

Maatschappij & Gezondheid



■ **Cross border alert:**
samen infectieziekten aan de grens te lijf

■ **Jeugdgezondheidszorg**
onbekend bij ouders van pubers

**Hoe verleiden we studenten
Verpleegkunde voor de wijk?**



De informatiebron

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

De staat van de JGZ

Het NCJ merkte in ontmoetingen met managers, staf- en beleidsmedewerkers en uitvoerende professionals dat optimaal aansluiten bij ouders van nu door JGZ-organisaties herkend wordt als een actueel en belangrijk JGZ-thema. Tegelijkertijd zoeken veel JGZ-organisaties nog naar manieren om een optimale aansluiting bij ouders daadwerkelijk vorm te geven. Met dit als uitgangspunt werd gekeken naar;

- Wat JGZ-organisaties bezighoudt en waar zij van dromen
- Hoe zij op dit moment bezig zijn met het aansluiten bij ouders van nu (en hoe dit ook ter inspiratie kan dienen voor andere GZorganisaties)
- Wat kansen en belemmeringen zijn bij het beter aansluiten bij ouders

De staat van de JGZ: *Ontwikkelingen in de JGZ in relatie tot aansluiten bij ouders van nu / NCJ, 2018.* Te downloaden via www.ncj.nl

Vaderbetrokkenheid

Er is de afgelopen tijd behoorlijk wat aandacht voor de positieve rol van de vader bij de ontwikkeling en opvoeding van kinderen. Deze handreiking biedt aan organisaties (JGZ, GGD, Scholen etc.) handvatten om de rol van vaders bij de opvoeding te stimuleren. Dat begint met bewustwording over beelden van mannelijke en vrouwelijke opvoeders. Dat is een belangrijke eerste stap om vervolgens in beleid en praktijk rekening te houden met alle opvoeders. Deze handreiking geeft concrete ondersteuning en tips voor het betrekken van mannelijke opvoeders.

Handreiking vaderbetrokkenheid: Hoe betrek je als organisatie ook mannelijke opvoeders? / Sardes, 2018.
Te downloaden via www.sardes.nl

Kinderen en armoede

Armoede is een zeer hardnekkig probleem. Deze publicatie beschrijft de leefsituatie van kinderen in armoede en de gevolgen op hun welbevinden. Ook wordt de beleving van kinderen in armoede en hun ouders geschetst. Er wordt ingegaan op vragen als; Welke kinderen lopen vooral risico om op te groeien in armoede? Wat betekent armoede voor hun dagelijkse situatie en welbevinden? Hoe gaan kinderen met armoede om? Wat betekent armoede voor de ouders? Welke gevolgen heeft armoede voor opvoeden en de ontwikkeling van kinderen?
Opgroeien en opvoeden in armoede / NJI 2018.

Te downloaden via www.nji.nl

We teach...



OPLEIDING VERPLEEGKUNDIGE MAATSCHAPPIJ & GEZONDHEID

- profiel Jeugdgezondheidszorg
- profiel Algemene Gezondheidszorg

“Door de persoonlijke aandacht bij de NSPOH werk ik nu – zichtbaar – met meer zelfvertrouwen en plezier. Mijn positie als verpleegkundige is verbeterd. De verschillende modules geven me een hoop bagage! Die gebruik ik nu bij alle veranderingen die gaande zijn binnen het vakgebied. Ik weet nu beter hoe de publieke gezondheidszorg is georganiseerd.”

Je vak en de omgeving veranderen.

Jouw rol verandert mee.

Speel met plezier een actieve rol in de vernieuwing van het verpleegkundig beroep. Leer effectief samenwerken met ketenpartners, problemen in de gezondheid van cliënten signaleren en daarop acteren.

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

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

Interesse?

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



NSPOH
we teach health

**HOGESCHOOL
UTRECHT**

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 2, juni 2018

ISSN 1568-5853

Redactie: Mariska de Bont, Corien Harder-Drayer, Gerben Jansen, Monique Kemner, Hellen Kooijman, Pascale Lavooij, Marieke Rijsbergen (eindredactie) en Rosanne Steensma

Redactieadres: Zie onder 'Informatie' of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto

Ontwerp en opmaak: Strak Advertising, Mijdrecht

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

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

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

Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij

& Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

W mgz.venvn.nl

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

Hardnekkige grens

Voor je ligt weer een boeiende uitgave van je ledenblad van V&VN Maatschappij & Gezondheid. De productie van dit nummer ging deze keer niet zonder slag of stoot. We hadden in de redactievergadering bedacht een minispecial te maken over werken aan de grens. Met veel enthousiasme gingen we aan de slag, maar we vonden eigenlijk geen enkele verpleegkundige die in meerdere landen actief is. De grens voor verpleegkundigen M&G in de grensregio is dus nog vrij hardnekkig. Wel wordt er op bepaalde gebieden nauw samengewerkt met de bureaus. De infectiebestrijding bijvoorbeeld. Zie daarvoor het artikel over het risk border alert op pagina 16. Ook interessant is het project *Senior friendly communities* van de Euregio Maas/Rijn waar alle goede initiatieven rondom dementie en ouderdomsdepressies in de grensstreek worden gedeeld. Zie daarvoor pagina 14. En lees vooral ook het afscheidsinterview van voorzitter Gia Wallinga op pagina 10. Dank voor je jarenlange inzet voor de afdeling Gia. Succes met alles en het ga je goed!

Marieke Rijsbergen, hoofdredacteur Tijdschrift M&G, twitter: @maririjs en www.bladritme.nl



In dit nummer

Actueel

JGZ nog onbekend bij ouders van pubers 6

Aan tafel met...

Scheidend voorzitter Gia Wallinga van V&VN M&G 10

Thema : werken aan de grens

Senior friendly communities: grensgemeenten 14

werken samen aan dementie en ouderdomsdepressies 14

Drie Vlaamse verpleegkundigen M&G aan het woord 16

Cross border alert: samen infectieziekten te lijf 18

Symposium vakgroep Jeugd

'JGZ kan via jeugdverpleegkundige nóg beter worden' 21

Interview

Margriet van Iersel:
'Wijkverpleging is een weinig sexy domein' 26

Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Vers bloed: 'Ik leer nog elke dag' 13

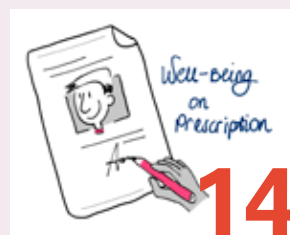
Afdelingsnieuws 22

Het dilemma: mag demente cliënt met borrel op nog autorijden? 24

De richtlijn: Kwaliteitsstandaard voor het zieke kind en gezin die kinderverpleegkundige zorg nodig hebben in de eigen omgeving 28



06



14



21



24

Landelijke aanpak voor kansrijke start kinderen

De eerste duizend dagen van een kind zijn cruciaal voor een goede ontwikkeling. In de praktijk blijkt dat 14 procent van de Nederlandse kinderen een valse start kent door bijvoorbeeld vroeggeboorte of een te laag geboortegewicht. Psychosociale problemen binnen een gezin, huisvesting, armoede en schulden spelen daarbij een belangrijke rol. Minister Hugo de Jonge (VWS) komt voor de zomer met *Kansrijke start*, een landelijk actieprogramma dat ervoor moet zorgen dat kinderen een goede start kunnen maken. Het programma zal zich onder andere richten op het verbeteren van de samenwerking tussen wijkteams, kraamzorg, de verloskundige zorg en de jeugdgezondheidszorg. Ook het verbeteren van de voorlichting over anticonceptie en een gezonde

zwangerschap bij (aanstaande) ouders zal een belangrijk aandachtspunt zijn. De gezondheidsproblemen van deze kinderen met een valse start, hebben gevolgen voor hun gezondheid en ontwikkeling op jonge en latere leeftijd. Kinderen van vrouwen in achterstandswijken hebben zelfs een aanzienlijk groter risico op sterfte en ziekte rond en kort na de geboorte. Deze verschillen worden veroorzaakt door bijvoorbeeld leefstijl, voeding en sociale omgeving. Gemeenten zitten overigens niet stil. Schiedam is één van de gemeenten die met kennis uit het door VWS gefinancierde programma *Healthy Pregnancy 4All* werkt aan een samenhangende aanpak rondom de geboorte. Schiedam start de voorlichting over het belang van gezond zwanger worden zo vroeg mogelijk, onder meer met preconceptielessen op scholen,

informatie op het consultatiebureau en kinderwensspreekuren. Onlangs is een start gemaakt met de verspreiding van de resultaten en kennis uit het programma *Healthy Pregnancy 4All* naar 165 gemeenten. De minister trekt daar 1,5 miljoen euro voor uit. [✎](#)



Steeds minder kinderen sterven aan kanker

In 2016 overleden 61 kinderen onder 15 jaar aan kanker. Deze sterfte is nog nooit zo laag geweest. In het begin van de jaren zeventig overleden jaarlijks meer dan tweehonderd kinderen aan kanker. Dit meldt het CBS op basis van een analyse van de kankersterfte bij kinderen. In 2016 overleden 32 jongens en 29 meisjes aan kanker. De daling van de sterfte aan kanker bij kinderen wordt voor een groot deel verklaard door de daling van het aantal aan leukemie overleden kinderen. In het begin van de jaren zeventig overleden nog gemiddeld honderd kinderen per jaar aan leukemie, ruim 40 procent van de totale kankersterfte bij kinderen. De laatste jaren overlijden jaarlijks


minder dan twintig kinderen aan leukemie. Kanker is wel de meest voorkomende doodsoorzaak bij kinderen van drie tot en met elf jaar. Drie op de tien overleden kinderen van deze leeftijd stierven aan kanker. Hersentumoren zorgen voor de hoogste sterfte aan kanker bij kinderen, met een aandeel van 42 procent (periode 2007–2016), aan leukemie overleed 22 procent. Ook sterfte aan kanker van het bijnierweefsel (10 procent), botten en gewrichten (7 procent) komt relatief vaak voor bij kinderen. Jaarlijks wordt bij ruim 400 kinderen (0 tot 15 jaar) kanker vastgesteld. Dankzij verbeterde behandeling en zorg genezen dus steeds meer kinderen van kanker. [✎](#)

Einde stijging aantal soa's

De Centra Seksuele Gezondheid krijgen steeds meer bezoekers voor een soa-test. Maar het percentage bezoekers bij wie ook daadwerkelijk een soa wordt gevonden, is in 2017 gelijk gebleven. Dat is voor het eerst na een jarenlange stijging. Alleen chlamydia blijft licht toenemen bij heteroseksuele mannen. Dit blijkt uit de *Thermometer seksuele gezondheid* van het RIVM. Vorig jaar zijn in totaal 150.593 soa-consulten uitgevoerd bij de Centra Seksuele Gezondheid. Dat is 5 procent meer dan in 2016. Vooral homoseksuele mannen laten zich vaker testen. Het aantal consulten bij deze groep nam toe met 13 procent. De afgelopen jaren was er een toename in het percentage bezoekers met een soa-diagnose. Dat kwam onder andere omdat er steeds meer mensen werden getest die een verhoogd risico hebben op een soa, waardoor de kans groter is dat er een soa wordt gevonden. Deze toename heeft zich voor het eerst niet voorgezet in 2017. [✎](#)

Daling aantal jaren last van fysieke beperkingen bij ouderen


Ouder worden gaat vaak gepaard met het krijgen van lichamelijke beperkingen in horen, zien of bewegen die niet met hulpmiddelen kunnen worden onderhouden. Vrouwen krijgen gemiddeld op jongere leeftijd dan mannen last van beperkingen. Aangezien vrouwen doorgaans ook ouder worden, zijn ze een groter deel van hun leven fysiek beperkt. Voor 60-jarige vrouwen lag het verwachte aantal jaren zonder matige of ernstige lichamelijke beperkingen in 2013–2016 op bijna 17 jaar van de 26 jaar die zij nog mogen verwachten. Dat blijkt uit recente cijfers van het CBS. Mannen zouden gemiddeld 18 jaar van de hun resterende 23 jaar geen last van beperkingen hebben. De gezondheid van de bevolking is sinds de jaren tachtig verbeterd, de sterftcijfers zijn gedaald. Als deze ontwikkelingen doorzetten, zal de levensverwachting zonder matige of ernstige

fysieke beperkingen in 2040 voor zowel mannen als vrouwen ruim vier jaar hoger liggen dan in de periode 2013–2016. Deze toename is een jaar groter dan die van de totale levensverwachting. De ouderen van 2040 zullen dus niet alleen langer leven, maar bovendien een groter deel daarvan zonder fysieke beperkingen doorbrengen. Deze cijfers zijn slechts een gemiddelde, één op de vijf vrouwen en één op de zeven mannen ervaart nu op hun zestigste al beperkingen. Een deel van hen blijft die de rest van hun leven houden. Daartegenover staat een groep ouderen die tot hun overlijden vrij blijft van beperkingen. Deze verschillen in gezondheid hangen samen met sociaal-economische verschillen. Hoogopgeleide 60-jarigen blijven gemiddeld zes jaar langer vrij van fysieke beperkingen dan hun laagopgeleide leeftijdsgenoten. Ze leven gemiddeld drie jaar langer. 



'Betere etiketten kunnen medicatiefouten fors verminderen'



De etiketten op geneesmiddelen zijn te ingewikkeld voor de meeste mensen. Door ze te verbeteren wordt het begrip van de instructies met ruim 40 procent verhoogd. Dat blijkt uit onderzoek van gezondheidswetenschapper Ekram Maghroudi van Stichting Health Base onder tweehonderd bezoekers van openbare apotheken in Nederland. Zij kregen een etiket te zien en moesten die in eigen woorden interpreteren. Dat ging vaak fout. Etiketten bevatten teveel medisch jargon, afkortingen en onduidelijke instructies. Ook dubbele ontkenningen, zoals 'niet onverdund', werden gevonden. Bijna de helft van de bezoekers heeft moeite met de etiketten. En dit staat los van opleidingsniveau of gezondheidsvaardigheden. Ook hbo'ers hadden moeite de etiketten te begrijpen. Onduidelijkheden zijn er met name over de dosering en het moment van innemen. Verkeerd medicijngebruik leidt tot bijna 275.000 ziekenhuisopnames per jaar. Het gaat dan vooral om de groep 65-plussers. Health Base heeft het onderzoek samen met VU, Nivel, Pharos, KNMP, NHG en Centrum voor Patiënt en Geneesmiddel uitgevoerd. Het is gefinancierd door ZonMw. De onderzoekers pleiten voor eenvoudig taalgebruik boven farmaceutisch jargon en het geven van extra mondelinge voorlichting. 

Jeugdgezondheidszorg onbekend bij ouders van pubers

Veel ouders van tieners gaan naar de huisarts met vragen die beter bij de jeugdgezondheidszorg passen. Dit blijkt uit onderzoek door GGD Gelderland-Zuid en GGD Regio Utrecht onder ouders van pubers. Een gemiste kans voor de GGD, maar vooral ook voor de doelgroep. Hoe komt het dat ouders van 12- tot 18-jarigen de weg naar de jeugdgezondheidszorg niet goed weten te vinden?

Tekst: Claudia Spierings en Linsey Brunekreef

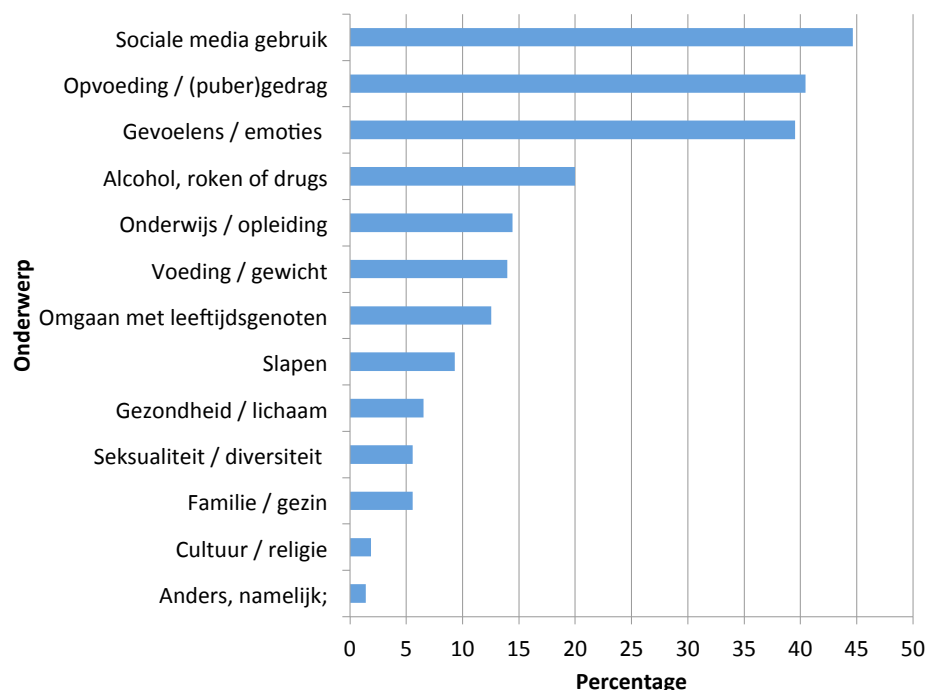
In tegenstelling tot ouders van 0- tot 4-jarigen, is er binnen de jeugdgezondheidszorg over het algemeen weinig contact met ouders van oudere kinderen. De contactmomenten op het voortgezet onderwijs zijn gericht op de jongeren en de rol van ouders hierin is beperkt. Dit terwijl de puberteit een ingewikkelde fase kan zijn, waarin er veel veranderingen spelen op lichamelijk, sociaal-emotioneel, seksueel, cognitief en persoonlijk vlak. De aandacht is echter met name gefocust op hoe jongeren zelf hun gezondheid en welzijn ervaren. Er wordt pas contact opgenomen met de ouders als de professional naar aanleiding van het onderzoek zorgen of vragen heeft. In de meeste gevallen gebeurt dit telefonisch. Hierdoor blijft de jeugdgezondheidszorg voor ouders een onbekend gezicht.

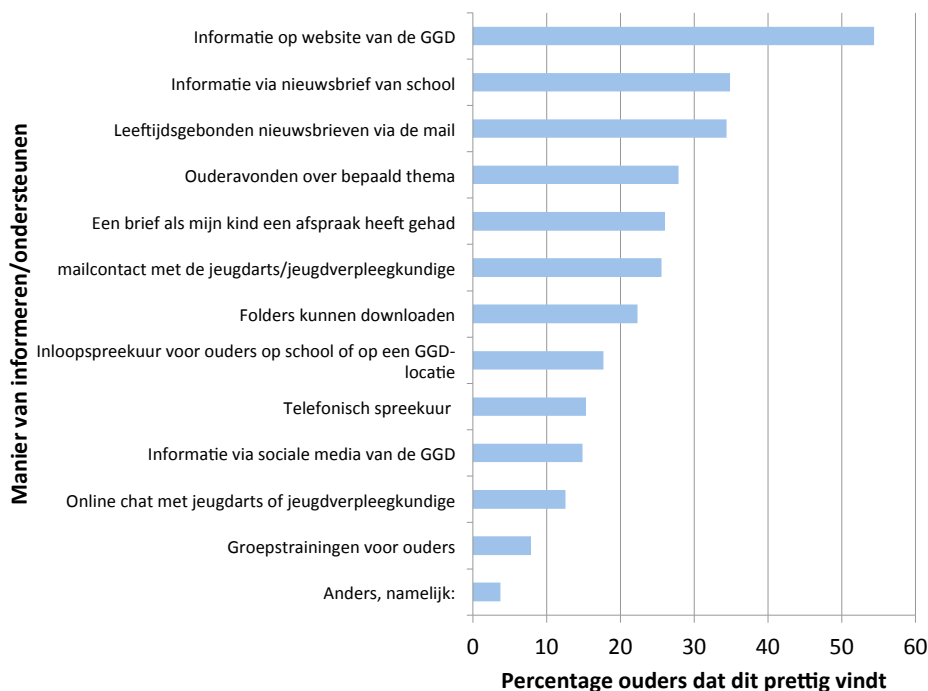
Aanbod onbekend

Het *Besluit Publieke Gezondheidszorg* uit 2008 geeft de jeugdgezondheidszorg de verantwoordelijkheid om zowel jeugdigen als ouders te ondersteunen door middel van voorlichting, advies, instructie en begeleiding. Helaas blijkt uit onderzoek dat het aanbod van

de jeugdgezondheidszorg op de middelbare scholen voor veel ouders onbekend is. Middels een enquête door GGD Gelderland-Zuid en GGD Regio Utrecht hebben 215 ouders van 12 tot 18-jarigen zich hierover in het najaar van 2017 uitgesproken.

Ouders gaan bij zorgen of vragen over hun kind in eerste instantie in gesprek met mensen die dichtbij hen staan, zoals vrienden en familie. Als ouders op zoek zijn naar advies en ondersteuning van een professional gaat ruim 50 procent van de ouders naar de huisarts. Opvallend is dat een kwart van de ouders helemaal niet weet waar naartoe te gaan voor professionele ondersteuning. Slechts 15 tot 20 procent van de ouders kiest bij zorgen of vragen over hun kind voor de GGD of het CJG als hulpbron. Terwijl hier juist de expertise aanwezig is over de opvoeding en ontwikkeling van een kind. Een ouder gaf als opmerking hierover: 'Er zou meer contact met de ouders moeten zijn en de jeugdgezondheidszorg zou zichzelf duidelijker moeten profileren, aangeven wat het kan doen voor ouders en kinderen. Ik heb daar nu een heel slecht beeld van.'





De zorgen of vragen die ouders hebben, gaan het vaakst over de onderwerpen sociale mediagebruik, opvoeding/ (puber)gedrag en gevoelens en emoties. Zoals: hoe lang per dag mag mijn kind gamen? Hoe zorg ik ervoor dat mijn kind goed in slaapt valt? Hoe ga ik om met grenzen stellen? Wat kan ik doen om mijn kind meer zelfvertrouwen te geven? Bij uitstek onderwerpen waar de jeugdgezondheidszorg vanuit hun expertise een rol in kan spelen. Sociale media-gebruik staat hierbij op de eerste plek. Vergeleken met de voorgaande onderzoeken in de literatuur is sociale media een nieuw onderwerp. Dat ouders van de huidige 12- tot 18-jarigen in hun eigen jeugd minder ervaring opgedaan met sociale media, kan een verklaring zijn waardoor er het vaakst vragen of zorgen zijn over dit onderwerp.

Huidig aanbod zinvol?

Door ruim de helft van de ouders worden de afspraken met de jeugdgezondheidszorg in de huidige vorm op het voortgezet onderwijs zinvol gevonden. Opvallend is dat ongeveer eveneens de helft van de ouders aangeeft geen mening hierover te hebben. Bij de vraag hoe ouders de betrouwbaarheid en de deskundigheid van de jeugdgezondheidszorg beoordelen, wordt eveneens door de helft aangegeven hierover geen mening te hebben. Ouders missen schijnbaar informatie om goed over deze vragen te kunnen oordelen. Over de manier waarop ouders vooraf en achteraf geïnformeerd zijn over de afspraken van de jeugdgezondheidszorg die het kind op school heeft, zijn de meningen verdeeld. Ongeveer een derde voelt zich voldoende geïnformeerd tegenover een derde die zich niet voldoende geïnformeerd voelt. Ditzelfde verschil komt naar

voren als het gaat om hoe goed ouders op de hoogte zijn gesteld van de inhoud van de afspraak. Hieruit blijkt dat het van belang is om ouders meer en beter mee te nemen in het doel, de inhoud en het verloop van de afspraak. Ouders vinden het prettig om vooraf op de hoogte te zijn van wat er gaat gebeuren tijdens de afspraak. Als ouders het nut inzien van de afspraak, zullen zij dit ook op die manier overbrengen naar hun kind. Zij kunnen dan met hun kind over de afspraak praten en zo nodig hun kind motiveren om naar de afspraak te gaan. Of zoals een ouder het verwoordt: 'Het zou nuttig zijn om meer informatie te verstrekken over de gesprekken die gevoerd worden met de jongere zodat we er thuis vooraf en/of achteraf er ook over kunnen praten.' De manier waarop ouders vooraf en achteraf geïnformeerd worden, dient kritisch te worden bekeken.

'Slechts 15 tot 20 procent van de ouders kiest bij zorgen over hun kind voor de GGD'

Behoeften

Er is aan de ouders gevraagd welke ondersteuning vanuit de jeugdgezondheidszorg zij waarderen in deze leeftijdsfase van het kind. Ouders willen graag geïnformeerd worden over relevante leeftijdsgelinkte informatie over hun kind. Denk bijvoorbeeld aan wat je moet weten over je puber op sociale media. Of hoe je omgaat met een puber in huis? Hoe stel je grenzen? Hoe houdt je puber een gezond gewicht? Informatie via de website

van de organisatie, informatie via de nieuwsbrief van school en leeftijdsgebonden nieuwsbrieven worden het vaakst gekozen. Dit laat zien dat ouders betrouwbare informatie willen kunnen opzoeken op het moment dat zij ergens tegenaan lopen. De jeugdgezondheidszorg kan hierop inspelen door leeftijdsgebonden nieuwsbrieven te ontwikkelen. De informatie kan aangevuld worden met praktische tips en adviezen voor ouders. Een ouder geeft de volgende tip: 'Misschien ook laten weten dat sommige zaken er echt gewoon bij horen in de puberteit. Maak een soort groeiboekje voor pubers net als voor peuters/kleuters met de normale 'euvels'.'

Ouders lijken geen behoefte te hebben aan het delen van hun zorgen of vragen met andere ouders die zij niet kennen. Ondersteuning vanuit de jeugdgezondheidszorg door middel van een groepstraining met andere ouders, wordt namelijk het minst gekozen. Een ouderavond over een bepaald thema wordt echter wel door ongeveer één op de vier ouders gekozen. Het ontvangen van informatie samen met andere ouders tijdens een ouderavond, wordt dus anders ervaren dan het daadwerkelijk delen van persoonlijke vragen en zorgen met andere ouders.



Zichtbaar zijn

Al met al moet er gewerkt worden aan de zichtbaarheid en bekendheid van de jeugdgezondheidszorg. Het moet voor ouders duidelijk zijn wat de jeugdgezondheidszorg ouders van 12- tot 18-jarigen kan bieden, welke specifieke expertise er binnen de jeugdgezondheidszorg aanwezig is en welke ondersteuningsmogelijkheden er geboden kunnen worden. Zorg er daarom voor dat de jeugdgezondheidszorg een gemakkelijke vindplaats wordt voor ouders. Om ouders beter te informeren dient de informatie op de website actueel en zo volledig mogelijk te zijn. De informatievoorziening rondom de contactmomenten op het voortgezet onderwijs moeten duidelijk en uitnodigend zijn voor ouders. Laat ouders meedenken in de verbetering hiervan. De jeugdgezondheidszorg moet zich ook op andere manieren meer laten zien. Denk aan aansluiten bij school gerelateerde activiteiten als ouderavonden en artikelen aanleveren voor de schoolnieuwsbrieven

Linsey Brunekreef is jeugdverpleegkundige bij de GGD regio Utrecht

Claudia Spierings is jeugdverpleegkundige bij de GGD Gelderland-Zuid

die veel ouders bereiken. Door middel van proactief adviseren en voorlichten, denken ouders bij andere zorgen en vragen over hun kind wellicht ook eerder aan de jeugdgezondheidszorg als sparringpartner.

'Regelmatig een bericht van de GGD over pubers helpt mij een beeld te krijgen wat de GGD voor mij als ouder kan betekenen'

Interessant zijn de adviezen van ouders zelf. Zo zegt een ouder in het onderzoek: 'De GGD is vanaf de middelbare school voor mij buiten beeld en daarom op te grote afstand om laagdrempelig contact op te nemen. Regelmatig een bericht van de GGD met actuele info of kennis over pubers zou helpen om een beeld te krijgen wat de GGD voor mij kan betekenen in ondersteuning.' En een andere ouder meent: 'Het zou handig zijn om altijd als er met ouders contactmomenten op school zijn, te vermelden dat er contact opgenomen kan worden met de GGD als er opvoedproblemen zijn. Dus bij elke ouderavond en onderaan nieuwsbrieven.'

Krachten bundelen

Naast de uitkomst van dit onderzoek, geeft ook de preventieagenda vanuit het NCJ aanleiding om vanuit de jeugdgezondheidszorg aan de slag te gaan met ouders. De pijler *Ouderschap* van de preventieagenda is een eerste stap in de gezamenlijke zoektocht van de jeugdgezondheidszorg naar de beste ondersteuning voor ouders. Laten we onze krachten bundelen en met elkaar aandacht blijven vragen, juist ook voor de ouders van pubers. [🔗](#)

Goede voorbeelden

GGD West-Brabant heeft twee pilots gehouden met het uitnodigen van ouders bij het contactmoment op het voortgezet onderwijs, wanneer de jongere 13 jaar is. Uit de pilot bleek dat ouders deze werkwijze waarderen en de jeugdgezondheidszorg beter weten te vinden voor kleine en grote opvoedvragen. Een ander mooi voorbeeld is het inlooppreekuur voor puberouders dat Marjon van Klaveren, jeugdverpleegkundige GGD Gelderland-Zuid gaat starten naar aanleiding van eigen signalering en gesteund door het hiergenoemde onderzoek. Door dit spreekuur te doen bij de huisarts in haar wijk hoopt ze op goede samenwerking en een win-win situatie voor ouders, huisarts en de jeugdgezondheidszorg.



FrieslandCampina nir

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

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

institute.nl@frieslandcampina.com

Facebook: /FrieslandCampina Institute

Twitter: FCInstitute_NL

Afscheidsinterview met voorzitter Gia Wallinga van V&VN M&G

‘Preventie komt steeds centraler te staan in ons werk’

Deze zomer neemt Gia Wallinga afscheid als voorzitter van afdeling Maatschappij & Gezondheid. Ruim vier jaar zette zij zich tomeloos en met veel enthousiasme in voor de verpleegkundigen M&G om de zorg voor de burger in de wijk beter te maken. Tijdschrift M&G blikst samen met haar terug op deze periode.

Tekst: Corien Harder

Bij de start van jouw voorzitterschap heb ik je ook geïnterviewd. Hoe kijk je terug op je voorzitterschap?

‘Heel positief. Het is een mooie vereniging om je voor in te zetten. Je vroeg me toen of ik van ons vak houd. Nou, dat doe ik! Wat dat betreft heb ik me enorm uit kunnen leven. Mijn drive zit ‘m in zorgen dat de gezondheid beter wordt voor de burger in de wijk. Ik wil de zorg voor de burger in het domein van M&G beter maken, verder ontwikkelen. Als ik me alleen bezig moet houden met het beroep, dan haak ik af. Als ik het beter kan maken voor de burger én ons vak dan heb je mij voor 100 procent, als het niet meer is.’

Welke ontwikkelingen heb je zien groeien in die vier jaar?

‘Wat ik heel mooi vind is de verbinding die we als afdeling gemaakt hebben vanuit de eerstelijns met de openbare gezondheidszorg (OGZ) en de dementieverpleegkundigen. Het leven van mensen gebeurt thuis, in de wijk én het openbare leven. Daar staan wij als verpleegkundigen M&G midden in. Allemaal dragen we op onze eigen manier een steentje bij aan de gezondheid van burgers. De afgelopen jaren is ook duidelijker geworden dat de toekomst in de wijk ligt, niet in de wijkverpleging, maar echt IN de wijk. Daar gebeurt het. Samen met OGZ-, wijk-, jeugd- én dementieverpleegkundigen.’

Komt preventie daardoor centraler te staan?

‘Zeker weten. Maar niet bij iedereen staat dit echter al goed op het netvlies. De jeugdverpleegkundigen denken er niet bij na, maar doen het gewoon. De verpleegkundige OGZ doet er ook veel in, maar de rol van de verpleegkundige in het multidisciplinaire veld kan nog sterker voor het voetlicht gebracht worden. Ook de wijkverpleegkundige moet een grote inhaalslag maken op het gebied van preventie. Ze zijn het een beetje verleerd omdat het zo lang geen plaats heeft gehad in het werk. We moeten allemaal gaan beseffen dat de verpleegkundige M&G een belangrijke opdracht heeft: het voorkomen van ziekte en als er wel een ziekte is, het behoud van een betekenisvol leven.’

Wat is er allemaal gebeurd tijdens jouw voorzitterschap?

‘Heel veel. De wereld verandert en daarmee ook het domein M&G. De transitie van de zorg door de nieuwe wet- en regelgeving in 2015 bijvoorbeeld had een enorme impact op ons werk. Belangrijk voor onze afdeling was de fusie in 2015. De afdeling Eerstelijns ging op in de nieuwe afdeling M&G. Jeugd- en wijkverpleegkundigen gingen samen verder met de casemanagers dementie, reizigersverpleegkundigen, tuberculoseverpleegkundigen, verpleegkundigen infectieziekten en verpleegkundigen seksuele gezondheid én de jeugdverpleegkundigen voor 4-18-jarigen. Voor het gemak noemen we de laatste vijf OGZ-verpleegkundigen. Maar het zijn echt vier vakgroepen binnen onze afdeling. De zeven vakgroepen moesten even aan elkaar wennen, maar de samenwerking verloopt goed. We voelen ons verbonden in het domein M&G.’

Wat vond jij persoonlijk het meest bijzondere dat je bereikt hebt als voorzitter?

‘Dan noem ik de acht pijlers van onze afdeling, ons visiedocument (te lezen op mgz.venv.nl, red). We werken midden in de maatschappij: gericht op zorg en preventie, op gezond leven. Onze focus gaat naar het individu, maar ook naar de groep en zijn netwerk. Ons werk vraagt van ons een grote mate van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. Die acht pijlers zijn een basis van waaruit wij werken en waar we samen voor staan.’

Welke veranderingen hebben de vakgroepen in die vier jaar doorgemaakt?

‘Waar ik echt trots op ben, is dat de vakgroepen hun positie in het werkveld hebben kunnen versterken. Een goed voorbeeld hiervan is de vakgroep Tuberculose. Zij deden de afgelopen decennia het werk zo goed dat ze eigenlijk onzichtbaar zijn geworden voor de ‘gewone man’. Overbodig zijn ze echter niet, maar dat moet je wel duidelijk maken bij beleidsmakers, zowel in Den Haag als bij lokale gemeenten. Met behulp van het bureau van V&VN schreef deze vakgroep een beleidsnotitie om de tuberculoseverpleegkundige te profileren. Nu



staan ze weer op de kaart en worden ze betrokken bij vraagstukken die GGD'en hebben. Dat het samenvoegen van dubbele registers voor verpleegkundigen, zoals reizigers, echter nog niet is gelukt is me een doorn in het oog, daar geven we nog een extra zet aan. Succesvolle voorbeelden zijn ook de dementieverpleegkundigen en de jeugdverpleegkundigen. Zij zetten met allerlei mooie initiatieven, zoals het expertisegebied en de ambassadeurstrajecten, zichzelf goed op de kaart bij beleidsmakers en zorgverzekeraars. Een geweldige prestatie.'

Voorzitter zijn is een vrijwilligerstaak. Je hebt er een fulltime baan én een gezin naast. Hoe vonden ze het thuis dat je voorzitter werd van V&VN M&G?

'Bij ons thuis is het motto dat je vooral die dingen moet doen waar je energie van krijgt en waar je je passie in kunt leggen. Thuis zagen ze dat ik er veel plezier in had. Natuurlijk geeft het wel eens spanning. Door de week veegde ik regelmatig de agenda leeg voor onze afdeling, ook 's avonds. Een ritje naar Utrecht naar V&VN of door naar Den Haag, waar we onze stem moeten laten horen als er beslissingen genomen worden die ons vak aan gaan. Zoals de veranderingen rondom de bekostiging wijkverpleging. Maar in het weekend ben ik er fulltime voor mijn gezin. Een heel markant moment voor mij was de ontmoeting met de Koning tijdens de nieuwjaarsreceptie in 2016. Toen kregen we de kans om het werk van de wijkverpleegkundige uit te leggen.'

Wat geef je de nieuwe voorzitter mee?

'Verbinden en bouwen, dat is belangrijk. Draag bij aan de verbinding met anderen in het domein M&G, schouder aan schouder binnen V&VN maak je de ruimte die verpleegkundigen M&G nodig hebben. Bouw door aan het versterken van de gezondheid van de mensen in de wijk, aan het versterken van de preventieve rol van de beroepsgroep, want dat is de toekomst. Help de vakgroepen verder op de kaart te zetten én te blijven. Ik wens hem of haar veel succes. Het is een bijzondere functie die je zelf kunt uitbouwen tot iets heel unieks.' [🔗](#)

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.

Twee problemen, twee voedingsoplossingen

Problemen in de slokdarm en maag

Regurgitatie

50% van de kindjes heeft regurgitatie¹

48% van de ouders ziet regurgitatie als **een probleem waar ze alles aan willen doen** om dit op te lossen²

Nutrilon A.R. is bewezen effectief bij regurgitatie³⁻⁸

Problemen in de darm

Krampjes

42% van de kindjes heeft krampjes²

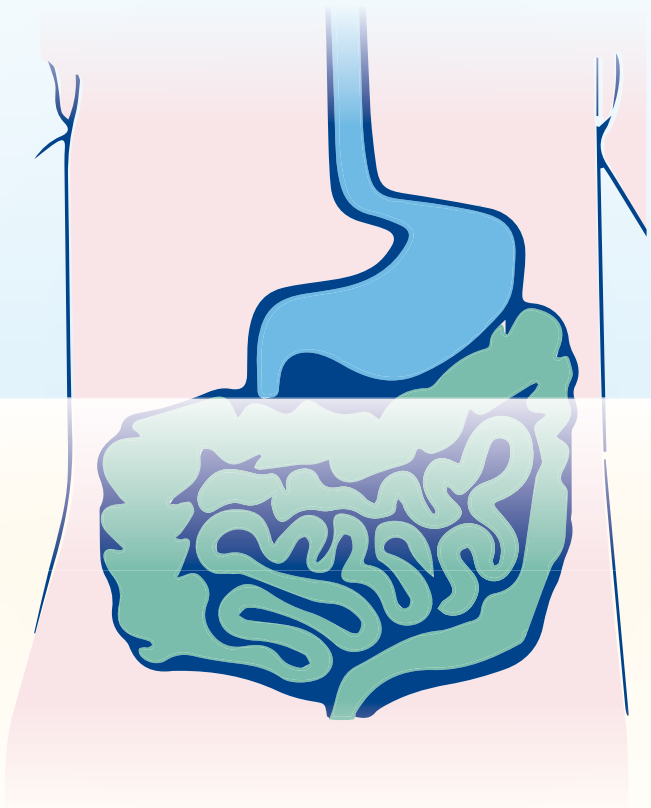
54% van de ouders ziet krampjes als **een probleem waar ze alles aan willen doen** om dit op te lossen²

Moeizame ontlasting

12% van de kindjes heeft moeizame ontlasting²

43% van de ouders ziet moeizame ontlasting als **een probleem waar ze alles aan willen doen** om dit op te lossen²

Nutrilon Omneo-Comfort is bewezen effectief bij krampjes⁹⁻¹¹ en moeizame ontlasting^{9,11-14}



Referenties: 1. Kneepkens CMF et al. (2014) *NvD*. 2. Brand E et al. (2014) It's normal to be special - results of quantitative research. 3. Wenzl TG et al. (2003) *Pediatrics* 111 (4 Pt 1): e355-92. 4. Vandenplas Y et al. (1994) *Eur J Pediatr* Jun;153(6):419-23. 5. Horvath A et al. (2008) *Pediatrics* Dec;122(6):e1268-77. 6. Nutricia Research (1997) Report: Artificial digestion model measuring viscosity of different thickeners. 7. Abrahamse E (2009) Intern report Nutricia Research, ARTIS study. 8. Bonelli O et al. (1997) *Ital J Gastroenterol Hepatol*. Jun;29(3):237-42. 9. Savino F et al. (2003) *Acta Paediatr Suppl* 441, 86-90. 10. Savino F et al. (2006) *Eur J Clin Nutr* 60, 1304-1310. 11. Veith V et al. (2000) *J Ernährungsmed* 2:14-20. 12. Savino F et al. (2005) *Acta Paediatr Suppl* 94:120-4. 13. Bongers MEJ et al. (2007) *Nutr J* 6:8. 14. Schmelzle H, Wirth S, Skopnik H et al. (2003) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 36: 343-51

www.nutriciavorprofessionals.nl

NUTRICIA 
early life nutrition

Wijkverpleegkundige Marian Zom:

'Ik leer nog elke dag'

In de rubriek *Vers Bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Marian Zom (44), wijkverpleegkundige bij TWB Thuiszorg met Aandacht in Hoogerheide-Huijbergen-Calfven. Marian maakte in juni 2017 de overstap van anesthesiemedewerker naar wijkverpleegkundige. 'Ik leer nog elke dag.'

Waarom koos je voor de wijkverpleging?

'Werken op de OK als anesthesiemedewerker is enorm leuk, maar in de loop der jaren erg veranderd. Veel ingrepen zijn onder andere laparoscopisch geworden. De rol van anesthesiemedewerker werd daardoor kleiner. Ik besefte dat als ik iets anders wilde, ik het nu moest doen. Een vriend van mij die in de thuiszorg werkt zei: "De wijkverpleging vind ik echt wat voor jou." Toen ben ik een dagje meegelopen.'

Beviel het meteen?

'Ik vond het meteen heel leuk, afwisselend en enorm breed. Maar ik twijfelde of het zinvol was om te solliciteren. Ik had wel mijn hbo-v-diploma maar wist niets van de wijk. Omdat in de vacature stond dat ervaring geen vereiste was, heb ik toch gesolliciteerd. Na een paar goede en inhoudelijke gesprekken, waagde ik de sprong.'

En? Een goede keuze?

'Zeker. Het is zo anders als wat ik hiervoor deed. Zorgplannen maken, indiceren, de samenwerking met de vele disciplines die werkzaam zijn in de wijk, het inplannen van de routes, de sociale omgeving van de cliënt en het openhouden van je ogen en oren voor eventuele andere problemen bij cliënten: allemaal zaken die ik me echt

eigen moest maken. Daarom was het fijn dat ik de eerste tijd met een collega meeliep. Want het is soms best heftig wat je meemaakt.'

Kun je daar een voorbeeld van geven?

'We hadden een man in zorg gekregen die darmkanker had en in de laatste fase zat. Zijn vrouw was dementerend en hij kon het niet meer aan. Al snel bleek dat er meer aan de hand was met zijn vrouw. Onderzoek wees uit dat ze baarmoederhalskanker had in een vergevorderd stadium. De man wilde niet meer leven, maar wilde wel blijven voor zijn vrouw. De zorgvraag werd intussen groter en groter. Na drie weken stond ik alleen voor de coördinatie van deze zorg. Ik moest het team aansturen, direct contact houden met de huisarts en familie plus nachtzorg regelen. En in de tussentijd had ik gesprekken met de man die uiteindelijk euthanasie wilde. Eerst stierf de vrouw en drie dagen later kreeg meneer euthanasie.'

Hoe zie jij jezelf over vijf jaar?

'Ik hoop dan een volleerd en zelfverzekerd wijkverpleegkundige te zijn. In het ziekenhuis kreeg je je werkzaamheden via de arts vaak op een presenteerblaadje aangeboden. Hier moet je regelmatig improviseren. Ik leer na tien maanden nog elke dag! En dat geeft het werken in de wijk voor mij een extra uitdaging.' 📧

BIO

Naam: Marian Zom

Werkt bij? TWB Thuiszorg met Aandacht in Hoogerheide-Huijbergen-Calfven

Opleiding: hbo-v, Fontys Hogeschool Tilburg

Is goed in? 'Ik hoor vaak dat ik dingen goed onder woorden kan brengen. En dat ik goed kan luisteren voordat ik reageer.'

Grootste blunder? 'In december had iedereen na een fikse sneeuwbus de sneeuw in de goot van zijn straat geveegd. Gevolg: toen ik na mijn bezoek aan een cliënt weg wilde rijden, zat ik vast in de prut. Mijn cliënt heeft geholpen met duwen. Gevalletje: wie helpt wie?'

Tekst: Marieke Rijsbergen

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



Grensgemeenten pakken dementie en ouderdomsdepressie samen aan

Senior Friendly Communities

Aan zowel de Duitse, Belgische als de Nederlandse grens, kampen gemeenten met vergrijzing en een toenemend aantal ouderen met dementie en ouderdomsdepressie. Omdat deze problemen vrijwel hetzelfde zijn en niet elke gemeente het wiel opnieuw hoeft uit te vinden, is het 3-jarige project *Senior friendly communities* gestart. Interreg V-A Euregio Maas-Rijn subsidieert en de stichting euPrevent EMR coördineert. Eerst is gekeken wat er allemaal al bestaat bij de 32 deelnemende gemeenten en welke activiteiten er vertaald en aangepast kunnen worden. En dan wel op zo'n manier dat ook de andere gemeenten ze kunnen implementeren. En wat blijkt? Er zijn meer dan vijftien initiatieven die de diverse grenzen over kunnen en al zijn gegaan.

Tekst: Marieke Rijsbergen

Hoe het precies werkt? Directeur Brigitte van der Zanden van euPrevent steekt meteen van wal. 'Binnen het project *Senior Friendly Communities* ligt de nadruk op de psychische gezondheid van ouderen. Het project richt zich op beleid en activiteiten voor ouderen met dementie of ouderdomsdepressie én op mantelzorgers. Bij alle initiatieven is preventie de inzet. De meeste gezondheidswinst is daar immers te behalen. We kunnen er beter voor zorgen dat senioren geen depressie ontwikkelen en dat bijvoorbeeld mantelzorgers niet tussen wal en schip vallen. Daarnaast sluiten wij met 'seniorvriendelijk' goed aan bij 'Active aging', het bredere concept van de World Health Organisation (WHO) als het gaat om actief ouder worden.' De activiteiten lopen

tot het implementeren van een toolbox voor mantelzorgers. In totaal zijn er vijftien activiteiten geselecteerd. 'Daarna is met elke gemeente apart gekeken via een analyse waar zij behoefte aan hebben en welke activiteiten daar bij passen. Als bijvoorbeeld een Nederlandse gemeente een project wil implementeren dat in Duitsland goed draait, dan helpen de Duitsers het te introduceren bij de Nederlandse gemeente. Met ondersteuning van het projectteam *Senior Friendly Communities*. Om te voorkomen dat al deze initiatieven na drie jaar opeens stoppen, wordt er ook een duurzaamheidsplan met de gemeente geschreven.'

Vergeeten groep depressie

Wat ook uit het vooronderzoek naar voren kwam was dat vrijwel geen enkele gemeente projecten heeft rondom het thema ouderdomsdepressie. Van der Zanden: 'Vaak wordt ouderdomsdepressie verward met dementie. Maar dat is toch echt heel iets anders. Wat te denken van een man die na 60 jaar getrouwd te zijn geweest, plots weduwnaar wordt? Deze vergeten groep heeft meer aandacht nodig en dat kan nu via diverse projecten. Heel wat gemeenten schrokken er zelf ook van en concludeerden dat er nog heel wat gedaan kan worden aan het thema ouderdomsdepressie. Eenzaamheid bij senioren kan immers snel leiden tot een

'Bij alle initiatieven is preventie de inzet. Daar is immers de meeste gezondheidswinst te behalen'

uiteen van een campagne hoe om te gaan met mensen met dementie, het invoeren van een netwerk rondom mensen met dementie, een theaterstuk over dementie en depressie

Welzijn op voorschrift

Een mooi Belgisch project dat de Duitse en Nederlandse grensregio is over gegaan heet: *Welzijn op voorschrift*. In dit initiatief koppelen eerstelijns werkers of de huisarts senioren met klachten van niet medische aard zoals troosteloos, vermoeid of eenzaam, aan een welzijnscoach. Zij begeleiden en observeren de senioren en het doel is dat hun welzijn en hun geestelijke gezondheid daardoor verbetert en een doorverwijzing naar psychologische zorg niet meer nodig is. In de tussentijd houdt de welzijnscoach de huisarts en de eerstelijns werker op de hoogte.





Confetti in mijn hoofd

Een Duits initiatief dat naar enkele Nederlandse en Belgische gemeenten is getransporteerd heet *Confetti in mijn hoofd*. In dit project worden mensen via een campagne bewust gemaakt dat personen met dementie burgers van de gemeente zijn. Het vestigt de aandacht op het individu achter deze heftige diagnose. En wel op zo'n manier dat te zien is dat het leven van personen met dementie vaak veelzijdiger en gekleurerd is dan we vermoeden. Pas wanneer de angst om contact met hen te hebben wordt overwonnen, kunnen er leefbare oplossingen ontwikkeld worden zodat personen met dementie er weer bij horen in de samenleving.

depressie als je er niets aan doet. En dan gaat het veel meer geld kosten dan dat je er preventief iets aan doet.'

'Soms hebben we in de grensgemeenten specifieke problemen die niet spelen in Den Haag of Groningen'

Het mooie aan dit project vindt Van der Zanden de samenwerking. 'Dat de gemeenten en de organisaties waar de projecten vandaan komen, helpen met het implementeren in andere gemeenten werkt heel verfrissend. Ook omdat we op deze manier van elkaar leren en gewoonweg omdat we in contact zijn met elkaar. Want soms hebben wij hier in de grensgemeenten specifieke problemen die niet spelen in Den Haag of Groningen. Dat is bijvoorbeeld het geval met obesitas. Die cijfers liggen hier in de grensregio hoger. Dan zou het slimmer zijn om dat gezamenlijk aan te pakken in plaats van dat je het nationaal begrenst. Daar moeten we wat mij betreft zo snel mogelijk heen.'

Inspiratie opdoen

Wijk- en dementieverpleegkundigen in de grensgemeenten kunnen al in aanraking zijn gekomen met diverse projecten van *Senior Friendly Communities*. Van der Zanden: 'Verpleegkundigen M&G in de rest van Nederland kunnen inspiratie opdoen welke initiatieven er allemaal zijn rondom dementie, ouderdomsdepressie en mantelzorgers. En hun gemeenten warm maken om ook dit soort projecten te starten. Want we moeten uiteindelijk allemaal toegroeien naar seniorvriendelijke gemeenten. Waar in Europa dan ook.'

Dit project wordt ondersteund door het Interreg V-A programma Euregio Maas-Rijn. Meer informatie: www.euprevent.eu/sfc

PARTNER IN BALANCE



Partner in balans

Een Nederlands project dat nu draait in de Belgische en Duitse grensgemeenten heet *Partner in balans*. Dit project maakt deel uit van de toolbox ter ondersteuning van mantelzorgers en Alzheimer Centrum Limburg (ACL) coördineert het project. Het biedt mantelzorgers van personen met dementie steun door hen sterker te maken, hun zelfvertrouwen op te krikken en hun levenskwaliteit te verbeteren. Ze krijgen een coach toegewezen en kunnen via e-learning aan thematische modules meedoen, inclusief psychologische educatie, het modelleren van gedrag, reflectieoefeningen, veranderingsplannen en feedback die de coach per e-mail geeft gedurende een periode van acht weken. Ook kunnen ze via e-learning meedoen aan themamodules over onder andere: Aanvaarding, Balans in activiteiten, Focussen op het positieve en Veranderend familielid. Daarnaast wordt het netwerk van personen met dementie bij de verzorging betrokken. Dat kan via het online netwerk *Inlife* dat ACL heeft ontwikkeld. Een virtuele maatschappelijke omgeving die ondersteuning biedt en die familie, vrienden en burens samenbrengt op één persoonlijke website. Deze website vergemakkelijkt, door middel van een aantal functies, de betrokkenheid bij en de steun voor deze personen in hun dagelijkse leven met personen met dementie.

Marieke Rijsbergen is freelance journalist en hoofd- en eindredacteur van Tijdschrift M&G. Zie ook www.bladritme.nl

3 Vlaamse verpleegkundigen M&G in de grensregio:

Wat zijn de verschillen?

De zorg houdt niet op bij de grens. Tijdschrift M&G sprak drie Vlaamse verpleegkundigen M&G die binnen enkele kilometers in Nederland kunnen staan. Hebben ze veel contact met Nederlandse verpleegkundigen? En hoe zit het met Nederlandse cliënten? We gingen op zoek naar enkele verschillen en overeenkomsten.

*Tekst: Monique
Kemner en
Marieke
Rijsbergen*

Naam: Nathalie Schildermans

Functie: verpleegkundige thuisverpleging (ZZP)

Waar: Neerpelt

Wijkverpleegkundige: 'Wij geven geen preventieve zorg'

'In België heeft het ministerie beslist dat we allemaal met hetzelfde systeem werken. En in dat systeem zitten vier scores. Dat zijn wassen en kleden, toilet, verplaatsen en eten en drinken. De zorgkas (zorgverzekering) keurt de zorg voor drie maanden goed. Daarna moet ik de scores herzien. Preventieve zorg geven wij niet. Bij diabetes komt er iemand uit het ziekenhuis langs. De zorgkas zorgt voor de voorlichting. En voor de meeste technische handelingen gaan mensen hier naar het daghospitaal. Dat vind ik wel jammer. Zo heb ik nu een patiënt die één keer per maand een infuus nodig heeft. Dat probeer ik zoveel mogelijk te doen om bekwaam te blijven. Bloedprikken gebeurt vaak op de huisartspraktijk, daar zit ook een verpleegkundige. Wij kennen geen BIG-registratie. Wel moeten we verplicht acht uur bijscholing per jaar volgen. Wat volgens mij een groot verschil is met Nederland, is het inzetten van burens en familie bij de zorg. Dat zie ik bij mijn Nederlandse schoonmoeder met dementie. Zij kon pas worden opgenomen toen ze 's nachts over straat dwaalde. Dat zou in België niet gebeuren. Wij komen dementie wel tegen in de thuiszorg, maar niet zo vaak. Als het niet meer lukt thuis, dan wordt iemand direct opgenomen in het rusthuis. En als er een wachtlijst is, kan men naar de tijdelijk verblijfkamer als overbrugging.' (MK)



Naam: Sofie Teunis

Functie: Verpleegkundige infectieziektebestrijding bij Agentschap Zorg & Gezondheid

Waar: Hasselt

Verpleegkundige infectieziekten: 'Jullie zijn heel open over soa's'



Ons infectieziektenteam is maar heel klein. Het bestaat uit een arts en twee verpleegkundigen. Daarom zijn wij genoodzaakt meer uit te besteden dan onze Nederlandse collega's. Als er bijvoorbeeld een voedselinfectie uitbreekt in een zorgcentrum dan geven wij richtlijnen zodat een verpleegkundige van het zorgcentrum hiermee aan de slag kan. Wij houden wel de coördinatie. Bij TBC gaan we er wel zelf op uit, brengen een bezoek ter plaatse en gaan samen met de patiënt kijken met wie hij of zij in aanraking is geweest. Als daar ook een Nederlander tussen zit, nemen we contact op met GGD Heerlen. En ook als er Hepatitis B wordt geconstateerd, melden we dat in Heerlen. Ik weet eerlijk gezegd niet wie daar op dit moment de infectieverpleegkundige en de -arts is. Het zou eigenlijk wel goed zijn om meer contact met elkaar te hebben zodat ik meteen weet bij wie ik moet zijn. Een verbeterpunt. Wat echt een verschil met Nederland is, is jullie openheid over soa's. Ik ben enkele jaren geleden drie dagen wezen kijken op onder andere de soa-poli in Rotterdam. Hoe snel de Nederlanders praten over hun soa, hun seksuele voorkeur en hoe de besmetting mogelijk heeft plaatsgevonden. Daar stond ik echt van te kijken. Belgische huisartsen zijn meestal niet op de hoogte van de geaardheid van hun patiënten. En er bestaat ook niet iets als anoniem melden bij eventuele besmetting. Bij ons is dit de verantwoordelijkheid van de patiënt.' (MR)



Naam: Carine Heuten en Ingrid Maesen
Functie: regioverpleegkundigen Kind en Gezin
(vergelijkbaar met onze jeugdverpleegkundigen)
Waar: Lanaken

Jeugdverpleging: 'We zijn onlangs gestart met prenataal huisbezoek'

'We hebben eigenlijk geen contact met collega's uit Nederland terwijl we zo dicht bij de grens zitten. Wel jammer, want we denken dat we veel van elkaar kunnen leren. Wij hebben de kinderen van 0 tot 3 jaar onder onze hoede en sinds 2015 hoort vaccineren ook tot ons takenpakket. Daar moet wel altijd de arts bij aanwezig zijn. In het begin vonden we dat wel spannend, vooral omdat het nieuw was. Binnenkort schakelen we over op zelforganiserende teams waarin onder andere ook pedagogen, maatschappelijk werkers en administratieve medewerkers in zitten. Dat is een goede ontwikkeling omdat we dan beter en sneller met elkaar kunnen schakelen. Soms horen we wel eens van verschillen tussen Nederland en België. Maar dat zijn echt heel kleine dingen als dat wij volle melk aanraden en jullie halfvolle. Het

geven van 'papjes' is blijkbaar ook een typisch Nederlands gebruik. Gelukkig weten we dat aan beide zijden van de grens we borstvoeding boven alles stellen. Het wegen en meten van de kinderen wordt bij ons gedaan door vrijwilligers. Die helpen ook bijvoorbeeld de wachtkamers schoon te houden. Regelmatig hebben we contact met een Nederlands gezin. Dan merk je wel een beetje dat zij soms een wat vlottere babbel hebben en wat meer vragen stellen.

'Sinds 2015 hoort vaccineren ook tot onze takenpakket'

We zijn gestart met prenataal huisbezoek. Dat zijn we nu aan het opzetten. Altijd vrijwillig, op vraag van de ouders, maar we willen er naartoe dat het standaard wordt. Het is heel aangenaam om al een band te hebben opgebouwd met de ouders voordat het kind geboren is. Dan zijn de meeste vragen beantwoord en onzekerheden bij de ouders weggenomen. Dan kunnen ze rustig de kraamtijd in. En dat gun je iedere ouder.' (MR) 



Monique Kemner is adviseur Zorginnovatie (www.kodiezijn.nl), niet praktiserend wijkverpleegkundige en redacteur van Tijdschrift M&G.

Marieke Rijsbergen is hoofd- en eindredacteur van Tijdschrift M&G



Cross border alert:

In de grensregio de infectieziekten te lijf

Mensen wonen soms in Nederland en werken in Duitsland, België of andersom. En hun kinderen gaan mogelijk naar een school aan de andere kant van de grens. Infectieziekten laten zich echter niet door grenzen stoppen. Hoe gaat een infectieziekteverpleegkundige in de grensregio eigenlijk te werk?

Tekst: Pascale Lavooij

Henriëtte ter Waarbeek, arts infectieziekten M&G in opleiding bij de GGD Zuid-Limburg en sociaal verpleegkundigen infectieziektebestrijding Carlijn Somers en Hans Frantzen van dezelfde GGD weten er alles van. Ter Waarbeek vertelt dat ze bij hun GGD samenwerken met zowel collega's uit België als uit Duitsland. 'Dat doen we al jaren. Alleen was de samenwerking zo'n vijftien jaar geleden nog wat ad hoc.' De grote SARS-uitbraak in 2003 leidde tot nog intensievere samenwerking. En door de Mexicaanse griep in 2009 werd nog meer duidelijk dat het bijna van levensbelang was om gestructureerd contact te hebben met buurlanden. Er werden regionale afspraken gemaakt met de Gesundheitsämter in Duitsland en het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (VAZG) met betrekking tot onder meer de infectieziektebestrijding.

'In Duitsland moet je één geval van het NORO-virus melden, in Nederland niet'

Meningokokken

'Er wordt onderling gecommuniceerd door bijvoorbeeld contact op te nemen over het beleid rondom (pandemische) influenza', legt Ter Waarbeek uit. Neem zaken als wel of geen tamiflu – virusremmer. Geven we één of twee griepvaccinaties? Wie vallen er onder de risicogroepen? Je kunt de communicatie naar cliënten in de grensregio aanpassen door extra uitleg te geven over het verschil in beleid tussen Duitsland, België en Nederland. In Duitsland geven ze bijvoorbeeld een hele schoolklas preventieve medicatie als er één kind is met een meningokokkeninfectie (hersenvliesontsteking). In Nederland geven we die medicijnen alleen aan gezins- of andere zeer nauwe contacten. Als je dit van elkaar weet kan je cliënten beter informeren over de reden achter een bepaald beleid.'

Hepatitis A

Naast de regionale afspraken, vindt er twee keer per jaar een overleg plaats tussen infectieziekte-artsen en -verpleegkundigen uit België en Duitsland en GGD Zuid-Limburg. Sociaal verpleegkundige Carlijn Somers: 'Dan bespreken we casuïstiek, zaken die spelen in de drie landen en het beleid dat we hanteren. Zo hadden we laatst een casus van een jongen met Hepatitis A uit onze regio, maar hij was in de periode dat hij besmettelijk was veel in België bij zijn vader en een vriend. We hebben meteen contact gezocht met de collega's van het VAZG en zorgden ervoor dat de contacten van deze jongen in België werden gevaccineerd. Het verschil met ons is dat wij zelf de contacten vaccineren en in België regelen ze dat via de huisarts. Het is in zo'n situatie wel fijn om korte lijnen te hebben met België.'

Cross border alert

En om het nog beter te laten verlopen is er in 2013 een cross border alert-formulier ontwikkeld door een werkgroep met artsen en verpleegkundigen uit Zuid-Limburg, Duitsland en België. Dit is een communicatieprotocol dat gestructureerde informatie-uitwisseling bij infectieziekte-risico's en incidenten tussen Nederland, België en Duitsland regelt. Ter Waarbeek: 'Er was echt behoefte aan een praktische, effectieve en éénduidige manier van communiceren als er sprake is van een grensoverschrijdend risico op infectieziekten. Niet alleen bij grote uitbraken maar juist ook bij één geval van Hepatitis A of mazelen, waarbij je bijvoorbeeld door grensoverschrijdende contacten of een mogelijke bron aan de andere kant van de grens als professionals met elkaar te maken hebt.' In het cross border risk meldingsprotocol zijn afspraken gemaakt over wat, wanneer en hoe te rapporteren en hoe en wanneer samen te werken. Maar ook of dit in overeenstemming gaat met (inter)nationale wetten aangaande bescherming persoonsgegevens. Zo zijn er bijvoorbeeld verschillen in de meldingsplicht tussen Duitsland en Nederland. In Duitsland moet je één geval van het NORO-virus al melden en in Nederland niet. In Nederland komen de meldingen van NORO-virus binnen als er sprake is



van een uitbraak in een instelling (artikel 26 melding). Duitsland werkt niet met artikel 26-meldingen, maar wil wel graag zicht hebben op het beloop van een uitbraak of de start van het NORO-seizoen. Privacy-technisch moet je daar goede afspraken over maken. Je mag geen medische gegevens van een cliënt opslaan en bewaren als er geen reden voor is.

Mazelen

Sociaal verpleegkundige Hans Frantzen herinnert zich een casus waarbij het cross border alert-formulier is gebruikt. 'Er was een Duitse muzikant met mazelen die in Heerlen op een bruiloft had opgetreden. De Gesundheitsamt Aachen heeft ons toen op de hoogte gesteld van de mazeleninfectie en is samen met de man nagegaan waar hij allemaal in Nederland was geweest zodat wij de contacten in Nederland konden informeren. Het is dan heel fijn dat je weet met wie je te maken hebt en dat je erop kan vertrouwen dat je de juiste informatie krijgt om aan de slag te gaan. Het cross border alert-formulier zorgt dat je snel weet waar het om gaat.'

'Duitsland heeft het rotavirusvaccin in het rijksvaccinatieprogramma en België en wij niet'

Op dit moment wordt het cross border risk-alert ook uitgerold in Noord-Brabant en Zeeland en in heel Vlaanderen in het kader van het i-4-1 health-project. Dit is een grensoverschrijdend project waarin de aanwezigheid en de verspreiding van antibiotica resistente (ongevoelige) bacteriën bij zorginstellingen, kinderdagverblijven en de veehouderij in de Vlaams-Nederlandse grensregio inzichtelijk worden gemaakt (www.i41health.eu).

Korte lijnen

Ter Waarbeek ervaart inmiddels een goede samenwerking. 'Het was eerst wat aftasten, maar het is fijn om elkaar nu beter te kennen. Er is meer alertheid als er sprake is van een infectieziekte melding die mogelijk grensoverschrijdend is. We weten elkaar beter te vinden en de lijntjes zijn

korter. Zo hadden we een keer een casus met twee drugsverslaafden uit Duitsland die met Anthrax besmet waren. Via het cross border alert-formulier kregen we een signaal vanuit Duitsland. In principe was er niet direct actie van ons noodzakelijk met betrekking tot deze drugsverslaafden, maar we konden door de goede samenwerking wel de politie en de verslavingszorg in zowel Duitsland als Nederland (Limburg) goed informeren over het feit dat er mogelijk meer besmette drugs in Nederland en Duitsland circuleerde. Professionals zijn geïnformeerd over de symptomen die passen bij een antraxbesmetting. Ook vindt Ter Waarbeek het prettig dat ze meer weet over het beleid rondom vaccinaties. Neem het rotavirus, een virus waar met name kinderen en ouderen last van kunnen hebben. Klachten zijn braken en diarree met als complicatie uitdroging. Het beleid rondom vaccinaties tegen dit virus verschilt per land. 'Duitsland heeft bijvoorbeeld het rotavirusvaccin in het rijksvaccinatieprogramma en België en wij niet. Cliënten kunnen daar vragen over hebben waar we nu beter op in kunnen gaan.'

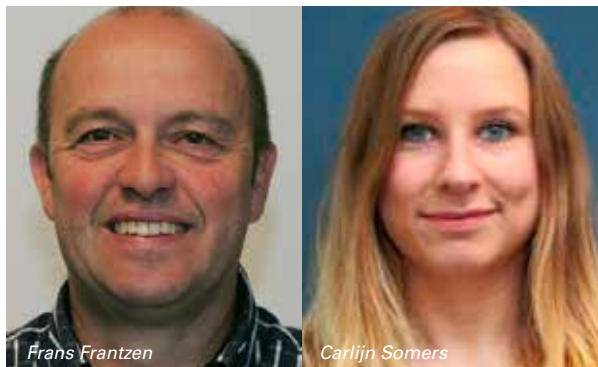


Henriëtte ter Waarbeek

Cultuurverschillen

Zowel de arts als de infectieverpleegkundigen geven aan dat ze de samenwerking met zowel België als Duitsland als prettig ervaren. Carlijn Somers: 'Ik merk wel dat wij in Nederland meer zelf betrokken zijn bij een casus en de eventuele acties. We hebben meer mankracht. Er werken meer verpleegkundigen en artsen in de infectieziektebestrijding. In België en Duitsland wordt het meer uitbesteed aan andere professionals. Dat zorgt er soms voor dat je het overzicht verliest of dat er vertraging optreedt.'


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



Frans Frantzen

Carlijn Somers

'Er is nu meer alertheid als er sprake is van een infectieziektemelding die mogelijk grensoverschrijdend is'

Ter Waarbeek meent dat cultuurverschillen de samenwerking soms wat stroever doen verlopen. 'In Nederland zijn we vrij direct en informeel en hebben we een platte organisatiestructuur waarin de artsen en verpleegkundigen veel beslissingen zelf nemen. De collega's in Duitsland zijn wat formeler en hiërarchischer. Zij hebben soms nog wat moeite met het delen van informatie omdat ze goed in beeld willen hebben wie de informatie te zien krijgt en wat er mee gebeurt. In België zijn ze ook formeler en beleefd. Ik merk dat ze soms wat meer tijd nodig hebben om hun mening te formuleren. Het is belangrijk die cultuurverschillen te respecteren.' 



VERNIEUWINGEN IN WIJK EN JEUGD M&G OPLEIDINGEN

In onze vernieuwde M&G opleidingen, zoals introductieprogramma wijkverpleegkunde, palliatieve zorg, dementie verpleegkundige en toeleiding naar intensieve jeugdzorg, leggen we meer accent op gezondheidszorg en gedrag in plaats van ziekte en zorg. Daardoor wordt meer ingezet op preventie en het versterken van de eerstelijnszorg. Daar waar de competenties overeenkomen, zal het opleidingstraject gezamenlijk gevolgd worden.

MEER INFORMATIE?

Neem contact op met Yvonne Bello via ybello@avansplus.nl of 076-5258835.

**MET EEN PLUS
ACHTER JE NAAM
BEREIK JE MEER**

avans⁺
improving professionals

Symposium vakgroep Jeugd Kom tevoorSCHIJN

‘JGZ kan via jeugdverpleegkundigen nóg beter worden’

Bijna tweehonderd jeugdverpleegkundigen verzamelden zich afgelopen 14 maart in Lunteren voor hun jaarlijkse symposium. Ditmaal droeg het de titel *Kom tevoorSCHIJN* om jeugdverpleegkundigen uit te dagen zichzelf te laten zien én horen. Jeugdverpleegkundige Annemieke Korver was erbij en schreef dit verslag. En passant werd ze ook nog benoemd tot nieuwe voorzitter van V&VN M&G, vakgroep Jeugdverpleegkundigen.

Margreet de Ruiter opende het symposium met het nieuws dat ik de nieuwe voorzitter van de vakgroep Jeugd van V&VN M&G ben geworden. Ik neem van de gelegenheid gebruik en probeer de jeugdverpleegkundigen meteen te enthousiasmeren: ‘Onze jeugdgezondheidszorg is goed, maar kan nóg beter. En in mijn ogen hebben we daar als jeugdverpleegkundigen een prachtige rol in.’ Directeur Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) Igor Ivakic stond in zijn presentatie stil bij de rol die we als jeugdverpleegkundige hebben in de veranderende wereld van de ouder en het kind. In een muisstille zaal houdt Ivakic de aanwezigen als het ware een spiegel voor door hen na te laten denken over de invloed die zijzelf kunnen uitoefenen. ‘Niet klagen over veranderingen maar zelf de regie pakken om een verandering vorm te geven.’ Hij deed een oproep om *Het goud van de JGZ* te laten zien. Zowel gevraagd als ongevraagd. Zowel offline als online. Zowel in de eigen praktijk, als naar politiek en beleid.

Workshops

Na zijn uitnodiging om de gezamenlijke maatschappelijke relevantie van de JGZ zichtbaar te maken, kwam iedereen letterlijk en figuurlijk in beweging. Verdeeld over de dag waren er drie rondes met telkens zes verschillende workshops waar jeugdverpleegkundigen uit het hele land tevoorschijn kwamen en hun kennis deelden. Samen werd nagedacht over verschillende ontwikkelingen. Van

verhalen uit de eigen praktijk tot ideeën tot verbetering van de eigen professionaliteit. Twitter liep vol met inspirerende quotes en ideeën. Zo poste jeugdverpleegkundige en Ambassadeur voor de jeugdverpleegkundigen Minke Vellinga een tweet met de quote: ‘Laat je niet leiden door anderen, maar leid jezelf’ toen zij de workshop *Persoonlijk leiderschap* van trainer Simone Volbeda had gevolgd. En mede-Ambassadeur voor de jeugdverpleegkundige Esther Spans twitterde de inspirerende opdracht: ‘Geef feedback en kijk naar jezelf: welke bijdrage kan ik leveren, wat kan ik doen?’

‘Niet klagen over veranderingen maar zelf de regie pakken’

Ambassadeurs

Ook de rest van de kersvers afgestudeerde groep Ambassadeurs voor de jeugdverpleegkundigen was aanwezig. Zij volgden afgelopen jaar een traject waarin ze hun eigen persoonlijke leiderschapskwaliteiten versterkten waardoor ze als jeugdverpleegkundige het vak bij gemeenten, eigen organisaties en V&VN M&G kunnen vertegenwoordigen. Zij deelden in hun workshop enkele lessen die zij leerden uit dit succesvolle traject. Zoals social-mediatrainingen, het publiceren van een artikel en het geven van een presentatie. Willemijn Dupuis, directeur KinderrechtenNU, sloot met haar presentatie over kindparticipatie op het plenaire podium het symposium af. Zij liet een filmpje zien waarin zij op school in gesprek ging met kinderen en hen centraal zette. Haar boodschap richtte zich niet alleen op het tevoorschijn laten komen van het werk van de jeugdverpleegkundige, maar ook op het luisteren naar de stem van het kind. En naar mijn idee zijn we daar als jeugdverpleegkundigen ontzettend goed in! [👉](#)

Tekst:
Annemieke
Korver

Annemieke Korver is jeugdverpleegkundige en per 1 juni docent Verpleegkunde aan Hogeschool Utrecht. Sinds kort is ze ook voorzitter van de vakgroep Jeugd van V&VN M&G.




In memoriam Rob Broeder


Op vrijdag 26 januari is onze collega en verpleegkundige tuberculosebestrijding Rob Broeder overleden. Hij was slechts 61 jaar oud. Twee jaar geleden hoorde Rob dat hij ongeneeslijk ziek was. Gedurende die tijd wisselden periodes van hoopvolle en teleurstellende behandelresultaten elkaar af. In november vorig jaar gaf Rob zelf aan dat de bel voor de laatste ronde was geluid. De strijd was gestreden, het lot geaccepteerd. Rob en zijn partner Els Adams hebben ook in deze fase van zijn leven zoveel als mogelijk was genoten van elkaar, van Texel, van vogels. Niet aflatend positief.




Tranen latend. Tranen drogend. Het is een groot gemis voor Els, die we ook kennen als collega verpleegkundige werkzaam bij GGD Kennemerland. Wij leven met haar mee. En wensen haar moed en veel sterkte. Moed die zo kenmerkend is voor hun beiden. Wereldwijd werkten ze voor Artsen zonder Grenzen. Drie jaar geleden nog als vrijwilligers in de strijd tegen Ebola. Rob is werkzaam geweest als verpleegkundige tuberculosebestrijding en infectieziekten bij GGD Kennemerland. Hij is jaren lang actief lid geweest van de vakgroep Tuberculose van de afdeling Maatschappij & Gezondheid van de V&VN. Enige tijd als waarnemend voorzitter en lange tijd als penningmeester. We kennen Rob als een kritische en bedachtzame man. Bevlogen in zijn werk, begaan met de zorgtaak en met zijn collega's. Tot ver in het najaar van 2017 is Rob betrokken geweest bij zijn werk, voor zover zijn ziekte dit toeliet. Wij verliezen in Rob een fijne collega, en een heel mooi mens. De mooie herinnering blijft.

Alies de With, namens de vakgroep TBC 

Voorschrijfbevoegdheid reizigersadviesing: stand van zaken

De verpleegkundigen reizigersadviesing van V&VN M&G maken zich al jaren sterk voor het verkrijgen van voorschrijfbevoegdheid. Het toedienen van vaccins en het meegeven van recepten is een belangrijke taak van de reizigersverpleegkundige. De indicatiestelling ligt hierbij vervat in de door artsen opgestelde richtlijnen. De werkwijze van reizigersverpleegkundigen wordt al meer dan 20 jaar zo uitgevoerd, maar is nooit formeel bekrachtigd. Bij oprichting van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing in 1996 is in overleg met Inspectie voor de Gezondheidszorg besloten dat reizigersverpleegkundigen zelfstandig hun taken mogen uitvoeren. Deze werkwijze is vastgesteld door de Brede Werkgroep Reizigersadviesing en staat beschreven in de LCR Kwaliteitscriteria. Bij de laatste herziening van de Kwaliteitscriteria in februari 2017 is de werkwijze van reizigersverpleegkundigen ongewijzigd gebleven. In het rapport *Voorbehouden handelingen voor de hbo-opgeleide verpleegkundige* is aangegeven dat de minister terughoudend is ten aanzien van het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid voor handelingen die raken aan het medisch domein; waaronder de bevoegdheid tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Voor de korte termijn is de terughoudendheid in belangrijke mate terug te voeren op de onzekerheid over het profiel van de beroepsgroep in de nabije toekomst. Twijfel betreft de vraag of de huidige hbo-verpleegkundige voldoende geëquipeerd is (met name in kwaliteit van het klinisch redeneren) om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren. Voor de langere termijn speelt tevens de vraag over het niveau van het toekomstige hbo-opleidingsprofiel. Toch wordt het formaliseren van de werkwijze van reizigersverpleegkundigen urgent, omdat onder de verpleegkundigen in 2015 veel onrust is ontstaan. Aanleiding was een brief van de Inspectie over het verscherpt toezicht op het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. In reactie op die brief heeft het de Brede Werkgroep Reizigersadviesing van het LCR afgelopen februari een brief gestuurd aan de minister om de urgentie van een ministeriele regeling kenbaar te maken. Het wachten is op de minister. 

Start nieuwe groep ambassadeurs Jeugd- verpleegkundige en OGZ verpleegkundige

Onlangs is er een nieuwe groep gestart met de leergang Ambassadeurs voor de Jeugd- en OGZ verpleegkundige. Twaalf jeugdverpleegkundigen en vier verpleegkundigen OGZ gaan de komende negen maanden als aspirant ambassadeurs aan de slag met het versterken van hun persoonlijke leiderschapskwaliteiten zodat zij als ambassadeurs hun vakgenoten in het publiek domein optimaal kunnen vertegenwoordigen. Maar ook bij de eigen organisaties, ketenpartners en V&VN. Ze hebben hierbij één belangrijk doel: goede zorg waarin preventie voorop staat voor alle burgers. 

Digitale Leerweken van Soa Aids Nederland een succes!

De afgelopen editie van de *Digitale Leerweken 2017* was een groot succes. Met meer dan 1.300 inschrijvingen en 1.769 afgeronde workshops weten meer en meer professionals de *Digitale Leerweken* te vinden. De waardering voor de leerweken is hoog met gemiddeld een 8 als rapportcijfer. Vanaf de start van de *Digitale Leerweken* is de vakgroep Seksuele Gezondheid van de afdeling M&G gesprekspartner geweest van Soa Aids Nederland en actief betrokken bij het ontwikkelen, organiseren en implementeren van de digitale leerweken ten behoeve van de verpleegkundigen seksuele gezondheid bij de poliklinieken seksuele gezondheid van de GGD'en. De aankomende *Digitale Leerweken* van 2018 zetten in op 'Blended' leren. Deze zijn van 19 november tot en met 16 december. Komen we op terug! [🔗](#)

Regionale platforms wijkverpleging

De vakgroep wijkverpleegkundigen is hard bezig met het opzetten en stimuleren van regionale platforms voor wijkverpleegkundigen. Er komt namelijk telkens in bijeenkomsten naar voren dat wijkverpleegkundigen onderling contact zeer op prijs stellen. De vakgroep vindt het belangrijk dat beroepsgenoten met en van elkaar leren ongeacht bij welke organisatie zij werkzaam zijn. Het uitwisselen van ervaringen is waardevol en helpt om met elkaar het vak verder te ontwikkelen en het vertrouwen in de beroepsgroep te vergroten. In de bijeenkomsten in je eigen regio kan je samen aan deskundigheidsbevordering doen door bijvoorbeeld intervisie te organiseren of samenwerking in de keten of juist meer de wijkgerichte preventie als focus te nemen. Hoe het er organisatorisch precies uit moet gaan zien, wordt nog besproken. Het mooiste zou zijn als mensen zelf initiatief nemen, contact met elkaar of een ambassadeur of de vakgroep zoeken. Interesse om initiatief te nemen in het oprichten van een regionaal platform? Of heb je vragen? Mail naar wijk.mgz@venvn.nl. [🔗](#)

Alumni-bijeenkomsten over dementie

De vakgroep dementieverpleegkundigen gaat samen met de opleidingen Gerion, Breederode, Windsheim, Inholland en CHE alumni-bijeenkomsten organiseren rondom het thema dementie. Tot en met 2017 organiseerde de vakgroep forumbijeenkomsten bij V&VN in Utrecht. Nu de vakgroep naast een nieuw expertisegebied een zelfstandig kwaliteitsregister dementieverpleegkunde heeft opgezet, is het hoog tijd voor het derde project; het organiseren van alumni-bijeenkomsten. De vakgroep dementieverpleegkundigen vindt namelijk dat het kennisniveau over dementie verbeterd kan worden. De alumni willen we daarom niet alleen organiseren voor dementieverpleegkundigen maar ook voor maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen. Ze kunnen voor het volgen van de alumni accreditatiepunten verdienen voor hun vakgebied. Op deze manier zorgen we samen voor goede dementiezorg. De eerste alumni staat op stapel voor september 2018 in Amsterdam. De datum hiervoor wordt binnenkort bekend. Houd de website (mgz.venvn.nl) in de gaten voor de tijd en kosten. [🔗](#)

Nieuwe voorzitter voor vakgroep Jeugdverpleegkundigen

Op 14 maart, tijdens het jeugdverpleegkundig symposium, presenteerde V&VN fractie Jeugd Annemieke Korver als haar nieuwe voorzitter. Annemieke neemt het voorzitterschap over van Marja van Kuppevelt, die deze functie vanaf 2015 tot nu met hart en ziel vervulde. Zij vertrekt nu naar Saba om daar te werken als Public Health Nurse in de JGZ. V&VN Maatschappij & Gezondheid is blij dat Annemieke de voorzittersrol op zich wil nemen. Deze benoeming past goed in de plannen voor verjonging en vernieuwing. Annemieke Korver is Verplegingswetenschapper en Ambassadeur voor de Jeugdverpleegkundigen. In het dagelijks leven is zij docent Verpleegkunde aan Hogeschool Utrecht. [🔗](#)



Nationaal Congres Wijkverpleging: De waarde van de wijk

Het is tijd voor herwaardering van de wijkverpleging. De samenleving vraagt meer dan ooit om zorg in de eigen omgeving, terwijl het werk zwaarder wordt: weinig collega's, veel (extra) uren, complexe zorgvragen. Soms lijkt het of de rest van Nederland niet ziet dat professionals in de wijkverpleging tot het uiterste gaan om te zorgen te blijven garanderen. Het *Kwaliteitskader Wijkverpleging* dat eind april is afgerond, borgt de waarde van de wijkverpleging, de rol van de professionals en de randvoorwaarden voor goede zorgverlening. Het kwaliteitskader is dan ook een belangrijk onderwerp tijdens het congres *De Waarde van de Wijk* op woensdag 13 juni in de Blokhoeve te Nieuwegein. Het Nationaal Congres Wijkverpleging wordt georganiseerd door V&VN en NWG. Nog niet aangemeld? Doe dit dan snel. Een aanmeldlink vind je op onze website mgz.venvn.nl/actueel [🔗](#)

Demente cliënt stapt met alcohol op de auto in

Politie inlichten?

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 dementerende man die met een slok op toch telkens achter het stuur kruipt. Ik plaats vanuit ethisch perspectief enkele kanttekeningen bij deze casus.

Tekst: Hans van Dartel

Casus

Meneer Kamp is een alleenstaande man van 73 jaar oud met de ziekte van Alzheimer. Inmiddels ken ik hem als dementieverpleegkundige al vijf jaar. Sinds twee jaar is er ook wijkverpleging bijgekomen voor de persoonlijke verzorging. Tot zover loopt alles op rolletjes. Helaas pakt meneer Kamp nog steeds de auto. Iets dat de huisarts, de geheugenpolikliniek en ik hem met klem hebben afgeraden. Zijn zus heeft moeite met dit advies. Ze is namelijk bang dat zij er meer zorgtaken bij krijgt als haar broer geen auto meer mag rijden. Meneer Kamp zelf snapt alle ophef niet. Hij heeft toch nog nooit een ongeluk gehad? Het ontbreekt hem aan enig ziekte-inzicht. Het laatste half jaar is meneer Kamp ook nog eens steeds meer alcohol gaan drinken. En niet alleen thuis. Zo gaat hij regelmatig met de auto naar het café. Een keer had hij zoveel gedronken dat hij zijn auto niet meer terug kon vinden. Ook de dagbesteding komt met onheilspellende berichten. Meneer Kamp zou via het fietspad naar de dagbesteding zijn gereden. Meteen wordt er een gesprek georganiseerd tussen hem, de mensen van de dagbesteding, de huisarts, zijn zus en mij. Meneer Kamp kan zich niets van de incidenten herinneren en blijft volhouden dat hij al jaren vlekkeloos auto rijdt. Zijn zus keurt het alcoholgebruik af maar vindt het te ver gaan om haar broer zijn rijbewijs 'af te pakken'. Ik zit nu in een enorme spagaat. Aan de ene kant heb ik mijn beroepsgeheim, maar aan de andere kant voel ik me bijna verplicht mijn zorgen te delen met de politie. Zij hebben de bevoegdheid hem aan te houden en een alcoholtest bij hem af te nemen. Ik moet er niet aan denken dat hij iemand uit mijn dorp aanrijdt. En dan heb ik het niet eens over mijn kinderen die ook in dit dorp wonen.

Een klassiek dilemma

Dat is nu eens een klassiek dilemma: of inbreuk maken op de vertrouwensrelatie maar daarmee gevaren voor weggebruikers in het dorp én voor mijnheer Kamp afwenden. Of trouw blijven aan de geheimhoudingsplicht maar daarmee accepteren dat er grote risico's blijven voor dorpelingen en andere verkeersdeelnemers. Zelfs voor je eigen kinderen. Beide keuzes voelen niet goed: er zitten tegelijk voor- én nadelen aan. Toch is het misschien niet zo ingewikkeld als je denkt. Tenminste niet als het erom gaat

om te bepalen wat het goede is om te doen. Iets anders is hoe je dat vervolgens het beste vorm geeft. En of het geen vervelende consequenties heeft.

Je beroepsgeheim

Je beroepsgeheim is een groot goed: het past bij de vertrouwensrelatie die je wordt verondersteld te hebben met een zorgvrager. Daarnaast verlaagt het de drempel voor mensen om zich bij de zorg te melden: wat iemand ook verder doet, als het om de zorg gaat, mag iedere burger ervan uitgaan dat zijn geheimen veilig zijn bij jou. Dat je dus niet meteen richting politie of justitie gaat. Maar als jij denkt dat er echt sprake is van grote, actuele gezondheidsrisico's voor de patiënt zelf, of voor anderen, en dat je die alleen maar kunt afwenden als jij je beroepsgeheim doorbreekt, dan verandert de zaak. En dat is hier aan de orde.

Conflict van plichten

We spreken in zo'n situatie van een conflict van plichten: aan de ene kant staat de plicht om het beroepsgeheim te behouden, aan de andere kant de plicht om onaanvaardbare risico's af te wenden. Je mag dan zelf tot een afweging komen over wat jou te doen staat. Uiteraard is het goed om in zo'n situatie ook te kijken naar wat we maatschappelijk aanvaardbaar vinden. En om daarover ook in gesprek te gaan met een vertrouwde collega, in deze situatie bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige: die is ongetwijfeld ook op de hoogte van de situatie. Of de huisarts. Anders kun je altijd anoniem advies inwinnen bij een collega: zo kun je nagaan wat de professionele normen in deze zijn.

'We kunnen niet verwachten dat meneer Kamp zichzelf aanmeldt bij het CBR'

Maatschappelijke normen

Maatschappelijk beoordeeld is wel duidelijk welke normen gelden ten aanzien van het gedrag van mijnheer Kamp: met alcohol achter het stuur, dat keuren we ten strengste af. Naarmate iemand ouder wordt, dient hij er rekening mee te houden dat zijn rijbekwaamheid



afneemt. Niet voor niets is de geldigheidsduur van rijbewijzen van mensen ouder dan zeventig, beperkt. Verder dienen zij vanaf hun vijf en zeventigste een gezondheidsverklaring af te geven, en eventueel een rij-test af te leggen als er twijfels zijn over hun rijvaardigheden. En als de diagnose dementie is afgegeven, geldt ook dat er een rijtest dient te worden afgelegd. Slechts bij lichte vormen van dementie wordt dan nog een rijbewijs afgegeven. In de regel voor een periode van een jaar, waarna opnieuw een keuring plaatsvindt. Dat is bij mijnheer Kamp niet gebeurd: met als gevolg dat als hij een ongeluk veroorzaakt, er naast alle persoonlijke ellende ook financiële gevolgen voor hem zullen zijn. Geen verzekeraar zal de kosten vergoeden.

Oriëntatierichting

Kijkend naar maatschappelijke normen is dus wel duidelijk in welke richting de dementieverpleegkundige moet denken. Het probleem is dat mijnheer Kamp zelf oordeelt, dat al die normen niet voor hem gelden. Is het de dementie die hem hier parten speelt? Een verlangen naar zelfstandigheid? De onwil of het onvermogen om te gaan met de verlieservaringen van het ouder worden? Hoe dan ook, van hem valt niet te verwachten dat hij zichzelf zal aanmelden bij het Centraal Bureau Rijvaardigheden om na te gaan of hij nog kan rijden. Dus komt de bal simpelweg bij de professionele hulpverleners te liggen. Eerder

dan bij de zus die heel begrijpelijk haar handen niet wil branden. Dus komt het bij jou, of de wijkverpleegkundige; of de huisarts. Allemaal mensen met een beroepsgeheim (waarachter ze zich kunnen verschuilen). Allemaal mensen met de opgave om andere burgers én mijnheer Kamp te beschermen tegen onnodig leed.

Meneer Kamp zou via het fietspad naar de dagbesteding zijn gereden

Praktische aanpak

Je voorstel om de politie te tippen zou een eerste stap kunnen zijn, na de kwestie eerst nog eens aangekaart te hebben bij mijnheer Kamp. Zo zou het goed kunnen helpen als de wijkagent een praatje met hem maakt. Een melding bij het CBR zou een volgende stap kunnen zijn. Het is wel verstandig om na te gaan wie dat het beste zou kunnen doen. Jij? De huisarts? De wijkverpleegkundige? Zo kan je er misschien voor zorgen dat mijnheer Kamp zijn vertrouwen in de zorg niet totaal verliest. En er een opening blijft om hem te ondersteunen om te gaan met deze ongetwijfeld diep ingrijpende verlieservaring. Maar beter dit verlies, dan de ellende van een ernstige aanrijding. Of niet? 🗨

Hans van Dartel is ethicus en niet-praktiserend verpleegkundige.

Onderwijskundige en docent-onderzoeker Margriet van Iersel

‘Studenten in je team is werken aan de toekomst van het vak’

Wie eenmaal in het domein van Maatschappij & Gezondheid werkt, wil eigenlijk nooit meer weg. De zelfstandigheid en autonomie in het uitoefenen van je vak ervaar je in M&G meer dan elders. Maar waarom starten veel studenten verpleegkunde de opleiding met het ideaal om straks te werken in het ziekenhuis? Waarom zijn ze niet enthousiast over een stage in de wijk? Tijdschrift M&G zocht antwoord op deze vragen bij onderwijskundige en onderzoeker Margriet van Iersel die promotieonderzoek doet naar dit onderwerp aan de Universiteit van Amsterdam.

Tekst: Corien Harder

Wat is je achtergrond?

‘Ik ben onderwijskundige aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA), maar van origine ben ik verpleegkundige. Ik werkte twintig jaar in de GGZ. Via mijn werkzaamheden op de PAAZ (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis) rolde ik de praktijkbegeleiding in, deed vervolgens de docentenopleiding en zo schoof ik richting het onderwijs. Als onderwijskundige bemoei ik me met het leerplan van de opleiding verpleegkunde. Een paar jaar terug signaleerde ik een frictie tussen de inhoud van het onderwijs en de keuze van werkvelden van studenten verpleegkunde. Ik doe hier nu promotieonderzoek naar.’

‘Preventie is een onbekend fenomeen bij studenten’

Waarom wilde je dit gaan onderzoeken?

‘Ik merkte dat onze studenten het beroep van verpleegkundige zagen als werken in het ziekenhuis. Dat is niet zo gek als je bedenkt dat onze school naast het AMC staat en de inhoud van het leerplan destijds heel erg een ziekenhuisjasje aan had. Onze studenten kozen massaal voor werken in het ziekenhuis. Waarom niet in de wijk of elders? Ik vroeg me af of je door middel van aanpassing van het leerplan de keuze en de beeldvorming van de studenten kan beïnvloeden. En wel door de andere domeinen nadrukkelijker te verweven in het onderwijs inclusief de huidige thema’s zoals zelfmanagement, eigen regie, shared decision making en zorgtechnologie. Vorig jaar vroeg ZonMw mij om een inventarisatie te doen van de manier waarop de hbo-v’s in Nederland wijkverpleegkunde in de curricula hebben ingepast. Dat is begin dit jaar gepubliceerd en te vinden op de site van ZonMw en heet *Aandacht voor de wijk in de opleidingen hbo-verpleegkunde: inventarisatie van interventies.*’

Wat zijn de belangrijkste bevindingen van je promotieonderzoek?

‘Ik weet nog niet of het wijzigen van ons leerplan invloed heeft op de beeldvorming en keuzes. Ik ben nog volop bezig met data verzamelen. Wat ik wel weet is hoe het beeld er bij studenten uitziet en wat er speelt bij het maken van hun keuzes. Wijkverpleegkundige zijn heeft een lagere status dan ziekenhuisverpleegkundige. Studenten vinden doorgroeimogelijkheden in het beroep heel belangrijk. Ze denken dat dit in de wijkverpleging niet kan. Maar ook in de wijk kun je je specialiseren. Daarnaast is de invloed van de media op de ouderenzorg, de wijkverpleging, ongelooflijk groot. Het is geen sexy domein. De glamour van het ziekenhuis trekt hen veel meer aan. Een spannende tv-serie met een wijkverpleegkundige zou zeker een uitkomst zijn voor het imago van het vak.’

Hoe komt het dat die stereotypering, dat wijkverpleegkundigen alleen laag complexe zorg leveren, zo hardnekkig blijft bestaan bij studenten?

‘Op zich is het wel logisch. Als je net van de middelbare school afkomt, weet je nog niet zo veel. Studenten hebben het idee dat wijkverpleging vooral zorg aan ouderen is. Er is niet veel te beleven aan deze zorg, denken zij. Het is laag complexe zorg, er is weinig uitdaging, want er is niks aan te verbeteren. Ouderen gaan alleen maar verder achteruit. Bovendien staat die leeftijdsgroep mijlenver van ze af. De ervaring met ouderen relateren sommigen van hen aan hun eigen opa en oma. Daarnaast zijn er veel misconcepties. Studenten vinden dat ‘verpleegkundige zijn’ technisch handelen is; injecteren, infusen verzorgen, katheteriseren enzovoorts.’

Waar zijn de studenten nog meer niet van op de hoogte?

‘Studenten zien wijkverpleging als ‘begeleiden bij het dagelijks leven’. Dat vinden zij niet bepaald verpleeg-



kundig. Ze denken veelal vanuit hun eigen handelen: er is een zorgvraag, de verpleegkundige voert een interventie uit en dan is de zorgvrager geholpen. 'Zorgen voor' is dé taak van de verpleegkundige, denken ze. Dat verpleegkundige zorgverlening anders is en nog zoveel meer inhoudt, weten ze niet. Preventie is bijvoorbeeld een onbekend fenomeen. Ook zorgen dat mensen hun zelfstandigheid terugkrijgen en zo lang mogelijk behouden, komt niet bij hen op. Ze zien de complexiteit van het wijkverpleegkundige vak nog niet. Hier kunnen opleiders maar ook wijkverpleegkundigen natuurlijk een heel grote rol in spelen.'

'Een spannende tv-serie met een wijkverpleegkundige in de hoofdrol zou een uitkomst zijn voor het imago van het vak'

Wat moet er anders? En wat is daarvoor nodig?

'Ik vind dat er heel veel kansen liggen, al is er niet één of best bewezen oplossing. Op veel manieren moeten en kunnen we dit aanpakken. Het nieuwe opleidingsprofiel, *Bachelor Nursing 2020*, is natuurlijk al een begin om het anders te doen in het onderwijs. Binnen de opleidingen

gebeurt er van alles. In het rapport van ZonMw noem ik vele voorbeelden. Zo zijn gastdocenten bijvoorbeeld heel belangrijk. Hiermee breng je de praktijk in de les. Houd in je achterhoofd dat je op school heel veel kunt aanbieden. Maar als studenten dat wat ze leren en ervaren op school niet terugzien in de praktijk, is alles voor niets geweest. Goed contact en overleg met het werkveld is belangrijk om te zorgen dat de theorie aansluit bij de praktijk, en andersom.'

Welke adviezen heb je voor de verpleegkundige M&G?

'Probeer eens twee of meer hbo-studenten in jouw team stage te laten lopen. Denk dan niet: "dat kost veel te veel tijd", maar denk in kansen. Studenten in je team is werken aan de toekomst van het vak. Laat de ouderejaars student een jongerejaars student mee begeleiden. Begeleiden is immers één van de competenties van een verpleegkundige en ook begeleiden moet je leren. Realiseer je bovendien dat jij een heel belangrijke invloed hebt op de ervaringen van de student. Zorg voor veiligheid, want alleen dan kan de student leren. Laat ze voelen dat ze welkom zijn, daag ze uit om het vak te leren, maak de stage aantrekkelijk. Experimenteren en zelfstandig werken, ook als jongerejaars student, maakt dat de student kan ontwikkelen én groeien. Ook buiten het schoolgebouw is een krachtige leeromgeving essentieel. Het inzichtelijk maken van wat het vak inhoudt, is de opdracht voor wijkverpleegkundigen. Maak de studenten vooral duidelijk dat het allemaal achter de voordeur gebeurt!' 🍷

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.

Kwaliteitsstandaard voor het zieke kind en gezin die kinderverpleegkundige zorg nodig hebben in de eigen omgeving

Wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen, handreikingen en kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en andere professionals in de zorg leveren een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van ons handelen. V&VN werkt aan verschillende trajecten, om de kwaliteit van zorg steeds te verbeteren. Een van die trajecten is het V&VN Programma Kwaliteitsstandaarden. Vanuit dit programma worden kwaliteitsstandaarden gemaakt voor en door de beroepsgroepen. V&VN-leden kiezen zelf de thema's en de producten die ontwikkeld moeten worden. Kwaliteitsstandaard voor het zieke kind en gezin die kinderverpleegkundige zorg nodig hebben in de eigen omgeving is de eerste standaard die vanuit dit programma. De standaard wordt medio juni opgeleverd. Alke Nijboer en Gerda van Bergen pikten de krenten over deze standaard voor je uit de pap.

Tekst: Alke Nijboer en Gerda van Bergen

Waar gaat de kwaliteitsstandaard over?

Deze kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede kinderverpleegkundige zorg in de eigen omgeving is voor kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar met een lichamelijke aandoening en het gezin. Veel zieke kinderen en jongeren hebben geen kinderverpleegkundige zorg in de eigen omgeving nodig; deze kwaliteitsstandaard gaat over alle kinderen en jongeren die op basis van een somatische grondslag wel kinderverpleegkundige zorg nodig hebben, in welke vorm en

Wat is het probleem in de huidige praktijk?

In de praktijk werd veel duidelijkheid gemist over wat goede zorg aan zieke kinderen in de eigen omgeving omvat. Zo is het voor ouders vaak onduidelijk wat van de verschillende professionals en instanties kan worden verwacht, wie welke rollen en verantwoordelijkheden hebben en wat de minimale kwaliteitseisen van goede zorg zijn. Dit houdt onder andere in; flexibiliteit over de zorginzet, zorgvuldige informatievoorziening aan de ouders en het belang dat het kind naar school kan. Daarnaast noemen veel kinderverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen dat er nog een grote winst te behalen is in het versterken van de eigen regie bij ouders. Er wordt nog veel gedacht vanuit het perspectief 'wat kan ik de ouders en het kind bieden', in plaats van te denken vanuit de wensen en behoeften van het kind en de ouders. Zo wordt bijvoorbeeld aanbevolen duidelijkheid te scheppen over een vast aanspreekpunt en een juiste voorbereiding en voorlichting van de ouders door bijvoorbeeld in een aparte ruimte zelf voor het kind te zorgen binnen de beschermde omgeving van het ziekenhuis of kindzorghuis.

Er is nog grote winst te behalen in het versterken van de eigen regie bij ouders

op welk moment dan ook. Kinderverpleegkundige zorg brengt voor ouders vragen met zich mee over onder meer de uitvoering, organisatie en bekostiging van de verpleegkundige zorg en de ontwikkeling van het kind op diverse domeinen. Om deze vragen adequaat te beantwoorden, dienen de kinderarts en kinderverpleegkundige vanuit het ziekenhuis of een andere intramurale setting goed samen te werken met de kinderverpleegkundige en andere professionals zoals de jeugd- en wijkverpleegkundige vanuit de omgeving thuis. De kwaliteit van leven en het welzijn van het kind en gezin dienen centraal te staan. Dit betekent dat de behoeften van het kind en gezin het vertrekpunt moeten zijn en dat de zorg gericht is op alle kinderleefdomeinen: medisch, ontwikkeling, sociaal en veiligheid. In de praktijk wordt aan deze voorwaarden vaak nog niet voldaan.

Wat zijn de belangrijkste elementen uit de kwaliteitsstandaard en wat zijn de belangrijkste afspraken?

Eén van de belangrijkste elementen van deze kwaliteitsstandaard is dat gewerkt wordt vanuit de zorgketen: hoe kan de zorg in het ziekenhuis het beste gecontinueerd worden naar de zorg thuis? Een belangrijk onderdeel hiervan is dat alle zorgprofessionals werken vanuit één zorgplan, met de daarbij horende kwaliteitselementen voor verslaglegging en overdracht. Een van de aanbeve-



lingen is bijvoorbeeld dat alle betrokken professionals de overdracht van zorg structureren volgens de standaard *Verpleegkundige overdrachtgegevens kind en gezin*. Deze methodiek is opgesteld door het Medisch Kindzorg Systeem, waarvan V&VN een partner is.

Wat zegt de kwaliteitsstandaard over de taak en rol van de verpleegkundige?

De kwaliteitsstandaard gaat in op het gehele proces - van beslisboom, hulpbehoeftescan tot zorgplan en indicatiestelling. Als we dit laatste als voorbeeld nemen: welke competenties moet je als verpleegkundige hebben en hoe kun je samen met de ouders en het kind tot een goede indicatie komen? Elementen die worden benoemd zijn kennis over wet- en regelgeving, patiëntproblemen, het in kaart brengen van het sociale netwerk en motiverende gespreksvoering. Daarnaast zijn de kaders zoals beschreven in het Normenkader *Indiceren en organiseren van zorg thuis* leidend. Een ander voorbeeld is oog hebben voor een goede balans tussen draagkracht en draaglast: in het bijzonder bij ouders die moeite hebben met het aangeven van hun grenzen. Begrens de zorgverlenersrol van ouders als zij dat wensen en respecteer hun rol als zij wel verpleegkundige zorg willen leveren.

Wat is jullie het meest bijgebleven en wat wil je andere verpleegkundigen meegeven?

Om kinderen vooral kind te laten zijn, is het belangrijk om de zorg in de eigen omgeving goed te organiseren. Alleen op die manier kan het kind meedoen met

leeftijdsgenootjes en zich 'niet anders' voelen. Deze standaard geeft verpleegkundigen meer grip op deze zorg en de elementen waar deze zorg minimaal aan moet voldoen. Verpleegkundigen, voornamelijk werkzaam in de thuissituatie, zien het kind en het gezin dagelijks. Ze weten precies wat in het gezin speelt en welke behoeften kind en gezin hebben. Daarom is het aan verpleegkundigen thuis om deze centrale rol, samen met de ouders en het kind, in de keten te pakken. Draag dit als verpleegkundige uit. Het belangrijkste hierbij is ook vooral om een coach voor het gezin te zijn: begeleid hen door het proces in plaats van direct de zorg over te nemen. ☺

Meer weten?

Je kunt binnenkort meer lezen over de kwaliteitsstandaard *Verpleegkundige zorg aan het zieke kind en het gezin in de eigen omgeving* op www.venvn.nl/themas/richtlijnen-en-protocollen/databank.

Wil je daarnaast meer weten over de ontwikkeling van V&VN kwaliteitsstandaarden? Ervaar jij rond bepaalde thema's vraagstukken of dilemma's, waarvoor een kwaliteitsstandaard wellicht een oplossing kan zijn? Mail jouw vragen en ideeën naar richtlijnen@venvn.nl en kijk voor meer informatie op <https://www.venvn.nl/Themas/Richtlijnen-en-protocollen/Kwaliteitsstandaarden>

Gerda van Bergen is unithoofd kinderafdeling/ neonatologie en van oorsprong kinder- en neonatologie verpleegkundige.

Alke Nijboer is Adviseur Kwaliteitsstandaarden bij V&VN

VERGEET HET ONTBIJT NIET

'Hup, opschieten! Hebben jullie ontbeten?' Werk, school, kinderopvang of die ene weekendverplichting maakt dat het bij veel families nogal eens druk kan zijn in de ochtend. Wellicht schiet het ontbijt er soms bij in of is het maar 'snelsnel'. Juist voor gezinnen met kinderen loont het om als professional stil te staan bij een goede eetgewoonte zoals ontbijten. Want een gevarieerd ontbijt levert energie en voedingsstoffen om de dag goed te starten. En jong geleerd is oud gedaan!



Bij de les

Het ontbijt is de eerste maaltijd na een lange periode (8-12 uur) niks te hebben gegeten. Ontbijten voorziet het lichaam van energie en voedingsstoffen om de dag te starten en in de ochtend actief te kunnen zijn. Verschillende onderzoeken laten zien dat kinderen die ontbeten

hebben, kort daarna een beetje beter presteren op taken waarvoor aandacht, geheugen en planning & organisatie belangrijk zijn. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat ontbijten een gunstig effect heeft op de metabole gezondheid, ofwel het goed en geleidelijk verteren van voedsel. Een goede metabole gezondheid is een belangrijke voorwaarde om op lange termijn gezond en fit te blijven.

Voedingsstoffen op peil

Een goed ontbijt zorgt voor ook een hogere inname van essentiële voedingsstoffen en nieuwe energie voor de dag. Onderzoekers in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten bestudeerden deze inname bij mensen die ontbeten en degenen die het ontbijt oversloegen. Zoals je al zou verwachten hadden de ontbijters in deze landen een hogere voedingsstoffen- en energie-inname dan de niet-ontbijters. Ontbijters kregen bijvoorbeeld meer vezel, foliumzuur, ijzer en calcium binnen, en voldeden daardoor beter aan de aanbevelingen. De precieze bijdrage verschilt wel per land.

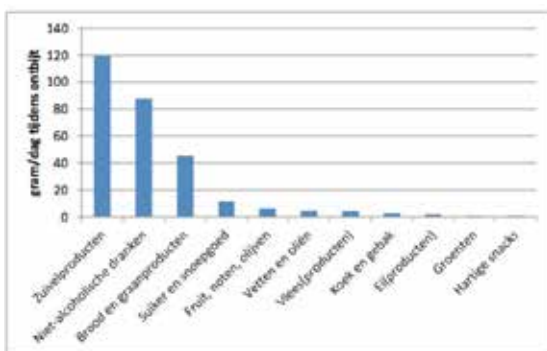
Een gezond ontbijt

Een gezond ontbijt bevat koolhydraten voor de energie, eiwit voor de spieren en botten, voedingsvezel om de darmfunctie te stimuleren, en vitamines en mineralen voor diverse lichaamsprocessen. Het Voedingencentrum adviseert om, rekening houdend met de ontbijtgewoontes van de doelgroep, voedingsmiddelen uit de Schijf van Vijf te kiezen. Aanraders zijn volkorenbrood of volkoren graanproducten, zonder toegevoegd suiker en zout. Denk bijvoorbeeld aan havermout en muesli. Daarnaast zijn magere of halfvolle zuivelproducten zoals een glas melk, of yoghurt (bijvoorbeeld met fruit en muesli) een onderdeel van het ontbijt. Melk bevat namelijk van nature eiwit, vitamine B2, vitamine B12, calcium, fosfor, kalium en jodium. Daarnaast zijn water of een kop thee zonder suiker goede keuzes om te drinken.

Nederlandse kinderen

In Nederland ontbijt een groot deel (95%) van de basisschoolkinderen (4-12 jaar) nog dagelijks. Daarbij is er nauwelijks verschil tussen jongens en meisjes. Maar des te ouder de kinderen worden, des te minder ze dagelijks ontbijten. Zo geeft van de 9 tot 18 jarigen nog maar 85% van de jongens versus 82% van de meisjes aan iedere ochtend iets te eten of drinken en 4% ontbijt helemaal niet. Uit onderzoek van o.a. de GGD Rotterdam-Rijnmond, blijkt dat kinderen van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse herkomst minder vaak ontbijten in vergelijking tot Nederlandse kinderen.

In Nederland is via de landelijke voedselconsumptiepeiling (VCP) van het RIVM in kaart gebracht waaruit het gemiddelde dagelijkse ontbijt van 4-12 jarigen bestaat (zie figuur 1). Zuivelproducten, dranken (bijvoorbeeld sap en thee) en brood & graanproducten zijn de meest gegeten voedingsmiddelengroepen bij het ontbijt. Van de laatste groep bestaat tweederde uit volkoren- of bruinbrood en volkoren graanproducten. Bij de zuivelproducten dragen met name melk en gefermenteerde melkproducten (zoals yoghurt en karnemelk) hieraan bij.



Figuur 1. Gemiddelde consumptie tijdens het ontbijt voor Nederlandse kinderen van 4-12 jaar in 2012-2014 (gebaseerd op VCP 2012-2014; n=505).

Ook is er uitgezocht op hoeveel dagen per week deze producten worden gegeten. Bij de basisschooljeugd staat op de meeste dagen brood of graanproducten op het ontbijtmenu. Brood beleggen ze het liefst met chocoladebelegsoor-

ten. Op ruim vier dagen van de week gebruiken ze zuivelproducten.

Goed voorbeeld doet volgen

Uit onderzoek blijkt dat het (voedings)gedrag van de ouder bepalend is voor de voedingsgewoonten die jonge kinderen ontwikkelen. Eenmaal aangeleerde voedingsgewoontes gaan vaak het hele leven mee en zijn daarom sterk bepalend voor het eetgedrag op later leeftijd. Ontbijt is een goede eetgewoonten voor de gehele familie. Daarom hebben we drie tips verzameld over het belang van ontbijten.

1. Ontbijt zorgt voor een hogere inname van essentiële voedingsstoffen en nieuwe energie voor de dag.
2. Een gevarieerd ontbijt bestaat uit voedingsmiddelen uit de Schijf van Vijf, zoals volkorenbrood, volkorenontbijtgranen zonder toegevoegde suiker en zout, magere of halfvolle zuivel en/of fruit.
3. Kinderen kopiëren het gedrag van de ouders. Betrek daarom de hele familie bij het ontbijt. Stimuleer ze om met elkaar rustig aan tafel te ontbijten.

Op de website van het FrieslandCampina Institute kunt u het gehele artikel, inclusief referentielijst, nalezen. www.frieslandcampinainstitute.nl



FrieslandCampina nl

Institute
for dairy nutrition and health



Voor meer informatie over de IDEa studie: www.nutriciavoorprofessionals.nl

IDEa studie onderschrijft het belang van Groeimelk

Wat peuters vandaag eten, is bepalend voor hun groei en ontwikkeling, voor nu en later. Het belang van gezonde voeding kan daarom niet genoeg benadrukt worden. Uit voedselconsumptie-onderzoek bleek eerder al dat peuters in Nederland via hun voeding niet alle voedingsstoffen binnen krijgen die ze nodig hebben¹. De WHO stelt dat ijzertekort en vitamine D-tekort de meest voorkomende deficiënties onder jonge kinderen zijn².

Het effect van Groeimelk op de ijzer- en vitamine D-status van peuters is onderzocht in de IDEa studie, welke op 4 januari is gepubliceerd in *The American Journal of Clinical Nutrition*³.

Na een interventie van 20 weken blijkt dat³:

- Groeimelk de **ijzerstatus behoudt**
- Groeimelk de **vitamine D-status verbetert**
- Groeimelk de kans op een tekort aan ijzer **verkleint met 58%** (P=0,036)
- Groeimelk de kans op een tekort aan vitamine D **verkleint met 78%** (P<0,001)

Drs. Marjolijn Akkermans, arts-onderzoeker kindergeneeskunde Juliana Kinderziekenhuis/HagaZiekenhuis in Den Haag: "Dagelijks gebruik van Groeimelk gedurende 20 weken zorgt voor een behoud van de ijzerstatus en verbetert de vitamine D-status van gezonde 1-3 jarigen uit West-Europa."

In de IDEa studie is wetenschappelijk aangetoond dat Groeimelk de kans op tekorten verkleint

Groeimelk kan zo, als onderdeel van een gezonde voeding voor peuters, een rol spelen in een gebalanceerd voedingspatroon.



Bronnen: 1. Goldbohm R *et al* (2016) Food consumption and nutrient intake by children aged 10 to 48 months attending day care in the Netherlands. *Nutrients* 8(7):428 2. Allen L, de Benoist B, Omar D *et al*. Guidelines on food fortification with nutrients (World Health Organization). Last updated: January 1, 2006. Accessed: February 12, 2014 http://www.who.int/nutrition/publication/guide_food_fortification_micronutrients.pdf 3. Akkermans M *et al* (2017) A micronutrient-fortified young child formula improves the iron and vitamin D status of healthy young European children: a randomised double-blind controlled trial. *AJCN* First published ahead of print Januari 4, 2017 as doi: 10.3945/ajcn.116.136143