter te profileren binnen V&VN. Nu na vier jaar redactie, weten naar mijn gevoel meer mensen van het bestaan van dementieverpleegkundigen of casemanagers dementie.’

Hoe merk je dit?

‘Dat maak ik op uit de reacties die ik terug krijg via sociale media. Wij hebben als vakgroep Dementieverpleegkundigen, samen met de beroepsvereniging van Social

Work een besloten LinkedIn-pagina. Zelf twitter ik en zit ik ook op LinkedIn. Daarop plaats ik veel over de inzet van het casemanagement dementie. Ik merk nu dat bijvoorbeeld Zorgverzekeraars Nederland en Actiz de casemanagers dementie ook betrekken bij overleggen over dementie.’

Wat is eigenlijk het verschil tussen een dementieverpleegkundige en een casemanager dementie?

‘Niet zoveel. De naam casemanager dementie was er als eerste. In 2017 is het nieuwe Expertisegebied Dementieverpleegkundigen geschreven. Toen kozen we specifiek voor de naam dementieverpleegkundige omdat in de benaming casemanager dementie niet duidelijk naar voren komt dat het om een verpleegkundige functie gaat. De twee benamingen worden overigens wel nog steeds door elkaar gebruikt.’

Wat is de leukste reactie die je op een artikel kreeg?

‘In het vorige tijdschrift zijn er twee deelnemers van het tv-programma Restaurant Misverstand geïnterviewd. Beiden waren verpleegkundige en kregen

Interview

tijdens hun werkzame leven de diagnose Alzheimer. De ene werkte als jeugdverpleegkundige en de andere als kwaliteitsverpleegkundige. Daar heb ik veel reacties op gehad zoals: wat leuk, bijzonder maar ook triest dat het verpleegkundigen zijn die getroffen worden door dementie.'

Welk artikel wil je nog graag schrijven?

'Een artikel over een onderzoek naar de sociale benadering bij dementie van Anne-mei The, hoogleraar Langdurige Zorg en Sociale Benadering bij VU Amsterdam. Hiernaar deden de afdeling V&VN Dementie verpleegkundigen en Alzheimer Nederland onderzoek. In mijn artikel wil ik dieper ingaan op dit onderwerp. Als afdeling M&G van V&VN hebben we als visie: van Ziekte&Zorg (ZZ) naar Gezondheid&Gedrag (GG). Medewerkers Sociale Benadering Dementie die ook

'Ik wil over die "nieuwe liefde" schrijven'

actief zijn binnen het casemanagement dementie, komen uit de maatschappelijke hoek. Bijzonder is dat uit dit onderzoek blijkt dat zij juist groeien van Gezondheid&Gedrag (GG) naar Ziekte&Zorg (ZZ). We hadden het idee dat als wij elkaar zouden tegenkomen in ons werk, er een frontale botsing zou komen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat dit juist niet het geval is. Ik zie het daarom als een kans, een beetje als de Robert ten Brink van de verpleegkundigen, dat er ook een nieuwe liefde kan ontstaan. Daar wil ik mij hard voor maken en over schrijven.'

Heb je een onderwerp dat te maken heeft met de wijk en dementie? Mail dan naar g.jansen@venvn.nl



Wijk- en dementieverpleegkundige Valerie Schipper (sinds drie jaar lid)

Waarom ben je lid geworden?

'Ik had net het traject Ambassadeur voor de wijkverpleegkundige achter de rug en daar werd ik over geïnterviewd. Toen is me gevraagd of ik redactielid wilde worden. En toen dacht ik: ik ben wel heel benieuwd. Je kunt verschillende mensen interviewen en je bent betrokken bij symposia en daar kun je dan weer over schrijven. Je ziet en hoort veel meer en je

netwerk wordt steeds groter doordat je zoveel meer mensen leert kennen.'

Wat vind je het leukste van redacteur zijn?

'Dat je met andere zorgverleners om tafel zit en daar samen een tijdschrift mee maakt. Je leert enorm veel van elkaar. Zo hebben we een paar jaar geleden een themanummer gemaakt over seksualiteit. Dan leer je dat andere verpleegkundigen daar ook tegenaan lopen. Neem bijvoorbeeld ongeremd gedrag. Toen bleek dat ik dat als wijk- en dementieverpleegkundigen niet alleen tegenkom. Door vragen aan elkaar te stellen en nieuwsgierig naar elkaar te zijn, leer je een hoop. Ik merk dat ik me ook als professional in de redactie ontwikkel. Wijkverpleegkundige zijn is een eenzaam bestaan. Zo kan de aanpak van bijvoorbeeld een jeugdverpleegkundige mij weer nieuwe inzichten geven.'

Welk artikel dat jij geschreven hebt staat je nog steeds bij?

'Een van de eerste interviews die ik deed circa drie jaar geleden was met Bianca Buurman, hoogleraar Acute ouderenzorg (UvA) en nu voorzitter van V&VN. Dat heb ik samen gedaan met Hellen, de eindredacteur. Ik was totaal niet ervaren in interviewen en zij wel. Vooral hoe

'Je leert tijdens de redactievergadering heel veel van elkaar'

zij doorvroeg en diverse interviewtechnieken inzette, daar heb ik veel van geleerd. Daarom is het me denk ik zo bijgebleven. En ik denk er vaak aan terug als ik nu zelf mensen interview.'

Wat wil je nog bereiken als redactielid?

'Meer nieuwe leden en lezers trekken. En dat ook het tijdschrift echt goed gelezen wordt, niet even vluchtig in bladeren. Het lijkt me bovendien fantastisch als lezers zelf aankomen met onderwerpen waar wij dan thema-nummers of achtergrondartikelen over maken. Ofwel: echt contact met de lezers. Dus kom maar op met mooie onderwerpen uit de wijk.'

Ideeën voor artikelen over de wijkverpleging? Dit is het e-mailadres van Valerie: valerie@zorg-besef.nl



Jeugdverpleegkundige Bente Allesie
(sinds drie jaar lid)

Hoe ben je bij de redactie terechtgekomen?

‘Eigenlijk per toeval. Ik ben al twintig jaar jeugdverpleegkundige en ik ben ook lid van de vakgroep Jeugdverpleegkundige van V&VN. Ik zag de oproep in het tijdschrift staan en heb me aangemeld. Ik houd erg van schrijven en media.’

Hoe houd je als redactielid de rol van de jeugdverpleegkundige in de gaten?

‘Als jeugdverpleegkundige zijn we betrokken bij de opvoeding en het opgroeien van kinderen en jongeren tot 18 jaar. We ondersteunen daarnaast de ouders bij het opvoeden. Ik probeer telkens in de redactievergadering de verschillende leeftijdscate-

‘Meer verbinding met elkaar maken; daar leent het tijdschrift zich goed voor’

gorieën te belichten, dus niet alleen over baby's maar ook over de pubers en jongvolwassenen onderwerpen en artikelen aan te dragen. Van oudsher is het vak opgeknipt in twee groepen: 0 tot 4 jaar en 4 tot 18 jaar. Dat waren zelfs twee verschillende organisaties. In de jeugdgezondheidszorg anno 2021 komen deze twee bloedgroepen steeds dichterbij elkaar. Er is veel meer samenwerking. Maar alle jeugdverpleegkundigen komen wel van een van die twee bloedgroepen en hun kennis en ervaring is daarop dus vaak gericht. Daarom wil ik in de redactie belichten dat we als jeugdverpleegkundige gezamenlijke drijfveren hebben en breder georganiseerd zijn.’

Welk artikel is je het meest bijgebleven dat je geschreven hebt?

‘Samen met jeugdverpleegkundige en redactielid Suzanna heb ik me verdiept in het onderwerp taakherschikking in de jeugdgezondheidszorg. Dat was in het kader van het themanummer *De juiste zorg op de juiste plek*. Taken van de ene professional worden dan overgenomen door een andere professional. De jeugdverpleegkundige neemt dan bijvoorbeeld de taken over van de jeugdarts. We hebben

toen diverse mensen hierover geïnterviewd. Toen ik twintig jaar geleden begon mocht ik nog geen BMR-vaccinatie zetten of de ogentest doen. Dat is nu anders georganiseerd en heeft bij alle JGZ-organisaties een hoge vlucht genomen. Maar dat gaat niet zonder slag of stoot. Daar ging het artikel over en we hebben veel positieve reacties gekregen.’

Welk artikel wil je nog graag schrijven?

‘Dan kom ik toch weer terug op het vak goed profileren. En dan doel ik voornamelijk op het integraal werken van 0 tot 18 jaar. Dat is echt heel belangrijk als jeugdverpleegkundige. Ofwel: weg met het hokjes denken en meer verbinding met elkaar maken. Daar leent het tijdschrift zich goed voor.’

En wie wil je graag nog eens interviewen?

Het is een longshot, maar het lijkt me heel interessant om de Zweedse milieuactiviste Greta Thunberg te interviewen. Een jonge vrouw die staat voor de toekomst, maar ook veel kritiek over zich heen heeft gekregen. Ik ben als jeugdverpleegkundige erg benieuwd uit wat voor soort gezin Greta komt en wat haar drijfveren zijn. Daarnaast ben ik nieuwsgierig naar haar jeugdjaren en of haar ouders haar wel voldoende hebben ondersteund. Interessant!’

Ideeën voor artikelen over de jeugdverpleegkunde? Stuur ze naar Bente Allesie via [LinkedIn](#)

Huib Sibbing
(Sinds drie jaar lid)

Hoe ben je betrokken geraakt bij de afdeling V&VN M&G?

‘Sinds 1999 ben ik actief binnen V&VN Maatschappij&Gezondheid en haar voorlopers. Tot 2015 heb ik gewerkt aan de Haagse Hogeschool bij de MGZ-opleiding, onderdeel van de hbo-v. In het onderwijs ben je altijd bezig met actuele ontwikkelingen en de invloed daarop voor het beroep van M&G-verpleegkundigen. Regelmatig dacht ik bij de analyse van nieuwe ontwikkelingen; dit zouden niet alleen mijn studenten aan de Haagse Hogeschool moeten weten, maar dat is leerzaam voor alle M&G-verpleegkundigen. Daarom heb ik met zekere regelmaat artikelen ingediend bij de redactie over actuele ontwikkelingen.’



Interview

Vacant:

Redactielid Openbare Gezondheidszorg

Wil jij hier als redactielid OGZ komen te staan? Dat komt dan mooi uit! We zijn op zoek naar een redactielid dat uit de openbare gezondheidszorg komt. Ben jij infectieverpleegkundige, SOA-verpleegkundige of TBC-verpleegkundige en spreekt het redacteurschap je wel aan?

Neem dan contact op met hoofdredacteur Marieke Rijsbergen. Zij vertelt je alle ins en outs over je werkzaamheden. Een paar highlights:

je komt in een heel leuke redactie, je mag veel schrijven over je eigen vak, maar je gaat vooral veel sparren met collega's over onderwerpen die spelen in de wijk en waar artikelen over moeten komen. We komen vier keer per jaar bijeen. Je hoeft niet bang te zijn dat je goed moet kunnen schrijven. Dat leren eindredacteur Hellen Kooijman en hoofdredacteur Marieke Rijsbergen je wel. Het belangrijkste dat jij moet zijn is enthousiast! Dus stuur meteen een mail naar: TijdschriftMG@gmail.com.



Hoe kwam Tijdschrift Maatschappij&Gezondheid op je pad?

'In 2015 fuseerden tot mijn grote vreugde de toenmalige afdelingen Eerstelijns en Openbare Gezondheidszorg tot de afdeling Maatschappij&Gezondheid. Ik ben namelijk een MGZ'er in hart en nieren. Het bestuur van de nieuwe afdeling M&G vroeg mij de afdeling te ondersteunen in het zoeken naar een gemeenschappelijke basis van uitgangspunten. Te weten: missie, visie en samenhan-

elke aflevering van het tijdschrift artikelen geschreven die de gezamenlijkheid van de afdeling weerspiegelen zoals in de rubriek De klepel en de klok. Daarin schreef ik over theorieën, concepten en modellen die voor alle M&G-verpleegkundigen belangrijk zijn, maar bij sommigen onbekend en bij anderen weggezaakt zijn. Onlangs zijn we gestart met de nieuwe rubriek De geschiedenis van... gestart. Actuele ontwikkelingen plaats ik in een historische context.'

'Ik schrijf artikelen die de gezamenlijkheid van de afdeling weerspiegelen'

gende concepten. Vanaf dat moment heb ik elk nummer een bijdrage geleverd aan het tijdschrift met artikelen die de gezamenlijkheid van de afdeling verwoorden. Neem onder andere de acht gezamenlijke pijlers van het beroep van M&G-verpleegkundigen, de missie triple aim, dat preventie loont en het terugdringen van sociaal- economische gezondheidsverschillen. Elke keer weer stof genoeg om in elk nummer minimaal een artikel aan te leveren.'


Waarom ben je redactielid geworden?

'In 2018 kwam uit een gezamenlijke evaluatie tussen het bestuur en de redactie dat er een structurelere samenwerking moest komen tussen het bestuur en de redactie. Toen heb ik me aangemeld als lid van de redactie. Wel met de opdracht om in mijn artikelen de eenheid van de afdeling M&G zichtbaar te maken. Sindsdien heb ik in

Wat heb je geleerd als redactielid?

'Hoe de bijdragen van de redacteurs, elk vanuit hun eigen achtergrond en invalshoek, samen een integraal beeld kunnen schetsen van wat er binnen de maatschappelijke gezondheidszorg speelt. Het mooiste vind ik dat tot uiting komen in de diverse themanummers die we gemaakt hebben zoals over seksualiteit en de juiste zorg op de juiste plek. Daarin werd een totaalplaatje gepresenteerd vanuit de wijk-, dementie-, jeugd- en OGZ-verpleegkundigen.'

Is het tijdschrift belangrijk voor de afdeling?

'Zeker! Het is een belangrijk, misschien wel het belangrijkste middel om van elkaar te leren. M&G-verpleegkundigen hebben, zonder dat ze het zich vaak realiseren en ondanks de verschillen in de dagelijkse praktijk, heel veel overeenkomsten. Door te lezen over allerlei overstijgende, maar ook werkveld-specifieke ontwikkelingen kun je de bubbel van de dagelijkse praktijk overstijgen en daarmee je beroep verbreden en verdiepen.' 

Tips voor of opmerkingen over de thema's waarover Huub schrijft? Mail het naar hsibbing@tip.nl

We teach...



...een breed scala aan bij- en nascholing, veelal online: jaarlijks meer dan 30 nieuwe titels en 160 modules.

STOPPEN MET ROKEN: TABAKSVERSLAVING
7 februari 2022, online

**CURSUS TOT GECERTIFICEERD
INSTRUCTEUR VAN WIECHENONDERZOEK**
8 en 9 februari 2022, Utrecht

NIEUW
STRESS ALS BONDGENOOT
8 maart 2022, online

**VERPLEEGKUNDIGEN MAKEN KENNIS
MET DE JGZ**
10 en 24 maart, 7 en 28 april en 12 mei 2022, Utrecht
en online

**SIGNALLEN VAN AUTISME BIJ HET JONGE
KIND HERKENNEN**
18 maart 2022 (9:30-12:30 uur), online

NIEUW
**NASCHOLINGSDAG STOPPEN MET ROKEN:
HOE IS DE BEGELEIDING IN 2022?**
31 maart 2022, Utrecht

ZINDELIJKHEID
4 april en 24 mei 2022 (9.00-13.00 uur), online

**STOPPEN MET ROKEN: HOE HELP JE DE
KWETSBARE ROKER?**
19 april 2022, online

**CULTURELE DIVERSITEIT IN
DE GEZONDHEIDSZORG**
25 april en 9 mei 2022, online

COMMUNICEREN MET PUBERS
17 mei 2022, Utrecht



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.

De Informatiebron

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

Stappenplan indiceren Wmo-ondersteuning

Aan de hand van een pilot wordt inzicht gegeven wat er nodig is om tot een werkzame indicatie van Wmo-zorg door casemanagers dementie te komen. Het doel is uiteindelijk om de cliënt te ontlasten en de zorg te ontschotten.

Stappenplan indiceren Wmo-ondersteuning door casemanager en wijkverpleegkundige: Hoe implementeer je dit?/Dementie voor Elkaar, 2021 te downloaden via www.dementievoor elkaar.nl

De kracht van de wijk-GGD'er

Een wijk-GGD'er werkt als verbindingsofficier in het netwerk van veiligheid en zorg. Hij gaat op mensen met verward gedrag af om vroegtijdig in te grijpen en escalaties te voorkomen. Doordat het CCV al veel gemeenten had begeleid bij de invoering, was al duidelijk dat deze werkwijze succesvol is; de vraag was alleen wat de specifieke elementen zijn voor dit succes. Dit onderzoek bundelt alle kennis en inzichten van de afgelopen jaren.

De kracht van de wijk-GGD'er: Rapport verdiepend onderzoek/CCV, 2021 te downloaden via <https://hetccv.nl>

Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer: VVT

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen in welke mate agressie en ongewenst gedrag op het werk voorkomt, hoe medewerkers hiermee omgaan en wat hun wensen en behoeften zijn voor ondersteuning op dit gebied. De resultaten geven inzicht in mogelijke aangrijpingspunten om agressie en ongewenst gedrag te voorkomen en medewerkers zo goed mogelijk op te vangen en te ondersteunen als ze hier toch mee in aanraking komen.

Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer: Brancherapportage Verpleging, Verzorging en Thuiszorg/Ipsos, 2021 te downloaden via www.pggmenco.nl

Contact naast het werk met cliënt; vertel je dat of niet?

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Stel; je gaat met die ene cliënt waar je het goed mee kunt vinden na je werk nog ergens wat eten? Vertel je dat aan bijvoorbeeld je leidinggevende? Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst:
Hans
van Dartel

De casus

Een wijkverpleegkundige heeft al een tijd lang een negentigjarige dame in zorg die terminaal is. Ze zal niet lang meer te leven hebben. Marianne, de wijkverpleegkundige, heeft een speciale band met deze vrouw. Ze nam haar weleens met de auto mee op pad na het werk en ze reden dan naar het strand. Vorige week bracht Marianne haar naar het hospice, op weg ernaartoe wilde de dame zo graag een oliebol dat Marianne gestopt is bij een oliebolkraam. Samen hebben ze toen in de auto een oliebol zitten eten. Marianne weet dat best wel wat collega's een speciale klik hebben met cliënten en na hun werk nog contact hebben. Naast deze mevrouw heeft Marianne dat met nog een andere cliënt. Deze contacten maken, zo meent ze, het werk mooier en ook meer draaglijk. Toch twijfelt ze soms; als wijkverpleegkundige ben je er voor iedereen, niet alleen die leuke mevrouw, maar ook die chagrijnige moeilijke meneer. Toch krijgt die laatste minder aandacht van haar. Is dat eigenlijk wel okay, moreel gezien? En wat als er nu iets gebeurt, als mevrouw ziek was geworden van die oliebol of anderszins? Moet ze het niet toch aan haar leidinggevende vertellen?

Beste Marianne

Wat goed dat je oprecht twijfelt over de keuzes die je maakt. Wie toegeeft aan onzekerheden en die bespreekbaar maakt, geeft duidelijk blijk van een professionele opvatting over de inhoud van het werk. De vragen die je

voorlegt hebben ongetwijfeld meer collega's. Hoewel niet iedere collega dat toe zal geven onder verwijzing naar de noodzaak van professionele distantie. Die distantie dient er uiteraard ook te zijn, maar niet te overheersen. Persoonlijke dimensies van je geraakt weten door een cliënt of directe sympathie ervaren, spelen mee. En dat mag ook. We zijn nu eenmaal geen robots. We nemen onszelf met onze gevoelens, emotionele reacties, sympathieën (en antipathieën) altijd mee in

'Zin hebben in een oliebol lijkt heel oppervlakkig maar geeft waarschijnlijk uiting aan zo'n dieperliggend verlangen: het staat symbool voor wat er ooit was'

het werk. De vraag is wel hoeveel gewicht je aan die persoonlijke dimensie toe mag kennen. Dat is niet alleen afhankelijk van het bijzondere van de band die je met iemand ervaart, maar ook van de omstandigheden. Beide punten vragen de aandacht.

Tijdsbesteding

Wat betreft de band die je met iemand kunt hebben, geldt dat je wel enig verschil mag maken, maar dat dit verder niet ten koste mag gaan van de zorg die je aan andere cliënten geeft. De hoeveelheid tijd en aandacht die je aan één cliënt geeft, kun je nu eenmaal niet meer aan een ander geven. Als je dus merkt dat je bijna vanzelf meer tijd en betere zorg geeft aan de cliënt die je sympathiek vindt en dat je je best gaat doen om bij die nurse cliënt zo snel mogelijk te verdwijnen, raakt jouw zorg uit evenwicht. Dat verdient bijstelling. Niet in de zin dat je je minder sympathiek zou dienen op te stellen naar de cliënt met wie je die klik ervaart. Wel door na te gaan hoe je jouw zorg voor die narrige cliënt kunt verbeteren. Bijvoorbeeld door je af te vragen of jij

als je 'snel wegwezen gedrag' gaat vertonen, de nurksheid van die cliënt ook niet een beetje voedt. Verder geldt dat van jou ook wordt verwacht dat je professionele grenzen in acht neemt. Zeker als de band die jij met een cliënt ervaart, het je moeilijk maakt om je professionele verantwoordelijkheid goed in te vullen. Denk bijvoorbeeld aan een situatie waarbij jouw cliënt onder verwijzing naar jullie goede relatie jouw gezondheidsadviezen in de wind slaat. Dan wordt het zaak om na te gaan of jij nog wel de juiste persoon op de juiste plaats bent. Ook is het van belang om de tijdsbesteding niet teveel uit de maat te laten lopen. Zo veronderstel ik dat jij die ritjes met mevrouw naar het strand niet als werktijd hebt geregistreerd. Dat zou niet fair zijn ten opzichte van andere cliënten en je werkgever. Overigens is het feit dat je aan die dame in de palliatieve fase wel wat meer tijd besteedt, wel te rechtvaardigen als je kijkt naar de bijzondere omstandigheden die hier aan de orde zijn.

Onderliggende verlangens

In haar situatie speelt duidelijk mee dat ze niet lang meer te leven heeft. Dat ze juist dan nog een verlangen heeft naar zoiets simpels als een oliebol, en dat jij daar aan tegemoet komt, is heel betekenisvol. Joris Slaets, hoogleraar geriatrie, stelt dat we in de zorg voor ouderen minder zouden moeten kijken naar allerlei (medisch) diagnostische problemen en zorgbehoeften, en meer oog zouden dienen te hebben voor diepere, onderliggende verlangens. Zin hebben in een oliebol lijkt heel oppervlakkig maar geeft waarschijnlijk uiting aan zo'n dieperliggend verlangen: het staat symbool voor wat er ooit was, voluit leven, bruisend leven, lekker genieten, al is het nu nog maar voor even. Daaraan tegemoet komen getuigt van een goed zicht op wat echt belangrijk voor iemand is. Dat het onveilig zou kunnen zijn qua voedselkwaliteit en hygiëne, is een klassiek tegenargument. Ik kwam het jaren geleden al tegen toen ik op vraag van een patiënt in diens laatste levensfase, een haring voor hem meenam van de markt. Het stelt fysieke gezondheid boven



Foto: Bern Fresen, Unsplash

(mentaal) welbevinden. Dat is echt een valkuil in onze gezondheidszorg. Alsof mensen niet meer zijn dan min of meer goed afgestelde orgaansystemen. Uiteraard is het van belang om na te gaan of tegemoetkomen aan de wens van de cliënt geen nadelige gevolgen kan hebben, maar die risico-inschatting zou je ook heel goed samen kunnen doen. Het past prima bij jouw rol als verpleegkundige om het zelfmanagement van zorgvragers te ondersteunen. 🍪

Hans van Dartel is ethicus en niet-praktiserend verpleegkundige

Alleen nog buikpijn van het lachen[!]

125
JAAR
NUTRICIA
ONDERZOEK

Bewezen
effectief

Al verbetering
na 1 week¹⁻³



Nutrilon® Omneo, bewezen effectieve dieetvoeding bij krampjes en/of moeizame ontlasting

- ✓ **70%** vermindering van huilepisodes¹
- ✓ **4x** vaker ontlasting⁴
- ✓ **70%** verbetering van maag-darmklachten²

 **91% & 95%**
van de ouders van de artsen
melden een **positief effect**³

1. Savino F, et al. Eur J Clin Nutr 2006;60:1304-1310. 2. Veitl V, et al. J Ernährungsmedizin 2000; 2 (4), 14-20. 3. Savino F, et al. Acta Paediatr Suppl. 2003;91(441):86-90. 4. Savino F, et al. Acta Paediatrica 2005;94(S449): 120-124.

Belangrijk: Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. Nutrilon® Omneo is een voeding voor medisch gebruik. Dieetvoeding bij krampen, kolieken, moeizame ontlasting of constipatie. Te gebruiken onder medisch toezicht. Informatie uitsluitend bestemd voor het (para)medici. Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer

NUTRICIA