

# Maatschappij & Gezondheid



## ■ Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018

Wat staat erin en wat kunnen we ermee?

## ■ Kwaliteitskader wijkverpleging, eerste stap naar meer eenheid in het vak

## Sociale media: op zoek naar de balans tussen fysiek en online contact

# De informatiebron

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

## Preventieve activiteiten voor ouderen

Onder andere ouderen met een lage sociaal economische status (SES), met een klein sociaal netwerk en oudere migranten met een niet-westerse achtergrond nemen niet vaak deel aan preventieve activiteiten. Het is echter van belang dat deze doelgroepen betrokken worden omdat er relatief veel gezondheidswinst te behalen is met preventieve activiteiten. Wat maakt dat zij onvoldoende bereikt worden? Zijn er activiteiten waarbij dat beter lukt? En wat zijn elementen die eraan bijdragen dat deze ouderen wel meedoen?

*Preventieve activiteiten voor ouderen die onvoldoende bereikt worden: wat zijn kansrijke elementen?* RIVM, 2018  
Te downloaden via [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Gender en preventie

Is het belangrijk om bij preventie expliciet aandacht te schenken aan man-vrouw verschillen? En zo ja, welke thema's zijn hierbij relevant? Deze vragen waren aanleiding voor een eerste inventarisatie waarbij op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met stakeholders inzicht is verkregen op bestaande en gewenste kennis over sekse- en genderverschillen op het terrein van preventie. De inventarisatie heeft zich beperkt tot leefstijl (bewegen, voeding, alcohol, roken en seksueel risicogedrag), werkomgeving, de risicofactoren en vroegdiagnostiek ten aanzien van chronische aandoeningen (Harten Vaatziekten, Diabetes, COPD) en psychische aandoeningen en tenslotte screenen (darmkanker) en vaccineren.

*Gender en preventie: een eerste inventarisatie* ZonMw, 2018  
Te downloaden via [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)

## Kinderen en armoede

Dementie is een belangrijk volksgezondheidsprobleem met een grote impact. In de eerste plaats impact op mensen met dementie zelf, maar ook op hun sociale omgeving en de gezondheidszorg. Het doel van deze themarapportage is om op basis van bestaande informatie een samenhangend beeld te schetsen van dementie en dementiezorg in Nederland en de persoonlijke en maatschappelijke impact van dementie.

*Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg: kerncijfers, behoeften, aanbod en impact.* Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg / Nivel, 2018  
Te downloaden via [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)



# We teach...

### VISUSONDERZOEK EN SCREENING OP VISUELE STOORNISSEN BIJ JONGE KINDEREN

8 oktober 2018, Utrecht

### STARTMODULE AANVULLENDE SEKSUELE GEZONDHEIDSZORG (ASG): HET PUBLIC HEALTH PERSPECTIEF

9 en 30 oktober en 13 november 2018, Utrecht

### AANSLUITING VINDEN BIJ JE DOELGROEP: ENTERTAINMENT EDUCATION VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING

11 oktober, 1 en 22 november 2018, Utrecht

### VERANDEREN, SAMENWERKEN EN PROCESMANAGEMENT

30 oktober en 13 november 2018, Utrecht

### DE WERKVELDEN VAN DE AGZ

5, 12 en 19 november 2018, Utrecht

### COMMUNICEREN MET PUBERS

13 november 2018, Zwolle

### STOPPEN MET ROKEN: GRENZEN EN MOGELIJKHEDEN ALS PROFESSIONAL

14 november 2018, Utrecht

### GEHOORSCHADEPREVENTIE VOOR JONGEREN

20 november 2018, Utrecht

### CULTURELE DIVERSITEIT IN DE GEZONDHEIDSZORG

29 november en 13 december 2018, Utrecht



### ACTUEEL THEMA REIZIGERSGENEESKUNDE- EN ADVISERING

10 december 2018, Utrecht

## ...en nóg 170 modulen!

Bekijk het volledige bij- en nascholingsaanbod op [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl). Of vraag de brochure aan.



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



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

## Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

ontvangt u gratis wanneer u 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 18, nummer 3, september 2018

ISSN 1568-5853

**Redactie:** Mariska de Bont, Corien Harder-Drayer, Gerben Jansen, Monique Kemner, Hellen Kooijman (eindredactie), Pascale Lavooij, Suzanna Plaice, Marieke Rijsbergen (hoofdredactie), Valerie Schipper, Huub Sibbing en Rosanne Steensma

**Redactieadres:** Zie onder 'Informatie'

of: redactie.mgz@venvn.nl

**Foto-omslag:** Ron Hendriks

**Beeld:** Depositphoto en andere

**Ontwerp en opmaak:** Think Next Level, Mijdrecht

**Advertenties:** Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook [www.bureauvanvliet.com](http://www.bureauvanvliet.com)

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

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

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

Verhuisd, een andere werkgever of een nieuw e-mailadres? Houd zelf je gegevens actueel op [mgz.venvn.nl](http://mgz.venvn.nl), via mijn V&VN.

## Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij

& Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E [mgz@venvn.nl](mailto:mgz@venvn.nl)

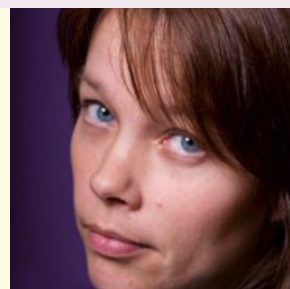
W [mgz.venvn.nl](http://mgz.venvn.nl)

Gia Wallinga is **voorzitter** van de afdeling V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid, Mariska de Bont is **beleidsmedewerker**.

## Kennis en ervaring mixen

Ik maak alweer vijf jaar samen met hoofdredacteur Marieke Rijsbergen dit tijdschrift. Nu kreeg ik de vraag het *Redactioneel* te schrijven. Niet gemakkelijk, want ik ben van de tekst en niet van de inhoud als het gaat om verpleegkundigen M&G. Maar als ik de artikelen in dit tijdschrift – die geschreven worden door goed en inhoudelijk onderlegde redacteurs - lees en redigeer, valt mij telkens weer op hoe belangrijk het is in dit vak om ervaring te hebben. Ervaring en kennis. Ervaring in handelingen, ervaring in het omgaan met al die verschillende soorten cliënten, collega's en andere instanties, ervaring met improviseren. Tegelijkertijd is ook kennis cruciaal. Want zonder goede – actuele – kennis van het vak, kun je als verpleegkundige M&G misschien wel handelen uit ervaring, omdat je het al vaker zo deed. Maar misschien is dat niet meer het allerbeste. Daarom is het noodzakelijk om ook nieuwe theoretische inzichten en onderzoeken te blijven bijhouden. Gelukkig weten de meeste verpleegkundigen M&G de juiste combinatie tussen praktijk en theorie te vinden. Net zoals de mix van artikelen in deze uitgave van *Tijdschrift Maatschappij&Gezondheid*. Veel leesplezier!

*Hellen Kooijman, eindredacteur Tijdschrift Maatschappij&Gezondheid, e-mail: [helkooijman@gmail.com](mailto:helkooijman@gmail.com)*



## In dit nummer

### Actueel

Wat staat er in de Volksgezondheid Toekomst

Verkenning 2018? **6**

### Praktijk

Social media: de balans tussen fysiek en online contact **10**

### Aan tafel met...

Directeur Hugo Backx van GGD GHOR:

'Preventie krijgt niet altijd de aandacht die het verdient' **14**

### Achtergrond

Kwaliteitskader wijkverpleging eerste stap naar meer

eenheid in het vak **16**

### Onderzoek

Traject *Ambassadeurs voor de wijkverpleging*

heeft impact op alle niveaus **22**

### Praktijk

Algemene verordening gegevensbescherming (AVG),

wat moet je ermee? **24**

### Interview

Lector Proactieve ouderenzorg Nienke Bleijenberg

over Kennisagenda wijkverpleging **28**

### Vaste rubrieken

Uit het nieuws **4**

Vers bloed: 'Ik vind het leuker om mensen

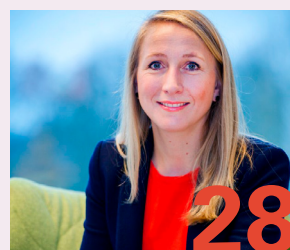
gezond te houden' **9**

Afdelingsnieuws **19**

Klepel en klok: het model van Lalonde **20**

De richtlijn: Beter laten-lijst **26**


Het dilemma: Geen geld voor zeep. Zelf kopen? **31**



## Wereldconferentie bestrijding tbc en longziekten vindt in oktober in Den Haag plaats

Deze jaarlijkse wereldconferentie richt zich op tbc-bestrijding en andere longziekten zoals astma en longontsteking, luchtvervuiling en anti-rookbeleid. KNCV Tuberculosefondsen en de Gemeente Den Haag faciliteren dit congres dat van 24 tot 27 oktober 2018 zal plaatsvinden in World Forum The Hague. 'Dit congres brengt ruim 4.000 artsen, wetenschappers, politici en patiënten bij elkaar met een gezamenlijk doel: tuberculose de wereld uit te krijgen,' zegt arts Kitty van Weezenbeek, algemeen directeur van KNCV Tuberculosefondsen. Tuberculose

is niet een ziekte van vroeger, maar een bedreiging voor de volksgezondheid, die elke 18 seconden ergens een leven eist. 'Dit is onacceptabel, omdat we de ziekte goed kunnen behandelen. Nieuwe medicijnen bieden hoop aan patiënten met medicijnresistente tuberculose, voor wie tot voor kort geen genezing mogelijk was. Nederland heeft een unieke deskundigheid en innovatiekracht op dit gebied en het congres biedt een platform om die kennis breed te delen.' Het thema van de conferentie: *Declaring Our Rights: Social and Political Solutions* benadrukt het belang van politiek


commitment en een op mensenrechten gebaseerde benadering. Beiden zijn nodig om tuberculose de wereld uit te krijgen en de wereldwijde bedreiging van tabaksgebruik, luchtvervuiling en andere longziekten te verminderen. José Luis Castro, Algemeen directeur, The Union: 'Tuberculose is de meest dodelijke infectieziekte ter wereld en treft vooral de allerarmsten. Dat 1,8 miljoen mensen per jaar sterven aan tbc - een ziekte die te genezen is - doet afbreuk aan de fundamentele rechten van de mens.' Meer info: [www.kncvtbc.org](http://www.kncvtbc.org) 

## GroeiGids lanceert JGZ-vlogkanaal

De *GroeiGids*, een online platform waar (aanstaaende) ouders informatie kunnen vinden over onder andere de gezondheid en opvoeding van hun kind, is onlangs gestart met een JGZ-vlog. Marloes, jeugdverpleegkundige en moeder van twee jonge kinderen, geeft in de vlogs tips en tricks over onderwerpen waar veel jonge ouders tegenaan lopen. De vlog is te zien op het GroeiGidsYoutubekanaal. De eerste over hongersignalen staat nu online. Elke maand komt er een vlog bij. De *GroeiGids* wil aansluiten bij de behoefte van ouders. Het blijkt namelijk dat jonge ouders vooral in de eerste levensjaren van hun kind, informatie zoeken over gezondheid en opvoeding. Veel ouders kijken graag naar vlogs op YouTube voor informatie en om ervaringen van ouders te horen. Het huidige aanbod van de jeugdgezondheidszorg sluit hier nog onvoldoende op aan. Daarnaast kunnen sommige onderwerpen veel makkelijker worden uitgelegd met bewegende beelden. Daarom is de *GroeiGids* gestart met de JGZ-vlog op YouTube. Ouders die suggesties hebben voor onderwerpen kunnen dat doen via [info@groeingids.nl](mailto:info@groeingids.nl) 




## Hanzehogeschool behoudt numerus fixus hbo-v

De hogescholen hebben op advies van het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV) de studententop op de opleidingen verpleegkunde voor studiejaar 2019-2020 geschrapt. Eerder dit jaar bleek uit cijfers van het UWV dat er ruim 120.000 vacatures open staan in de zorgsector. 'Een voor potentiële studenten afschrikwekkende numerus fixus is dan ook onbestaanbaar bij de huidige tekorten aan duizenden verpleegkundigen,' reageerde Sonja Kersten, directeur van V&VN. Hans Aerts van het LOOV is verheugd, maar is wel kritisch. 'De uitdaging is om de kwaliteit van het onderwijs op peil te houden, maar ook te voorzien in voldoende stageplaatsen door het werkveld, juist daar waar tot nu toe weinig hbo-verpleegkundigen werken.' Bij de Hanzehogeschool in Groningen blijft de numerus fixus voor de voltijdopleiding wel bestaan. 'We zijn de grootste hbo-v van Nederland,' antwoordt directeur Annemarie Hannink in *Nursing*. 'Ongeveer 2.100 studenten verpleegkunde lopen er dit studiejaar in onze school rond. Ieder schooljaar moeten we nu al rond de 1.900 stageplaatsen vinden. Er zit niet veel groei meer in de plekken in de regio. Daarnaast hoor ik niemand over het uitvalpercentage van de studenten. In 2012 haalde 30 procent van onze eerstejaars zijn prope-deuse, in 2017 was dat 57 procent. Ik denk dat dit onder meer komt door de numerus fixus. De student moet meer moeite doen om op de opleiding te komen, dus dan krijg je meer gemotiveerde mensen binnen.' Wat de directeur wil zeggen is: kijk ook naar het aantal studenten dat daadwerkelijk afstudeert. (*Nursing*) 


## Zelfmoord onder tieners toegenomen

Meestal ligt het aantal suïcides onder jongeren rond de 50 in een jaar, maar in 2017 schoot dat omhoog naar 81. Bijna twee keer zoveel als een jaar eerder, toen waren het er 48. Dat blijkt uit cijfers van het CBS. Staatssecretaris Paul Blokhuis van VWS gaat kijken of er sprake is van een eenmalige piek of dat er iets anders aan de hand is. De minister is daar over in gesprek met Stichting 113 Zelfmoordpreventie en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Volgens suïcide-expert Jan Mokkenstorm van 113 moet gekeken worden naar de omstandigheden van de zelfdodingen. Waren de slachtoffers wel of niet onder behandeling? Zijn de media van invloed, of zijn bepaalde zelfdodingsmidelen makkelijker voorhanden? De directeur van het zelfmoord-

preventieplatform komt echter al snel uit bij de veranderingen binnen de jeugdzorg. 'Mensen met psychische problemen lopen een hoger risico. We weten ook dat er de laatste jaren fors is bezuinigd op de specialistische jeugdzorg.' Jeugdpsychiaters waarschuwen al langer dat kinderen met complexe problemen, zoals een depressie of angststoornis, te laat worden doorverwezen naar specialistische zorg. Instellingen zien op hun afdelingen moeilijker gedrag, en meer jongeren met zelfmoordneigingen. De Inspectie Gezondheidszorg en Inspectie Jeugdzorg hebben ook al meerdere keren rapporten uitgebracht over het tekortschieten van hulpverlening aan jongeren die uiteindelijk zelfmoord hebben gepleegd. (AD) 


## PrEP tegen hiv vanaf 2019 beschikbaar

De pil (PrEP) die duizenden homoseksuele mannen moet beschermen tegen het hiv-virus, is vanaf de eerste helft van 2019 beschikbaar via de GGD. Zij krijgen deze preventieve pil tegen het hiv-virus in beginsel voor vijf jaar. Dat schreef zorgminister Bruins onlangs aan de Tweede Kamer. De pil beschermt deze mannen preventief tegen het hiv-virus. Andere groepen die flink risico lopen op hiv-besmetting, zoals (heteroseksuele) mensen met een migratieachtergrond uit landen met een hoge besmettingsgraad, komen op individuele basis in aanmerking. Dit is ter beoordeling van de arts. De verstrekking van de pillen en bijbehorende driemaandelijke medische zorg voor PrEP-gebruikers wordt georganiseerd vanuit vijf tot zeven GGD-regio's. Daarbij is sprake van een goede landelijke verspreiding, en zijn in ieder geval de grote steden gedekt. De verstrekking en vergoeding van PrEP is goed nieuws voor de kosten van gezondheidszorg, want de maatregel levert na vijf jaar een besparing op van ongeveer 33 miljoen euro op hiv-behandelingen. Tegelijk zijn de te verwachten kosten voor verstrekking en de medische begeleiding dan zo'n 22 miljoen

euro. Per saldo betekent dit na vijf jaar een kostenbesparing van 11 miljoen. Gebruikers moeten een eigen bijdrage betalen van maximaal 25 procent voor PrEP, om 'de eigen verantwoordelijkheid tot uitdrukking te brengen'. Bij de huidige prijs van de pillen (ongeveer 48 euro per maand bij dagelijks gebruik) zal de eigen bijdrage circa 12 euro per maand bedragen. Na vijf jaar wordt geëvalueerd wat het effect van PrEP is in Nederland, maar de Tweede Kamer krijgt na drie jaar al een tussenrapportage. (Bron: AD) Het voorkómen van een hiv-infectie is ook een persoonlijke verantwoordelijkheid. *Zorgminister Bruins*: Bruins over zijn besluit: 'Doordat PrEP ook verdere verspreiding van hiv naar derden voorkomt, dient het een algemeen volksgezondheidsbelang. Dat laat onverlet dat ik van mening ben dat het voorkómen van een hiv-infectie ook een persoonlijke verantwoordelijkheid is.' Op basis van schattingen van het RIVM zullen zo'n 6500 personen de preventieve pil gaan gebruiken, waarmee circa 250 hiv-infecties per jaar kunnen worden voorkomen. Elk jaar komen er nu ongeveer 800 hiv-infecties bij in Nederland. Dit is een fikse kostenbesparing. (AD) 

## Twee Wijk-GGD'ers verkozen tot Meest invloedrijke persoon in de publieke gezondheid 2017

Wijk-GGD'ers Sarah Voss en Esther Pullen zijn uitgeroepen tot *Meest invloedrijke persoon in de publieke gezondheid van 2017*. Afgelopen jaar groeiden Voss en Pullen uit tot het gezicht van de wijk-GGD'er: een vernieuwende aanpak voor de omgang met personen met verward gedrag. De vakjury beschreef de wijk-GGD'ers Voss en Pullen - sociaal verpleegkundigen van GGD Hart voor Brabant - als: 'concreet, verbindend en in staat hulp te bieden aan een groep die buiten de boot dreigt te vallen'. Een actueel thema, omdat veel gemeenten zoeken naar een goede manier om om te gaan met personen met verward gedrag. De aanpak van de wijk-GGD'er is erop gericht om aan de voorkant problemen te voorkomen. Door fysiek in de wijk te zijn en snel met mensen

in contact te komen. Vanuit de gedachte dat vroegsignaleren verward gedrag kan helpen voorkomen. De wijk-GGD'er staat in contact met het netwerk om mensen heen; van de huisarts tot de supermarkeigenaar en van de psychiater tot de wijkagent. Dat maakt de aanpak tot een succes. In alle gemeenten in Nederland neemt het aantal politiemeldingen van mensen met verward gedrag de laatste jaren toe. Vaak gaat het daarbij niet om strafbare feiten, maar is er sprake van een zorgvraag. Sinds oktober 2015 werkte GGD Hart voor Brabant, samen met de gemeente Vught, het oorspronkelijk Amsterdamse concept wijk-GGD'er verder uit voor deze regio. Inmiddels zijn er wijk-GGD'ers actief in meerdere gemeenten rond Vught en in andere delen van het land. 

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018

## Gezondheid bevorderen via gezond gedrag én een gezonde omgeving

**We leven langer, maar het aantal chronisch zieken stijgt. Het aantal rokers daalt naar 14 procent, maar 62 procent van de volwassenen vertoont licht tot zwaar overgewicht. De psychische druk onder jongeren neemt toe evenals het risico van antibioticaresistentie. En uiteindelijk zullen de zorgkosten verdubbelen. Dit zijn slechts enkele conclusies van de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018* (VTV) die op 21 juni 2018 uitkwam. Het RIVM brengt in deze verkenning – die elke vier jaar verschijnt - in kaart wat er tot 2040 allemaal op ons afkomt bij ongewijzigd gezondheidsbeleid. Binnen een jaar komt de politiek met een weerwoord hierop. Redacteur Huub Sibbing dook in de materie en laat in dit artikel zien hoe belangrijk deze *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen* zijn voor het werk van verpleegkundigen M&G, hoe ze tot stand komen en wat ze in de loop der jaren voorspeld hebben.**

*Tekst: Huub Sibbing*

Het begon allemaal in 1986. Toen in navolging van de WHO-conferentie Health for All in 2000 in Nederland de *Nota 2000* van het ministerie van VWS verscheen. Voor het eerst in de historie werd er een systematisch en samenhangend - bijna 400 pagina's dik - overzicht gemaakt van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Inclusief aanbevelingen voor beleid. *Nota 2000* was een ware eyeopener. Voor het eerst zagen we bijvoorbeeld hoe groot de psychische problemen onder jongeren waren; suïcide bleek de belangrijkste doodsoorzaak. Daarnaast werd aangetoond dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland groot waren. Toenmalig staatssecretaris Hans Simons besloot in 1991 dat het niet bij dit huzarenstukje mocht blijven. Hij gaf aan het RIVM de volgende opdracht: 'Geef ons een overzicht en systematische analyse van beschikbare gegevens over de Nederlandse gezondheid: voor de beoordeling van de Nederlandse gezondheid, voor de ondersteuning van nieuw beleid en doe dit elke vier jaar.'

### De VTV is een röntgenfoto van de gezondheid van de Nederlandse bevolking

Daarmee werd de basis gelegd voor de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* (VTV). De eerste VTV verscheen in 1993. Daarin werd niet alleen een nieuwe röntgenfoto van de gezondheid van de Nederlandse bevolking gemaakt, maar eveneens een evaluatie van wat er tussen 1986 en 1993 aan preventiebeleid was gedaan. Zo ontstond de 4-jarige preventiecyclus die we nu kennen, waarin de VTV een centrale rol speelt.



### Functie van de VTV

Als eerste evalueert de VTV de preventie-inspanningen van de afgelopen vier jaar. Wat hebben we gedaan, wat was het effect, wat ging goed en wat ging fout? En wat kunnen we daarvan leren. Dat is de evaluatieve functie. Daarnaast maakt het RIVM een nieuw integraal overzicht van de gezondheidstoestand van de bevolking. Dat is de rapporterende functie. Daarvoor wordt het VTV-model gebruikt. Alle beschikbare kennis in Nederland wordt daarbij gepresenteerd en vooral geanalyseerd. Welke gezondheidsproblemen nemen toe of juist af? Wat zijn daarvan de oorzaken en voor welke groepen geldt dat? En ga zo maar door. Als laatste komt het RIVM met beleidsmatige aanbevelingen

## De toekomst volgens VTV 2018

In het deelrapport *Tendrapportage* is het volgende te lezen:

### 1. We leven gezonder maar er zijn ook meer chronisch zieken

- We leven steeds langer (86 jaar in 2040) en we zijn ook langer gezond
- Door betere diagnostiek en betere behandelmethoden sporen we meer zieken op en overlijden er minder mensen. Daardoor groeit het aantal mensen met chronische aandoeningen tot 54 procent van de bevolking, met name dementie neemt sterk toe met 114 procent. De sterfte aan dementie zelfs met 186 procent. Het veroorzaakt een toenemende ziektelast. Dit betekent niet dat we ons in ons dagelijks leven beperkter voelen. 86 procent zal zich in 2040 niet beperkt voelen door gezondheidsproblemen. Er lijkt sprake van een soort 'inflatie van het begrip chronische aandoeningen', staat vermeld.

### 2. Ontwikkeling leefstijl vertoont een gevarieerd beeld

Het aantal rokers zal in 2040 gedaald zijn naar 14 procent, maar in 2040 zal 62 procent van de volwassenen licht tot zwaar overgewicht vertonen.

### 3. Gezondheid nog steeds ongelijk verdeeld

Het percentage mensen met een lage sociaaleconomische status dat zich gezond voelt, neemt af tot 2040, terwijl dit voor mensen met een hoge sociaaleconomische status niet verandert.

### 4. De zorgkosten zullen tot 2040 verdubbelen

Dit komt onder andere door de effecten van de vergrijzing maar nog veel meer - tweederde - door de kosten van nieuwe technologie, nieuwe behandelingen, duurdere medicijnen et cetera. Dit roept de vraag op naar de kosteneffectiviteit in de 'cure-sector'. Wat is de extra gezondheidswinst ons waard in vergelijking met wat we voor hetzelfde geld hadden kunnen doen. Bijvoorbeeld investeren in preventie.

In het deelrapport *Themaverkenningen* is dieper ingegaan op onder andere:

### 1. de zorgvraag van de toekomst

Daarin gaat het niet alleen om - de behandeling van - aandoeningen, maar ook om zaken als zelfregie, mantelzorg en eenzaamheid. De verwachting is dat eenzaamheid de komende jaren toeneemt, de zelfregie afneemt en de druk op mantelzorg toe.

### 2. Brede determinanten van gezondheid

Bij gezondheidsverschillen gaat het niet alleen om leefstijl. Leefstijl blijkt maar voor 20 procent direct verantwoordelijk voor de zorgkosten. Daarnaast spelen een gevarieerd patroon aan oorzaken, zoals milieu, arbeidsomstandigheden, fysieke en sociale omgeving, armoede et cetera een rol.

voor de komende vier jaar. Waar moeten prioriteiten gesteld worden? Waarmee moeten we doorgaan of juist stoppen? Et cetera. Dit is de beleidsaanbevelingsfunctie.

## Evaluatie van het beleid 2014-2018

In de VTV 2018 wordt geconstateerd dat er - vaak op lokaal niveau - al veel initiatieven plaatsvinden. Daar kunnen we van leren en verder op voort bouwen. Of, zoals de VTV het formuleert: 'Veel van de dreigende problemen voor de toekomst hebben raakvlakken met bestaand volksgezondheidsbeleid. Dit biedt aanknopingspunten om de aanpak van de langetermijnopgaven, die deze VTV signaleert, hierbij aan te laten sluiten. Aansluiting bij beleid op andere terreinen biedt ook kansen om onze volksgezondheid te verbeteren door een veilige, schone en inclusieve leef-, werk- en leeromgeving te creëren.'

## Politiek en gemeenten

Daarna is het woord aan de politiek. Het RIVM maakt immers geen beleid, maar adviseert het ministerie van VWS en de gemeentes. Het ministerie komt een jaar na het verschijnen van de VTV met een *Landelijke preventienota*. Daarin staan de hoofdlijnen van het preventiebeleid voor de komende vier jaar. Daarin spelen de aanbevelingen van het RIVM een rol, maar onder andere ook de politieke en maatschappelijke overwegingen en bijvoorbeeld afspraken in het regeerakkoord. De gemeenten reageren op hun beurt weer op deze *Landelijke preventienota*. Ook zij moeten elke vier jaar plannen maken hoe zij de gezondheid van de bevolking in hun gemeentes kunnen verbeteren. Samen met hun GGD'en gaan ze hiermee aan de slag. Ze spitsen hun preventiebeleid natuurlijk toe op de specifieke situatie van hun gemeente, vaak ondersteund door eigen lokaal onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking. Ofwel: gemeentes maken hun eigen afweging. Soms neemt een gemeente een aanbeveling van het RIVM wel over terwijl de landelijke politiek dat niet doet.

## De aanbevelingen van VTV 2018

De aanbevelingen voor beleid zijn te lezen in het kerndocument onder de titel *Een gezond vooruitzicht*. In het rapport en tijdens het symposium dat werd gehouden tijdens de presentatie van de VTV 2018, kwamen twee kernopgaven naar voren.

### 1. Het terugdringen van vermijdbare sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Door de professionals als hoogste prioriteit benoemd. Enkele citaten uit het rapport:

- 'Bij lager opgeleiden stapelen problemen zich vaak op. Naast een ongezondere leefstijl hebben zij meer sociale problemen zoals werkloosheid en armoede. De stress van de sociale problematiek kan een ongunstig effect op leefstijl hebben.'
- 'Een opeenstapeling van problemen speelt niet alleen bij individuen, maar ook in bepaalde wijken. (...) Binnen steden zullen de verdergaande verstedelijking en de stijgende woningprijzen de tweedeling tussen wijken met vooral hogere inkomens en wijken met lagere inkomens, versterken. Dit kan de gezondheidsverschillen vergroten.'

### 2. Door een integrale aanpak

In de deelstudies werd al gewezen op het belang om te kijken naar de brede determinanten van gezondheid. Dit geldt met name voor de gezondheid van maatschappelijk kwetsbaren.

Ook hier weer een quote, ditmaal uit de zaal:

- 'Het aanpakken van de achterliggende oorzaken van stress, door bijvoorbeeld arbeidsbemiddeling of schuldhulpverlening, is voor deze groep vaak een beter startpunt om hun gezondheid te verbeteren dan inzetten op leefstijlfactoren.'

Meer lezen: [www.vt2018.nl](http://www.vt2018.nl), [www.Volksgezondheidszorg.info](http://www.Volksgezondheidszorg.info)

## Leerpunten uit vorige VTV's

Diverse deelrapporten van de verschillende VTV's legden specifieke problematieken bloot. Zo zoomde VTV 1997 in op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen en VTV 2002 op de gezondheidsproblematiek in grote steden en het preventiebelang van de jeugdgezondheidszorg. In 2010 werd in het deelrapport *Effecten van preventie* een

## Soms neemt een gemeente een aanbeveling van het RIVM wel over terwijl de landelijke politiek dat niet doet

vernietigend oordeel geveld over de eenzijdige leefstijlbenadering van de periode 2002-2010. Daarin is onder andere het volgende te lezen:

- Niets wijst erop dat leefstijlcampagnes directe leefstijlverandering tot gevolg hebben. Er is geen enkel bewijs dat massamediale campagnes effectief zijn
- Uitsluitend focussen op gedrags- en leefstijlinterventies is dus ontoereikend
- Beïnvloeding van omgevingsfactoren blijkt veel effectiever dan gedragsverandering.

In VTV 2010 werd voor het eerst in de VTV ook aandacht gevraagd voor de 'maatschappelijke baten'. Preventie levert ook de samenleving een hoop op. En dan gaat het niet alleen om het terugdringen van de zorgkosten maar ook om minder arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim, hogere productiviteit en meer participatie, minder schooluitval en jeugdcriminaliteit.

## Wat betekent VTV 2018 voor M&G-verpleegkundigen

De aanbevelingen van de VTV (zie kader) passen helemaal in de aanpak waar wij als verpleegkundigen M&G voor staan. Twee onderwerpen worden specifiek aangehaald: als eerste het risico van de toenemende psychische druk onder jongeren. De vakgroep Jeugd kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Als tweede het risico van antibioticaresistentie. Hier kunnen de vakgroepen OGZ mee aan de slag. Laten we als verpleegkundigen M&G de aanbevelingen en onze bijdragen daaraan breed uitdragen en voor het voetlicht brengen. Want dat dit nodig is, laat de videoboodschap van staatssecretaris Paul Blokhuis tijdens het symposium waar de VTV 2018 werd gepresenteerd, zien. Hierin brengt hij preventie weer terug tot roken, alcohol en bewegen. De opstellers van de VTV 2018 en wij als verpleegkundigen M&G weten wel beter. 📌



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



Jeugdverpleegkundige Fleur Willemsen:

## 'Ik vind het leuker om mensen gezond te houden!'

In de rubriek *Vers Bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Fleur Willemsen (23), jeugdverpleegkundige bij Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond. Willemsen is in juli 2017 afgestudeerd aan de Hogeschool Rotterdam. 'In het ziekenhuis is het contact altijd snel. En daar ben je bezig met zieke mensen.'

### Waarom koos je voor de jeugdverpleging?

'Ik ben na mijn stage gevraagd voor deze baan. Toen ik met de hbo-v begon, wist ik al dat ik iets met kinderen wilde. Bij de start van mijn stage had ik echter geen flauw benul wat het werk als jeugdverpleegkundige 0-4 jaar inhield. Maar meteen vanaf het begin vond ik het superleuk. Vooral de veelzijdigheid en het persoonlijke contact met de mensen. In het ziekenhuis is het contact altijd snel. En daar ben je bezig met zieke mensen. Ik ben er achter gekomen dat ik het leuker vind om mensen gezond te houden! En de problemen die er bij kinderen spelen, samen met de ouders op te lossen voordat het echt een probleem wordt.'

### Je bent het jonkie van je team. Wat heb je van je oudere collega's vooral geleerd?

'Dat je alles moet uitvragen en noteren. Dat is zo belangrijk. Zo had ik onlangs een moeder die ik best in de war vond. Ze was er minder bij en ze klaagde over vermoeidheid. Ik heb dit genoteerd in het dossier en ook mijn collega herkende dit na de bevalling van het vorige kind van de vrouw. Zij kreeg iets later een psychose, is door de crisisdienst opgehaald en gelukkig is er niets met het kind gebeurd. Dan is het fijn dat wij in het dossier onze zorgen over haar al meldden. Een andere moeder was heel somber, terneergeslagen en niet gelukkig na de bevalling. Na veel doorvragen ging ze ermee akkoord dat zij via de huisarts werd doorverwezen naar een psycholoog. Nadien vertelde ze me dat ze daar erg blij mee was.'

### BIO

**Naam:** Fleur Willemsen

**Opleiding:** hbo-v bij Hogeschool Rotterdam

**Werkt bij?** Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond, locatie Prins Alexander

**Is goed in?** 'Mensen voelen zich snel op hun gemak bij mij. Dat komt onder andere omdat ik goed kan luisteren en mij goed kan inleven.'

**Grootste blunder?** 'Namen van baby's van buitenlandse afkomst verkeerd uitspreken. Er zitten soms heel moeilijke namen tussen. Ik vraag nu altijd maar even hoe je die mooie naam uitspreekt. Dat waarderen ouders wel.'


### Wat is er zo mooi aan je baan als jeugdverpleegkundige?

'Dat je, in mijn geval, een kind van 0 tot 4 jaar volgt. Je ziet ze dus opgroeien tot zelfstandige wezentjes en je bouwt echt een band met ze op. Dat is zo prachtig!'

### En wat is er moeilijk aan je werk?

'Het vergt veel overtuigingskracht om bij sommige moeders de argwaan weg te nemen dat wij het goed met ze voor hebben. Neem jonge moeders die veel met jeugdzorg in aanraking zijn geweest en uit huis zijn geplaatst in hun jeugd. Die zien ons soms als de vijand en ze zijn regelmatig bang dat wij dat ook met hun kindje willen doen. Dan moet je veel geduld hebben om het tegendeel te bewijzen. Dit geldt ook voor moeders met een psychiatrische achtergrond. Gelukkig kan ik goed luisteren en straal rust uit, heb ik begrepen.'

### Hoe zie jij jezelf over vijf jaar?

'Ik hoop dat ik dan de doelgroep verbreed heb naar 12 jaar. Binnenkort krijg ik de kinderen in groep 7 van de basisschool erbij en dat vind ik een leuke, nieuwe uitdaging. Daarnaast lijkt het me interessant om ouders die extra hulp nodig hebben, intensiever te begeleiden. Maar daar moet ik nog wat meer ervaring voor opdoen. Ik leer nog elke dag.' 



Tekst: Marieke Rijsbergen

Marieke Rijsbergen is hoofdredacteur van Tijdschrift M&G. Zie ook [www.bladrtime.nl](http://www.bladrtime.nl)

Sociale media in de zorg

## De balans tussen fysiek en online contact

**Om iedereen in de toekomst de zorg te kunnen bieden die nodig is, moeten zorgverleners efficiënter werken. Sociale media bieden volop kansen. Evenals *Blended hulpverlening*, een mix van online hulp verlenen en fysieke contacten.**

Tekst: Maaike Gulden

Het gebruik van sociale media kan veel voordelen hebben voor zorgprofessionals. Zo heb je via sociale media gemakkelijk toegang tot informatie over onderzoeken, nieuwe medische inzichten, andere zorgverleners, cliënten of mantelzorgers en je weet wat er leeft in de maatschappij en bij cliënten. Ook kun je nieuws verspreiden of aandacht vragen voor bepaalde onderwerpen. Sociale media als Facebook zijn snel, laagdrempelig en je kunt veel mensen – gemakkelijker – bereiken dan via een website.

Steeds meer mensen zijn bovendien actief op sociale media, ook ouderen. Cliënten zoeken informatie en wisselen er ervaringen uit. Behalve sociale steun, zoeken ze aanvullende informatie en ervaringen van lotgenoten. Cliënten zijn daarnaast beter geïnformeerd, mondiger en willen meer regie over hun zorg. Zo zijn er tal van Facebookgroepen waar lotgenoten elkaar steunen en informatie uitwisselen. In de groep <https://www.facebook.com/groups/kankergroep/> bijvoorbeeld steunen lotgenoten elkaar en wisselen informatie uit. Ook op Twitter stellen mensen vragen over hun aandoening of willen aanbevelingen. Als dementieverpleegkundige kun je op Facebook tips delen hoe je als mantelzorger omgaat met je partner met dementie. Op YouTube kun je als jeugdverpleegkundige video's opnemen over hoe je borstvoeding geeft en als wijkverpleegkundige hoe een aantrekhulp voor steunkousen werkt.



Via sociale media bereik je dus in een keer veel mensen om actualiteiten of nieuwtjes te verspreiden. Of je volgers te informeren over interessante activiteiten, informatiebijeenkomsten of lotgenotencontact in de buurt. Ook GGD'en maken er inmiddels goed gebruik. 'De nieuwe groei-App is er!', liet GGD Amsterdam onlangs op facebook weten. En GGD Haaglanden communiceerde via Facebook de dagen waarop ze gesloten zijn.

### Goed imago en naamsbekendheid

Op platformen als Zorgkaart Nederland worden ervaringen over zorgorganisaties gedeeld. Cliënten hechten daar waarde aan. Door mee te doen in discussies, vragen te beantwoorden en regelmatig waardevolle informatie te delen blijf je zichtbaar, zowel als organisatie en als zorgprofessional.

## 'Omdat je veel mensen bereikt, zijn sociale media mooie kanalen voor voorlichting'

Bovendien lenen sociale media zich uitstekend om de goede kanten van het werk van verpleegkundigen M&G te laten zien. Dat helpt bij het werven van nieuwe medewerkers, maar is ook goed voor het imago van de organisatie. Collega's die hun persoonlijke ervaringen delen, zijn dus de beste ambassadeurs! Een leuk voorbeeld is wijkverpleegkundige Jelle Reijngoudt, werkzaam bij RSZK ZorgProfessionals die via zijn website mooie en aansprekende blogs schrijft over het vak en stevast afsluit met: 'Heb je na het lezen van mijn blog toch kriebels gekregen om te gaan werken of een keer mee te lopen in de thuiszorg? Super, je bent altijd van harte welkom!' Vervolgens stuurt hij ze door naar de site van zijn organisatie waar de vacatures staan.

### Dienstverlening verbeteren

Een andere trend is het online vinden van een hulp- of zorgverlener via een site of WhatsApp. Een soort van 'tinder' maar dan voor zorg- en hulpverleners. Via Swelp (een samentrekking van swipe for help) kunnen jongeren hun eigen hulpverlener vinden. Op deze site stellen alle hulpverleners zich. Een fictief voorbeeld.



Bij Mariska Beers staat: Jeugdwerk. Helpt bij schulden, werk, wonen, thuis, opvoeding, vrije tijd en veiligheid. Er wordt tevens geëxperimenteerd in de thuiszorg. ZZP'ers in de zorg kunnen zich aanbieden via Dytter (Noors voor "met een druk op de knop"); een nieuwe Nederlandse webapp voor de thuiszorg, die zelfstandige zorgverleners direct met zorgvragers in contact brengt.

### Voorlichting en preventie

Omdat je veel mensen bereikt, zijn sociale media mooie kanalen voor voorlichting. Denk aan het delen van gezonde voedingstips of voorlichting over valpreventie. Als je een vraag beantwoordt op Facebook kunnen anderen meelesen en hoef je dezelfde vraag niet steeds één op één te beantwoorden. Je kunt er lastige onderwerpen, neem erectieproblemen - bespreekbaar maken. Mensen durven die vragen misschien niet zelf aan je te stellen, maar zijn wel blij met de adviezen die je online deelt.

### Maaïke Gulden: 'Blended hulpverlening is de toekomst'

Online hulpverlening is hulpverlening waarbij de cliënt informatie, advies of ondersteuning krijgt via programma's als Skype, beeldbellen, of WhatsApp. Ook verpleegkundigen M&G doen er steeds vaker aan. Maaïke Gulden meent dat die online hulpverlening erg nuttig en fijn kan zijn voor zowel cliënt als verpleegkundige. Mits er een mix is tussen fysiek en online contact. Ze noemt dit *blended hulpverlening*.

#### Waarom is die mix van belang?

'Online hulpverlening bespaart de verpleegkundige veel tijd. In plaats van bij mensen langs gaan, kun je beeldbellen. Maar fysiek contact blijft wel nodig. Want bij beeldbellen zie je alleen de persoon zelf en niet diens omgeving. Een huiskamer zegt veel over een persoon. Daarnaast zijn er ook andere signalen die je niet via een Ipad of tablet meekrijgt. Of iemand uit zijn mond stinkt bijvoorbeeld. Een goede mix tussen online en fysiek contact is daarom optimaal.'

#### Wat zou de beste mix zijn?

'Dat is verschillend per persoon. Ik kan me voorstellen dat je in de thuiszorg een intakegesprek doet bij iemand thuis. En dat je daarna één keer per week langsgaat en de andere keren beeldbelt. En mocht de omgeving echt van belang zijn, bijvoorbeeld bij ouderen die risico lopen te vallen, dan zijn er nog de domotica die je in kunt zetten.'

#### Maar wil de cliënt zelf niet het liefst dat er iemand op bezoek komt?

'Dat geldt zeker niet voor iedereen. Vooral ouderen hebben nogal eens geen zin in de thuiszorgmedewerker. Dan moeten ze zich aankleden, opruimen. Het is toch een vreemde die binnenkomt. Dan is juist het privacy-element van beeldbellen wel weer fijn. Of neem die oudere man die erg moeilijk kan lopen en een wond heeft aan zijn been. Die kan via online hulpverlening tegenwoordig thuis blijven. Zo las ik laatst over een project waarbij een specialist via een wijkverpleegkundige meekijkt naar een wond bij een cliënt thuis. De thuiszorgmedewerker verzorgt de wond in eerste instantie, maar vraagt indien nodig een 'beeldbelconsult' van een tweedelijns specialist. Als beide menen dat de cliënt alsnog naar het ziekenhuis moet, dan zit er natuurlijk niets anders op. Zo'n online consult gaat via de smart-phone. Maar er lopen ook experimenten met een zogenaamde smart glass, een beeldbelbril, waarbij de specialist via de bril van een wijkverpleegkundige "meekijkt". Ik word erg enthousiast van dit soort experimenten.'



## Tips om sociale media goed in te zetten in de zorg

- Vul je sociaal mediaprofielen volledig in
- Gebruik overal dezelfde foto zodat mensen je herkennen. Maak eventueel een account aan onder een pseudoniem zoals jeugdverpleegkundige Silvia
- Zorg dat je niet alleen zendt, maar ook reageert
- Laat merken dat er mensen achter de knoppen zitten. Gebruik een menselijke toon en reageer als mensen tegen je praten of vragen stellen, ook als je kritiek krijgt
- Breng jezelf niet in verlegenheid
- Verspreid geen gegevens die tot cliënten te herleiden zijn.

### Korte communicatielijnen

Bovendien vormen sociale media waardevolle kanalen voor korte communicatielijnen met collega's of andere professionals. Als een cliënt een vraag heeft die jij zelf niet kunt beantwoorden, weet een collega aan de andere kant van het land misschien wel het antwoord. Neem bijvoorbeeld die tweet van een mantelzorgster met een moeder die terminaal is. 'Wat mag ik van de zorg verwachten binnen een specifiek zorgpakket?', zo vraagt ze. Die vraag kan een dementieverpleegkundige gemakkelijk via social media beantwoorden.

**'Als cliënt mag je alle vragen op sociale media zetten, maar als professional mag je daar niet individueel op ingaan'**

### Privacy

Natuurlijk zijn er ook nadelen. Sociale media en het bijhouden ervan – vragen stellen, reageren - kosten tijd. Daarnaast moet je er inhoudelijk zorgvuldig mee omgaan. Als je informatie eenmaal online staat, heb je er nog maar weinig controle over. Iedereen kan die berichten delen en verder verspreiden. Als zorgverlener heb je te maken met vertrouwelijke gegevens van cliënten. Dus moet je goed letten op de privacy. Zeker sinds de invoering van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is de privacywetgeving voor sociale media strenger geworden. Het kan het verkeer op sociale media aardig belemmeren. Vuistregel is: Als cliënt mag je alle vragen op sociale media zetten, maar als professional mag je daar niet individueel op ingaan. Ofwel: je mag als professional je zeker mengen in discussies op fora, of adviezen geven in een Facebookcommunity, maar enkel als het gaat om adviezen op algemeen niveau. Zodra het gaat

om een individueel advies aan een individuele cliënt, moet je offline gaan. Het is uitnodigend om een dm te sturen (direct message) via facebook. Maar dat mag officieel niet, omdat bedrijven als facebook en google die informatie op kunnen slaan.

Een voorbeeld: je zit als jeugdverpleegkundige in een facebookcommunity van ouders met jonge kinderen en een moeder vraagt zich af waarom haar kind zoveel braakt. Dan kun je een algemeen advies geven over braken: wat doe je beter wel en niet. Maar de moeder rechtstreeks antwoord geven, dat mag niet. Geef dan een mailadres of een – algemeen – telefoonnummer, zodat je offline de moeder in kwestie tips kunt geven.

% gebruik	15-19 jaar	20-39 jaar	40-64 jaar	65 - 79 jaar	80+
	97%	93%	86%	67%	38%
	72%	89%	77%	69%	58%
	86%	74%	54%	38%	21%
	12%	45%	36%	14%	7%
	73%	46%	22%	9%	6%
	23%	26%	21%	9%	9%
	19%	30%	21%	12%	8%
	72%	32%	7%	1%	1%

<https://www.newcom.nl/socialmedia2018>

### Efficiënter

Kortom: als je gewoon je gezonde verstand gebruikt en niks online plaatst wat je in verlegenheid brengt, kunnen sociale media een belangrijke bijdrage leveren aan de verlichting waar de zorg echt aan toe is. Want de inzet van sociale media kan de zorg alleen maar beter, efficiënter en vooral menselijker maken. Dat vereist wel een andere werkwijze en digitale vaardigheden van zorgprofessionals. Het doel is niet om 'goed te zijn in sociale media' maar 'goede zorgverlening te verlenen dankzij sociale media'.

*Maaïke Gulden geeft advies, lezingen en trainingen over sociale media vanuit haar bedrijf The Marketing Factory. Ze is onder andere auteur van het boek Social media in zorg en welzijn: dat zorgt beter*

## Nationaal congres wijkverpleging op Twitter

Ruim 500 wijkverpleegkundigen verzamelden zich afgelopen 13 juni op het Nationaal congres wijkverpleging met als thema *Waarde van de wijk*. Die dag werd het kersverse *Kwaliteitskader wijkverpleging* besproken, kwam minister De Jonge van VWS langs om onder andere langs de nieuwe lichte Ambassadeurs hun diploma te overhandigen, vonden er tientallen lezingen plaats en kwam het onderzoek over vijf jaar *Ambassadeurschap voor de wijkverpleegkundige* op deze dag naar buiten. In de tussentijd ging Twitter los met berichten over het congres.

**V&VN @VenVN**

#waardevandewijk congres wijkverpleging met @sonjakersten @hugodejonge @hbakk en een zaal met honderden verpleegkundigen en verzorgenden. Gesprekken over (eigen) waarde, kwaliteitskader wijkverpleging, leiders in de wijk en veel meer



**Nienke Bleijenberg @NBleijenberg**

Benieuwd naar de infographic met resultaten vijf jaar Ambassadeurstraject #wijkverpleegkundige die @hugodejonge heeft ontvangen? #waardevandewijk zie infographic: zonmw.nl/fileadmin/zonmw... en artikel zorgvisie.nl/krachtiger-pos...

**Amanda de Rond – de Groot @AmandaRondGroot**

Symposium #waardevandewijk erg leuke dag. Waardevolle sessies over wijkverpleging. @VenVN Boeiende lezing kwaliteitskader, en speech @hugodejonge



**Corien Harder Drayer @corienharder**

Wil je iets veranderen? Wacht niet op de ander, maar sta op, ga zelf aan de slag. Werk aan het #zelfrijzendbakmeel van regeltjes in de zorg, zegt @hugodejonge #waardevandewijk

**Mariska de Bont @MAdeBont**

#waardevandewijk in ons zorgstelsel creëren we zelf de zorgvraag zegt @bmbuurman op nationaal congres wijkverpleging @VenVN

**Caroline Smeets @SmeetsCaroline**

De #waardevandewijk vandaag bewezen. Groot minpunt mijn agenda als #wijkverpleegkundige bood geen ruimte voorafsprake minister de Jonge. Gelukkig namen @lambassadeur de afspraak van 14aug aan! Snel een andere datum plannen voor praktische kijk in de wijk @hugodejonge?

**Annelies Haastrecht @AvHaastrecht**

#waardeindewijk heeft te maken met ons #eigenwaarde

**Corien Harder Drayer @corienharder**

Ambassadeurs #wijkverpleging zitten aan alle tafels: 's ochtends bij cliënt thuis, 's middags bij gemeente en 's avonds bij VWS in Den Haag, #datisnogeenspassie #waardevandewijk

**Valerie Schipper @ValerieSchipper**

@SchuurmansMJ over het kwaliteitskader voor de wijkverpleging "Het kwaliteitskader is geen in beton gegoten stuk. Het gaat over leren. Het is dynamisch." #kwaliteitskaderwijkverpleging @VenVN #waardeindewijk



Samenstelling tweets: Corien Harder

Directeur Hugo Backx, directeur van GGD GHOR Nederland

## ‘Verpleegkundigen M&G hebben bij uitstek een belangrijke rol in preventie’

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 Hugo Backx, directeur van GGD GHOR Nederland, de koepelorganisatie van de in totaal 25 GGD'en en GHOR-bureaus. Vier jaar geleden zijn de beide koepels gefuseerd omdat zorg en veiligheid nauw met elkaar verbonden zijn. Backx: ‘90 miljard euro gaat naar care en cure en nog geen 2 miljard naar preventie. Het geeft de preventieve sector een beetje een minderwaardigheidsgevoel, maar ik vind dat niet terecht.’

Tekst Pascale  
Lavooij

### Hoe bent u bij de GGD GHOR Nederland terecht gekomen?

‘Ik ben van huis uit jurist, dus niet opgeleid in de zorg, maar ik ben altijd al erg maatschappelijk en politiek betrokken geweest. Ik heb een warm hart voor de combinatie gezondheid en openbaar bestuur. Tien jaar geleden werd ik directeur van de GGD Hart voor Brabant waarin ik die combinatie daadwerkelijk mocht uitoefenen. Daarvoor ben twee termijnen wethouder in Tilburg geweest. Vier jaar geleden heb ik de overstap gemaakt naar GGD GHOR Nederland om vanuit die positie aan de slag te gaan in het prachtige vak preventie.’

‘90 miljard van de begroting van VWS gaat naar care en cure en nog geen 2 miljard naar preventie. Dat geeft de sector een minderwaardigheidsgevoel’

### Wat maakt preventie een prachtig vak?

‘Je kan veel ellende voorkomen met preventie, maar het is ook complex omdat je niet altijd meteen resultaat ziet. Het krijgt niet altijd de aandacht die het verdient. Alleen al de begroting van VWS laat dat zien. 90 miljard euro gaat naar care en cure en nog geen 2 miljard naar preventie. Het geeft de preventieve sector soms een beetje een minderwaardigheidsgevoel, maar ik vind dat niet terecht. We mogen trots zijn op ons vak. Er werken ruim 12.000 mensen voor de GGD'en en daarbuiten werken nog veel meer mensen bij thuiszorgorganisaties en andere instanties die zich met preventie bezig houden. We zijn wel zichtbaarder aan het worden. Dit komt omdat het zorgstelsel is veranderd omdat het niet meer houdbaar was. Het werd te duur. We praten daarom nu meer over gezondheid dan over ziekte. Het is een leuke uitdaging om die zichtbaarheid nog meer te vergroten.’

### Hoe werkt GGD GHOR Nederland aan het vergroten van de zichtbaarheid?

‘GGD GHOR Nederland heeft zich gemengd in het Haagse speelveld. Dat is de plek waar preventie onder de aandacht gebracht moet worden. Drie jaar geleden hebben we de samenwerking opgezocht met de Sociaal Economische Raad (SER) en de federatie voor gezondheid (NPHF) en hebben we gezegd dat er een preventie-akkoord moet komen. We zijn bondgenoten gaan zoeken zoals de werkgeversorganisaties, verzekeraars, de sportfederatie, onderwijs, maar ook andere zorgpartijen zoals de huisartsen en ziekenhuizen. Preventie reikt veel verder dan de zorgwereld. Preventie is van iedereen en daar moeten we dus allemaal mee aan de slag. We moeten meer samenwerken met elkaar. Nu denken en handelen we teveel vanuit onze eigen sector terwijl andere sectoren zich ook bezig houden met preventie. Gezondheid gaat bijvoorbeeld ook over een veilige werkomgeving of überhaupt werk hebben. Het is uiteindelijk gelukt door lobby en netwerkactiviteiten het kabinet zo ver te krijgen een nationaal preventie-akkoord op te stellen. Daar zijn we nu samen met het kabinet druk mee bezig. Met daarin doelen met betrekking tot overgewicht, alcohol en roken en we hopen dat dit in oktober getekend gaat worden. GGD GHOR Nederland maakt zich vooral sterk voor de integrale manier van werken waarop we dit aan willen pakken. Je kan niet tegen iemand zeggen die diep in de schulden zit en problemen heeft in de huiselijke sfeer, dat zij moet stoppen met roken of drinken zonder iets aan de omstandigheden toe doen waarin iemand verkeert. Dat doe je door samen met bijvoorbeeld maatschappelijke organisaties en schuldeisers die problemen aan te pakken, of nog beter, te voorkomen.’

**De vakgroep Jeugd van V&VN M&G signaleert op dit moment dat het kabinet veel aandacht besteedt aan het oplossen van al bestaande problemen bij jongeren. Niet verkeerd, maar ze missen de aandacht voor preventie. Hoe kijkt u daar tegen aan?**

'Ik snap hun zorg. De nadruk ligt nu vooral op het jeugdstelsel op zich en niet op de inhoud en het doel, preventie. De verbinding met de preventieve sector is niet optimaal. We blijven dit onder de aandacht brengen. We hebben wekelijks contact met VWS en we zien nu ook dat de positie van de GGD in het sociale domein versterkt wordt door de samenwerking in de wijkteams met zowel jeugdverpleegkundigen als sociaal verpleegkundigen. Verpleegkundigen hebben naar mijn mening bij uitstek een belangrijke rol in preventie.'

**Wat voor rol heeft de jeugd- of sociaal verpleegkundige volgens u?**

'Laagdrempelig signaleren en daar op handelen. Ik hoor voortdurend goede voorbeelden van jeugdverpleegkundigen die door hun handelen 'erger' voorkomen. Onlangs hoorde ik van een jeugdverpleegkundige die besloot een kind, waarvan werd gedacht dat er psychische problematiek was, wat langer te observeren. Hierdoor kwam ze erachter dat het kind migraineklachten had, waardoor het kind geen langdurig GGZ-traject in is gegaan. Dat zijn prachtige voorbeelden. En twee sociaal verpleegkundigen zijn dit jaar de *Meest invloedrijke persoon in de publieke gezondheid 2017* geworden. Zij zijn echt het gezicht geworden voor de wijk-GGD'er; een vernieuwende aanpak voor de omgang met personen met verward gedrag. Wat de kracht is van verpleegkundigen is dat ze goed zijn in snel handelen en beslissen en op zoek zijn naar eenvoudige oplossingen. Dat vind ik een goede mentaliteit. Daar ben ik trots op en daar mag je als verpleegkundige ook trots op zijn.'

**GGD GHOR Nederland heeft de afgelopen jaren meegewerkt aan de ontwikkeling van een nieuwe opleiding voor artsen Maatschappij & Gezondheid. Deze opleiding wordt gesubsidieerd door VWS. Hoe kunnen wij subsidie krijgen voor de opleiding tot verpleegkundige M&G?**

'GGD GHOR Nederland heeft er samen met de directeurs van alle GGD'en vorig jaar bij VWS voor gepleit om een deel van het subsidiegeld in te zetten voor de opleiding van verpleegkundigen. Dit is helaas niet overgenomen door de minister. Als beroepsgroep kun



je het natuurlijk ook zelf aanpakken. Probeer er dan een politieke discussie van te maken. Zorg dat je de samenwerking zoekt met andere partijen zoals artsen, huisartsen, het sociale domein, onderzoekers. Stel je niet te bescheiden op, maar laat je kwaliteiten zien. Het kost tijd om zo'n coalitie met samenwerkingspartners te vormen, maar samen bereik je meer. Het ambassadeurstraject wat nu is gestart met jeugd- en openbare gezondheid verpleegkundigen is een goed initiatief. Jullie moeten jezelf onder de aandacht brengen. GGD GHOR Nederland heeft eerder al het standpunt ingenomen dat er geld moet komen voor de opleiding voor verpleegkundigen M&G en dat doen we nog steeds.' [🔗](#)

*Pascale Lavooij is medewerker deskundigheidsbevordering/verpleegkundige bij de GGD Rotterdam-Rijnmond en redactielid Tijdschrift M&G*

## Kwaliteitskader wijkverpleging; een eerste stap naar meer eenheid in het vak

**Waarom moest er zo nodig een *Kwaliteitskader wijkverpleging* komen? We doen ons werk toch goed, horen we je denken. Dat klopt, maar iedere wijkverpleegkundige doet het werk waarvan zij of hij denkt dat het goed is. Je collega zal diezelfde werkzaamheden misschien weer anders doen. Want echte richtlijnen zijn er niet en er is ook nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar hoe te werken in de wijkverpleging. Dus ja, het *Kwaliteitskader wijkverpleging* moest er zeker komen. De eerste uitleg en de eerste meningen hierover lees je in dit artikel.**

Tekst:  
Valerie  
Schipper

Zorgprofessionals in de wijk werken nog veel langs elkaar heen. Dat zorgt voor onduidelijkheid waar de cliënt dan vaak de dupe van is. Met het *Kwaliteitskader wijkverpleging* is de eerste stap gezet naar de wijkverpleegkundige als verbindende schakel in de wijk, de wijkverpleegkundige die samenwerkt korte lijntjes heeft met de huisartsen, de gemeente, ketenpartners en ziekenhuizen.

De aanleiding om het kwaliteitskader te ontwikkelen, is onder meer de stijgende zorgvraag in de wijk. Mensen worden steeds ouder, er is een toename van chronisch zieken. Mensen willen ondanks hun leeftijd of beperkingen

**‘Het kwaliteitskader kan in de loop van de tijd nog worden aangepast, verduidelijkt, verbeterd en uitgebreid’**

langer thuis blijven wonen. Met als gevolg dat de vraag naar zorg thuis ook stijgt. Als de wijkverpleegkundige de verbindende schakel in de wijk wil zijn, moet er kwaliteit

geleverd worden en moet zij beter gepositioneerd worden. De tijd was rijp om het *Kwaliteitskader wijkverpleging* te ontwikkelen om zo het vak wijkverpleging kwalitatief op een hoger plan te krijgen.

### Weinig preventie in conceptversies

Naast V&VN hebben onder andere ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Actiz, Branchevereniging Thuiszorg Nederland (BTN) en Patiëntenfederaties Nederland (PFN) samengewerkt aan het *Kwaliteitskader wijkverpleging*. Dit leidde tot een mooi resultaat waar alle partijen zich in kunnen vinden. Het kwaliteitskader bestaat uit 32 pagina's, inclusief de bijlages.

Niet superdik dus, maar dat is ook de bedoeling. Want het kwaliteitskader moet gezien worden als een eerste versie die in de loop van de tijd kan worden aangepast, verduidelijkt, verbeterd en uitgebreid. Het kader biedt overigens ook handvatten en inspiratie voor zorgprofessionals die werkzaam zijn in de wijkverpleging.

En voor zorgaanbieders.

De ontwikkeling ervan ging niet zonder slag of stoot. Via mijn organisatie ben ik erbij betrokken geweest.



### Suzan Blom-Horstboom, wijkverpleegkundige, gemeente Almelo:

‘Ik zie het *Kwaliteitskader wijkverpleging* als iets waar we als wijkverpleegkundigen naartoe kunnen werken. Onze ambitie staat hierin uitgeschreven. We kunnen met onze organisatie en zorgverzekeraars om de tafel gaan zitten om met ondersteuning van het *Kwaliteitskader wijkverpleging* uit te leggen waarom we meer ruimte nodig hebben voor preventie. En waarom intercollegiaal overleg meerwaarde heeft voor het team en voor de cliënt. Het lijken improductieve uren maar het zal zich terug verdienen. Kortom; er is werk aan de winkel!’





**Chantal Joling, dementieverpleegkundige, gemeente Veendam:**

'Ik vind dat elke wijkverpleegkundige het *Kwaliteitskader wijkverpleging* moet lezen. Alhoewel het hier en daar wat taaie stof is om te lezen, was ik erg nieuwsgierig wat erin staat. Het gaat natuurlijk over mijn beroep. Al had ik graag gezien dat de rol van gespecialiseerde verpleegkundigen en wijkteams meer naar voren waren gekomen. Dit onderwerp is naar mijn idee nog te vaag beschreven. Wie weet kunnen ze dit bij de volgende aanpassing concretiseren. Want dat vind ik wel weer mooi van dit kader; dat het doorontwikkeld kan worden. Er is zodoende dus altijd ruimte voor verbetering. In het kader wordt tevens een ideaal plaatje voor een cliënt geschetst. In het hoofdstuk *Wat heeft de cliënt te verwachten van wijkverpleging?* staat beschreven dat de cliënt zorg krijgt van een vast en overzichtelijk team. Ook ik zou dit graag willen, maar dat is in verband met personele tekorten op dit moment echt niet mogelijk. Dan moeten de tekorten in de wijkverpleging opgelost worden. Ik heb nog wel een tip: misschien is het wat om een beknopte en eenvoudigere versie te maken voor de cliënt en mantelzorger. Die snappen niets van woorden als 'integrale en multidisciplinaire zorg' en 'advance care planning', terwijl de inhoud zeker interessant is voor hen.'

Ik was niet echt trots op de eerste conceptversies. Preventie kwam te weinig naar voren en een aantal zaken was te vaag beschreven waardoor ze vrij te interpreteren was. Bovendien was het verschil tussen wijkverpleging en wijkverpleegkundige niet duidelijk. Ter verduidelijking; onder 'de wijkverpleging' valt de gehele zorg die in een wijk geleverd wordt. Dus niet alleen de zorg door een wijkverpleegkundige, maar tevens de zorg die een verzorgende, verpleegkundige of andere professionals levert.

Maar de versies die volgden werden steeds beter en zoals het *Kwaliteitskader wijkverpleging* er nu ligt heeft het absoluut mijn steun. Het biedt mij onder meer sturing tijdens gesprekken met andere zorgprofessionals, bijvoorbeeld om uitleg te geven wat zij van een wijkverpleegkundige kunnen verwachten. Maar ook in ge-

sprekken met cliënten en mantelzorgers. Ik kon altijd al wel onderbouwen waarom ik dingen deed zoals ik ze deed maar nu kan ik verwijzen naar het kwaliteitskader. Neem het onderwerp zelfredzaamheid. Tot voor kort was het zo dat oudere cliënten zorg kregen waarna de wijkverpleging vrijwel alles uit handen nam. Iemand weer zelfredzaam maken was iets wat eigenlijk niet werd gedaan. Was eenmaal de zorg overgenomen, dan bleef de cliënt zorg ontvangen. Maar we weten inmiddels dat iemand meer gebaat is bij eigen regie en zelfredzaamheid. Daar zal ik dus altijd op sturen. Cliënten, maar ook mantelzorgers, vinden dit weleens lastig. Met name het toezicht en het contact vinden zij erg prettig. Als ik nu hierover in gesprek ga met de cliënt en eventueel een mantelzorger, kan ik verwijzen naar het *Kwaliteitskader wijkverpleging*.



**Ingrid Dekker, wijkverpleegkundige, gemeente Veendam:**

'Door het *Kwaliteitskader wijkverpleging* kenbaar te maken bij alle betrokken disciplines binnen de wijkverpleging, krijg je eenduidig beleid. Dat maakt de zorgverlening voor de cliënten duidelijk en overzichtelijk met de wijkverpleegkundige als centraal aanspreekpunt. Je weet hierdoor van elkaar wat je doel is en wie welke taken heeft. Van daaruit kun je verder samenwerken. Zowel voor de cliënt als voor de medewerker is het prettig om transmuraal en transparant te werken. De cliënt hoeft daardoor niet steeds hetzelfde verhaal te vertellen en de medewerker kan de geschiedenis van de cliënt makkelijker terug vinden. Daardoor kom je niet voor verrassingen te staan. Dit vraagt, zoals ook beschreven is in het kwaliteitskader, de nodige ict-aanpassingen. Maar voor de toekomst is dat echt noodzakelijk. Ik vind het ook positief dat er meer ruimte is voor opleidingen. En nog een pluspunt: niet meer sturen op productie, maar op uitkomst. Ofwel; ik ben erg blij met het *Kwaliteitskader wijkverpleging!*

## Een paar hoogtepunten

### Wat heeft een cliënt te verwachten van wijkverpleging?

- De cliënt krijgt zorg die aansluit bij wat hij/zij en haar naasten zelf kunnen
- De cliënt krijgt zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven
- De cliënt krijgt zorg van zorgverleners die ze begrijpt en vertrouwt
- De cliënt krijgt zorg van zorgverleners die gekwalificeerd zijn
- De cliënt krijgt zorg van een vast en overzichtelijk team
- De cliënt krijgt zorg die veilig is
- Met de cliënt wordt duidelijke, passende afspraken gemaakt en nagekomen
- De cliënt krijgt inzage in het zorgplan en zorgdossier.

### Aan welke organisatorische randvoorwaarden moet wijkverpleging voldoen?

- Er moet ruimte zijn voor leren en verbeteren
- Wijkverpleging vergt professionele kwaliteit
- Er is goede informatievoorziening nodig
- Wijkverpleging heeft verbinding met kennisontwikkeling en opleiding
- Wijkverpleging heeft ondersteuning van en participatie in het beleid.

En daarmee zeggen we als beroepsgroep: zo hebben we het afgesproken en zo doen we het met z'n allen.

## Nieuw bekostigingssysteem

Niet alleen zorg achter de voordeur, maar ook preventie in de wijk komt als belangrijk speerpunt naar voren in het *Kwaliteitskader wijkverpleging*. In het huidige bekostigingssysteem is hier onvoldoende ruimte voor. Op dit moment is de wijkverpleegkundige ingesteld op het indiceren van handelingen die door de zorgaanbieder te declareren zijn, het zogenoemde 'productie draaien' en '5-minutenregistratie'. Te weinig wordt ingezet op het bieden van preventie en duurzame oplossingen. Maar wij wijkverpleegkundigen weten wel beter. Neem voorlichting geven aan een buurtvereniging gericht op valgevaren. Dat wordt nu niet vergoed door het huidige bekostigingssysteem. Maar als we deze voorlichting wel zouden geven, maken we mensen bewust van los liggende kleedjes op de vloer en het dragen van goede schoenen, waardoor ze minder risico lopen om te vallen. Daardoor lopen ze minder botbreuken op waardoor er ziekenhuisopnames worden voorkomen en minder thuiszorg na een ziekenhuisopname nodig is. Zolang we geen tijd kunnen steken in preventie blijven we dweilen met de kraan open. Voor niemand een pretje, lijkt me. Onder leiding van de Nederlandse Zorgautoriteit

werken verschillende partijen aan een nieuw bekostigingssysteem in de zorg. Door dit nieuwe systeem moet de wijkverpleegkundige meer ruimte krijgen voor andere preventie. En moet het de zorgverzekeraars handvatten bieden om te toetsen op kwaliteitscriteria in plaats van alleen af te gaan op de uren zorg die

*'Met ondersteuning van het *Kwaliteitskader wijkverpleging* kunnen we uitleggen waarom we meer ruimte nodig hebben voor preventie'*

geleverd zijn aan een cliënt. De kwaliteits-criteria zullen dan minder gericht zijn op de productie en meer op de resultaten. Zo is het afgesproken in het *Kwaliteitskader wijkverpleging*. Helaas zal het nieuwe bekostigingssysteem, naar verwachting op zijn vroegst in 2020 klaar zijn. Maar daar waar we kunnen, nemen we de ruimte en zetten we in op preventie.

We zijn en blijven immers wijkverpleegkundigen. 

*Het *Kwaliteitskader wijkverpleging* kun je op [www.actiz.nl](http://www.actiz.nl) lezen.*

Valerie Schipper is wijk- en dementieverpleegkundige, Ambassadeur voor de wijkverpleegkundige, lid van het NWG en redactielid van Tijdschrift M&G

# Afdelingsnieuws

## Save the date!

- Vrijdag 29 maart wordt het gezamenlijke congres voor alle wijk-, jeugd-, dementie- en sociaal verpleegkundigen van V&VN Maatschappij&Gezondheid gehouden in NBC Nieuwegein
- De algemene ledenvergadering is op 19 november.



Noteer deze data alvast in je agenda en houd voor de inhoud de website ([mgz.venvn.nl](http://mgz.venvn.nl)) in de gaten. ☺

## Twée nieuwe aspirant bestuursleden

Het bestuur is na het vertrek van voorzitter Gia Wallinga, Reinoud Wolter, Rob van der Sande en Sanne Koster versterkt met twee aspirant bestuursleden. Het zijn Karen Oudshoorn en Beke Nuradini. Tijdens de algemene ledenvergadering (ALV) in het najaar, 19 november 2018, wordt de leden gevraagd ze te benoemen. Karin Oudshoorn heeft in alle onderdelen van de OGZ gewerkt en doet momenteel het Ambassadeurstraject Jeugd/OGZ. Beke Nuradini, ook brede ervaring als verpleegkundige in de OGZ en eerste lijn, is momenteel teammanager bij de gemeente Rotterdam bij Werk en Inkomen. ☺

## Kennis on Tour: Eerste duizend dagen en Hechting

De regiotoer voor jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen gaat dit jaar over hechting en de eerste 1000 dagen in het leven van een kind. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid organiseert deze Tour samen met V&VN Jeugd en met Artsen Jeugdgezondheid Nederland. De bijeenkomsten zijn van 16.00 tot 20.00 uur.

20 september (Almelo)

24 september (Amsterdam)

8 oktober (Tilburg)

18 oktober (Utrecht)

Marja Rexwinkel geeft een lezing, ze is psycholoog en oprichter van het platform 1001 kritieke dagen. Na de lezing is er een interactief deel over de rol van de jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen. De Ambassadeurs jeugdverpleegkundigen en leden van de vakgroep nemen dat deel voor hun rekening. Investeren in de eerste duizend dagen en hechting is investeren in een gezonde en kansrijke nieuwe generatie. Ook minister Hugo de Jonge benadrukt in zijn landelijk actieprogramma 'kansrijke start' het belang van de eerste jaren.

Anmelden kan via [www.ncj.nl](http://www.ncj.nl). Accreditatie wordt aangevraagd.

Kosten: €50,- pp. ☺

## Ambassadeurs JGZ go international!

Ambassadeurs en jeugdverpleegkundigen Tessa Goorsenberg (GGD Zeeland) en Minke Vellinga (CJG Rijnmond) reisden onlangs af naar Vlaanderen om het Ambassadeurstraject onder de aandacht te brengen. Tijdens de bijeenkomst waar zowel artsen als verpleegkundigen bij aanwezig waren, viel snel op dat het werk in de jeugdgezondheidszorg bij de zuiderburen veel medischer is ingericht dan in Nederland. 'Vooral het psychosociale stuk, hoe wij dat aanpakken, daar waren ze van onder de indruk. En ook dat wij als ambassadeurs zelf contact leggen naar de gemeente en politiek toe en bij hen uitdragen hoe belangrijk preventie is in de JGZ.' De Vlaamse collega's gaven aan dat het opzetten van een ambassadeurstraject nog een stap te ver is. 'De hiërarchie is daar nog te sterk. Bovendien zijn ze zich nu hard aan het maken om een post-hbo van de grond te krijgen zoals wij dat ook hebben voor de jgz.' Wat ze er zelf van hebben geleerd? 'Dat wij hier in Nederland in korte tijd heel wat bereikt hebben via het Ambassadeurstraject. Zo ben ik onder andere uitgenodigd voor een rondetafelgesprek bij de VVD over de jgz. Daar waren we niet beland zonder het Ambassadeurstraject.' ☺



## Het model van Lalonde

Soms denk je: ah, een mooie theorie. Maar hoe zat het nu ook alweer? Redacteur Huub Sibbing behandelt in de nieuwe rubriek *De klepel en de klok* elke keer een theorie die eigenlijk elke verpleegkundige M&G zou moeten kennen, maar waar velen niet genoeg of geen weet van hebben. Deze keer: *Het model van Lalonde*.

Tekst: Huub Sibbing

In 1997 organiseerde de World Health Organisation (WHO) een conferentie in Alma Ata (in de toenmalige Sovjet-Unie, nu Kazachstan) onder de titel *Health for All in 2000*. Aanleiding was de groeiende ongelijkheid in de wereld wat betreft gezondheid, niet alleen tussen het rijke Westen en het arme Zuiden, maar ook binnen de ontwikkelde landen. Het motto luidde: Bridging the gap (De kloof overbruggen). Tijdens die conferentie werd het *Health Fields Model* van de Canadese minister voor Volksgezondheid Marc Lalonde geaccepteerd als basis om de doelstellingen van het *Health for All in 2000*-programma te realiseren. Het werd tevens gekoppeld aan het *Primary Health Care-concept*. Zowel dit concept als *Het model van Lalonde* gelden sindsdien als dé leidraad wat betreft preventie en het terugdringen van gezondheidsverschillen. Laten we ze eens nader verkennen.

### MODEL VAN LALONDE

#### Gezondheid als uitgangspunt

Bij *Het model van Lalonde* valt in de eerste plaats op dat niet ziekte en de behandeling ervan, maar juist gezondheid en het behoud en verbeteren daarvan het uitgangspunt vormt.

#### Brede integrale benadering

Willen we maatregelen nemen om dit te bereiken dan moeten we eerst grondig onderzoeken welke gezondheidsrisico's van belang zijn en welke determinanten de gezondheidstoestand in positieve of negatieve zin beïnvloeden. Dit onderzoek heet de epidemiologische analyse, de wijkanalyse of de schoolanalyse.

De linkerhelft van het model helpt ons om breed naar gezondheidsinvloeden te kijken. Het model van Lalonde kent vijf hoofdgroepen van invloeden (determinanten).

Deze zijn:

1. **Biologische en erfelijke factoren:** Je constitutie, je genetische bagage, erfelijke aandoeningen.
2. **Leefwijzen/Leefstijl:** Ongezond eten, roken en het overmatig gebruik van alcohol en drugs, weinig bewegen, onveilig rijden et cetera.

Naast deze individu-gebonden determinanten speelt ook de omgeving een zeer belangrijke rol. Hierbij gaat het om de invloeden die buiten het individu liggen en waarover het individu weinig of geen controle heeft.

Lalonde onderscheidt:

3. **de fysieke omgeving.** Dit betreft factoren die te maken hebben met de woon-, leef- en werkomgeving. Denk daarbij aan lawaai, milieuvervuiling, kwaliteit van woningen, verkeer, fijnstof et cetera.
4. **de maatschappelijke omgeving.** Daarbij gaat het over zaken die te maken hebben met iemands maatschappelijke positie: inkomen, opleiding, armoede, laaggeletterdheid, (gebrek aan) sociale contacten et cetera.
5. Tenslotte is ook het **zorgsysteem** zelf een determinant voor (on)gezondheid. Denk hierbij aan voldoende of juist een tekort aan verpleegkundigen, artsen en andere professionals. Maar ook aan een zorgsysteem wat niet adequaat reageert op wat de bevolking nodig heeft, en aan ineffectieve of zelfs contraproductieve interventies.

Pas als we diepgaand en integraal onderzoeken welke determinanten van belang zijn voor de gezondheid kunnen we beleid gaan maken om de gezondheid en positieve impuls te geven en te kiezen welke interventies daarbij passen.

Welke interventie is bijvoorbeeld het meest effectief?

- Voorlichting geven over gezonde voeding of ongezond voedsel vier keer zo duur maken?
- Het gebruik van gehoorkappen in de bouw stimuleren of lawaaiërig apparaten verbieden?

### PRIMARY HEALTH CARE

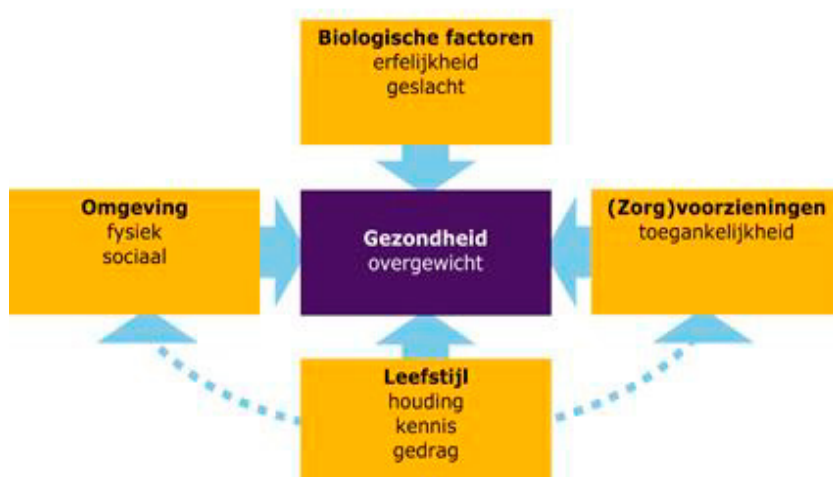
Een specifieke benadering om interventies zo effectief mogelijk te maken is het *Primary Health Care*-concept (PHC). Hierbij gaat het vooral over de vraag: wat en hoe moeten we doen om het gezondheidsprobleem adequaat aan te pakken. Daarbij moeten we rekening houden met het volgende:

#### 1. Interventies moeten toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar zijn

Als zorg is afgestemd op de zorgbehoeften ben je er nog niet. De zorg moet ook daadwerkelijk toegankelijk en bereikbaar zijn voor degenen voor wie de zorg bedoeld is.

- Financiële toegankelijkheid ofwel betaalbaarheid: leveren financiële factoren belemmeringen op?
- Procedurele toegankelijkheid/laagdrempeligheid: kan de cliënt makkelijk terecht of moet hij of zij zich eerst door een woud van procedures heen worstelen om de gewenste zorg te krijgen?

## Model van Lalonde 1974



- Culturele toegankelijkheid: dit wordt uitgewerkt in het volgende aandachtspunt.

### 2. Interventies moeten aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep

Gezondheidszorgwerkers zijn vaak geneigd om te denken vanuit hun eigen professionele referentiekader en vanuit het referentiekader van hun organisatie. Ze vinden dat mensen ongezond gedrag dienen te vermijden en adviezen van de arts of verpleegkundige op dienen te volgen et cetera. Kortom: een uitstraling van *Wij weten wat goed voor u is*.

Maar doelgroepen handelen vaak vanuit heel andere motieven en afwegingen. Als je er niet in slaagt je te verplaatsen in de motieven die het gedrag van je doelgroep bepalen, gaan alle goed bedoelde adviezen het ene oor in en het andere oor uit. Pas als de leden van een doelgroep vanuit hun eigen referentiekader, vanuit hun eigen leefwereld, het belang inzien van de waarde van adviezen, interventies en dergelijke zullen ze gemotiveerd zijn om daaraan mee te werken.

### 3. Actieve betrokkenheid van de doelgroep

In het verlengde daarvan ligt het volgende uitgangspunt: hoe meer de doelgroep zelf betrokken is geweest bij de analyse, de keuze en de uitvoering van een interventieprogramma, des te groter is de kans dat ze gemotiveerd zijn, een actieve bijdrage leveren en meewerken. Het betekent ook dat je je doelgroep actief zult moeten opzoeken.

### Het zorgaanbod afstemmen op de vraag

Als we kijken naar de rechterkant van *Het model van Lalonde* dan staat daarin wederom de 'gezondheidstoestand' centraal maar nu niet tegenover 'ziekte' maar tegenover het 'gezondheidszorgsysteem'. Hiermee wordt bedoeld dat we het gezondheidszorgsysteem af moeten laten hangen van

wat de gezondheidstoestand van de bevolking voor eisen stelt. Als er verschillen bestaan in de gezondheidstoestand (vraag) dan zullen we het gezondheidszorgsysteem (het aanbod) daarop aan moeten passen. Misschien hebben we in een Vinexlocatie wel een ander gezondheidssysteem nodig dan in een krachtwijk van een grote stad.

*'Bij het model van Lalonde wordt uitgegaan van gezondheid in plaats van ziekte en behandeling'*

### Waarde voor M&G-verpleegkundigen anno 2018

Ook al zijn *Het model van Lalonde* en het PHC-concept ruim veertig jaar geleden geformuleerd, zij zijn nog steeds uitermate waardevol omdat:

- ze ons telkens weer stimuleren om gezondheid voorop te stellen
- ze ons stimuleren om breed en integraal naar gezondheid te kijken, en niet in de valkuil te trappen om preventie te verengen tot de leefstijlaanpak
- ze ons stimuleren om af te dalen uit de ivoren toren van professionele inzichten, EBP, richtlijnen, protocollen en procedures en ons te verdiepen in de leefwereld van de burgers, zeker bij burgers met een lagere SES. Waar hebben zij behoefte aan en waar zit het hen dwars?
- ze ons stimuleren om onszelf af te vragen hoe we echt maatwerk kunnen leveren.

### M&G-verpleegkundige lead the way

Halfdan Maher, de directeur van de WHO stelde ooit dat met name de verpleegkundige beroepsgroep het succes van het PHC-concept zou bepalen: *Nurses lead the way*. Ik zou willen zeggen: *M&G-verpleegkundigen lead the way*. ☺

*Huub Sibbing is oud-docent en adviseur van het bestuur van de afdeling M&G. En sinds kort ook redactielid van Tijdschrift M&G*

Onderzoek vijf jaar Ambassadeurschap wijkverpleegkundigen

## Onderzoeker Inge Wolbers: 'Het traject heeft impact op alle niveaus'

Onlangs werden de resultaten van een onderzoek naar het vijfjarige *Ambassadeurschap de wijkverpleegkundige en dementieverpleegkundige* gepresenteerd op het Landelijk congres wijkverpleging. Onderzoeker en hogeschooldocent aan Hogeschool Utrecht, Inge Wolbers is enthousiast: 'Het ambassadeurschap heeft zowel op cliëntniveau als op regionaal en zelfs landelijk niveau impact gehad.'

Tekst: Hellen Kooijman

### Wat vind jij de belangrijkste conclusie uit het onderzoek?

'Dat het *Ambassadeurstraject* voor de wijkverpleegkundige een succes is. Het traject heeft impact op allerlei niveaus. Je ziet ambassadeurs overal bewegen. Ze maken een vertaling van de praktijk naar beleid en andersom. Zo vertelde een ambassadeur dat ze 's ochtends aan tafel zat bij een cliënt, 's middags bij de gemeente en 's avonds bij de minister in Den Haag. Daaruit blijkt de rol van de ambassadeurs: vertalen en verbinden.'

'We moeten meer manieren vinden om het positieve verhaal van de wijkverpleegkundige aan de wijde wereld te vertellen en het niet alleen binnenskamers houden'

### Het ambassadeurschap heeft impact op zowel het niveau van de cliënt, de wijkverpleegkundige zelf, de organisatie, de wijk en de maatschappij. Kun je dat uitleggen?

'Ja, neem de impact op cliëntniveau. Op zich hoeft een individuele cliënt niet te merken dat er een ambassadeur aan tafel zit. Maar de ambassadeurs zijn verrijkt. Zij kennen heel goed de context waarin ze werken en ze zijn op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op het vakgebied. Hierdoor begrijpen de ambassadeurs waar bepaald beleid vandaan komt. En dat dragen ze uit. Naar zowel de cliënt als de collega's. Daardoor kan het gesprek met de individuele cliënt veranderen. Zo vertelde een ambassadeur dat ze zich vroeger sneller neerlegde bij het gestelde beleid van de organisatie of de overheid. Nu, na het volgen van het ambassadeurs-traject, is haar houding veranderd; ze neemt niets meer voor zoete koek aan.'

### Ambassadeurs zien zowel hoe keuzes gemaakt worden binnen als buiten de organisatie waarin ze werkzaam zijn. Bedoel je dat?

'Precies. Omdat ze overleggen met zowel de directeur als de cliënt zien ze hoe bepaalde beslissingen uit kunnen pakken voor de cliënt. De ambassadeurs geven aan dat zij door het traject geleerd hebben overstijgend te kunnen denken. Het leren denken in oplossingen in plaats van problemen en dit ook uit te dragen. Ze zien zowel de goede punten als de knelpunten in een organisatie. En hebben geleerd hier invloed op uit te oefenen. Organisaties geven aan heel blij te zijn met de ambassadeurs. Hun denkracht is waardevol. De ambassadeurs zijn voor de organisatie echt een visitekaartje.'

### Welke rol spelen de ambassadeurs als het gaat om de impact, de beroepsgroep en de maatschappij?

'Ambassadeurs gaan ook in gesprek met zorgverzekeraars. Ze kunnen zo meedenken over de financiering van bepaalde zorgtrajecten bijvoorbeeld. En duidelijk maken waarom het zo cruciaal is dat er in de wijk, in de buurt van de cliënt, zorg nodig is.'

'Ambassadeurs zijn goed voor het aanzien van het vak en dus ook voor de wijkverpleegkundigen zelf'

Daarnaast hebben de ambassadeurs een enorme impact op de beroepsgroep en de maatschappij. Zij zijn namelijk rolmodellen voor anderen, maken het vak aantrekkelijk wat bijdraagt aan een positief



De net afgestudeerde Ambassadeurs wijkverpleegkundigen kregen hun diploma op het Landelijk congres wijkverpleging overhandigd van minister Hugo de Jonge van VWS

imago van het vak wijkverpleegkunde. Zo geven de ambassadeurs voorlichting op hogescholen en werken zij hiermee nieuwe collega's. Dat is hard nodig want er is een groot tekort aan wijkverpleegkundigen. De ambassadeurs zijn goed voor het aanzien van het vak en dus voor de wijkverpleegkundigen zelf. Maar indirect ook voor de maatschappij.'

### Er zijn nu ook ambassadeurstrajecten voor de jeugdverpleegkundigen en verpleegkundigen openbare gezondheid. Gaat daar ook onderzoek naar gedaan worden?

'Dat weten we nog niet. We willen in ieder geval wel kijken wat de elementen in dit ambassadeurstraject zijn die maken dat het een succes is. Ik kan me voorstellen dat andere ambassadeurstrajecten hier iets van mee kunnen nemen. Deze trajecten zouden in mijn ogen ook goed geëvalueerd moeten worden.'

### Klinkt goed allemaal. Heb je zelf nog een boodschap?

'Ja. De wijkverpleging heeft zowel een kwalitatief als kwantitatief capaciteitsprobleem. Er zijn te weinig (hoogopgeleide) wijkverpleegkundigen. Die zijn hard nodig aangezien de complexiteit in de wijk toeneemt. En dat kan door meer wijkverpleegkundigen te laten vertellen wat ze doen. Het ambassadeurstraject is een heel goede manier hiervoor. Maar het is niet de enige manier. We moeten meer manieren vinden om het positieve verhaal van de wijkverpleegkundige aan

de wijde wereld te vertellen en het niet alleen binnenskamers houden. Dat is denk ik de uitdaging voor de toekomst.'

*De evaluatie van het Ambassadeurstraject wijkverpleegkundigen werd uitgevoerd door het lectoraat Chronisch Zieken van de Hogeschool Utrecht, in opdracht van V&VN en gefinancierd door ZonMw. Bij dit onderzoek zijn Inge Wolbers, Pieterbas Lalleman en Nienke Bleijenberg betrokken.*

*Het Ambassadeurstraject van de wijkverpleegkundige gaat na de zomer door met de zesde groep wijkverpleegkundigen. Meer info? Kijk op [mgz.venvn.nl](http://mgz.venvn.nl)*

### Wat is het Ambassadeurstraject wijkverpleegkundige?

Gedurende het negen maanden durende ambassadeurstraject worden wijkverpleegkundigen getraind en gecoacht om een visie op het vak te creëren, op leiderschap, lobbyen, onderhandelen en omgaan met de media. Doel is dat deze wijkverpleegkundigen de beroepsgroep beter kunnen vertegenwoordigen en het vak kunnen promoten. Inmiddels hebben zestig wijkverpleegkundigen het *Ambassadeurstraject voor wijkverpleegkundigen* doorlopen. En zijn er ook ambassadeurstrajecten voor jeugdverpleegkundigen en verpleegkundigen openbare gezondheidszorg gestart.

*Hellen Kooijman is freelance journalist en eindredacteur bij Tijdschrift M&G*

Nieuwe privacywet

## AVG, wat moet je ermee?

Het zal niemand ontgaan zijn dat onlangs de *Algemene verordening gegevensbescherming* (AVG) is ingegaan. We werden gebombardeerd met e-mails over het privacybeleid. Maar wat betekent deze nieuwe wet nu voor je werk als jeugd-, wijk-, dementie- of sociaal verpleegkundige en voor jou als lid van V&VN M&G? Efraim Delies, adviseur ict en functionaris gegevensbescherming van V&VN en Marleen Frederik, coördinator privacy en informatieveiligheid bij de gemeente Rotterdam - beiden oud verpleegkundigen - geven antwoord op 5 vragen.

Tekst: Pascale Lavooij

### 1. Wat houdt de AVG in een notendop in?

Frederik: 'De AVG zorgt ervoor dat de rechten van de burgers rondom gegevensbescherming en privacy in de hele Europese Unie beter gewaarborgd worden. In de oude wetgeving (Wet bescherming persoonsgegevens) hadden we al een recht op inzage, wijziging en vernietiging van gegevens, maar als je als burger niet eens weet wat voor gegevens er allemaal bewaard worden en waar, hoe kan je dan gebruik maken van je rechten? Een thuiszorgorganisatie of GGD moet daarom via de nieuwe wet verplicht op de website, maar vooral ook bij het aangaan van een zorgrelatie, duidelijk laten weten waarom ze gegevens verwerken en wat ze er allemaal mee doen. Dit kan vertelt worden in een eerste gesprek.

**'We vinden het normaal om ons huis met meerdere sloten af te sluiten. Zo moet je ook met cliëntgegevens omgaan'**

Informatie over privacy en rechten kan in een folder staan en op de website. Een cliënt moet zijn gegevens in kunnen zien en heeft ook het recht om bepaalde gegevens te laten wissen. Al geldt dat niet voor alles. Om goede zorg te kunnen verlenen, heb je als zorginstelling in sommige gevallen ook het recht en de plicht om gegevens te bewaren. Zo is een infectieziektenverpleegkundige via de Wet publieke gezondheid verplicht gegevens op te slaan van een cliënt als deze een infectieziekte heeft opgelopen die gemeld moet worden. Delies: 'In de zorg had je al te maken met het medisch beroepsgeheim, maar de AVG is veel breder. Zo moet V&VN transparanter zijn over welke gegevens ze opslaan van leden en waarom.'

### 2. Waarom is er nieuwe wetgeving rondom privacy?

Frederik: 'Nieuwe media en digitalisering zorgen ervoor dat we ongemerkt op heel veel plaatsen onze gegevens achterlaten. Ik hoorde laatst dat een gemiddelde Nederlander

in ongeveer 100.000 bestanden voorkomt. Dat vraagt een andere benadering. Het moet inzichtelijk gemaakt worden voor de burger zodat hij weet in welke bestanden hij voor komt en wat er met die informatie gedaan wordt. Ik vind het persoonlijk een heel goede ontwikkeling omdat het tot een grote kwaliteitsslag kan leiden. Zeker binnen het werk van verpleegkundigen. Het dwingt je om nog beter na te denken over je handelingen en je communicatie, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt.'

### 3. Wat betekent dit voor de verpleegkundigen M&G?

Frederik: 'Door de AVG word je als verpleegkundige gedwongen om heel kritisch naar je werkproces te kijken en om meer reflectief na te denken over alles wat je opschrijft in een dossier. Wat is de reden dat je iets opschrijft, met wat voor doel, wat wil je bereiken? Neem een wijkteam dat te maken heeft met een gezin waar meerdere problemen spelen. Als wijkteammedewerker wil je weten in welke context een probleem speelt. Maar is het nodig om van alles uit te vragen? Is het bijvoorbeeld nodig om de financiële situatie uit te vragen als iemand enkel huishoudelijke zorg voor zijn moeder wil regelen? Of indien een ouder ondersteuning zoekt voor de zorg van hun kind met autisme. Vaak volstaat de vraag of de kosten voor extra zorg een probleem vormen. Indien dat niet zo is, dan hoeft de financiële situatie niet uitgevraagd. Ga niet zomaar vragen stellen, maar reageer op basis van signalen, ofwel gebruik ook je waarneming. Een overvolle brievenbus wijst op niet regelmatig openen van de post. Op dat moment heb je een legitieme reden om over de financiële situatie te praten.'

Zowel Delies als Frederik komen met dezelfde tip aan alle verpleegkundigen M&G. 'Denk terug aan je opleiding. Daar heb je geleerd hoe je moet reflecteren. Ofwel: denk goed na over je handelen zodat je goed kunt motiveren waarom je een bepaalde keuze maakt.' Frederik vult aan: 'Registreer zo objectief mogelijk. Ook iets dat je tijdens je studie hebt geleerd. Gebruik de PES-structuur in je rapportage. Probleem, Etiologie en Symptomen.'





#### 4. Hoe zorg je dat je transparant en bewust omgaat met gegevens van mensen?

Frederik: 'Betrek je cliënt er zoveel mogelijk bij. Schrijf je rapportages en de zorgplannen samen. Als dit niet kan, koppel dan goed terug wat je hebt besproken en geregistreerd. Doe niets zonder dat je cliënt het weet. Dus niet over, maar met mensen praten.'

Delies: 'Toestemming vragen voor het verwerken van gegevens is daarbij ook van belang. Zo moet iedereen die lid wordt van de V&VN daadwerkelijk een vinkje zetten om toestemming te geven voor het verwerken van zijn of haar gegevens. Aan ons de taak om uit te leggen op de website waarom we bijvoorbeeld het opleidingsniveau willen weten. Op dit moment speelt de discussie of we het noodzakelijk is om te vragen of iemand een man of

een vrouw is. Voor het lidmaatschap hebben we deze informatie eigenlijk niet nodig.'

Delies: 'Tijdens je werk als verpleegkundige M&G hoef je overigens niet continu actief om toestemming te vragen. Dit doe je bij het aangaan van de zorgrelatie, vaak bij de intake. Dan bespreek je met je cliënt wat je gaat vastleggen en waarom en op dat moment wijs je de cliënt ook op zijn rechten. De AVG geeft niet aan hoe mensen toestemming moeten geven, alleen dat dit op een transparante en bewuste wijze moet gebeuren. Het vragen om een handtekening van de cliënt zou een optie kunnen zijn zodat er nooit twijfel bestaat over de gegeven toestemming. Maar daar kan elke instelling of organisatie zelf beleid op maken.'

#### 5. Welke tips hebben jullie voor het veilig omgaan met gegevens?

Delies: 'Wees je vooral bewust dat je met privacy-gevoelige gegevens omgaat. Dat je er soms niet bewust van bent, komt weleens voor. Een V&VN-medewerker kreeg eens een fles wijn van een collega. Een foto hiervan zette ze op Facebook. Later zag ze dat er privacy-gevoelige informatie op haar beeldscherm stond van een V&VN-lid.'

**'Het vragen om een handtekening van de cliënt zou een optie kunnen zijn zodat er nooit twijfel bestaat over de gegeven toestemming. Daar kan elke instelling of organisatie zelf beleid op maken'**

Delies: 'Denk ook goed na over de (on)veiligheid van internet. Vergelijk het verzenden van een e-mail met het versturen van een ansichtkaart. Persoonlijke gegevens kunnen door iedereen gelezen worden. Hetzelfde geldt voor WhatsApp. Voor papieren dossiers; laat deze niet onbeheerd achter, de kans bestaat dat een onbevoegde ze kan inzien terwijl jij even van je werkplek bent.'

Frederik sluit af met de volgende woorden. 'We ergeren ons soms aan de tijd die het kost om een beveiligde vorm van e-mail verzenden te gebruiken, maar we vinden het wel normaal om ons huis met meerdere sloten af te sluiten als we weggaan. Zo moet je ook met cliëntgegevens omgaan. Ofwel, neem de tijd om dit veilig te doen'. [🔗](#)

*Pascale Lavooij is medewerker stagecoördinator op de afdeling publieke gezondheid van GGD Rotterdam-Rijnmond.*

## De *Beter laten-lijst* legt 66 onnodige verpleegkundige handelingen bloot

Een peiling van V&VN laat zien dat we veel onnodige handelingen doen in de zorg. Meer dan de helft daarvan komt dagelijks voor. We doen dit vaak uit gewoonte of omdat bijvoorbeeld een collega het ook zo doet. Neem de hulp bij het aantrekken van steunkousen of het overmatig gebruik van zinkzalf. Hoog tijd om dit te veranderen. Daarom heeft V&VN samen met IQ Healthcare de *Beter laten-lijst* opgesteld; een lijst van handelingen die verpleegkundigen beter niet meer zouden moeten doen. Nu staan we voor de grote uitdaging om deze onnodige interventies uit onze dagelijkse praktijk te krijgen.

Tekst: Getty  
Huisman en  
Alke Nijboer

### Waarom is de *Beter laten-lijst* opgesteld?

Bij het ontwikkelen van richtlijnen wordt altijd gekeken welke interventies effectief zijn en die verpleegkundigen dus dagelijks zouden moeten doen. De *Beter laten-lijst* benadert juist wat verpleegkundigen beter kunnen laten. Uit verschillende onderzoeken, zowel nationaal als internationaal, blijkt dat ongeveer een derde van de zorg geen toegevoegde waarde heeft voor patiënten/cliënten (zie literatuurlijst). Deze onnodige zorg, oftewel 'beter laten-handelingen' genoemd, kan de patiënt soms zelfs schade en leed brengen, lichamelijk of psychisch. Zo laat de nieuwe *Richtlijn neusmaagsonde* bijvoorbeeld zien hoe het inbrengen van een sonde moet worden uitgevoerd. Het inbrengen van een sonde op een onnodige manier, kan in het ergste geval leiden tot het overlijden van een cliënt. Daarom is het van belang om de controle van de ligging goed uit te voeren. Op basis van wetenschappelijke inzichten werd onder andere vastgesteld dat auscultatie (door middel van luisteren op de borst) als methode voor de controle van de ligging sterk wordt afgeraden omdat deze methode niet betrouwbaar blijkt. Ook kunnen de onnodige interventies leiden tot verspilling van tijd en geld. Daarom moet deze onnodige zorg teruggedrongen worden.

### Onnodige zorg kan de patiënt soms zelfs schade en leed brengen

#### Hoe is de lijst opgesteld?

Om handelingen voor deze *Beter laten-lijst* in kaart te brengen zijn er 125 Nederlandse evidence-based richtlijnen en kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden gescreend. In totaal werden er 66 aanbevelingen in 31 richtlijnen en kwaliteitsstandaarden gevonden.

### Top-5 onnodige handelingen

1. Onnodig vaak controleren van vitale functies (temperatuur, bloeddruk, pols)
2. Dagelijks zwachtelen en aantrekken van steunkousen
3. Volgens protocol vervangen en onderhouden van katheters, infusen en stoma's
4. Het dagelijks volledig wassen van cliënten en het standaard gebruik van water en zeep
5. Het overnemen van handelingen die de cliënt – eventueel na instructie – zelf kan verrichten

waarin handelingen worden ontraden. De meeste onnodige aanbevelingen - 37 van de 66 - vallen in de groep 'Veiligheid, preventie, medicatie'. Een voorbeeld is bijvoorbeeld het reinigen van primair gesloten wonden. Het

### Waarom deze handelingen Beter Laten?



Belast de patiënt niet onnodig.



Meer aandacht voor de patiënt/cliënt.



Bespaart tijd.



Bespaart geld.

## Wat kun jij doen?

- 1 Bedenk vóór het uitvoeren van elke handeling of deze echt nodig is bij de patiënt of cliënt.



- 2 Bekijk de lijst met 66 beter laten aanbevelingen.

Deel deze met collega's.



- 4 Maak afspraken met / in het team.

blijkt dat dit niet bijdraagt aan de mondhygiëne, maar daarentegen wel tijd vraagt van de verpleegkundige. Een aantal andere onnodige aanbevelingen gaat over comfort, inclusief pijn en over uitscheiding. Een opvallend voorbeeld is bijvoorbeeld dat wordt afgeraden om desinfectantia te gebruiken bij de dagelijkse verzorging van een urethrale katheter. Of een derde voorbeeld: het wordt aangeraden om materialen zoals katheters en drains te verwijderen bij een delier. Al deze onnodige aanbevelingen zijn vervolgens gecategoriseerd voor specifieke verpleegkundige en verzorgende doelgroepen die vertegenwoordigd zijn in afdelingen en platforms van V&VN. In de lijst die te lezen is op [www.venvn.nl/beterlaten](http://www.venvn.nl/beterlaten), kun je bepalen welke relevant zijn voor jouw werkzaamheden.

## Wat zijn de meest opvallende beter-laten aanbevelingen voor verpleegkundigen en verzorgenden uit de eerstelijns?

De lijst noemt veel beter-laten interventies op het gebied van wondzorg. Zo staat in de *Richtlijn veneuze pathologie* vermeld dat het wordt afgeraden om honing of een zinkpreparatenextract bij behandeling van *ulcus cruris* (een open wond of zweer aan het onderbeen) te gebruiken. Bij de dagelijkse basiszorg, denk aan het wassen, eten en aankleden van cliënten, is er onvoldoende bekend welke basiszorghandelingen nodig en welke onnodig zijn. Het thema eten en drinken is veelbesproken. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan over het stimuleren van patiënten om voldoende te eten en drinken, het informeren over het belang van de juiste voeding en het monitoren van de voedingsinname. Dit zijn aanbevelingen die verpleegkundigen moeten doen. De *Beter Laten-lijst* gaat zoals gezegd over handelingen die geen toegevoegde waarde hebben. Uit de screening van de richtlijnen zijn er een aantal aanbevelingen gevonden met betrekking tot het thema eten en drinken die onbewezen bleken of zelf niet effectief. Deze gaan onder andere over borstvoeding en voeding bij patiënten met anorexia. Zo wordt bijvoorbeeld afgeraden om een tepelhoedje te gebruiken wanneer een baby na de bevalling niet aan de borst kan drinken. Een ander voorbeeld komt uit de *Richtlijn depressie* (2013). Daarin staat dat in de eerstelijns geen screeningsinstrument hoeft ingezet te worden bij het vermoeden van een depressie.

## Waar zien verpleegkundigen zelf nog winst te behalen?

Naast het onderzoek van V&VN en IQ gericht op de handelingen uit richtlijnen, voerde V&VN zelf ook een peiling uit via haar ledenpanel. Zo'n 600 verpleegkundigen en verzorgenden uit diverse sectoren, reageerden op deze peiling. Hier komt een duidelijke top-5 naar voren van overbodige handelingen (zie kader). 65 procent van deze handelingen komt dagelijks terug. Reden is vaak de traditie: 'We doen het altijd zo' (46 procent). Een meerderheid van de ondervraagden (60 procent) zegt dat de genoemde handelingen ook volgens collega's overbodig zijn.

## Zelf aan de slag met de *Beter laten-lijst*?

Om onnodige basiszorg uit te bannen geeft de complete *Beter laten-lijst* voorbeelden van herkenbare zorg die geen toegevoegde waarde hebben voor cliënten, we hebben al enkele genoemd. Zijn deze voorbeelden herkenbaar? Zie jij sommige handelingen nog steeds in de praktijk terug of denk je dat ze in sommige gevallen toch goed zijn om in te zetten? Start daarover zelf eens de dialoog met collega's en cliënten over zorg. En kijk goed naar het implementeren van evidence-based richtlijnen zonder alle onnodige zorg erom heen. En houd in gedachten dat richtlijnen geen verplichtingen zijn. Je mag er altijd gemotiveerd van afwijken als dat in de situatie van de zorgvrager het beste is. Dat geldt overigens ook voor deze *Beter laten-lijst*. ☺

*Meer weten? Kijk dan op [www.venvn.nl/beterlaten](http://www.venvn.nl/beterlaten). Als je tips wilt om zelf met de lijst aan de slag te gaan in jouw organisatie of heb je vragen, mail dan naar [beterlaten@venvn.nl](mailto:beterlaten@venvn.nl)*

## Literatuur

- Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012;307(14):1513-6
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-30
- Morgan DJ, Brownlee S, Leppin AL, Kressin N, Dhruva SS, Levin L, et al. Setting a research agenda for medical overuse. *BMJ*. 2015;351:h4534

*Getty Huisman is verpleegkundig onderzoeker bij IQ Healthcare en Alke Nijboer is adviseur Kwaliteitsstandaarden bij V&VN*

Lector, onderzoeker en wijkverpleegkundige Nienke Bleijenberg

## ‘Kennisagenda wijkverpleging kan alleen tot stand komen mét de beroepsgroep’

In je werk als wijkverpleegkundige ga je voor de best mogelijke zorg. Maar misschien handel je omdat je het altijd zo gedaan hebt. Je weet niet dat er nieuwe kennis is om het anders te doen. Of misschien moet die kennis nog ontwikkeld worden. Om daar achter te komen is een kennisagenda nodig; een overzicht van thema’s waar wijkverpleegkundigen en verzorgenden tegenaan lopen in de praktijk en waarbij meer kennis (een deel van) de oplossing kan zijn. Het ontwikkelen van een kennisagenda in de verpleegkunde is nieuw. Tijdschrift M&G ging in gesprek met één van de katrekkers op dit gebied; lector Proactieve ouderenzorg Nienke Bleijenberg van het lectoraat Chronisch zieken bij Hogeschool Utrecht.

Tekst: Corien Harder

### Eerst even iets over jezelf. Wie ben je en wat doe je?

‘Van origine ben ik wijkverpleegkundige, verplegingswetenschapper en epidemioloog. Mijn zorghart ligt in de wijk. Tot begin dit jaar werkte ik in de directe cliëntenzorg. Sinds februari begeleid ik een dag per week wijkteams van verpleegkundigen en verzorgenden bij projecten en innovaties op het gebied van de ouderenzorg. Het lijntje met de werkvloer is daarmee kort. Dat vind ik erg fijn, want dat is belangrijk in mijn andere werk. Ik werk als lector bij de Hogeschool Utrecht (HU) en bij UMC Utrecht als senior onderzoeker. Ik begeleid bovendien veel promovendi en postdocs.’

### Werken in de wijk: wat boeit je daar zo aan?

‘Mijn drijfveer is zorgen dat de kwaliteit van zorg voor ouderen thuis verbetert. Verpleegkundigen en verzorgenden zien van alles achter de voordeur en in de buurten, maar komen meestal pas bij de mensen als “het water aan de lippen staat”. Als je jouw wijk én de mensen kent, zie je aan een verandering van bijvoorbeeld een verwaarloosde tuin, waar het voorheen “verzorgd” was, dat er wat speelt achter de voordeur. Of je hoort via via dat mevrouw De Vries van nummer 27 niet meer zelf de boodschappen doet. Je weet vanuit je professionele kennis dat er dan meer aan de hand is. Hoe kunnen wijkverpleegkundigen deze signalen eerder zien en daarop proactief handelen zodat mensen langer gezond blijven en langer thuis kunnen blijven wonen? Samen met anderen onderzoek ik dit op verschillende manieren.’



### Wat was de aanleiding voor de Kennisagenda wijkverpleging?

‘De zorg verandert razendsnel en de complexiteit neemt toe. Het is belangrijk dat we goede kwaliteit van zorg kunnen blijven bieden. Zeker in tijden van schaarste moeten we geen onnodige dingen doen.’

Hiervoor is kennis nodig. De afgelopen jaren zijn er bij ZonMw twee programmalijnen geweest die gericht waren op onderzoek en innovatie bij de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden. Veel wijkverpleegkundigen kennen bijvoorbeeld de *Zichtbare schakel*. Dit jaar wil ZonMw nieuwe onderzoeksprogramma's starten die aansluiten bij vraagstukken uit de zorgpraktijk. Samen met Lia van Straalen en Marjan Hoeijmakers, beiden docent en onderzoeker bij HU, de beroepsvereniging V&VN, wijkverpleegkundigen, verzorgenden en andere belangrijke stakeholders ontwikkelen wij een *Kennisagenda wijkverpleging*. Dit zal de eerste in zijn soort zijn en een prachtige kans voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden om invloed uit te oefenen op de onderwerpen waar meer onderzoek naar moet plaatsvinden. Bij geen enkele andere verpleegkundige beroepsgroep bestaat zo'n kennisagenda. We gaan deze ontwikkelen voor, maar vooral mét de beroepsgroep.'

## 'Professionals weten als geen ander waar ze tegenaan lopen in de praktijk'

### Hoe gaan jullie dat doen?

'Van half mei tot eind juni dit jaar haalden we via een vragenlijst thema's op bij wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Thema's waarvan zij vinden dat er kennis ontbreekt of waar verbetering of verandering nodig is. In de wijkzorg werken ruim 20.000 zorgprofessionals waarvan 8.800 wijkverpleegkundigen en 12.000 verzorgenden. Zij weten als geen ander waar ze in de praktijk tegen aanlopen. Ik verwacht dat we een top-10 kunnen samenstellen van thema's en vragen waar meer onderzoek naar gedaan moet worden. Door middel van focusgroepen, bijeenkomsten met een afvaardiging uit de beroepspraktijk en stakeholders, stellen we de aangedragen thema's vast en diepen we thema's uit. Soms zit er achter een aangedragen onderwerp een andere vraag. We kijken verder door de vraag achter de vraag "boven water" te krijgen. Een belangrijk kennisonderwerp is bijvoorbeeld palliatieve zorg: wat is de best mogelijke palliatieve zorg als het gaat om mensen met een andere culturele of religieuze achtergrond? Of het kennisonderwerp preventie: welke preventieve interventies dragen bij aan het gezond houden van mensen? Of het kennisonderwerp multimorbiditeit (meerdere


chronische ziekten tegelijk): welke dilemma's zijn er dan in de zorgverlening? Wat draagt bij aan autonomie bij afnemende gezondheid? Al dit soort vragen gaan we verder inventariseren en verdiepen voor de kennisagenda. Vervolgens geven we met elkaar een prioritering aan de onderwerpen. Op die manier stellen we de *Kennisagenda wijkverpleging* samen vast. De *Kennisagenda wijkverpleging* biedt mooie input voor een onderzoeksprogramma om op die manier meer onderzoek te doen naar de wijkzorg.'

## 'We hebben jou als wijkverpleegkundige hard nodig bij de diverse onderzoeken'

### Wat willen jullie met de kennisagenda bereiken?

'Dat de kwaliteit van de zorg voor mensen thuis verbetert. Ik vind het belangrijk dat verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging niet iets doen omdat ze het al jaren zo doen, maar dat ze aantoonbaar werkende interventies inzetten en met collega's sparren over wat zinvolle interventies zijn en wat niet. Het is belangrijk dat ze onderbouwen wat ze doen en dat ze focussen op cliëntuitkomsten. Waar wordt de cliënt beter van? Is de kennis die nodig is aanwezig in de literatuur of richtlijnen of moet deze nog onderzocht worden? Het kan ook zijn dat de kennis er wel al is maar dat deze nog niet in de praktijk geïmplementeerd is. Het is belangrijk om dat uit te zoeken. Professionals zelf spelen hierin een belangrijke rol. Ik zou dan ook alle wijkverpleegkundigen willen aanmoedigen om met elkaar het gesprek aan te gaan over hoe je zorg verleent en wat zinvolle interventies zijn en wat niet. Het is natuurlijk moeilijk om kritisch te zijn als je de 'blinde vlek' van ontbrekende kennis niet herkent, want wat je niet weet, dat zie je niet.'

### Wat is het vervolg?

'Naar verwachting is de *Kennisagenda* bekend als dit nummer van *Tijdschrift M&G* uitkomt. Ik hoop dat de kennisagenda de beroepsgroepen – zowel (wijk)verpleegkundigen als verzorgenden – bewust maakt dat we samen met elkaar de thema's gaan onderzoeken. Het ZonMw-onderzoeksprogramma is voor ons allemaal. Houd de nieuwsberichten in de gaten, is mijn advies. Doe mee. We hebben jou als wijkverpleegkundige nodig bij die onderzoeken.' 

*Corien Harder is docent aan Fontys Hogeschool Mens & Gezondheid in Eindhoven. Ze is bestuurslid van V&VN M&G en redactielid van Tijdschrift M&G.*

## Geen zeep en geen wc-papier. Zelf kopen?

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Want wat doe je met een cliënt waar geen wc-papier en zeep aanwezig is. En de wasmachine is ook nog eens stuk. Ethicus Hans van Dartel plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst: Hans van Dartel

### Casus

*De 51-jarige Isabel heeft drie maanden geleden een hersenbloeding gehad waardoor ze halfzijdig verlamd is. Na een periode van revalidatie, is ze terug bij haar man in haar eengezinswoning. Isabel komt dagelijks in zorg voor ondersteuning bij het wassen en aankleden en hulp bij de toiletgang. Als ik binnenkom zie ik overal bergen met afvalzakken, kleding en andere spullen verspreid liggen. Isabel ligt op een matrasje in de huiskamer omdat ze niet naar boven kan. Ik stel me voor en maak een inventarisatie. Isabel wil graag verschoond en opgefrist worden. Ik vraag haar echtgenoot om handschoenen, toiletpullen, wc-papier, een bak om water in te vullen voor het wassen, een washandje, een handdoek, schone kleding en incontinentiemateriaal. De man begint her en der wat te rommelen en haalt een verschoten gebruikt washandje onderuit een stapel. Incontinentiemateriaal is gelukkig wel aanwezig. De zeep is op en een handdoek onvindbaar, dus wordt het een theedoek. De kleding van de nacht kan hergebruikt worden, handschoenen zijn niet aanwezig en er is nog net een laatste rol wc-papier over. Ik vraag of er boodschappen gedaan kunnen worden en of er een was gedraaid kan worden. De man geeft aan dat de wasmachine kapot is en dat er pas maandag weer boodschappen gedaan kunnen worden. Dan krijgen ze namelijk weer geld van de schuldsanering. Het schiet door mijn hoofd om anders even snel wat wc-rollen van kantoor mee te nemen en ook een stuk zeep. Als wijkverpleegkundige kom je wel vaker in situaties waar niet alles direct voorhanden is. Maar in hoeverre ben je verantwoordelijk voor iemands persoonlijke spullen? En is het anders als het ook om spullen gaat die noodzakelijk zijn voor goede zorg? Wat is wijsheid in deze?*

### Jouw verantwoordelijkheid

Tja, wat is wijsheid in deze? Hoe ver reikt jouw verantwoordelijkheid? Wijkverpleegkundigen en wijkziekteverzorgenden doen wel meer dingen die ze niet zouden hoeven te doen: ze draaien een wasje, ordenen het een en ander, maken een praatje met de echtgenoot van de cliënt. Allemaal zaken die formeel niet in het zorgplan passen maar die wel wezenlijk zijn voor de zorgrelatie

en de ervaren zorgkwaliteit. De formele taken die volgens de indicatiestelling moeten worden gedaan, vormen wel vaker een middel om meer omvattende zorg te geven: het gaat lang niet altijd om dat been dat verbonden moet worden of de verzorging van het lichaam. Zorg is zeker in de context van de wijk zoveel meer: ze kent veel diepere lagen dan de eendimensionale taakomschrijving en de indicatie. Maar ja, hoever moet je gaan? En zet het afwijken van de regels geen norm voor jouw collega's? En is het wel eerlijk en fair naar andere cliënten?

*'De regie is hier allang overgenomen door de ziekte, door armoede en door instanties die schulden proberen te saneren'*

### Zelfmanagement

Gezondheid wordt in de verpleegkunde steeds meer gelijkgesteld aan vormen van zelfmanagement. Verplegen wordt dan vanzelf ondersteunen van zelfmanagement. Als het gaat om zelfmanagement moet je voor de beschreven casus vaststellen dat hier heel wat loos is: op verschillende fronten schiet het zelfzorgmanagement gruwelijk tekort. Hier zijn een paar mensen simpelweg bezig met overleven. Op een manier die alle mooie idealen van zelfmanagement en eigen regie naar de prullenmand verwijst. De regie is hier allang overgenomen door de ziekte, door armoede en door instanties die schulden proberen te saneren. Het zijn situaties die je helaas vaker tegenkomt: ziekte en armoede zijn in onze samenleving verschijnselen geworden die nogal eens samengaan. Situaties die niet zomaar kunnen worden verbeterd door te verwijzen naar de participatiesamenleving en allerlei mooie ideeën over zelfmanagement. En als je als wijkverpleegkundige aan de deur komt, moet je niet de illusie hebben dat je heel veel kunt doen. Maar dat betekent niet dat je niet iets zou kunnen doen.



### Professionele afweging

Professionele verantwoordelijkheid vraagt dat jij als zorgverlener een goede afweging maakt tussen de verschillende verantwoordelijkheden die spelen: de eerste betreft jouw organisatie die jou op pad stuurt en van jou vraagt om de jou opgedragen taken volgens de organisatienormen te vervullen. Die normen zullen veel zeggen over goede zorg, tijdsnormen en veilige arbeidsomstandigheden maar weinig over het kopen van zeep en wc-rollen. Naast deze functionele verantwoordelijkheid heb je een beroepsmatige verantwoordelijkheid: jij wordt verondersteld volgens de normen van jouw beroepsgroep zorg te verlenen. Bijvoorbeeld dat je de belangen van de zorgvrager op de eerste plaats zet. Maar of dat ook het aanschaffen van zeep en wc-papier inhoudt? Van de andere kant: iemand verzorgen in een situatie waarin de hygiëne echt tekort schiet, dat is niet erg effectief. Daar móet je als verpleegkundige wat mee. In de derde plaats heb je ook nog een persoonlijke verantwoordelijkheid: jij ervaart

niet alleen een appèl van de zorgvrager tegenover je, maar je draagt ook je eigen waarden en normen met je mee. Die persoonlijke verantwoordelijkheid weegt in de regel zwaar. Waarschijnlijk is dat de bron waardoor iemand in deze situatie zegt: ik ga zorgen dat er wc-papier komt, en zeep. Anders kan ik hier niet werken. En dat matras op de grond? Dat kan eigenlijk ook niet. Hier móet ik gewoon iets aan doen.

### Persoonlijke dimensies van zorg

Hoe dan ook: de zorg in deze situatie beperken tot de gevraagde ondersteuning bij wassen en aankleden en toiletgang, is te weinig. Minimaal zou je moeten proberen om op een systematische manier in beeld te brengen hoe de zelfzorg en de situatie voor deze zorgvragers kan worden verbeterd. Dat is echter nog wat anders dan voor het moment te zorgen voor zeep en toiletpapier. Je raakt daar echt aan dimensies van een persoonlijke beroepsmoraal. Aan vormen van warme zorg met weliswaar grote betekenis voor de zorgrelatie – ook in professionele zin - maar vaak weinig formele erkenning in het beleid. Je mag hopen dat de organisatie waarin je werkt ruimte biedt om ook aan dergelijke persoonlijke dimensies van zorg tegemoet te komen. Er het belang van onderkent. Zodat het improviseren waar de meeste wijkverpleegkundigen zo goed in zijn, ook vanuit de organisatie wordt gewaardeerd en bevestigd. Zodat men niet moeilijk gaat doen over een stuk zeep en een paar toilettrollen. Zonder een dergelijke organisatorische speelruimte wordt de zorg wel heel benauwd. Veel te veel een individuele aangelegenheid, waarbij de maatschappelijke vragen te gemakkelijk op de schouders van individuele zorgverleners worden gelegd. Dat zouden we niet moeten willen. Niet als beroepsbeoefenaren. Maar ook niet als samenleving. ☹



*Hans van Dartel is ethicus en niet-praktiserend verpleegkundige.*



FrieslandCampina 

**Institute**  
for dairy nutrition and health

# Informatiematerialen 'Goede voeding voor kinderen'

Het FrieslandCampina Institute heeft verschillende informatiematerialen over 'Goede voeding voor kinderen' verkrijgbaar: een brochure om aan ouders mee te geven, een poster voor in de wacht- of spreekkamer en een gesprekskaart voor uitleg over goede voeding tijdens het consult. Hierin worden de voedingsaanbevelingen voor kinderen in de leeftijd van 1 t/m 8 jaar in beeld weergegeven.

**NIUW: Brochure voor kinderen 9 t/m 18 jaar!**



**Aanvragen?**

Bestel deze materialen kosteloos via [www.frieslandcampinainstitute.nl](http://www.frieslandcampinainstitute.nl)

**Nieuw**



Ben je een voeding- of gezondheidsprofessional en wil je meer weten over zuivel, voeding en gezondheid? Bezoek onze website en schrijf je in voor onze nieuwsbrief:

[www.frieslandcampinainstitute.nl](http://www.frieslandcampinainstitute.nl)

[institute.nl@frieslandcampina.com](mailto:institute.nl@frieslandcampina.com)

Facebook: /FrieslandCampina Institute

Twitter: FCInstitute\_NL