



#SPEAK UP!

Verhalen van wijk- en
dementieverpleegkundigen

Ambassadeurs voor de wijkverpleegkundige en dementieverpleegkundige
Leertraject 7 2019/2020

#SPEAK UP!

**Verhalen van wijk- en
dementieverpleegkundigen**

Van links naar rechts:

Nadine Smits, wijkverpleegkundige De Zorggroep, Beesel
Marjo van Hout, wijkverpleegkundige Sensire, Didam
Jacqueline Albertz, wijkverpleegkundige Envida, Maastricht
Nanda van Zadelhof, wijkverpleegkundige Sensire, Varsseveld
Michelle Meertens, wijkverpleegkundige Envida, Maastricht
Corinne Agterof, casemanager dementie Tandem, Gouda
Laura Medema, wijkverpleegkundige Icare, Zwolle
Femke Menu, wijkverpleegkundige, ZorgSaam Zorggroep, Kloosterzande
Martine van Dam, wijkverpleegkundige Evean, Amsterdam
Gerard Schaafsma, wijkverpleegkundige Zuidoostzorg, Drachten
Barbera Verheul, wijkverpleegkundige Laurens, Rotterdam
Martine de Jeu, wijkverpleegkundige Marente, Leiden
Marit Kranenburg, wijkverpleegkundige Beweging 3.0, Leusden
Linsy Bakkers, wijkzuster Surplus, Fijnaart
Marianne Dorst, wijkverpleegkundige Zorgwaard, Puttershoek
Leon van Roon, wijkverpleegkundige Marente, Noordwijkerhout



Inhoud

Inhoud

Onze unieke functie	5
Enorme drive voor de beste zorg	6
Verpleegkundig leiderschap gevraagd	7
Schurende stelsels en schotten in de zorg	9
Het zorgkantoor gaat uw uren niet betalen	10
De kloof tussen ziekenhuis en wijkverpleging	11
Het belang van een goede overdracht	12
Kwetsbaarheid begint waar zorg faalt	13
Gerard en Trees	14
Waarom heeft u geen bezwaar ingediend?	15
Geen 'van deur-tot-deur'-indicatie	16
Kwaliteit van leven en sterven	17
Gelukkig Nieuwjaar?	18
Van mantelzorger naar patiënt	19
De juiste zorg op de juiste plek	21
Machteloosheid	22
Douchen in de tuin	23
Het afvoerputje van de zorg	24
Ga jij mij blij maken?	25
Het allerlaatste stukje	26
Thuis is de beste plek	27
Waarde van de wens van de klant	28
De impact van covid-19	29
Covid-19 en dementie, hoe lever je passende zorg?	30
Warme overdracht in covid-19-crisis	31

Wie mag naar mijn begrafenis komen?	32
Verloren tijd voor de wijkzuster	33
Hokjes in de zorg	34
Het nieuwe normaal	35
Cliënt tussen wal en schip	36
Geen recht op WLZ-indicatie	37
Samenwerken	38
Lockdown en kwetsbare wijkbewoners	39
Goede zorg?!	41
Tweestrijd	42
Met het mes op tafel	43
De vergrijzing met al zijn charmes	44
Kleine investering met groot resultaat	45
Oudjaarsdag	46
Wensen	47
Een douche met gevolgen	48
Het niet-pluis gevoel van een wijkverpleegkundige	49
De cliënt glipt je bijna door de vingers	50
Een stapje verder...	51
Alleen, maar niet meer eenzaam...	52
Bakkie leut	53
Verhuizen	54
De handen van een wijkverpleegkundige	55
Vrijheid	56
Wees zuinig op de dementie- en wijkverpleegkundige	58

Onze unieke functie

De wijkverpleging. Een vakgebied binnen de gezondheidszorg dat continu in beweging is. In de wijk nemen de dementie- en wijkverpleegkundigen een centrale plaats in. Door de veelzijdigheid van onze functies worden wij de spin in het web, de zorgregisseur, het aanspreekpunt of de netwerker genoemd. In veel gevallen is dat terecht. We proberen de beste zorg te realiseren voor onze cliënten en kijken daarbij vooral naar mogelijkheden.

We kunnen boekwerken vol schrijven over wat wij dagelijks meemaken in de wijk. Mooie verhalen, ontroerende verhalen, schrijnende verhalen. Verhalen die je aangrijpen en je laten beseffen dat het leven ook minder mooie kanten heeft. Gelukkig mogen wij ook spreken over het behalen van doelen, beleven we ook succesmomenten en overwinningen. Er zijn natuurlijk ook momenten waarin humor een grote rol speelt en wij zorgen voor een lach op het gezicht van onze cliënten.

In dit boek nemen wij je mee naar de wereld van de wijk- en dementieverpleegkundige. Een wereld waarin het realiseren van goede zorg niet altijd vanzelfsprekend is. Waar we soms moeten vechten voor de belangen van onze zorgvragers. Want helaas sluiten wet- en

regelgeving niet altijd aan bij wat wij wensen voor onze cliënten. Soms kun je je afvragen of alle zorg wel op de juiste plek geboden kan worden. Daarnaast hebben wij aan den lijve ondervonden welke invloed covid-19 had op de wijkverpleging.

Uniek is de rol die wij mogen vervullen en de vrijheid die we binnen onze functies hebben. Juist vanwege die centrale rol is het belangrijk dat we ons uitspreken over wat beter kan, wat nadelig is voor de cliënt en diens netwerk. Maar ook over de succesverhalen. Jet Bussemaker heeft ons in januari 2020 geïnspireerd en gemotiveerd om onze stem te laten horen. 'SPEAK UP!' was haar uitspraak: 'Lucht je hart!' Een uitspraak die ons allen aan het denken heeft gezet en ons bewust heeft gemaakt van onze visie op de zorg.

Wat is goede zorg? Wij nemen u graag mee en spreken ons uit over onze professie.

Femke Menu

Marianne Dorst – van der Wulp

Namens de ambassadeurs voor de dementie- en wijkverpleegkundige, groep 7

Enorme drive voor de beste zorg

Voor u ligt een boek met verhalen uit de praktijk, opgetekend door ambassadeurs voor de wijk- en dementieverpleegkundige. Verhalen vol passie: persoonlijk, ontroerend, kwetsbaar.

Bij het lezen voel je de drive om de hoogst haalbare kwaliteit van zorg te bieden aan mensen die aan hun zorgen zijn toevertrouwd. Mooie verhalen, maar ook verhalen waarin je voelt dat de zorgverlening schuurt. Verhalen waarin keuzen gemaakt worden die niet vanzelfsprekend zijn. Keuzen die vragen om reflectie en moed om beargumenteerd af te wijken van gangbare richtlijnen en protocollen. Verhalen die getuigen van lef en ons helpen om met elkaar het gesprek te voeren over de vraag wat goede zorg is en vooral ook wat nodig is om deze zorg te blijven bieden.

De verhalen spreken luid en duidelijk, om goed gehoord te worden. Verenigd in een bundel vullen ze elkaar aan. Dat versterkt de boodschap.

We zijn als vakgroepen enorm trots op wat de wijk- en dementieverpleegkundigen het afgelopen jaar hebben laten zien. Hoe ze zijn gevormd en bijdragen aan de ontwikkeling van het beroep. Ook als vakgroep geloven we in een bundeling van krachten. We willen vakgroep zijn vóór en dóór professionals, gericht op het faciliteren en positioneren van de wijk- en dementieverpleegkundigen in de uitvoering van hun beroep. Dat kunnen we niet alleen! We zien er naar uit om samen het geluid van de beroepsgroep te versterken.

Het was een voorrecht om als vakgroepen samen op te trekken met wijk- én dementieverpleegkundigen. Want kwaliteitszorg gaat over het afstemmen op wensen, behoeften en voorkeuren van zorgvragers vanuit het perspectief van de zorgvrager. Wat mooi om dan over de muren van het eigen domein heen te kijken en te ontdekken hoe je elkaar aan kunt vullen!

Naast een woord van grote dank voor wat zij betekenen voor de beroepsgroep, willen wij namens beroepsvereniging V&VN de ambassadeurs wijk- en dementieverpleegkundigen van harte feliciteren met dit boekje. We zijn blij met hun geluid en hopen van harte dat dit boekje een brug zal vormen tussen beleidsmakers, bestuurders en verpleegkundigen, zodat we het met elkaar mogelijk maken de beste zorg te leveren waarbij de cliënt écht centraal staat.

Gerben Jansen

voorzitter vakgroep dementieverpleegkundigen

Rieke van de Wetering

voorzitter vakgroep wijkverpleegkundigen



Verpleegkundig leiderschap gevraagd

In 2020 zagen we wereldwijd de impact en waarde van (wijk)verpleegkundigen tijdens de covid-19-pandemie. Ter viering van het tweehonderdste geboortjaar van Florence Nightingale riep de WHO 2020 uit tot 'Year of the Nurse', om de passie voor het vak, leiderschap, deskundigheid en het delen van kennis verder aan te moedigen. #SPEAK UP! sluit hier naadloos op aan.

De wijkverpleging staat weer volop in de picture. En terecht. In Nederland ontvingen er in 2019 zo'n 350.000 mensen wijkverpleging. Dit aantal zal toenemen, door de vergrijzing, de toenemende levensverwachting en omdat ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen. Wijkverpleging is het team van verpleegkundigen en verzorgenden dat zich richt op individuele verpleging en verzorging aan thuiswonende cliënten, maar ook op gezondheidsbevordering en preventie. De wijkverpleegkundige is de spil in het netwerk van zorg en ondersteuning die cliënten ontvangen. Een goede samenwerking met de huisarts, het sociaal domein, de mantelzorger en andere professionals is hierin uitermate belangrijk. De juiste zorg op de juiste plek is de mantra voor de toekomst waarin de wijkverpleegkundige en dementieverpleegkundige een cruciale rol vervullen.

De comeback van de wijkverpleging begon in 2015, toen de wijkverpleegkundige de indicatiestelling 'terugkreeg'. In 2018 werd een kennisagenda wijkverpleging ontwikkeld en is het Expertisegebied van de Wijkverpleegkundige geëvalueerd en aangepast (2019). De Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging jaagt verdere kennisontwikkeling aan en bevordert

de toepasbaarheid in de praktijk. Verder wordt er gewerkt aan een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging, en wordt er onderzoek gedaan naar uitkomsten van zorg en naar de praktijkvariatie in de indicatiestelling. Kortom, er is veel in beweging waar wijkverpleegkundigen en dementieverpleegkundigen zelf een bijdrage aan kunnen leveren.

Dit alles vraagt om verpleegkundig leiderschap. Daaraan is in de afgelopen zeer succesvol bijgedragen middels het ambassadeurstraject. Een uitgebreid onderzoek in 2018 na vijf jaar ambassadeurstraject laat zien dat de ambassadeurs meer lef en leiderschap ervaren, betrokken zijn bij allerlei initiatieven op lokaal, regionaal en landelijk niveau en dat ze vertalers en verbinders zijn (Wolbers, Lalleman, Bleijenberg 2018).

Dementie- en wijkverpleegkundigen, wees je bewust van je rol, van je invloed op je vak. Praat, denk en doe mee met de ontwikkelingen in beleid en onderzoek. Zonder jullie input en enthousiasme stagneert de verdere professionalisering. Laat je horen en draag je steentje bij aan een toekomstbestendige wijkverpleging.

Dr. Nienke Bleijenberg

*Lector Hogeschool Utrecht
Onderzoeker UMCU Utrecht,
leerstoel verplegingswetenschap*

Prof. dr. Sandra Zwakhalen

*hoogleraar verplegingswetenschap
Universiteit Maastricht
Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging*

Schurende stelsels en schotten in de zorg



9

Het zorgkantoor gaat uw uren niet betalen

Mijn uitgangspunt is: het verschil maken en een bijdrage leveren aan het welzijn en de veiligheid van de cliënt met dementie. Voor een opname in een verpleeghuis overleg ik samen met alle betrokkenen om een zo goed mogelijke plek te realiseren. Hiervoor wordt afgestemd met de collega's van wachtlijstbeheer. Ik neem jullie mee in de situatie van Anneke. Ik begeleid haar al ruim twee jaar.

Anneke is een hoogopgeleide vrouw met vele interesses. Na de diagnose van de ziekte van Alzheimer heeft Anneke een moeilijke periode doorgemaakt. Vooral het accepteren van - en de omgang met haar beperkingen waren intensief. De fase daarna, het accepteren van hulp in huis, heeft ook veel tranen opgeleverd, maar samen met haar dochters kwamen ze er steeds weer uit. In de loop van de maand mei blijkt de zorg door de wijkverpleging en haar twee dochters, Dorothea en Barbara, niet meer toereikend. In samenspraak met Anneke wordt er gezocht naar een passende plek in een verpleeghuis. Onze collega's van wachtlijstbeheer vinden een passende plek maar die komt pas over tien dagen vrij. Wachten op deze plaatsing kan niet meer: er is continu sprake van angst en paniek bij Anneke, bij afwezigheid van de zorgverleners of dochters. De mooiste oplossing, tijdelijk als het ware 24-uurs zorg thuis, tot aan opname in een verpleeghuis. Als Anneke een helder moment had, gaf ze aan dat het goed was dat de dochters en professionals voor haar zorgden.

Ik zoek telefonisch contact met de klantadvi-

seur van het zorgkantoor. Ik vraag toekenning van voldoende uren voor de zorg in de thuis-situatie, ter overbrugging tot verhuizing naar de passende woonvoorziening. Helaas is deze medewerker niet gevoelig voor mijn argumentatie. Ik krijg terug: 'U weet toch wel dat er nog zoveel situaties in Nederland zijn', en: 'Het zorgkantoor gaat de gevraagde uren niet betalen'. Ik slik de woorden in die ik zou willen zeggen, noteer haar naam en beëindig het gesprek. Ik stel een e-mail op voor de collega's van wachtlijstbeheer en de dochters. Ik fiets naar huis en sluit aan bij de maaltijd verzorgd door mijn partner.

Dochter Dorothea belt en geeft aan dat er een crisislek gezocht moet worden. Halverwege de middag krijg ik een telefoontje van de wachtlijstbeheerder dat er een crisisbed beschikbaar is op ongeveer half uur rijden van dochter Dorothea. Ik bel Dorothea, zij gaat samen met haar moeder de tas inpakken. Net voor vertrek naar het verpleeghuis krijg ik een sms-bericht van Dorothea: 'Uit de grond van ons hart, namens ons en Anneke hartelijk dank voor al je goede zorgen. Het is zoals het is en het kon niet meer anders dan deze oplossing'. Na tien dagen wordt Anneke verhuisd naar haar definitieve plaats in het verpleeghuis in de woonplaats van Dorothea.

Corinne Agterof
casemanager dementie TANDEM

De kloof tussen ziekenhuis en wijkverpleging

Als transferverpleegkundige loop ik er regelmatig tegenaan: patiënten uit de regio kunnen bij verschillende thuiszorgaanbieders niet in zorg genomen worden. Vaak vanwege overvolle cliëntroutes en/of personeelstekorten.

Onlangs moest ik wijkverpleging regelen voor een cliënt. Mevrouw B. zou met ontslag gaan vanuit het ziekenhuis met sondevoeding. Het betrof een tijdelijke zorgvraag, dus dat zou zo geregeld moeten zijn! De vijf zorgaanbieders die in haar dorp zorg leverden, gaven echter allemaal aan geen ruimte te hebben. Uiteindelijk heb ik het specialistisch team van de regio bereid gevonden om deze zorg te leveren, bij wijze van uitzondering.

Het probleem lijkt zich te concentreren in bepaalde dorpen waar het erg lastig zijn om een thuiszorgaanbieder te vinden. Dit speelt helaas al jaren. Gevoelsmatig zie ik graag dat mijn patiënten ondergebracht worden bij organisaties die mij bekend zijn. Want naast mijn ervaring als transferverpleegkundige, ken ik de regio erg goed, omdat ik er zelf woon en er af en toe nog een dienst meedraai in de wijkverpleging. Bij de bekende organisaties kan ik erop vertrouwen dat de kwaliteit van zorg geboden wordt die nodig is na een ziekenhuisopname. Het uitwijken naar andere zorgaanbieders, zoals ZZP'ers die binnen onze regio opduiken, doe ik niet graag. Dit heeft te maken met onder andere de langere reistijden, het niet wijk- en cliëntgericht kunnen werken, lagere deskundigheidsniveaus en langere lijnen met andere disciplines, zoals huisartsen. Helaas kan

het soms niet anders.

Terug naar mijn patiënt, mevrouw B. Het is mijn wens dat zorgaanbieders gezamenlijk kijken hoe zij toch de zorg voor haar kunnen leveren. Het zou fijn zijn wanneer er meer vrijheid komt bij het organiseren van deze zorg. Wat niet alleen de samenwerking versterkt, maar ook ten goede komt aan de patiënt.

Hetzelfde geldt voor het plaatsen van patiënten met een WLz-indicatie. Het is vaak ontzettend lastig om de juiste plek voor iemand te vinden. Of patiënten worden afgewezen omdat er geen plekken beschikbaar zijn. Dit kan en mag niet gebeuren! Met de toenemende vergrijzing in onze regio is de noodzaak aanwezig om deze bedden uit te breiden. Hier zal opgeanticipeerd moeten gaan worden.

Al met al ben ik, als verpleegkundige en inwoner van de gemeente Hoeksche Waard, trots op iedereen die onze 'eilandbewoners', in welke vorm dan ook, van de juiste zorg voorziet. Echter ligt er nog een grote uitdaging voor ons dit te optimaliseren. Laten we de handen ineenslaan en samen deze uitdaging uitgaan!

Jos Mallegrom

*transferverpleegkundige Ikazia Ziekenhuis
en verpleegkundige (oproepkracht) Thuiszorg
Zorgwaard*

Het belang van een goede overdracht

Het is dinsdagmiddag als mijn telefoon gaat. Ik word gebeld door de zorgbemiddeling van Envida. Mevrouw P. verblijft in een herstellzorg-instelling, maar kan hier niet wennen en zou graag terug naar huis willen. Ze is enkele dagen geleden geopereerd aan een blaastumor en er is een urostoma geplaatst. In de verpleegkundige overdracht staat dat er alleen ondersteuning nodig is bij het injecteren van de fraxiparine en het aantrekken van de kousen. Het verzorgen van de urostoma kan mevrouw zelfstandig. De routes in mijn wijk zitten overvol. Ik overleg kort met mijn collega. We puzzelen samen en besluiten de zorgvraag aan te nemen.

De dag dat onze nieuwe cliënt thuis is, bel ik haar op om een afspraak te maken voor het intakegesprek. Ik kan die middag bij haar terecht. Ze laat me binnen met een grote glimlach op haar gezicht, laat me meteen weten hoe blij ze is om thuis te zijn en dankbaar dat wij zo snel de zorg konden starten. Tijdens het intakegesprek geef ik haar de ruimte om te vertellen over het ziekteproces en haar ervaringen met de opname in het ziekenhuis en herstellzorg. Mevrouw is geëmotioneerd als ze vertelt over de urostoma. Ze geeft aan dat ze er zelf nog niet naar durft te kijken. Al snel heb ik in de gaten dat mevrouw haar urostoma helemaal niet zelf kan verzorgen en dit ook nog nooit heeft gedaan. In mijn hoofd raak ik geïrriteerd

over het feit dat ik de verkeerde informatie heb ontvangen bij de overdracht vanuit herstellzorg. Ik vraag hoe de verzorging van de urostoma is verlopen. Al snel wordt duidelijk dat deze eerder volledig werd overgenomen door de verpleging. Om haar zelfstandigheid terug te krijgen, is het wel haar voornemen in de nabije toekomst zelf de stoma te leren verzorgen. Ik spreek af dat we samen naar dit doel gaan toewerken, stap voor stap, volgens een plan en in haar eigen tempo. Mevrouw is opgelucht en dankbaar voor het gesprek.

Op kantoor kijk ik samen met mijn collega hoe we deze zorgvraag kunnen inplannen. Met veel gepuzzel zal het ons lukken om de juiste zorg bij deze mevrouw te gaan leveren. Ik neem contact op met de afdeling van herstellzorg om te vragen hoe het kan dat we de verkeerde informatie hebben ontvangen. Na een aantal pogingen en medewerkers te hebben gesproken van herstellzorg, geef ik het op. Er was niemand die mij hier een antwoord op kon geven. Het verstrekken van de juiste informatie kan zo enorm bijdragen aan een warme overdracht voor de klant en de medewerker.

Michelle Meertens
wijkverpleegkundige Envida

Kwetsbaarheid begint waar zorg faalt

U woont in Amsterdam. Naast u woont Nel, een alleenstaande vrouw van 83 jaar. Ze heeft weinig contact met haar kinderen, maar bovenbuurvrouw Anneke doet alles voor haar. De wijkverpleging komt 's ochtends en 's avonds.

De afgelopen dagen gaat het niet goed met Nel. Ze roept, schreeuwt en bonkt op de muren om Anneke te roepen. Dit gebeurt ook 's avonds en 's nachts. Als Anneke niet thuis is, gaat Nel naar buiten. Vaak heeft ze dan slechts een nachtjapon aan of alleen haar incontinentiemateriaal.

Ze belt aan bij u, of bij de overburen, en als er niemand opendoet gaat ze huilen op straat en klampt mensen aan die ze niet kent. Hulpdiensten brengen haar terug naar huis of naar het ziekenhuis. Daar kunnen ze Nel ook niet helpen, dus haalt Anneke haar weer op.

Als u Nel bezoekt, doet ze de deur niet open. Kijkend door het slaapkamerraam ziet u dat ze op bed ligt. Anneke is er nu bijna de hele dag. Ze moet vaak vrij nemen van haar werk. Het verbaast u en de andere burens, dat de wijkverpleging niet vaker komt. Nel wordt gewoon aan haar lot overgelaten! De wijkverpleegkundige die er al jaren komt, zegt dat zij en haar collega's wel vaker willen komen, maar dat ze niet vaker mogen komen. Door een indicatie ofzo.

De wijkverpleegkundige probeert het uit te leggen. Nel is een lieve vrouw, die nog heel zelfstandig is. Maar door een angststoornis is zij bang om alleen te zijn. Soms is die angst zo groot dat ze tijdelijk afhankelijk en regressief, bijna kinderlijk gedrag vertoont.

Dan verzorgt ze zichzelf niet meer goed. Dagelijks overleg ik met de huisarts en een psychiatrisch verpleegkundige. Het lukt niet om een opnameplek te vinden. Voor het verpleeghuis is de psychische problematiek te ernstig en voor opname in de psychiatrie niet ernstig genoeg. Er is nu vier keer per dag zorg nodig. Maar haar WLz-indicatie is hiervoor te klein. Uit dit budget worden ook de dagbesteding en de huishoudelijke hulp betaald.

Ik mag het budget niet flexibel inzetten. Omdat Nel momenteel niet naar de dagbesteding gaat, wil ik dat deel tijdelijk gebruiken voor de zorguitbreiding. Met een zorgverzekeringswetindicatie kan ik de zorg beter afstemmen op haar wisselende zorgbehoefte. Maar het lukt niet de WLz te beëindigen. De spoedaanvraag voor een hoger zorgzwaartepakket wordt afgewezen.

Als wijkverpleegkundige voel ik mij afhankelijk van een derde partij, het CIZ, die Nel niet kent. Ik dien een bezwaarschrift in, gevolgd door een intensief overleg met het zorgkantoor. Uiteindelijk, na weken, wordt een hoger zorgzwaartepakket geïndiceerd voor onbepaalde tijd. Ondanks dat we nu vier keer per dag kunnen komen, voorkomen we niet dat Nel haar polsen insnijdt. Het duurde te lang. Ze wordt opgenomen op een gesloten afdeling van de psychiatrie. Na maanden komt ze weer thuis. Het gaat weer goed, voorlopig.

Martine van Dam
wijkverpleegkundige Eveen

Gerard en Trees

U kent het wel: een hoogbejaard echtpaar zonder kinderen, een beperkt sociaal netwerk en bij professionals bekend als zorg mijdend. Trees, bekend met geheugenstoornissen na een hersenbloeding in 2017, is na een revalidatie van drie maanden weer thuis bij haar partner Gerard. Gerard heeft ernstige nierfunctiestoornissen en bevindt zich in de predialysefase. Na haar thuiskomst geeft Gerard de zorg die Trees nodig heeft, hulp bij toiletgang en transfer in en om huis. Gerard draagt daarnaast ook de volledige zorg voor alle overige taken in en rondom huis.

Dit was tijdens onze afspraken eigenlijk de rode draad. Er volgen gesprekken met het echtpaar, de wijkverpleegkundige en andere betrokken hulpverleners, zoals de huisarts, praktijkondersteuner, de maatschappelijk werker van de afdeling nierdialyse en mentor-schap. De plannen en uitvoering hiervan geven de nodige weerstand. Uiteindelijk gaat de familie akkoord met een indicatie voor de Wet Langdurige zorg.

Daarna volgen er maanden van geplande en ongeplande crisissituaties. In het voorjaar wordt een uitgeputte Gerard door de huisarts opgenomen in het ziekenhuis en Trees op een crisisplek in hun woonplaats. Mijn begeleidingsactiviteiten voor het echtpaar stopten per direct na een 'warme overdracht' op haar crisisplek. De maatschappelijk werker van het verpleeghuis begeleidt Trees en Gerard verder.

Gerard komt weer thuis en de betrokken wijkverpleegkundige pakt de zorg voor Gerard op.

Na een aantal weken doet de huisarts het verzoek of ik met spoed wil starten bij Gerard, er zijn ernstige twijfels over zijn cognitie. Met spoed moet er diagnostiek door specialist ouderenzorg worden gedaan en vertegenwoordiging geregeld worden. Gerard krijgt een rijntzeggingsopgelegd, zijn auto wordt door de wijkagent na meerdere incidenten weggehaald.

Tijdens een van mijn bezoeken bij Gerard tref ik hem ontredderd aan en geeft hij aan dat een opname voor hem ook het allerbeste zou zijn. Ik bel de huisarts en vraag of hij de een crisisplek wil aanvragen. Er blijkt een bed beschikbaar te zijn in het verpleeghuis waar zijn vrouw Trees verblijft. Een intensieve middag volgt en ik besluit Gerard met mijn eigen auto naar het verpleeghuis te brengen. Ik verzorg de 'warme overdracht' in het verpleeghuis.

Tweeënhalve week later verhuist Gerard, in het kader van echtparenhereniging, naar de afdeling van zijn vrouw. Net voor de kerst word ik opgeroepen voor de zitting op de rechtbank als aanvrager voor Gerard. De beschikking voor mentorschap en bewindvoering is afgegeven. Hierna sluit ik de casus af, mijn gewerkte uren na de opname van Gerard zijn ingediend bij het verpleeghuis waar beiden zijn opgenomen. Gerard en Trees krijgen de juiste en beschermende zorg die zij nodig hebben.

Corinne Agterof
casemanager dementie TANDEM

Waarom heeft u geen bezwaar ingediend?

Mevrouw D. woonde nog maar kort in haar seniorenwoning toen ze bij ons in zorg kwam voor dagelijks wondbehandeling aan haar scheenbeen. Na verloop van tijd werd de zorg uitgebreid met het aanreiken van de medicatie. Haar gezondheid ging binnen een jaar flink achteruit. Van wondzorg naar volledige hulp bij de ADL, medicatie en maaltijden. De zorg werd bijna iedere maand aangepast. Uiteindelijk werd ze met een actieve lift uit bed gehaald en was ze aan haar rolstoel gekluisterd. Deze snelle achteruitgang had enorme weerslag op haar. Ondanks de liefde en aandacht van de familie en de vele zorgmomenten van ons team voelde ze zich eenzaam en kreeg depressieve klachten.

De familie, met name haar dochter, was enorm betrokken bij de zorg van hun moeder. Haar huis rook nog als nieuw toen een WLz-indicatie werd aangevraagd. De 'kruisjeslijst' werd ingevuld, waarbij iedere stap van achteruitgang volledig onderbouwd moest worden. Aanvullend met mijn ingevulde 'kruisjeslijst', het medisch journaal van de huisarts en de verslagen van verschillende therapeuten, volgde er een 'verhoor' van het CIZ. Hierbij moet je als wijkverpleegkundige ieder woord op een schaalte wegen, je moet dan sterk in je schoenen staan. Ondanks de uitgebreide zorgvraag werd, tot onze grote verbazing, de WLz-aanvraag afgewezen. De reden was dat mevrouw geen duidelijke diagnose had en nog in staat was te alarmeren.

Zo vlak voor de zomervakantie hadden wij als team met de familie afgesproken het hierbij te laten. Het budget van de WLz-indicatie zou

toch niet voldoende zijn. Mevrouw ging inmiddels ook naar de dagbesteding. De drie dagen dagbesteding en de vele uren zorg van het wijkteam zouden het budget flink overschrijden. Verder was er naast de financiële haken en ogen ook een logistiek probleem. Haar seniorenwoning ligt op circa 300 meter van de dagbesteding in een woonzorgcentrum. Als team mogen wij cliënten niet halen en brengen, dit valt namelijk niet onder de Zorgverzekeringswet. Natuurlijk is wijkverpleging geen haal- en brengdienst en zou dit aan vrijwilligers kunnen worden overgelaten, als deze er zijn.

Omdat dit een uitzonderlijke situatie was, hadden wij als team besloten mevrouw te halen en te brengen naar de dagbesteding, ook al valt deze 'begeleiding' niet te declareren onder de huidige indicatie. Ze kon wel met een taxi worden opgehaald, maar dan zou ze zelfstandig naar beneden moeten kunnen en dat kan ze niet. De taxichauffeur mag niet naar binnen om mensen op te halen. Tevens klinkt het heel vreemd in de oren, een taxi voor 300 meter.

Wij hebben mevrouw de gehele zomer gehaald en gebracht naar de dagbesteding. Zo kreeg ze een hele dag de juiste zorg en begeleiding. Pas maanden later is ze opgenomen. En wat was de reactie van het CIZ? 'Waarom hebben jullie na de afwijzing van de WLz geen bezwaar ingediend?'

Martine de Jeu

wijkverpleegkundige Marente

Geen 'van deur-tot-deur'-indicatie

Op een middag word ik benaderd door mijn collega casemanager dementie. Zij vraagt me om mee te kijken bij een cliënt in mijn wijk. Het betreft een 68-jarige man, John. Bij John is in 2018 dementie vastgesteld.

Ik besluit om samen met de voor John vertrouwde casemanager dementie op huisbezoek te gaan. De casemanager ziet John lichamelijk en psychisch achteruitgaan. De wijkverpleegkundige wordt ingeschakeld om mee te kijken welke zorg er ingezet kan worden en welke doelen we samen met de cliënt kunnen opstellen. Tijdens het gesprek merk ik dat John zelf weinig tot geen ziekte-inzicht heeft, dit valt op doordat hij dingen verbloemt. John houdt van toeren door de stad en van het heuvelland van Limburg. 's Middags even langs in zijn stamcafé om te genieten van een drankje. John is tevreden over zijn dagbesteding en kan zijn auto niet missen.

Een aantal maanden later. Het rijgedrag van John is achteruitgegaan. John zag dit zelf niet zo, maar de hulpverleners en familieleden wel. Omdat het rijbewijs op korte termijn zou verlopen, is met John en alle anderen betrokkenen afgesproken het rijbewijs niet te verlengen. Als gevolg van dit besluit werd de auto van John verkocht. Dit was voor John een heel moeilijk besluit. Door het wegvallen van zijn auto kwam John nergens meer, hij zat alleen nog maar thuis in zijn woning. We zijn samen gaan kijken naar een passende dagbesteding. Maar overall waar John kwam voor een dagbesteding vond hij het maar niks. Ook frustreerde het hem dat hij steeds een van de jongsten was. De wens van John was om zoals voorheen naar zijn stamcafé te kunnen gaan. Aangezien John niet met de bus of met een ander vervoersmiddel naar het café kan gaan, besluit ik met een medewerker te bellen om vanuit de Wmo vervoer op maat aan te vragen.

Na een aantal weken wordt de indicatie van vervoer op maat afgegeven. John mag eindelijk weer naar zijn stamcafé! Samen bellen we ver-

voer op maat om te regelen dat hij dezelfde dag nog kan gaan. De heenreis verliep zonder problemen. De terugreis moeizamer. John was de tijd vergeten. Door zijn cognitieve stoornis is hij regelmatig gedesoriënteerd in tijd.

De taxi van vervoer op maat is zonder John vertrokken. De café-eigenaar heeft uiteindelijk geregeld dat John veilig thuis is gekomen.

De dag erna vertelde John me dit tijdens mijn huisbezoek. Beide waren we erg teleurgesteld. Ik belde naar de taxiorganisatie die vervoer op maat regelt. Ik leg, in bijzijn van John, de situatie uit en vraag of het mogelijk is dat de taxi-chauffeur even zijn naam roept in het café. Er werd meteen gezegd dat dit niet mogelijk was en dat hier een aparte 'van deur tot deur'-indicatie voor moest komen. Teleurgesteld bel ik naar de Wmo, hier leg ik wederom de hele situatie uit. De Wmo-consulent zegt: 'We gaan de procedure opstarten, binnen twee weken horen jullie van ons'. Licht geïrriteerd geef ik aan dat de vorige procedure pas is afgerond en de Wmo alle gegevens heeft. De Wmo-consulent geeft aan dat dit de procedure is en dat er geen uitzondering gemaakt wordt. Dit betekent dat John nog twee weken moet wachten op de 'van deur naar deur'-indicatie. Dit betekent ook dat John nog steeds niet zelfstandig naar het café kan gaan. Omdat we na twee weken nog niks hebben vernomen, bel ik opnieuw naar de Wmo om verhaal te halen. De Wmo-consulent geeft aan dat de aanvraag diezelfde week nog zal worden opgepakt. En inderdaad, de dag erna word ik gebeld door de Wmo-consulent om de aanvraag van de indicatie te bespreken. Wederom vertel ik de situatie van John, eindelijk wordt de indicatie afgegeven! Ik bel John om dit nieuws te vertellen, hij was blij en opgelucht: 'Eindelijk kan ik weer zelfstandig een dagje naar het café'.

Michelle Meertens
wijkverpleegkundige Envida

Kwaliteit van leven en sterven

Ans en Henk zijn ruim zestig jaar getrouwd en wonen in een dorp midden in het Groene Hart. Ans heeft Alzheimer en hartfalen. Henk heeft fors COPD. Ans heeft geen behandelwens meer, alles is gericht op comfort. Bij Henk is er sprake van flinke overbelasting: Ans is behoorlijk veeleisend. De casemanager dementie komt in beeld, ze zet dagopvang in.

Kort erna lijkt de laatste dag voor Ans te zijn aangebroken: lage bloeddruk, snelle hartslag en Cheyne-Stokes-ademhaling. 112 wordt gebeld. De ambulancebroeder zegt: 'Neemt u maar afscheid van uw vrouw, ze zal waarschijnlijk binnen 1,5 uur overlijden'. Na een aantal minuten staat Ans weer op en lijkt het onmogelijke te gebeuren, ze loopt naar de keuken en dirigeert Henk weer wat hij moet doen.

Van het kastje naar de muur en weer terug, een dure bezigheid

De indicatie palliatief terminale zorg wordt door de huisarts afgegeven, er wordt nacht-zorg ingezet. De WLz -aanvraag wordt door het CIZ afgewezen, omdat met de indicatie palliatief terminale zorg geen WLz-aanvraag mogelijk is. De wijkverpleging geeft aan dat doelmatigheid van zorg in gevaar komt, er moeten twee nachten van de zorg afgehaald worden. Daarnaast moet Ans zo snel mogelijk naar een verpleeghuis, de zorg is te duur. De casemanager heeft een andere kijk en benadert het praktijkteam palliatieve zorg. Hier wordt aangegeven, dat het binnen palliatieve zorg niet om doelmatigheid van zorg gaat, maar om de wens van degene die komt te overlijden. De indicatie palliatief terminale zorg wordt weer voor drie maanden verlengd, het zorgkantoor noemt verschillende ideeën. Van ZZP 5 naar direct ophogen naar ZZP 10, via de Coöperatie VGZ een machtiging aanvragen... Het blijkt allemaal niet te werken. Er gaan

weken overheen, uiteindelijk is het advies een ELV-bed. Hoe dan, als er sprake is van een gevorderde dementie?

Ondertussen zit het echtpaar thuis, nachten zonder hulp. Henk heeft zaklampen naast zich liggen, zodra hij Ans hoort, komt hij overeind en helpt haar naar het toilet. Henk is bij terugkomst te vroeg gaan zitten, waardoor hij voor het bed op de grond belandt met een flinke kneuzing van de rug als gevolg. Later die nacht kan hij niet meer op of om en Ans is naar boven gegaan. Ans heeft regelmatig ongelukjes met ontlasting, soms bevuilt ze ook de vloeren in huis. Henk maakt dan alles schoon, voorover gebukt met een doekje. Dan volgt het zoveelste telefoontje naar het zorgkantoor. Ik krijg het antwoord: 'Maximale zorg uit WLz voor iemand met status 'actief wachtend' is 12,6 uur per dag, per week 88 uur.' Eindelijk iemand die weet waar ze over praat?

Soms moet het zo zijn

Een gesprek met Henk volgt. Hij kan niet meer. De casemanager doet met spoed een WLz-aanvraag en artikel 21. We spreken af dat, wanneer de indicatie is afgegeven, we de indicatie palliatief terminale zorg laten vervallen. Het wonder geschiedt, binnen enkele dagen overlijdt Ans, thuis in nabijheid van Henk. Henk is dankbaar dat het zo is verlopen, het was een helse weg. Een terminale indicatie zorgt voor nieuwe schotten en zelfs de experts zijn onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden. Wat een tijd en geld heeft deze situatie de betrokken hulpverleners gekost.

Marieke van Tol

casemanager dementie TANDEM

Gelukkig Nieuwjaar?

Nieuwjaarsochtend 2020. De stilte op straat is oorverdovend, net zo oorverdovend als het vuurwerk acht uur geleden. Met mijn auto slalom ik door resten van vuurwerk, aan het formaat te zien was het een groot feest. Het aantal lege bierflesjes op straat zegt me dat het geen éénmansfeestje was.

Ik parkeer mijn auto en loop naar mijn eerste klant.

Met het scheerschuim op zijn kaken en een handdoek om zijn nek doet hij de voordeur open en laat me binnen. We wensen elkaar een gelukkig nieuwjaar. We kennen elkaar niet, dus om het ijs te breken vraag ik naar zijn oudejaarsavond.

Hij begint te vertellen. 'Dit was alweer de derde jaarwisseling in mijn eentje. Mijn vrouw, waar ik zestig jaar mee getrouwd ben, woont nu twee en een half jaar in het verpleeghuis. Met onze dochters heb ik geen contact, andere familie heb ik niet. Ik heb op televisie de oudejaarsconference gekeken en ben opgebleven tot middernacht. Als ik straks klaar ben, ga ik naar mijn vrouw toe. Ik bezoek haar iedere dag, we hebben alleen elkaar nog. Samen drinken we koffie en lunchen samen. Daarna ga ik weer naar huis, eet een broodje, kijk televisie en ga naar bed. Alleen.'

Meneer vertelt dat zijn echtgenoot zo graag zou willen dat hij langer blijft of bij haar komt wonen.

Dat kan daar niet, zeggen ze. 'Ik weet ook niet of ik dat zou willen. Alle respect voor de mensen die er wonen, maar ik pas er niet tussen. Ik vind het ontzettend moeilijk om haar alleen achter te laten. Om in mijn eentje thuis te komen en alleen te moeten wonen in dit huis, waar we samen zo lang hebben gewoond.'

Het emotioneert hem, en mij ook. De liefde voor zijn vrouw en de eenzaamheid zijn zo voelbaar.

Het houdt me bezig. Ik lees dat de WLz het mogelijk maakt dat een echtgenoot recht heeft op een verblijf in dezelfde instelling. Bij navraag geeft het verpleeghuis, waar de echtgenote verblijft, aan dat het niet mogelijk is. Na een huwelijk van zestig jaar moeten zij noodgedwongen gescheiden van elkaar leven, omdat de één intensieve zorg nodig heeft en de ander niet.

Martine van Dam

wijkverpleegkundige Evean

Van mantelzorger naar patiënt

‘Hoe moet het nu toch verder?’, vraagt mevrouw J. zich af. ‘Ik ben op, ik kan niet meer, die man kan er ook niets aan doen’, zegt ze. Een hippe, slanke 80-plusser, die nog houdt van een uitje en een terrasje pakken. Niet echt een doorsnee bejaarde dame, maar iemand die zich door leeftijd en tegenslagen niet laat leiden. Hij, een oud-marinier, is joviaal, houdt van een grapje en heeft dementie. Ze zijn al zestig jaar getrouwd.

Zij is al langere tijd overbelast, kan de zorg voor haar man niet meer aan. De casemanager dementie en wijkverpleging komen al ruim twee jaar over de vloer. Afgelopen jaar is de zorg uitgebreid en ook weer afgeschaald. Mevrouw gaf dan weer aan de zorg voor haar echtgenoot zelf te kunnen en willen doen. Ook zo moeilijk voor haar om het los te laten. De drie kinderen zijn betrokken, maar willen ook niet echt inzien dat het zo niet meer gaat. Ze respecteren hun moeder in haar keuzes. Verschillende gesprekken volgen met mevrouw en de kinderen. Uiteindelijk wordt een WLz-indicatie aangevraagd en ZZP 5 wordt afgegeven. Inmiddels is ook het ontmoetingscentrum weer open en kan meneer er twee dagen per week heen, zodat mevrouw iets meer lucht krijgt. De nachten zijn zwaar, hij is al paar keer gevallen en vraagt constant de aandacht van zijn echtgenote.

Tot mevrouw aangeeft zich ziek te voelen. In twee weken tijd slijkt ze drie verschillende antibiotica tegen de blaasontsteking. De medicatie heeft geen effect en ze gaat voor onderzoek een nacht naar het ziekenhuis. Haar echtgenoot snapt er niets van en loopt huilend door het huis met de vraag waar zijn vrouw nu is. Hun zoon blijft slapen. Mevrouw komt de volgende dag thuis met de diagnose uitgezaaide pancreaskanker. Het leven van het echtpaar en

hun kinderen staat op z’n kop, meneer snapt er niets van en kan ook geen steun meer zijn voor zijn gezin. De vraag is ‘hoe nu verder?’. Er is geen plek voor meneer in de buurt, alleen twintig kilometer verderop. Zijn echtgenote wijst dit af, ze kan haar man niet ‘weg doen’, maar ze kan ook niet meer voor hem zorgen.

Enkele dagen later krijgt mevrouw een TIA waarbij haar linkerzijde uitvalt. Er is licht herstel, staan gaat na een dag al wat beter. Het huis is klein, heeft slechts twee kamers. Rust is er niet echt, de familie is overbelast. Wat nu? Er is geen plek in het hospice. En als ze naar een hospice zou gaan, hoe moet het dan met hem?

Het wijkteam heeft inmiddels mevrouw ook in zorg, nachtzorg wordt ingezet. Omdat ze een indicatie terminaal palliatieve zorg heeft, is er een zorgverlener aanwezig van 23.00 uur tot 7.00 uur. Maar de situatie is onhoudbaar en er wordt 24-uurs zorg ingezet, alleen voor haar. Het wijkteam houdt wel de eindverantwoordelijkheid voor de zorg, die door zorgverleners buiten ons team wordt geleverd. Wij komen nog wel voor meneer, want hij heeft een andere indicatie. Kan de 24-uurs zorg niet ook zorg aan hem leveren? Wij willen als wijkteam een vinger aan de pols houden en rust creëren in alle hectiek.

Mijn vakantie breekt aan en ik moet helaas afscheid nemen van dit mooie echtpaar. Hoe dit zich verder zal ontwikkelen is de vraag. Het houdt me zo aan het begin van mijn vakantie nog wel even bezig.

Martine de Jeu
wijkverpleegkundige Marente

De juiste zorg op de juiste plek



2

Machteloosheid

Machteloosheid. Die voel je in de volgende casus. Het gaat hier om een 53-jarige dame. Ze heeft na een val van de trap een dwarslaesie en is rolstoelafhankelijk geworden. Ze woont sinds 2018 zelfstandig in een gelijkvloerse aanleuning. Hier en daar zijn wat aanpassingen gedaan, waardoor ze hier prima zelfstandig kan functioneren.

Vanuit onze thuiszorgorganisatie kreeg ze hulp bij het wassen en kleden, ook ondersteuning bij de douchebeurten en bij de transfers in en uit bed. Tot voor kort was ze erg zelfstandig, regelde zelf haar was en de boodschappen. Ze kreeg geestelijke ondersteuning, omdat ze bekend is met schizofrenie. Soms hoort ze stemmen in haar hoofd die er niet zijn. De situatie is op dit moment best wel zorgelijk.

Onze cliënt heeft een flinke decubituswond op haar stuit ontwikkeld en heeft algehele bedrust voorgeschreven gekregen. Daarbij heeft ze steeds terugkomende koorts en inmiddels drie ziekenhuisopnames achter de rug in verband met nierbekkenontsteking. Ze verblijft op dit moment in het Erasmus MC, te Rotterdam, maar is hier eigenlijk uitbehandeld. Dit is de derde opname in een paar maanden tijd.

De decubituswond zit inmiddels tot op het bot. De wond kan moeilijk worden ontlast, omdat mevrouw zwaar overgewicht heeft en niet mobiel is. Ook de volledige bedrust maakt de situatie niet beter.

Met al deze gezondheidsproblemen kan ze niet naar huis. Het ziekenhuis is nu op zoek naar een geschikte plek voor haar. Maar waar is deze plek te vinden? Verschillende opties zijn de revue gepasseerd. Rijndam Revalidatie kan en mag haar niet helpen, omdat ze geen indicatie voor revalidatie heeft. Thuis is geen optie, omdat er 24 uur per dag zorg in de nabijheid moet zijn. Een WLz-indicatie is erg lastig, omdat dan de geestelijke zorg niet meer geleverd mag worden, wat geen optie is voor haar. De zorginstantie in de buurt heeft gezegd dat een tijdelijke opname op een somatische afdeling ook geen optie is, voornamelijk wegens de psychische klachten. Kortom, door haar multi-problematiek valt deze cliënt nu tussen wal en schip. Er is geen indicatie meer om in het ziekenhuis te blijven, maar thuis is ook geen optie. De vraag die nu speelt is waar deze cliënt wel heen kan.

Als hulpverlener voel je je machteloos in dit soort situaties. Je voelt je betrokken bij de cliënt en streeft naar de beste zorg op de juiste plek. Uiteindelijk staat eigen regie toch niet meer centraal.

José Streefkerk

verzorgende IG

Priscilla van den Berg

wijkverpleegkundige Zorgwaard

Douchen in de tuin

Meneer J. werd aangemeld voor wijkverpleging. Een jonge man, 57 jaar, woonde samen met zijn vrouw op een klein dorp. Twee kinderen die erg betrokken waren, maar door de studie wat verder weg woonden. Er was kanker geconstateerd en hij ging in de loop van het jaar achteruit. Hij werkte ondertussen vanuit huis nog verder, was erg betrokken bij het bedrijf waar hij werkte.

Toen alle projecten waren afgerond, ging hij zijn studiekamer en computer 'opruimen'.

Hij was erg betrokken bij het zorgproces en dacht steeds mee over de mogelijkheden die er waren voor het verzorgen thuis. Uiteindelijk was hij zo weinig mobiel dat zijn bed beneden werd gezet, hij kon steeds moeilijker de trap op. Het echtpaar dacht niet in hokjes. Geen mensen die in problemen dachten. Met het ondergaan van zorg waren ze nog erg onervaren. Gelukkig maar, op zo'n jonge leeftijd.

Hij wilde zo lang mogelijk alles zelf doen. Dat hij niet meer de trap op kon en niet meer kon douchen was wel een aderlating voor hem. Zeker omdat het een erg warme zomer was, met veel zomerse dagen. Op een dag trof ik hem buiten aan, zittend aan de tuintafel in een makkelijke stoel, zojuist overgestapt vanuit de rolstoel, die, beladen met papierwerk, naast hem stond. Een kan water en fles fris in de buurt, en de telefoon, zodat hij zijn vrouw, als ze bij hem vandaan was, makkelijk kon bellen.

Ik vroeg hem waar ik hem mee kon helpen en wat hij nog heel graag zou willen. Hij zei me dat hij heel graag nog eens zou douchen, daar kon hij echt heel erg van genieten. Hij zat op een beschut terras achter zijn huis. Nu zat er

op het terras waar hij verbleef ook een afvoerputje voor het regenwater. Samen met de tuinslang die ik zag hangen, bracht mij dat op een idee. Ik vroeg hem of hij een handdouche had om de bloemen water te geven. Die had hij. Ook vroeg ik hem of er een warmwaterkraan in de buurt was. Zijn vrouw, die inmiddels was aangeschoven, keek mij verbaasd aan. Alles was compleet om hem buiten op het terras te douchen! Ik stelde voor dat ze voor de andere dag alles bij elkaar zochten en aansloten en dat ik hem dan op een tuinstoel, zittend op zijn terras zou douchen. Het echtpaar vond dit een fantastisch plan.

De andere dag kwam ik aan en was de tuinslang aangesloten op een mengkraan, stond de tuinstoel gereed en zat meneer me op te wachten. Voor zijn gevoel was hij weer eens goed gewassen, heeft heerlijk genoten van het water over zijn lichaam en vond het geweldig. Nu was het ook aan de collega's om dit uit te voeren. Voor de meesten een beetje onwennig, maar als je ziet dat iemand in zijn laatste levensfase hier zo van geniet, dan is deze 'out of the box'-oplossing zeker de moeite waard. Enkele weken later is meneer overleden, hij heeft nog zo'n keer of vijf gedoucht!

Telkens als ik zijn vrouw weer zie en we het hebben over passende zorg, moeten we allebei glimlachen. Het was, ook voor mij, een fantastische ervaring.

Nicol de Waal

wijkverpleegkundige ZorgSaam Zorggroep

Het afvoerputje van de zorg

Stel je voor: nieuwe, ruime appartementen in een voormalig verzorgingshuis. Een besloten tuin, kapsalon, restaurant en winkeltje. Een huisarts, diëtist en fysiotherapie. Het winkelcentrum dichtbij en andere bewoners in de directe nabijheid.

Klinkt mooi, hè?

De psychiatrische instelling waar mevrouw Nieman was opgenomen na meerdere depressies en zelfmoordpogingen vond dit wel een geschikte woonvorm voor haar. Zo gezegd, zo gedaan. Mevrouw huurt nu een appartement bij onze organisatie en ontvangt zorg van ons wijkteam.

Nu mevrouw hier woont, blijkt het niet de juiste zorg op de juiste plek. Ze is passief, alleen als we haar aansturen verzorgt ze zichzelf en alleen dan zal ze eten en drinken. Tussen de zorgmomenten ligt ze in bed. Het kost collega's veel tijd en moeite om haar te activeren en te motiveren om de zorg zelfstandig uit te voeren. De zorg uit handen nemen is een makkelijke oplossing, maar gaat ten koste van haar zelfredzaamheid en eigenwaarde: *If you don't use it, you lose it.*

Mevrouw is somber, voelt zich slecht. Belt vaak naar het team, de alarmcentrale en 112. Als wijkverpleegkundige ben ik veel bezig met geestelijke en mentale ondersteuning. Soms praat ik uren met haar, meer dan bij mijn functie hoort, zonder dat ze zich beter voelt. De psychiatrisch verpleegkundige bezoekt haar op

de dagbesteding. Maar daar gaat ze niet meer heen, ze voelt zich daar niet op haar plek met haar diagnose en leeftijd. Een student van het wijkleerbedrijf die wekelijks langskwam voor een sociale bezoek komt niet meer. De student wist niet om te gaan met de situatie. Mevrouw Nieman is nu aangemeld voor deeltijdbehandeling bij de psychiatrische zorgorganisatie, twee keer per week. Voor het vervoer is een Wmo-indicatie aangevraagd. Maar als wij er als wijkteam niet zijn, zorgt niemand ervoor dat ze klaarstaat, instapt of meegaat.

Het grote aantal zorguren moet ik regelmatig verantwoorden, in het kader van doelmatigheid.

Minder zorguren vergroot de risico's voor haar gezondheid en veiligheid. Een WLz-indicatie zou beter zijn, maar een psychiatrische grondslag extramuraal bestaat niet meer. Wel intramuraal, voor behandeling en verblijf, zonder zorg. De psychiater vindt de situatie niet ernstig genoeg voor opname en zorg heeft ze nodig. Wat zou het fijn zijn als er voor haar de juiste zorg op de juiste plek bestaat.

Want waar ligt de grens van verzorgd wonen? De wijkverpleging: wij verzorgen uw douchebeurt én zijn af en toe toch echt het afvoerputje van de zorg.

Martine van Dam
wijkverpleegkundige Evean

Ga jij mij blij maken?

Na een dag vrij zet ik 's middags even mijn werktelefoon aan, om te kijken wat mij morgen te wachten staat. Zoals wel vaker ontploft hij van de berichten. Ik scrol door de appjes heen en beantwoord de berichtjes die niet tot morgen kunnen wachten. Ook zie ik drie gemiste oproepen van een van de huisartsen waar ik in een eerdere casus nauw contact mee heb gehad. Even twijfel ik of ik haar terug zal bellen op mijn vrije middag. Maar mijn nieuwsgierigheid, of misschien wel mijn drang om te helpen waar nodig, doet mij besluiten om toch de telefoon te pakken.

Hij gaat maar een keer over als ik hoor: 'Ga jij mij blij maken?'. 'Uhm? Dat weet ik niet, wat is er aan de hand?' Ze vertelt mij over een schrijnende casus van een echtpaar. De vrouw is terminaal ziek is en de man is overbelast. Hij kan de zorg niet meer alleen dragen. Uit haar hele verhaal proef ik de onmacht, maar vooral de wanhoop om niet te kunnen leveren wat ze zo graag zou willen. Ze heeft alle zorgaanbieders in de buurt en ruim daarbuiten al gehad. 'Kan jij iets voor mij betekenen?'

Sorry, denk ik... ik kan helaas ook geen 24-uurs zorg bieden. Meer dan een aantal tips kan ik haar niet geven. Onze lijst met namen voor vrijwillige nachtzorg bestaat alleen uit collega's die op dit moment op de werkvloer juist alle gaten opvullen. De rek is eruit.

'Sorry voor mijn frustratie...', zegt de huisarts. 'Ik hoop dat ik je bel tijdens werktijd?' 'Geeft niets, ik begrijp je heel goed', zeg ik wel gemeend. 'Nee, maar dat geeft niet, jij bent vast ook niet aan het werk nu?' Ik weet het antwoord al, ik hoor haar dochtertje namelijk roepen op de achtergrond. 'Nee', antwoordt ze, 'er is niets zo bijzonder als het laatste stukje, maar er is niets zo frustrerend als je niet alles kunt geven.'

Beide hangen we lichtelijk gefrustreerd op, niet teleurgesteld in elkaar, maar teleurgesteld, omdat we falen in het bieden van goede zorg...

Eva Koenraadt
verpleegkundige Zorgwaard

Het allerlaatste stukje

De wijkverpleegkundige bezocht Ans eens per maand. Ans was nog geen 60. Ze had een verstandelijke beperking, maar woonde wel zelfstandig zonder intensieve begeleiding. Ze had geen behoefte aan begeleiding. Maar Ans was wel kwetsbaar. Haar grote hobby's waren puzzelen en alles lezen over ons koningshuis. Ans was bekend met morbide obesitas. Ze had diabetes, insulineafhankelijk. De curve deed ze zelf. Eens per maand werden alle zaken rondom gezondheid besproken. Ans had twee broers. Met één broer had zij alleen telefonisch contact de laatste jaren.

Op een gegeven moment leerde ze twee mannen kennen, die een relatie met elkaar hadden. Deze mannen woonden ergens begeleid, maar soms bij calamiteiten waren ze even niet welkom in de eigen woning. Dan logeerden ze bij Ans op matrassen in de woonkamer. Ans vond het gezellig en er werd voor haar gekookt. De mannen hadden zelf geen geld. Dus de uitkering van Ans moest voorzien in onderhoud voor drie personen. De mannen bleven steeds langer en steeds vaker. De huishoudelijke hulp stopte. Daar had ze geen recht meer op, als er meerdere mensen in haar woning woonden. Het huisje werd steeds voller en viezer. De structuur in haar leven vervaagde. Dit vond ze lastig. Maar je kon 'vrienden' toch niet op straat zetten?

De huisarts werd de deur uit gezet, omdat die het probleem bespreekbaar wilde maken. Het groeide Ans boven haar hoofd. Ans werd ziek. Darmkanker. De wijkverpleegkundige begeleidde haar hierin. Ans had begeleiding nodig in het ziekteproces. Begeleiding die met

haar meegaat voor de behandeling in het ziekenhuis. Die was er niet. Ans was namelijk niet bekend bij een instantie en wilde niet haar huis uit.

De wijkverpleegkundige kwam op een ochtend binnen. Ans zat huilend op bed. Ze had voorzichtig aangekaart of de mannen ook eens het eten konden betalen. Dat was voor hun de druppel. Ze waren vertrokken, met het geld dat ze nog op haar rekening had staan. Ze was heel geëmotioneerd. Het huis was verwaarloosd, bedolven onder de kattenstront en incontinentiemateriaal. Ans had open wonden en kapotte huid als gevolg van de bestraling die ze moest ondergaan. Ze moest per direct uit huis. Maar opname op een tijdelijke reguliere plek was niet passend voor haar. Aangezien Ans niet eerder ergens in beeld is geweest, was het een ongelofelijk moeilijke opgave om haar in een passende instelling geplaatst te krijgen.

Na twee weken rondbellen naar instanties kon ze uiteindelijk op de ziekenboeg van een grote gehandicapteninstelling in de regio terecht. Ze ging vooruit en leerde weer te vertrouwen. Ze vond het gezellig op de groep. De structuur, de aandacht, de begeleiding, het deed haar meer dan goed. Helaas heeft ze niet lang meer geleefd, maar in het allerlaatste stukje van haar leven was ze gelukkig. De twee mannen heeft ze nooit meer gezien.

Marit Kranenburg*wijkverpleegkundige Beweging 3.0*

Thuis is de beste plek

Het is ochtend. Als wijkverpleegkundige sta ik vanmorgen in de wijk en stap bij mevrouw H. binnen. Ik gebruik een sleutel, aangezien mevrouw vaak nog in haar bed ligt. Ik roep bij de deur dat ik er ben en loop richting haar slaapkamer. En ja, mevrouw ligt nog in bed en maakt duidelijk dat ze hoofdpijnlachten heeft. Ze heeft vandaag weinig zin in het douchen, blijft nog even in bed liggen. Ze vraagt of ik de dagbesteding wil afbellen.

Mevrouw H. is een zelfstandige vrouw die op jonge leeftijd een CVA heeft doorgemaakt. Ze is al jaren bij ons in zorg. Mevrouw ontvangt ondersteuning bij het wassen en kleden én voor haar steunkousen. Een aantal keer per week gaat zij naar een dagbesteding, waar zij haar creativiteit kwijt kan.

Ieder jaar maakt mevrouw periodes door waarin zij neerslachtig is. Zij wil dan niet worden geholpen bij het wassen en kleden en blijft vaker in haar bed liggen. De zoon maakt zich zorgen, omdat mevrouw de dagbesteding dan minder of juist helemaal niet bezoekt. Zoon is zeer betrokken bij zijn moeder, ondersteunt waar nodig, ook al valt dit hem af en toe zwaar. Door de afasie van moeder is communiceren een stuk lastiger geworden.

Steeds vaker wordt de dagbesteding afgezegd. Al meerdere malen hebben de disciplines onderling besproken hoe we ervoor kunnen zorgen dat mevrouw weer vaker naar de dagbesteding gaat. Zodra we proberen in gesprek te gaan met mevrouw zelf, komen we er niet helemaal achter waar het hem in zit. Haar afasie maakt de situatie erg complex. Ineens

schiet mij iets te binnen. Ik heb recent kennisgemaakt met het principe van Positieve Gezondheid. Samen met een aantal collega's maken we de keuze om de vragenlijst eens met mevrouw door te nemen, met als doel: erachter komen waar zij waarde aan hecht.

Het is zondag, mijn collega verzorgende heeft een afspraak gemaakt. Samen met mevrouw neemt zij de vragenlijsten door. Zoon stapt binnen. Normaal gesproken komt hij niet op zondag langs, maar dit paste toevallig in zijn planning. Zoon is nieuwsgierig waar het gesprek over gaat en sluit aan. Mevrouw wordt gevraagd een cijfer te geven aan haar bestaan, als het gaat over kwaliteit van leven. Mevrouw geeft dit een 7. Zoon is verbaasd en geeft aan dat, als hij in zijn moeders schoenen zou staan, hij het een 2 zou geven.

Een paar dagen later heeft de dossierhouder vanuit ons wijkteam contact met mevrouw haar zoon. Hij heeft nu inzichten gekregen in hoe zijn moeder in het leven staat. Zij heeft de wens niet om wekelijks naar de dagbesteding te gaan, zij heeft ook de wens niet om alsmaar onder de mensen te zijn. De enige vertrouwde plek waar zij zich op haar gemak voelt, is thuis.

Dit inzicht is zeer waardevol. Eigen regie is zo ontzettend belangrijk. Het hulpmiddel Positieve Gezondheid maakt duidelijk wat de kernwaarden van onze cliënt zijn.

Marianne Dorst – van der Wulp
wijkverpleegkundige Zorgwaard

Waarde van de wens van de klant

Ik vind het belangrijk om koste wat kost situaties te benaderen vanuit de wens van de cliënt. Ook als deze zelf op een moment die keuzes niet meer kan maken. Pasgeleden kwam ik in een enorm dilemma bij een cliënt die niet meer thuis kon blijven wonen. Meneer verkeerde in een vergevorderd stadium van dementie en begon meer en meer te dwalen. De kwetsbaarheid nam toe, daar de lichamelijke conditie fors afnam. Meneer woonde op een boerderij met dubbele bewoning, was valgevaarlijk en moeilijk instrueerbaar. Aan de andere zijde woonde een jong gezin dat mantelzorg verleende. De belasting voor hen was hoog en het woord opname kwam ter sprake.

Meneer was drie jaar in zorg en heeft meermaals aangegeven het liefst naar het verpleeghuis in plaats A te verhuizen, als het thuis niet meer zou gaan. Hij had hier vanuit zijn jeugd veel herinneringen en connecties. Helaas was daar geen plek. Mantelzorg liep over en de zorg werd opgeschaald. Het was nog geen crisis, maar de mogelijkheden thuis waren wel op. Huisarts en mantelzorg besloten daarom dat meneer naar plaats B zou verhuizen, aangezien daar wel plek was. Meneer heeft ons in het verleden en recent laten weten absoluut niet naar die plek te willen verhuizen, onder andere door het cultuurverschil. Echter, de mantelzorg wilde per direct stoppen als meneer niet naar plaats B zou gaan.

Dit gebeurde in een zeer korte tijd. Het wrong bij mij, ik zag de wens van meneer aan de ene kant en aan de andere kant de last en de wens van de mantelzorg. Bij mijn aanwezigheid voelde ik de worsteling en overbelasting van de mantelzorg. Konden we dan niks doen om tijd te rekken, waardoor aan de wens van meneer wel kon worden tegemoetgekomen?

De situatie werd vanuit de mantelzorg en huisarts steeds grimmiger. Beiden wilden meneer verhuizen, tegen zijn wil in. Vele gesprekken later waarin mantelzorg mij niet meer aangenaam vond, kwam langzaam het belang van de cliënt weer naar voren. Ondanks dit, is ervoor gekozen om meneer toch naar plaats B te verhuizen. Meneer was hier erg verdrietig onder. Ik probeerde wat ik kon om hier verandering in te brengen, maar de huisarts en mantelzorger wilden er niet in mee. Meneer zou verhuizen, heel fijn, maar ik wist: dit is niet zijn wens! Waar is zijn waarde, waar is onze rol om voor meneer te zorgen, nu hij het zelf niet goed meer kan? Dit is ons vak, hier moeten we voor staan, hier wil ik voor staan! Het voelde enorm tegenstrijdig.

Plotseling kwam covid-19 in Nederland. Voor velen een ontzettend heftige tijd, voor anderen bracht het ook iets. Plaats B ging op slot door een uitbraak. In plaats A werden plekken gecreëerd. Wat een kans! Ik besloot in actie te komen en uiteindelijk is meneer daardoor alsnog naar plaats A verhuisd. Dit gaf mij een lichtpuntje in een donkere tijd. Meneer was zichtbaar gelukkig en voelt zich helemaal op zijn plek. Covid-19 en mijn eigen vasthoudende rol hebben hierbij geholpen. Soms heb je geluk nodig, wat de oplossing na een lange weg ineens simpel maakt. Toch blijf ik erbij dat het ontzettend belangrijk is dat we ons hart volgen. Maar het is natuurlijk nog belangrijker dat we het hart van de cliënt volgen en ieders waarde hierin respecteren.

Nanda van Zadelhoff
Wijkverpleegkundige Sensire

De impact van covid-19

29

Covid-19 en dementie, hoe lever je passende zorg?

Anja de Jong is 65 jaar en twee jaar geleden gediagnosticeerd met frontotemporale dementie. Zij woont samen met haar 73-jarige echtgenoot Thijs. De thuiszorg komt drie keer per week om Anja te ondersteunen bij het douchen. Twee keer per week gaat mevrouw naar de zorgboerderij. Haar passie is tuinieren en ten gevolge van haar dementie heeft ze bewegingsdwang. Anja loopt dagelijks drie keer per dag een half uur tot een uur. Covid-19 gooit het hele roer om. De zorgboerderij gaat dicht, de thuiszorg gaat de zorg afschalen. Van drie keer per week zorg, naar slechts één dag per week. Mijn huisbezoeken worden geminimaliseerd en anders georganiseerd. Ook hun vrijwilliger die betrokken is wordt ziek en kan voorlopig niet meer komen.

Thijs belt mij in paniek op en ik hoor aan zijn stem dat hij er behoorlijk doorheen zit. Heel Nederland zit in lockdown en Anja zeven dagen per week thuis. Ze snapt helemaal niets van Covid-19.

Thijs probeert Anja in jip-en-janneketaal uit te leggen wat Corona is, maar Anja vergeet dit door haar verslechterende kortetermijngeheugen. Dit alles veroorzaakt veel vermoeidheid en verdriet bij beiden. Anja kan niet omgaan met de maatregelen, ze praat met iedereen, geeft mensen een hand en in de supermarkt snapt ze niets van de aanwijzingen en dit zorgt weer voor problemen. De filiaalleider van de plaatselijke winkel is op de hoogte van de situatie en zij hebben het telefoonnummer van Thijs. Als casemanager dementie mag ik geen huisbezoeken doen en stel ik voor te gaan beeldbellen. Thijs is handig met de iPad en op deze manier houden we contact. We spreken af dat we wekelijks beeldbellen en zo nodig extra. Thijs vindt dit een goed plan. Thijs geeft aan

dat hij het heel lastig vindt om te gaan met zijn vrouw, nu alle hulp rondom hen deels gestopt is. Hij maakt zich echt zorgen. En ik? Ik laat het er niet bij zitten!

De dag erop neem ik contact op met de zorgboerderij en ik vraag naar alternatieven. Die hebben ze helaas nog niet en het kan nog wel enkele weken duren voordat ze zo ver zijn. Gezien de situatie kan ik daar niet op wachten. Ik neem contact op met het Wmo-loket en vraag of zij mee willen denken in activiteiten thuis en ter ontlasting van Thijs. De consulent is meelevend en vindt dat dit echt heftig voor het echtpaar moet zijn. Maar ze heeft niet op stel en sprong een oplossing. Ik had hier wel op gehoopt...

Drie dagen later word ik door het Wmo-loket gebeld. Er komt een beschikking voor vier dagdelen voor een begeleider aan huis om met Anja iets te ondernemen, zodat Thijs even 'lucht' heeft. Dit mag doorgaan totdat de dagbesteding weer volledig draait. Thijs is zichtbaar emotioneel en grijpt deze mooie oplossing meteen aan.

Wat mooi dat de gemeente meedenkt in deze kwetsbare situatie. Er wordt gekeken naar de klant en hoe er op passende manier tijdens de Covid-19 crisis wél ondersteuning geboden kan worden. Korte lijnen, meedenken in oplossingen, dat is voor de casemanager dementie een mooi aspect van het beroep!

Monique Wiggman
casemanager dementie Sensire

Warme overdracht in covid-19-crisis

Ik neem jullie mee naar een mooie zonnige dag begin mei 2020. Ik maak een wandeling met een echtpaar in de tuin van een verpleeghuis. Gerrit spreekt de vrijwilligers aan, zij werken in de groentetuin en maken een zaaibed voor radijsjes. Gerrit heeft mij altijd veel verteld over tuinieren en bomen, hij is boomkweker geweest. Hij loopt door naar het prieeltje prachtig bekleed met blauwereggen. De dochter van Gerrit is ook gearriveerd en we besluiten te gaan zitten op de tuinstoelen, allemaal op 1,5 meter afstand van elkaar.

Dit is het verhaal van een echtpaar dat ik de afgelopen vier jaar heb begeleid als casemanager dementie. Gerrit heeft sinds 2015 diagnose Alzheimer. Begin dit jaar was het punt bereikt dat de zorg thuis voor Thea en Gerrit niet meer veilig en verantwoord was. Eind vorig jaar is er een toetsing door het CIZ geweest, in het kader van de wet BOPZ. Gerrit heeft heel duidelijk laten weten, dat hij onder geen beding opgenomen wil worden. Begin februari is de procedure rechterlijke machtiging in gang gezet en na ongeveer zes weken kwamen we in de covid-19-crisis terecht en werd het stil. We kregen wekenlang geen reactie vanuit de rechtbank.

Half april kwam een brief van de rechtbank: de rechtszitting werd telefonisch ingepland. Bij Thea en haar kinderen waren er veel vraagtekens en na overleg met alle betrokken disciplines, heeft de familie besloten de zitting door te zetten. Voor Gerrit zou een rechterlijke machtiging betekenen dat er binnen één maand een opname in een verpleeghuissetting zou plaatsvinden.

Gerrit loopt wat rond, gaat niet zitten en zegt tegen zijn vrouw: 'Thea, kom we gaan naar huis'.

Gelijktijdig komen er twee verpleegkundigen van de afdeling, waar Gerrit komt te wonen met koffie bij ons zitten. Gerrit wil niet gaan zitten, blijft staan en vraagt om melk en suiker in zijn koffie. Hij zegt nogmaals tegen Thea: 'We gaan naar huis'. We praten nog wat en de verpleegkundige van de afdeling spreekt met Thea af, dat zij haar rond het middaguur zal bellen voor een mondelinge overdracht. Gerrit roept: 'Ik moet naar de wc'. De verpleegkundige zegt: 'Kom Gerrit, ik loop met je mee'. Ze geeft hem een arm en loopt naar de voordeur van het verpleeghuis. Gerrit loopt heel rustig mee, kijkt niet om en roept niet. Thea kijkt eerst mij en dan haar dochter en zegt: 'Daar gaat hij en nu zie ik hem voorlopig niet meer.'

Ik moet slikken om niet vol te schieten. We ademen allemaal diep in en zijn even stil. We drinken onze koffie op en praten nog wat. Na ongeveer twintig minuten komt een van de verpleegkundigen naar buiten om te vertellen hoe het is gegaan. Gerrit heeft haar en haar collega verteld over zijn handel in bomen en hij heeft haar al wat bomen beloofd. Zij vertelt dat Gerrit rustig mee ging en nu aan de koffie zit op de afdeling.

De spullen van Gerrit worden uit de auto gehaald, overhandigd aan de verpleegkundige en ik praat nog wat na met Thea en haar dochter. De zon schijnt volop ik ben warm, de knoop uit mijn maag is weg. Samen met mijn collega ga ik lunchen. Ik kan mijn verhaal kwijt.

Corinne Agterof
casemanager dementie TANDEM

Wie mag naar mijn begrafenis komen?

Op de fiets ben ik op weg naar een oudere dame. Deze cliënt heeft geen grote zorgvraag maar wel een grote wens. Zij is op hoge leeftijd, is slechtziend en heeft haar leven geleefd. Nog langer leven hoeft voor haar niet meer en euthanasie is aangevraagd. De eigen huisarts wilde hieraan niet direct meewerken maar heeft een collega ingeschakeld. In samenspraak met de Levensindekliniek is haar verzoek ingewilligd.

Voordat ik op mijn fiets stapte om deze mevrouw te gaan bezoeken, was ik bij een andere cliënt. Een man van middelbare leeftijd die te horen heeft gekregen dat hij niet lang meer te leven heeft. Staat nog midden in het leven, heeft een gezin en een goede baan. Heeft geen keus wanneer hij komt te overlijden, maar hoopt nog zo lang mogelijk met zijn gezin van het leven te genieten.

Heerlijk even op de fiets. Tussen de twee adressen kan ik mijn hoofd leegmaken en omschakelen voor het volgende bezoek. Het zijn twee verschillende cliënten in verschillende leefomstandigheden, maar allebei in dezelfde, laatste levensfase.

In deze tijd van de covid-19 is er ook angst. Al heeft de oude dame een euthanasiewens, zij wil niet ziek worden van het virus. De man van

middelbare leeftijd wil ook niet ziek worden van het virus, hij beseft dat dit direct het einde van zijn leven zou worden. Voor hen geldt een geselecteerde en geplande bezoekenregeling. De wijkverpleging werkt met beschermende maatregelen, zoals mondkapje en handschoenen. Het covid-19 virus heeft het land in zijn greep. Er zijn verschillende maatregelen getroffen om de verspreiding van het virus te beperken. Een van de regels is dat er bij de uitvaart maximaal dertig mensen aanwezig mogen zijn.

Voor de oudere dame geeft dit een extra dilemma. Moet zij haar euthanasie uitstellen totdat de regels zijn versoepeld en iedereen bij haar uitvaart aanwezig kan zijn? Dit kan lang duren en langer wachten wil mevrouw niet. De man van middelbare leeftijd, tja, hij heeft geen keus.

Naast het regelen van hun eigen uitvaart, wat een bijzondere en indrukwekkende bezigheid is, moeten zij ook gaan bepalen wie van de familie en vrienden op het laatste moment aanwezig mogen zijn.

Wie mag er op mijn uitvaart aanwezig zijn?

Leon van Roon

wijkverpleegkundige Marente

Verloren tijd voor de wijkzuster

De vogels fluiten op weg naar mijn werk, wát een rustgevende start van de dag. Ik begin met het doornemen van de bijzonderheden bij mijn cliënten. Tijdens het inlezen bellen de eerste cliënten die zich zorgen maken over de aangescherpte covid-19-maatregelen. Ook collega's uiten hun zorgen: zij werken zonder bescherming, terwijl de postbode en de bloedprikster mondkapjes en handschoenen dragen. Ook in de media komen verschillende artikelen voorbij over het virus. Het houdt je de hele week bezig. Hoeveel materialen hebben we nog, als we beschermende maatregelen in moeten zetten bij cliënten? Taken van de huisartsenpraktijk worden overgedragen naar ons. Daarnaast wordt er ook verwacht dat we alle zorgplannen en andere administratie op orde hebben. Als wijkzuster blijf je advies en voorlichting geven aan de cliënten en collega's om je heen en de nodige brandjes blussen. Maar in hoeverre zijn wij nog bezig met ons werk als wijkzuster?

In de loop van de week word ik gebeld door een huisarts. Of ik wil ondersteunen bij advies en instructie rondom vernevelen bij een cliënt. Het echtpaar had ik in januari ook bezocht in verband met een wond op meneer zijn knie. Nu zou ik langs gaan voor mevrouw. Ze bleef last houden van benauwdheid, de covid-19-test was gelukkig negatief. Je gaat er dan vanuit, dat dat het niet zal zijn en gaat als wijkzuster onbeschermd naar binnen. Echtgenoot stond erbij en zou het vernevelen op zich gaan nemen. Een paar dagen later wordt mevrouw opgenomen in het ziekenhuis wegens toenemende benauwdheid en algehele malaise. Ze blijkt na twee testen toch positief te zijn en gaat lichamelijk hard achteruit. Mevrouw overlijdt na een paar dagen. Echtgenoot krijgt kort daarna ook covid-19-gerelateerde

klachten en overlijdt ook. Wat een hectiek in het dorp en wat een impact heeft het op ons allemaal.

Als wijkzuster durf je het bericht bijna niet te communiceren naar je collega's. Het maakt ze enorm ongerust. Als ik een bericht deel over een nieuwe covid-19-verdachte cliënt, willen ze de zorg niet meer verlenen, ondanks inzet van beschermende middelen.

Het coördinatieteam van Surplus had nauwe contacten met het RIVM en de GGD en communiceerde dagelijks het beleid met betrekking tot inzet van beschermende maatregelen. Helaas was er de eerste anderhalve maand van de covid-19-crisis veel onduidelijkheid over het gebruik van de beschermende maatregelen in de wijkzorg.

Tijdens de periode van aangescherpte covid-19-maatregelen kwamen wij nauwelijks toe aan de preventieve huisbezoeken of telefonische contacten met cliënten. Het was in deze tijd juist mooi geweest als we extra aandacht konden schenken aan de cliënten die net uit zorg waren en die dit net het beetje meer hadden kunnen gebruiken. Helaas is deze tijd gedeeltelijk verloren gegaan aan het op orde houden van dossierwerk en overige administratie.

Komt er een tweede golf? We hopen het niet, maar mocht dit aan de orde zijn, moet de focus liggen op de plekken waar onze zorg het verschil maakt.

Linsy Bakkers-Remijn
wijkzuster Surplus

Hokjes in de zorg

Opeens is daar een virus dat de wereld in zijn greep heeft. Overheden nemen maatregelen om het een halt toe te roepen en ziekenhuizen worden in gereedheid gebracht om besmette patiënten op te vangen. Ook in de wijkverpleging worden voorbereidingen getroffen om de patiënten met covid-19 in de thuissituatie te kunnen verzorgen.

Wat als het aantal besmettingen in je dorp niet groot is? Gelukkig voor de bewoners van die gemeente, want niemand zit erop te wachten om ziek te worden. Wat betekent dit voor de goed opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden die daar aan het werk zijn? Ook zij zijn enerzijds opgelucht dat het aantal besmettingen in hun gemeente laag is.

Tja, enerzijds opgelucht? Opeens sta je als hulpverlener aan de kant. Terwijl iedereen druk bezig is om het virus te bestrijden en mensen te helpen om weer beter te worden, is er voor hen geen werk. Door de covid-19-maatregelen is de reguliere zorg op een laag pitje komen te staan. Bijna geen operaties en dus weinig patiënten die thuis nazorg krijgen. De ouderenzorg in de thuissituatie wordt afgeschaald, ouderen zijn bang om besmet te worden, dus de inzet van het wijkteam wordt geminimaliseerd.

U zegt uiteraard: 'Die verpleegkundigen en verzorgenden kunnen toch elders worden in-

gezet, er is toch een tekort aan zorgverleners?' Ja, dat klopt. Er is overal een tekort aan zorgpersoneel. Er wordt zelfs in de tijd van covid-19 hulp gevraagd aan mensen die in het verleden als verpleegkundige hebben gewerkt.

Helaas geldt dit niet voor de verzorgers en verpleegkundigen in de wijkverpleging. Zij mogen niet opeens voor een andere werkgever gaan werken, bijvoorbeeld het ziekenhuis. Ook het werken in verpleeghuizen wordt niet gewaardeerd, omdat daar de kleine groep vaste zorgverleners wordt ingezet om het besmettingsgevaar voor het kwetsbare ouderen zo klein mogelijk te houden.

Het aantal contacten tussen mensen reduceren tot het noodzakelijke. Dit is toch ook te realiseren door opgeleide zorgverleners los te maken uit de eigen organisatie en voor langere tijd in te zetten in organisaties waar de zorgverleners hard nodig zijn? Dat kan bijdragen aan een oplossing voor het probleem van schaarste aan capaciteit in de zorg. Nu staat een groep zorgprofessionals met schaamte toe te kijken hoe hun collega's omkomen in het werk wat ten koste gaat van goede zorg voor de patiënten...

Leon van Roon*wijkverpleegkundige Marente*

Het nieuwe normaal

Hoe de verandering van de Wet zorg en dwang per 1 januari 2020 en de uitbraak van covid-19 mevrouw Karelse's opname in een veilige en verzorgde omgeving in de weg heeft gestaan.

Mevrouw woont in een dorp in het Groene Hart. Zij is inmiddels 84 jaar, al ruim tien jaar weduwe en heeft twee dochters die haar veel ondersteunen. Sinds twee jaar is mevrouw bekend met geheugenproblemen. Zoals zij zelf zegt: 'Iedereen vergeet toch wel eens wat op deze leeftijd?'

Er is voorzichtig thuiszorg, dagbesteding en individuele begeleiding ingezet. Dochters helpen hun moeder met steeds meer zaken. In de tweede week van januari 2020 wordt mevrouw ziek, het blijkt gordelroos te zijn. Mevrouw heeft veel pijn en haar geheugen gaat hard achteruit. Thuiszorg en dochters worden maximaal ingezet. In gesprek met kinderen, thuiszorg en met mij als casemanager dementie komt naar voren, dat de dochters de zorg niet lang meer kunnen volhouden. Er wordt toegewerkt naar opname in een verpleeghuis.

Een aanvraag in het kader van de Wet zorg en dwang wordt gedaan met machtiging van de kinderen door de casemanager dementie. Het gesprek eindigt in verzet van mevrouw. Het CIZ zet de aanvraag door naar een aanvraag rechterlijke machtiging. De voorbereiding van deze procedure levert veel vragen op die niet van tevoren waren bedacht door het CIZ en onze eigen organisatie.

Tot overmaat van ramp gaat heel Nederland in lockdown en liggen de procedures bij het CIZ

en daarna de rechtbank stil. Bij hervatten van de (telefonische) rechtszitting, volgt de uitspraak en heeft de zorgaanbieder maximaal vier weken de tijd om de cliënt te plaatsen in een verpleeghuis. Gebeurt dit niet, dan vervalt de beschikking. Om het rampscenario compleet te maken gebeurt dit ook bijna. Door heel veel inspanningen vanuit het verpleeghuis en de casemanager dementie wordt mevrouw nog net binnen de termijn geplaatst. Bij opname blijkt het verpleeghuis een covid-19-besmetting te hebben en kan de familie mevrouw niet bezoeken na opname.

Kortom: tegenslag op tegenslag. Een half jaar na aanvraag van artikel 21 is mevrouw met een rechterlijke machtiging, onder volledige sedatie, opgenomen in een psychogeriatrisch verpleeghuis buiten de regio. De nieuwe Wet zorg en dwang brengt nog veel onduidelijkheden met zich mee voor de medewerkers van het CIZ, uitvoerders maar vooral ook voor zorgaanbieders. Vervolgens heeft ook de totale lockdown ten gevolge van covid-19 grote gevolgen gehad op deze specifieke situatie. Niet één ding gaat mis, maar alles en de dochters moesten alle klappen opvangen. Alle betrokken professionals als casemanager dementie, wijkverpleegkundige en huisarts moesten continu schakelen en bijstellen. De kern ligt vooral bij de vraag: wie doet wat en waarom?

Ilse de Gelder
casemanager dementie TANDEM

Clïent tussen wal en schip

Aan het einde van mijn werkdag vraagt de huisartsenpraktijk of ik polshoogte wil gaan nemen bij een zorg mijdende mevrouw, met cognitieve achteruitgang en met braakklachten. De huisarts vertelde mij dat de telefoon van mevrouw werd opgenomen door een plaatsgenoot. De plaatsgenoot staat bekend om wantrouwen en uit zijn op geld. Mevrouw alarmeerde niet zelfstandig en de plaatsgenoot kwam toevallig langs. Ze is alleenwonend en heeft geen kinderen.

Ik heb deze cliënt ondersteund bij de persoonlijke verzorging. Mevrouw knapte zichtbaar op van mijn bezoek en aandacht. Ze vertelde dat de plaatsgenoot regelmatig langs komt, spullen van haar mee naar huis neemt en klusjes uitvoert voor geld. Mevrouw kreeg het advies afstand te doen van de plaatsgenoot. Maar bij mevrouw was geen sprake van wantrouwen: ze vertrouwde ze hem volledig.

Mevrouw is een zorgmijder en staat niet open voor een cognitief onderzoek. Ondertussen maken huisarts en wijkzuster zich zorgen om mevrouw, omdat ze niet meer instaat is zelfstandig te wonen. Mevrouw heeft geen ziekte-inzicht en ziet niet in dat haar plaatsgenoot uit is op haar geld.

Deze situatie vond plaats rondom de aangescherpte covid-19-maatregelen. Een geriatrisch onderzoek was noodzakelijk om verdere stappen te kunnen ondernemen. Mevrouw stemde ermee in. De geriatrische poli was gesloten. De specialist oudergeneeskunde had het erg druk, dus een huisbezoek op kort termijn was ook niet mogelijk. In overleg met de huisarts, zorgmiddelaar en het CIZ werd toch overwogen

een WLz-indicatie aan te vragen zonder diagnose. Zij kwam echter niet in aanmerking voor een ZZP 5, omdat ze geen cognitief onderzoek had gehad.

Een ZZP 4 zou een optie kunnen zijn, maar eerlijk gezegd is mevrouw niet meer in staat om zelfstandig te wonen. En zou door haar cognitieve klachten niet zelfstandig kunnen alarmeren.

We besluiten om de situatie thuis toch te handhaven en de WLz-indicatie 'on hold' te zetten. Na twee maanden kon mevrouw terecht bij de geriater in het ziekenhuis. Geriater vond het bewonderingswaardig dat deze mevrouw nog zelfstandig thuis woonde. Goh, dat vonden wij als huisarts en wijkzuster al twee maanden!

Niet alleen de indicatie werd niet afgegeven, ook het mentorschap en de bewindvoering lopen vertraging op door covid-19. Terwijl beide hard nodig zijn om de gezondheidssituatie en financiële uitgave van mevrouw goed in kaart te brengen.

Na drie maanden heb ik voor mevrouw opnieuw een WLz-indicatie aangevraagd en zonder moeite een ZZP 5 ontvangen. Zij verdiende het drie maanden eerder om beschut te gaan wonen, mét 24-uurs zorg in nabijheid. De schurende stelsels, regels en diagnoses zorgen ervoor dat dit is mislukt.

Linsy Bakkers-Remijn
wijkzuster Surplus

Geen recht op WLz-indicatie

Het is begin maart 2020. Mevrouw A. is plotseling heel ziek, hoge koorts en kortademigheid met een saturatie van 70 procent. Ze blijkt besmet te zijn met covid-19, ze wordt meteen aan de beademing gelegd. Wat volgt is een onzekere periode, er werd gevreesd voor haar leven. Uiteindelijk is ze na een opname van zeven weken wonder boven wonder weer thuisgekomen.

Eenmaal thuis blijkt dat mevrouw behoorlijk last heeft van de gevolgen heeft van de covid-19-besmetting. Haar geheugen laat haar in de steek, ze heeft bij een aantal praktische zaken aansturing nodig en mevrouw kan zelf niet goed inschatten wat haar beperkingen zijn. Bij de geringste inspanning zakt de saturatie naar 75 procent. Mevrouw hoest de hele dag. Haar dagelijks leven bestaat uit zitten en tv kijken, voor meer ontbreekt haar de energie.

De thuiszorg komt drie keer per dag om ondersteuning te bieden bij ADL en inname van medicatie. Er is natuurlijk ook veel aandacht voor het verwerkingsproces. Want deze opname en de gevolgen hebben psychisch een grote impact. De dochter dreigt overbelast te raken. In de eerste weken thuis raakt mevrouw gedecompenseerd en de huisarts komt gemiddeld drie keer per week. Na drie weken wordt mevrouw wederom opgenomen, nu met een longontsteking en een delier.

Na deze opname vindt er een familiegesprek plaats met mevrouw, dochter, huisarts en wijkverpleegkundige. Mevrouw geeft aan dat ze naar een verpleeghuis wil, er wordt een WLz-aanvraag gedaan. Mevrouw heeft een zeer verminderde conditie en heeft 24-uur zorg in de nabijheid nodig. Ze kijkt ernaar uit om weer onder de mensen te komen, ze goed verzorgd wordt en haar dochter ook weer kan bijkomen. Ook geeft het haar een gerust gevoel dat er meer toezicht is. Ze kan immers binnen een paar uur volledig decompenseren en heeft dit dan zelf niet in de gaten.

Twee weken later volgt er een telefonische intake met een indicatiesteller. Zij concludeert dat de saturatie inderdaad flink zakt bij inspanning maar ook weer stijgt bij rust... Conclusie: geen grondslag voor een WLz-indicatie. Ook een extra toelichting van de huisarts verandert niets. Mevrouw en dochter zijn heel teleurgesteld en verdrietig met dit besluit.

De huisarts en de wijkverpleegkundigen evalueren de casus. Er zit niks anders op de zorg weer voort te zetten, zo goed als mogelijk...

Jacqueline Hendriks
wijkverpleegkundige Envida

Samenwerken

In de achtertuin zitten de dochters op ruime afstand met de wijkverpleegkundige aan tafel. De dochters hebben dit gesprek aangevraagd, om de zorg van hun moeder te bespreken. Het is gelukkig goed weer en de tuin is groot genoeg om dit gesprek op een verantwoorde manier te voeren.

Moeder woont nog zelfstandig in een benedenwoning maar eigenlijk is dit niet meer verantwoord. Mevrouw heeft dementie, vergeet veel en weet niet meer of het ochtend of avond is. Ze vindt zelf trouwens dat ze alles nog alleen kan en echt geen hulp nodig heeft. Dochters maken zich veel zorgen. Hun moeder komt niet meer buiten en is op een hoge leeftijd, 94 jaar. Kerngezond, slikt één pilletje tegen wiebelende benen, maar ja, haar geheugen. Er zijn drie dochters die om de beurt een dag op hun moeder passen. Dit wordt belastend, dochters wonen ver van hun moeder en zij worden er ook niet jonger op, daarnaast hebben zij hun eigen gezinnen die aandacht verdienen.

Zij zijn het erover eens dat hun moeder niet langer thuis kan blijven wonen. De indicatie voor een plaats in het verpleeghuis is aangevraagd en afgegeven. Het moment dat hun moeder naar het verpleeghuis kan is onzeker, het kan jaren duren. Alleen in geval van spoed kan hun moeder op korte termijn worden opgenomen op een willekeurige plek.

Stel dat hun moeder nu naar een verpleeghuis kan, wat dan? De verpleeghuizen zijn hermetisch afgesloten van de buitenwereld. In dat

geval moeten de dochters hun moeder met haar spulletjes voor de deur van het verpleeghuis afzetten. Zij mogen niet mee naar binnen. Wanneer fysiek contact weer mogelijk is, is onzeker.

Nee, het verpleeghuis lijkt ons op dit moment niet de oplossing. Moeder zit de hele dag in haar stoel voor zich uit te staren en doet geen gevaarlijke dingen. Ze vindt de huidige situatie 'best'.

De doelstelling wordt: zolang covid-19 heerst en de verpleeghuizen op slot zitten, houden we moeder thuis. Een goede samenwerking tussen familie en wijkverpleging kan ervoor zorgen dat hun moeder voorlopig thuis kan blijven wonen. In de nabije toekomst is een verhuizing naar een verpleeghuis wenselijk, maar het liefst niet in de covid-19-periode. De familie zorgt in de ochtenden en begin van de middagen voor hun moeder en de wijkverpleging komt tweemaal 's avonds bij hun moeder langs voor de overige zorg.

Samenwerken tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners is noodzakelijk om iedereen die zorg nodig heeft ook de juiste passende zorg te kunnen geven. Dit geldt nu in een periode waar iedereen voorzichtig moet zijn in verband met covid-19, maar ook straks als het leven weer 'normaal' wordt.

Leon van Roon

wijkverpleegkundige Marente

Lockdown en kwetsbare wijkbewoners

Voor de meeste wijkbewoners betekent een lockdown een grote verandering. De dagopvang sluit, wijkmaaltijden en -activiteiten stoppen, collega's uit het sociale wijkteam van de gemeente werken vanuit huis en vrijwilligers gaan niet meer op huisbezoek. In overleg wordt wijkverpleging afgeschaald. Zorgvragers bellen de zorg af, uit angst besmet te worden met covid-19. Veel contact gaat telefonisch. Maar hoe houd je contact met bewoners zonder telefoon? In de deelgemeente ontstaan initiatieven om contact te houden met wijkbewoners. Er komt een flyer met een rubriek 'vraag en aanbod'. Hulp-aanbieders (vrijwilligers) en hulpvragers (wijkbewoners) worden gekoppeld. De flyer wordt huis-aan-huis bezorgd en ik bezorg deze bij wijkpartners in de eerste lijn.

Er komt een zorgaanvraag van een huisarts. Ze vertelt over een ouder echtpaar. De man is tijdens boodschappen doen op straat gevallen. De oorzaak: ontregelde diabetes. Meneer is ter controle opgenomen in het ziekenhuis. Hij maakt zich zorgen om zijn vrouw. Er moeten boodschappen gehaald worden. Er is geen familie en er zijn geen contacten in de buurt. Het echtpaar heeft geen telefoon wijst veel zorg af.

Hoezo, was mijn eerste gedachte. Boodschappen doen, dat kan een vrijwilliger toch ook? En geen telefoon? De volgende dag ga ik naar het adres, een flatwoning in een drukke lawaaierige straat. Halverwege de laatste trap zie ik mevrouw staan in de deuropening. Ik stel me voor en zeg dat ik namens de huisarts kom. Ik mag binnenkomen. Nadat het boodschappenlijstje is opgesteld, vertelt mevrouw dat ze zich zorgen maakt over haar man. Ze heeft geen idee hoe het met hem is, ze hebben geen contact, want er is geen telefoon. Ik stel voor het ziekenhuis te bellen en mevrouw reageert blij.

Ik doe een paar keer boodschappen, breng een plantje met Moederdag en het levensmiddelenpakket namens de deelgemeente. Mevrouw vertelt graag en veel: ze komt al jaren niet buiten en nu haar man afwezig is heeft ze niemand om mee te praten. Er is al jaren geen contact met hun kinderen en er is geen contact

in de buurt. Buurtbewoners vertellen me later dat men dacht dat mevrouw al jaren geleden was overleden. Er mag een vrijwilligster komen voor de boodschappen. Het ziekenhuis belt, meneer mag met ontslag naar huis. Hij moet dagelijks insuline injecteren. Tijdens mijn volgend huisbezoek zit meneer in de huiskamer en geeft aan zelf de insuline toe te dienen. Dat lukte voor de opname niet en lukt ook nu niet goed. Na overleg accepteert het echtpaar dagelijks wijkverpleging. Meneer gaat zelf terug boodschappen doen, dus de inzet van de vrijwilligster wordt afgebouwd en stopt.

Ik meld de casus aan bij de Backoffice, een team van wijkprofessionals. Samen bespreken we casuïstiek. Tijdens de lockdown zijn de huisbezoeken gestopt en fysiek overleg tussen wijkpartners afgezegd. Hierdoor bestaat het risico dat kwetsbare inwoners uit beeld raken, met kans op vergroten en verergering van (soms al aanwezige) problematiek, zoals angst, depressie, eenzaamheid en behoefte aan zingeving. Covid-19-maatregelen zorgden voor een spoedcursus 'anders samenwerken in de wijk', over domeinen heen. Eerst de flyer, later ludieke acties, om onderling en met de wijkbewoners contact te maken. Er werden onder andere ansichtkaarten, vergeet-me-niet-plantjes, blikken soep en levensmiddelenpakketten uitgedeeld. Na elke acties reageren de bewoners positief. Kwetsbare inwoners en schrijnende situaties komen in beeld, mede doordat bewoners signalen afgeven over buurtgenoten waar men zich zorgen over maakt.

Er is op een andere manier samengewerkt, gericht op straatniveau en brede preventie. Het lukt ten tijde van de pandemie. Laten we dit behouden voor de wijk! Soms moet je lef tonen en buiten de lijntjes kleuren. #SPEAK UP! Wijkverpleegkundige! Pak die (sleutel)positie in de wijk, regionaal, landelijk of anders.

Barbera Verheul

wijkverpleegkundige Middelland en Nieuwe-Westen Rotterdam

**Goede
zorg?!**



41

Tweestrijd

Regelmatig voer ik een tweestrijd. Want wat is nou eigenlijk goede zorg? Elke dag gedoucht worden, drie keer per dag een verantwoorde maaltijd krijgen, op de meest steriele wijze een infuus aansluiten of een luisterend oor bieden? Is goede zorg de zorg die ik als wijkverpleegkundige het meest passend vind voor een cliënt?

Op basis van gesprekken, klinisch redeneren, ervaringen en gevoel, denk ik meestal een goede inschatting te kunnen maken van welke zorg echt nodig is voor een cliënt. Weloverwogen, hopelijk zonder oogkleppen op. Een duidelijk verhaal zou je denken. Het is geen uitzondering dat ik merk dat goede zorg door iedereen anders wordt ervaren. Door de cliënt, zijn of haar familie of mantelzorgers, mijn collega's, een arts en de zorgverzekeraar.

Voor mij staan de wensen en behoeften van de cliënt centraal. Simpel, zou je denken, het verpleegkundige proces doorlopen en we hebben samen een doel voor ogen waar we naar toe willen werken. Maar wat als deze wensen niet overeenkomen met de wensen van de familie of mantelzorger? Wat als je zelf je twijfels hebt of wat de cliënt wil wel haalbaar en realistisch is. Wat als je collega's niet op één lijn staan?

Wanneer er te veel zorg gevraagd wordt, heb

ik meestal makkelijker mijn antwoord klaar. 'Een boterham komen klaarmaken voor uw moeder tussen de middag? Nee mevrouw, dat kan ik niet zomaar inplannen. Ik kan wel met u op zoek naar alternatieven'. Maar wat als je merkt dat de cliënt te weinig zorg vraagt, niet het achterste van de tong laat zien? Terwijl je aan alles merkt dat er behoefte is aan meer? Dan valt het niet altijd mee om de cliënt te overtuigen dat meer hulp aanvaarden geen teken van zwakte is, maar juist een dappere stap is. Vertrouwen krijgen, stapje voor stapje samen beslissen welke kant we op gaan.

Samen, dan bedoel ik ook echt samen. Samen met de cliënt, maar ook samen met mijn collega's, familie, mantelzorger en andere zorgverleners. De neuzen dezelfde kant op, samen overleggen en samenwerken. Door goed te luisteren naar elkaar, keuzes van elkaar te respecteren en elkaar te vertrouwen. Samen, maar ook ieder op zijn eigen manier, zodat de zorg wel persoonlijk blijft. Als dit lukt, kan ik met trots zeggen dat ons wijkteam goede zorg levert!

Femke Menu

wijkverpleegkundige ZorgSaam Zorggroep

Met het mes op tafel

‘Ik wil jullie hier helemaal niet!’

Na een lang gesprek kwam deze zin uit zijn mond. Frituurgeur en sigarettenrook drongen mijn neus binnen. Zijn ogen keken mij onschuldig aan, maar hij meende het wel. In overleg met de psychiatrische begeleiding is besloten dat meneer K. ondersteuning nodig heeft met het correct innemen van zijn medicatie, ter voorkoming van psychische problematiek. Na het gesprek afgerond te hebben en tot een overeenkomst met hem te zijn gekomen, loop ik de deur uit.

Een naar gevoel bekruipt mij. Beelden van het huis spelen op mijn netvlies. Vele zakjes medicatie die niet zijn ingenomen, een flink mes op tafel, een niet helder ogende man. Welke zorgvraag heb ik eigenlijk aangenomen? En de meer beangstigende vraag: is het veilig voor mijn team?

Wanneer de route is afgelopen lijkt het of mijn

onveilige gevoelens plaats hebben gemaakt voor een gevoel dat het waarschijnlijk het ‘moment’ was. Niet belangrijk. Dit zijn momenten waarop ik besef hoe kwetsbaar de wijkzorg is. Hoe zelfstandig en alleen we zijn als we die drempel overstappen en de voordeur achter ons dichtvalt.

Het uitspreken van deze gevoelens vindt vaak in de wandelgangen plaats. Waardoor dit weer in de vergetelheid verdwijnt. Dit is iets waar wij als wijkverpleegkundigen misschien niet onze alledaagse focus op hebben. Is dat terecht?

‘Er is niks gebeurd. Geen fysieke of mondelinge uitpattingen. Ik kan mijn gevoel niet op feiten baseren.’ Totdat er iets aantoonbaars gebeurt. Maar is het dan niet al te laat?

Laura Medema
wijkverpleegkundige Icare

De vergrijzing met al zijn charmes

‘Steeds meer ouderen hebben mantelzorg nodig’, ‘Mantelzorgers steeds vaker overbelast’, ‘We moeten terug naar de verzorgingshuizen!’, ‘Zorgpersoneel is opgebrand’.

Steeds vaker zie je dit soort uitspraken voorbijkomen in kranten of sociale media. Je zou er bang van worden. Deze angst heerst inmiddels onder verschillende doelgroepen: de ouder wordende cliënt, diens (potentiële) mantelzorger, maar ook de zorgprofessional die de druk op de zorgsector steeds meer gaat ervaren.

Ik maak mij zorgen. Maar dan echt. Wekelijks, bijna dagelijks schiet het als verpleegkundige door je hoofd. Hoe moeten we de zorg in de toekomst organiseren, zodat iedereen ook daadwerkelijk de zorg ontvangt die hij of zij nodig heeft?

Ik leef mee met de mantelzorgers van meneer Bergen, die mij bellen en aangeven dat ze het niet meer kunnen opbrengen. Je wilt hen het liefst drie weken vakantie aanbieden. En dat dan verder alles geregeld is, maar iedere realist snapt dat dat niet kan. Ik leef ook mee met mijn collega Petra, die (gelukkig) aangeeft dat het bijna niet meer gaat. Ze heeft steeds meer last van haar pols, maar wil zich niet ziekmelden, omdat zij weet dat ik geen vervanging heb klaar staan.

Het lijkt mij dat dit alles niet de bedoeling kan zijn van een maatschappij waar de gezond-

heidszorg wordt bestempeld als een van de beste ter wereld. Ik kan je vertellen, op de werkvloer voelt dat niet altijd zo. Je werk laten leiden door verzuim en overbelasting is niet de kern van ons vak. En ook zeker niet wat ik wil.

Natuurlijk is klagen de makkelijkste manier om je frustratie te uiten. Al het bovenstaande is vast en zeker herkenbaar, daarbij zijn het ook vaststaande feiten, het is de vergrijzing met al zijn charmes!

Nu is het wel zo dat mijn cliënt, mevrouw Struiken, niet gebaat is bij een negatieve denkwijze. Iedere dag moet er een manier gevonden worden om de juiste zorg te bieden, om de cliënten het gevoel te geven dat zij gezien worden. Een luisterend oor, of die vijf minuten extra aandacht. Dat is soms maar net wat nodig is.

Kan ik als wijkverpleegkundige het verschil maken? Ik denk het wel. Misschien niet in het grote geheel, maar zeker binnen de muren van de woning van mevrouw Struiken, in het telefoongesprek met mantelzorgers van meneer Bergen, of begripvol richting mijn collega Petra.

Met optimisme de toekomst in!

Marianne Dorst - van der Wulp
wijkverpleegkundige, Zorgwaard

Kleine investering met groot resultaat

Ik werk als wijkverpleegkundige in een volksbuurt. Slechte huisvesting, vervuiling, armoede, ouderenmishandeling, psychische problemen, laaggeletterdheid, criminaliteit, slechte leefstijl met de daaruit voortvloeiende chronische ziektes. Dat vraagt van mij als wijkverpleegkundige meer dan alleen het leveren van zorg. Onderstaande casus is hiervan een voorbeeld.

Ik kom al jaren bij Frans, een man met weinig sociale contacten. Hij heeft een kennis en geen familie. In de loop van de jaren hebben we samen een aantal zaken voor elkaar gekregen, zoals het trouw gebruiken van zijn antipsychotica, waardoor hij minder last heeft van stemmen en de burens minder last hebben van het geschreeuw. Verder heeft hij door een laagdrempelige dagopvang weer wat sociale contacten kunnen opbouwen.

De woning was wat smoezelig, het stonk erg naar rook maar was nooit vervuild. Huishoudelijke hulp was al vaak met Frans besproken maar daar stond hij niet voor open, hij werd al nerveus bij de gedachte. Ook de kleding en zijn haren stonken erg naar rook. Ook ondersteuning van ADL werd door Frans afgewezen. Op een dag belde Frans. Hij was helemaal overstuur want hij had muizen in huis en hij was hier ontzettend bang voor. We hebben een bedrijf gebeld om de muizen te laten verdelgen.

Ik heb deze gelegenheid aangegrepen om toch huishoudelijke zorg aan te vragen, waarmee hij akkoord is gegaan. De Wmo heeft deze aanvraag gehonoreerd. De teamleider huishoudelijke zorg constateerde bij het huisbezoek dat het huis erg vies was. Ik heb voorgesteld om onze krachten te bundelen en samen met collega's uit mijn team van de wijkverpleging en

met collega's van de huishoudelijke zorg, het huis grondig te poetsen. Frans vond dit geweldig. Hij zegt dat hij mij vertrouwt, daarom kreeg ik toestemming om vreemde mensen in zijn leven en woning toe te laten. Mijn voorwaarde was wel dat hij tijdens het poetsen niet in het huis bleef en dat hij zich voortaan zou laten helpen bij ADL door de wijkzorg. Hiermee ging hij akkoord. Wat volgde was een geweldige middag, waarbij tien mensen van de wijkzorg en huishoudelijke zorg het huis samen schoongemaakt hebben. Aan het einde van de middag ben ik Frans gaan ophalen en hij was ontzettend ontroerd.

Nu geniet Frans van zijn schone huis en elke week wordt het goed bijgehouden door de huishoudelijke hulp. Hierdoor is er een geweldige band ontstaan met de zorg, waarin Frans adviezen opvolgt om zijn huis schoon te houden en er ook samen wordt gekookt. Iedere keer als ik Frans spreek zegt hij: 'Jacqueline, ik ben zo dankbaar! Mijn leven is weer een beetje mooier geworden'. Hij laat zich iedere week helpen door de wijkzorg met een douchebeurt.

Binnen mijn organisatie was er enige discussie of dit nu wel de taak van de wijkverpleegkundige is. Ik zeg volmondig: 'Ja!' Dit is wat mij betreft een mooi voorbeeld van verpleegkundig leiderschap. Het is buiten de lijntjes durven te kleuren. In verhouding een kleine investering, met enorm resultaat!

Dit is mijn visie op wijkverpleging, waarbij wonen, welzijn en zorg alle drie in balans zijn.

Jacqueline Hendriks
wijkverpleegkundige Envida

Oudjaarsdag

Op oudjaarsdag belt een collega wijkverpleegkundige: of wij ruimte hebben om een cliënt in zorg te nemen met verdenking Ischias en die tevens mantelzorger is voor zijn vrouw, wat momenteel problemen oplevert.

Op 2 januari 2020 ga ik naar deze cliënt toe. Hij vertelt over zijn frustraties en zorgen. Uit het gehele verhaal proef ik onmacht. De cliënt is al enkele jaren mantelzorger van zijn vrouw, die Alzheimer heeft. Ze heeft veel aansturing nodig en verstopt spullen door het hele huis. Aangezien de cliënt veel rust moet nemen en zich geen houding weet aan te nemen, kan hij haar niet de begeleiding geven die zij nodig heeft. Ik vraag: 'Waar maakt u zich op dit moment de meeste zorgen over?' 'Over mijn vrouw', is het antwoord.

Bij binnenkomst merk ik al op dat zijn echtgenote erg neerslachtig is en zich geen raad weet met de situatie. Ik geef aan dat we per direct ook zijn vrouw in zorg nemen, om hem te ontlasten, zodat hij zich kan focussen op zijn herstel. Hij reageert ontzettend blij en tevens ook geëmotioneerd. Hij zou het liever zelf doen, maar helaas kan het nu niet.

Een paar dagen later spreek ik met alle betrokken disciplines over de situatie in het casusoverleg van de gemeente waar ik werkzaam ben. Er wordt direct een Wmo-indicatie afge-

geven voor huishoudelijke zorg en maaltijden, voor drie maanden. Mevrouw kreeg al individuele begeleiding, vanuit Hulp Bij Dementie, gespecialiseerde thuisbegeleiding en huisarts. Zij gaven aan in deze situatie tegen zaken aan te lopen waar ze geen grip op kregen.

Na een paar dagen stabiliseert de situatie. Ze zijn zeer content. Met meneer gaat het steeds beter, hij wil de zorg minderen. Als dit lukt, dan kan hij weer iets meer voor zijn vrouw betekenen. Al met al een opluchting! Het voelt als een overwinning.

Helaas keert de situatie om. Na een week gaan ze er samen een dag op uit, maar het gaat niet goed tussen meneer en mevrouw. De situatie escaleert. Meneer kan het niet meer aan. Enorm emotioneel en verslagen zit hij in zijn stoel, als ik bij hen de zorg kom verlenen. Zijn vrouw geeft aan dat ze weg wil. De schoondochter besluit om haar moeder mee te nemen naar haar huis.

Na dat weekend wordt zijn vrouw opgenomen op de interventieafdeling in de regio, met een inbewaringstelling.

Nadine Smits

wijkverpleegkundige De Zorggroep

Wensen

‘Mijn vader wil stoppen met de dialyse’.
Meneer de Groot en familie weten wat er gaat
gebeuren wanneer hij stopt met dialyse.
Voorlichting is niet nodig, begeleiding wel.

Het woord ‘begeleiden’ klinkt in mijn hoofd als
een woord met een positieve lading ‘op weg
naar beter’. Maar vandaag voelt het zwaar.
We bespreken wat de familie nodig heeft en
welke hulp meneer nodig zou kunnen hebben
de komende tijd. Daarnaast staan we stil bij
hoe iedereen zich bij de situatie voelt. Er is
openheid.

Ook bespreken we wat handig is om te
gaan regelen, om deze laatste levensfase zo
comfortabel mogelijk te laten zijn. Ik schrijf,
samen met familie, alles op. Telefoonnummers
om hulpmiddelen te bestellen, tips voor

de verzorging, vragen voor de huisarts.

Mijn zorghart wil de familie ontlasten en meer
voor hen betekenen, maar zij geven aan dit
laatste stukje zorg, de laatste wens van meneer,
zelf te willen geven.

Ik neem met een rustig gevoel afscheid van
de familie en voor de laatste keer van meneer
De Groot. Ze waren dankbaar voor dat ene
gesprek en het besef dat we er voor hen zullen
zijn, wanneer dat nodig is...

Als zij dat willen.

Laura Medema
wijkverpleegkundige Icare

Een douche met gevolgen

De huisarts belt: 'Mevrouw K. verwaarloost zichzelf, kunnen jullie haar twee keer per week douchen?'

Op huisbezoek zie ik een vrouw die er niet direct onverzorgd uit ziet. Ze praat op monotone toon, toont weinig emotie en geeft kort antwoord op mijn vragen tijdens de anamnese. Tot het gesprek op haar huidige levenssituatie komt. Ze vertelt dat haar man zeven maanden geleden is overleden en ze hem in alles mist. Het was zijn tweede huwelijk en zijn kinderen hebben geen contact meer met haar. Ze heeft niemand meer, zelf heeft ze nooit kinderen gehad. Dat maakt dat ze nergens geen zin meer in heeft en alles haar te veel is. Zelfs haar hondje heeft ze naar een opvangadres gebracht, omdat ze de zorg niet meer kon opbrengen.

Alsof het allemaal al niet erg genoeg is, moet ze nu ook nog verhuizen, omdat haar huis door de woningbouwvereniging wordt afgebroken.

Dit alles maakt dat ze zich verdrietig, moedeloos en machteloos voelt. Eigenlijk kan ze zichzelf best wel douchen, maar ze vindt het 'gewoon' te veel werk. En ja, als ze er hulp bij zou krijgen, dan zou ze zich wel douchen. We spreken af mevrouw drie keer per week te helpen met douchen, met als doel mevrouw te leren kennen en een band op te bouwen om te onderzoeken hoe we haar rouw, eenzaamheid

en moedeloze gevoel kunnen keren.

Het werkt: meer en meer gaan de gesprekken tijdens het douchen over wat mevrouw zou helpen in de huidige situatie. Wat ze zelf zou kunnen en waar ze hulp bij nodig heeft. Waar ze in aanvang alles afwijst, is er gaandeweg bereidheid nieuwe dingen te proberen of op te pakken.

Tegelijkertijd hebben we ambulante zorg opgestart in verband met de rouwverwerking. Samen met haar hebben we gezocht naar activiteiten die bij haar passen, zodat ze weer in contact komt met andere mensen. Ze leert een weduwe kennen met een hondje, dat klikt zó dat ze haar eigen hondje weer teruggehaald heeft en samen wandelen ze ermee.

Een douchestoel en beugel hebben we voor mevrouw geregeld, waarmee ze een keer onder onze begeleiding 'oefent', waarna we onze zorg na tien weken afsluiten.

Een goede anamnese is de sleutel voor passende zorg! De tijdsinvestering betaalt zich vanzelf terug, in geluk voor de cliënt én reductie van zorgkosten.

Marjo van Hout
wijkverpleegkundige Sensire

Het niet-pluisgevoel van een wijkverpleegkundige

Jan, mijn collega van het begeleidingsteam, wil overleggen. Hij vertelt over meneer H., die vorig jaar wondzorg heeft ontvangen van ons team. Ik herinner me hem goed, zijn wond was goed genezen en de zorg is gestopt. Ik heb hem aangemeld bij het begeleidingsteam en huishoudelijke hulp. Meneer is vandaag tweemaal gevallen. De huishoudelijke hulp heeft Jan gebeld, die contact opneemt met de huisarts. De huisarts komt en laat hem een stukje lopen. Het lopen gaat goed, hij geeft wel aan dat hij soms duizelig is. De huisarts schrijft medicatie voor tegen de duizeligheid.

Jan gaat in zijn lunchtijd extra bij meneer H. langs, om te kijken hoe het gaat. Hij maakt kennis met Kees, een vriend uit de wijk. Meneer had Kees gebeld, omdat hij zich te duizelig voelt om boodschappen te doen. Hij vraagt Jan of hij langer kan blijven, er is geen familie in de buurt en hij is bang te vallen wanneer hij alleen in huis is. Jan belt de huisarts en overlegt over een tijdelijke opname. De huisarts belt terug, helaas, er is nergens plaats.

Hierop vraagt Jan mij mee te denken, want ik ken meneer goed. Ik bel meneer om te laten weten dat ik, op weg naar huis, langs wil komen, maar krijg geen gehoor. In gedachten fiets ik verder, maar ik heb er geen goed gevoel over. Mijn buikgevoel spreekt. In het zorgdossier zoek ik het telefoonnummer van Kees. Ik vertel Kees, dat ik meneer H. niet kan bereiken. Met hulp van de onderbuurman gaan we samen binnen, het is donker, we zeggen onze naam. Meneer vertelt dat hij op weg naar de wc duizelig werd en is gevallen. Ik bespreek wat ik ga doen en bel opnieuw de huisarts. Helaas, de praktijk is gesloten. Ik vraag Kees naar het adresboekje met familiege-

vens, om de familie te informeren. Ik schat in dat het op dit moment onverantwoord is, om hem alleen thuis te laten. Ik bel het Acute-team van de thuiszorgaanbieder en verzoek een collega om langs te komen, maar het duurt enige tijd voordat Acute-collega er is. Ik bemerk veranderingen bij meneer, hij spreekt steeds zachter en reageert wat trager. Ik bel opnieuw het Acute-team, en bel 112. Achter elkaar arriveren Acute-team en Ambu-collega's. De algehele status verandert ondertussen snel. Ondertussen pak ik een tas met persoonlijke spullen voor hem, bel de familie en vertel waar hij wordt opgenomen.

De brandweer takelt hem uit de woning. Samen met Kees zetten we de meubels terug en praten we nog even na. Kees geeft aan dit heel prettig te vinden, deze gebeurtenis is geen alledaagse situatie voor een bevriende wijkbewoner. De volgende ochtend word ik gebeld door de familie. Meneer is dezelfde nacht, in bijzijn van familie, overleden in het ziekenhuis.

Als wijkverpleegkundige in de stad ben ik blij dat ik goed contact heb met andere zorgverleners. Het valt niet mee om dit in stand te houden door de eilandjes waarop gewerkt wordt, gescheiden door de diverse financieringsstromen en aparte domeinen. Mijn missie is dan ook: 'maak kennis met de zorgverleners van je cliënt, bouw bruggen en maak verbindingen, luister naar je niet-pluisgevoel en speak up!'

Barbera Verheul
wijkverpleegkundige Middelland
en Nieuwe-Westen Rotterdam

De cliënt glipt je bijna door de vingers

Een week eerder werd ze aangemeld via het ziekenhuis. Leuke, vriendelijke en spontane vrouw, door valpartij met flinke hoofdwond opgenomen geweest. 'Nu nog even wat hulp nodig' gaf de transfer-verpleegkundige aan. Bij aanreiken medicatie, het stimuleren tot het zelf klaarmaken van de maaltijden en mogelijk wat hulp bij ADL. Wel met de intentie dat ze het snel weer zelf zou kunnen oppakken.

De volgende dag kwam ik via de tuindeur, die ze op een kier had gezet, binnen. 'Joehoe, ik lig in de slaapkamer hoor'. Een kwispelend vrolijk hondje kwam me tegemoet. Ik liep door naar de slaapkamer. Ze lag in het midden van het bed, een beetje weggezonden tussen de twee matrassen. De hond sprong meteen kwispelend op bed, de hond was haar alles. Na het eerste contact gelegd te hebben ging ik aan de slag. Ik tekende de medicatie af en gaf haar ontbijt. Ze wilde alleen vruchtenyoghurt. Na flink praten van mijn kant kreeg ik haar op de rand van het bed om haar te wassen. De rollator ervoor gezet. Het was een soort van kattenwasje, meer wilde ze niet. Haar onderbroek had ze, naar eigen zeggen, net nieuw aan. Pas een week later accepteerde ze de volgende wasbeurt. Haar hoofdkussen zat nog vol met oud bloed van haar hoofdwond van voor de opname. Ze vond het nergens voor nodig dat deze verschoond werden. Huishoudelijke hulp had ze niet en wilde ze ook niet.

De dagen en weken verstreken waarbij mevrouw drie keer per dag werd bezocht door de wijkverpleging. De medicatie kregen we er nog net in, meestal. De bakjes vruchtenyoghurt gooiden we steeds vaker bij het volgende moment weer onaangeroerd weg. Ze kwam zelden nog uit bed en zakte er steeds dieper in. Ze bleef ons eeuwig waarderen in wat wij deden, we konden op onze kop gaan staan, maar we kregen haar niet gemotiveerd om uit bed te komen, te eten en te drinken en in beweging te komen. Onze zorgen vond ze echt onzin en wuifde ze weg. Het ging allemaal prima met haar.

De vrijwilliger die de hond uitliet en haar familielid deelden hun zorgen met de wijkverpleging. De wijkverpleging deelde de zorg op hun beurt met de huisarts. Deze vond het wel ingewikkeld maar vond dit ook cliënte haar eigen keuze. Als ze niets wenst, dan was dat aan haar. Het ging steeds meer bergafwaarts. Haar psychische vermogens kelderden enorm. Ze was in het verleden bekend geweest met alcohol abususes, er waren alleen geen signalen dat ze nu dronk. De wijkverpleging wilde met liefde de zorg uitvoeren, maar voelde duidelijk ook een kennistekort. De wijkverpleegkundige heeft getracht te overleggen of er een psychiatrisch verpleegkundige zou kunnen meedraaien in de zorg rond haar en voor advisering voor de wijkverpleging. Helaas waren de wachtlijsten lang en mevrouw stond niet open voor dit soort zorg. Op een zaterdag hebben we met elkaar besloten de HAP te bellen. Na inlichtingen over de actuele situatie is ze ingestuurd naar de afdeling geriatrie voor verder onderzoek. Ze bleek heftig gedehydrateerd. Daar wilde ze niet mee werken aan onderzoek, dus wat er verder aan de hand was bleef onbekend.

De organisatie met expertise op dit vlak had geen plek voor mevrouw. De huidige thuiszorgorganisatie voelde zich niet bekwaam genoeg. Ze ging wel huiswaarts, maar met een andere onbekende aanbieder die ook geen expertise had op dit vlak. De transfer verpleegkundige was allang blij dat iemand ja zei. Het heeft uiteindelijk lang geduurd, maar beetje bij beetje is ze terug uit het dal gekrabbeld en werd ze weer de enthousiaste, positieve vrouw die ze daarvoor was. Anderhalf jaar later heeft de wijkverpleegkundige nog eens een gesprek met haar gehad en haar vertelt hoe het toen was met haar. Ze was vol verbazing, ze kon zich niets meer herinneren van die periode.

Marit Kranenburg

wijkverpleegkundige Beweging 3.0

Een stapje verder...

Ik loop met twee kopjes thee haar kamer in. Ik kijk om het hoekje, ze is wakker en kijkt me lachend aan. Mevrouw K. verblijft inmiddels al enkele weken in het hospice, waar wij als wijkverpleging ook zorg bieden. Samen hebben we al heel wat gesproken over haar leven en ziekteproces.

Ik ga naast haar zitten en vraag hoe het gaat. De nachten worden steeds moeilijker, het piekeren neemt steeds meer de overhand. Als ik vraag of ik haar hierin kan helpen, vertelt ze een verdrietig verhaal over een dierbare. Ze maakt zich zorgen: 'Wat als ik er straks niet meer ben? Hoe zal het met haar verder gaan?'

Er zijn hier in het verleden al gesprekken over geweest met een praktijkondersteuner van de huisarts. Deze gesprekken hebben haar erg geholpen. Mevrouw laat blijken dat ze deze gesprekken erg mist en ze graag nog eens met haar zou praten. Bij navraag blijkt dat de praktijkondersteuner niet meer in de praktijk werkt. Ik stel voor om, namens mevrouw, contact op te nemen met de huisartsenpraktijk om de praktijkondersteuner op te sporen. De assis-

tente van de praktijk vertelt mij dat deze collega verder weg is gaan werken. Ze geeft mij het nummer van haar nieuwe werkplek en ik ga verder met mijn zoektocht.

Ik trek weer de stoute schoenen aan en bel samen met mevrouw de 'nieuwe' praktijk. We krijgen de betreffende praktijkondersteuner aan de lijn en ik leg de situatie uit. Ze herinnert zich mevrouw K. en hun gesprekken nog erg goed. Ook zij is enthousiast en staat open voor een ontmoeting.

Mevrouw is tot tranen geroerd wanneer ze hoort dat de praktijkondersteuner bij haar langs wil komen. Een aantal dagen later spreek ik haar weer. Ze heeft het verdriet een plekje kunnen geven. Ik ben blij dat dit ene telefoontje zoveel voor haar heeft kunnen betekenen in haar laatste levensfase.

Agnes Maat-Pierik
wijkverpleegkundige Icare

Alleen, maar niet meer eenzaam...

Een half jaar geleden ging ik op huisbezoek bij mevrouw Jansen. Mevrouw is weduwe en is sinds 1996 in zorg. In eerste instantie bij een andere organisatie, na de verhuizing naar een bejaardenwoning bij Sensire.

Als ik bij haar op bezoek kom, staat de Senseo al aan, met zoveel koekjes erbij als ik wil. Zij vertelt mij haar man enorm te missen, weinig aanspraak te hebben en blij te zijn met de contactmomenten met de verzorgenden. Ze vertelt over haar hartfalen, waardoor ze niet veel activiteiten zegt te kunnen ontplooiën binnen- en buitenshuis. Gelukkig mag ze drie dagen per week naar de dagbesteding in het dorp waar ze vandaan komt. Wanneer ik haar ondersteun bij het wassen en aankleden valt het mij op dat zij goed in staat is zichzelf te verzorgen. Ze schrikt wanneer ik dat opmerk, want ze wil 'de meisjes niet missen', dan ziet ze helemaal niemand meer.

Wanneer ik aan haar vraag wat haar leven zin geeft, heeft ze geen antwoord. Ze is niet gewend dat die vraag gesteld wordt en zegt dat er toch niks meer kan door gezondheidsbeperkingen. Ik zeg: 'Stel nou dat hier een goede fee langskomt en u mag een wens doen, wat zou u dan nog willen, kunnen, of wat mist u dan?' Daar kan ze kort in zijn, ze mist gezelschap van leeftijdsgenoten op de dagen dat ze niet

naar de dagbesteding kan. Uitbreiding van de dagbesteding kan niet, ze heeft dat al eens gevraagd aan het sociaal team, maar ze gaat al maximaal.

Gelukkig weet ik dat er in dit dorp twee keer per week een inloopochtend wordt georganiseerd voor ouderen. Ze reageert terughoudend, omdat ze helemaal niemand kent. Ik stel voor dat ik met haar mee ga, dan kan ik haar voorstellen aan een mevrouw die wij ook in zorg hebben. Schoorvoetend zegt ze ja.

Nu, een half jaar later, gaat mevrouw elke week naar de inloop. Ze heeft meerdere leuke contacten, waaronder de mevrouw die ik al noemde. Zij hebben ook in het weekend contact en gaan met de regiotaxi bij elkaar op bezoek. Mevrouw is energieke, voelt zich gelukkiger en wordt nu door de zorg enkel nog ondersteund bij het douchen... ze heeft nu aanspraak genoeg!

Positieve gezondheid, prachtig in theorie én de praktijk, zeker wanneer je een beetje buiten de lijntjes durft te kleuren!

Marjo van Hout
wijkverpleegkundige Sensire

Bakkie leut

Bij binnenkomst groet ik meneer vriendelijk. Ik zet mijn overvolle rugtas neer en pak de spullen van tafel die ik nodig heb om zijn steunkousen aan te trekken.

Terwijl ik tegenover hem zit, geeft hij aan in de avond geen zorg nodig te hebben, hij gaat bij zijn dochter eten. Vervolgens vraagt hij vriendelijk of ik al een bakkie leut heb gehad en eventueel met hem een bakkie wil doen. 'Nee', zeg ik, 'ik zou graag willen, maar ik loop al uit en de volgende cliënt wacht al op me. Sorry, maar misschien een volgende keer'. Terwijl ik weet dat dit in alle waarschijnlijkheid ook dan niet gaat gebeuren.

Onze cliëntroute is vol en tijd voor een ge-

sprekje is er vaak niet. Vorige maand had meneer mij trots verteld dat hij weer overgrootvader was geworden. Hij pakte zijn smartphone en liet mij foto's en filmpjes zien van zijn achterkleinkind.

Ik hoop dat ik binnenkort wél de tijd heb om mijn belofte waar te maken en een bakkie leut met hem kan drinken. En dat ik dan kan luisteren naar de verhalen over zijn achterkleinkind, waar hij zo ontzettend trots op is.

Maartje Timpers
verpleegkundige Icare

Verhuizen

Als wijkverpleegkundige ben ik al een aantal jaren betrokken bij de zorg voor Ria, 69 jaar. Ria is bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Telkens wordt de begeleiding en behandeling vanuit GGZ-instellingen na een korte tijd stopgezet omdat Ria therapieontrouw is en ze geen vooruitgang zien. Ria heeft een inwonende volwassen zoon, Joey. De relatie tussen moeder en zoon is behoorlijk verstoord. Ze kunnen niet met elkaar, maar ook niet zonder elkaar. Spanningen lopen met regelmaat hoog op.

Op een ochtend belt Ria mij rechtstreeks. Ik moest met spoed langs komen, ze kon de situatie niet meer aan en wil zo snel mogelijk verhuizen. Diezelfde dag ga ik bij haar langs. Ria zit er doorheen en vindt het ook tijd dat ze allebei een eigen woonplek krijgen, ze wil naar een aanleunwoning. Ria en haar zoon kunnen dit niet zelfstandig regelen. In bijzijn van Ria bel ik met mijn collega's vanuit het Sociaal Team +. Collega's uit andere organisaties hebben ervaring met het verhuizen van cliënten. Samen met het Sociaal Team + besluit ik om de verhuizing van moeder en zoon te gaan coördineren. Al snel hebben we een plek gevonden voor Ria, een aanleunwoning in de buurt. Ook voor zoon Joey vinden we een geschikte woning in dezelfde wijk.

Ria kijkt er erg tegenop om te verhuizen. Gezien er weinig financiële middelen zijn om een verhuizing uit handen te geven, hebben we vanuit het Sociaal Team + besloten om Ria zelf mee te gaan helpen. Zo hebben we samen een schema gemaakt om de verhuizing soepel te laten verlopen. Binnen twee dagen zat Ria met haar eigen spullen in de nieuwe woning. Zoon Joey heeft zelf een en ander kunnen regelen, waardoor hij ook binnen een aantal dagen in zijn nieuwe woning zat.

Als moeder en zoon nu samen zijn, hebben ze het leuk samen. De spanning is afgenomen en ze kunnen op een normale manier met elkaar omgaan. Ria belde me een aantal dagen na de verhuizing op: 'Bedankt Michelle, dit had ik veel eerder moeten doen!' Doordat de spanning tussen moeder en zoon is afgenomen, gaat het op lichamelijk en psychisch vlak beter met Ria. Dit is ook de reden waarom we vanuit het Sociaal Team + deze acties hebben ondernomen. In een korte periode hebben we veel middelen en hulp ingezet, om in de toekomst minder ondersteuning te moeten leveren.

Michelle Meertens
wijkverpleegkundig Envida

De handen van een wijkverpleegkundige

Handen die de dag starten met het aankleden van mijn twee kinderen en ervoor zorgen dat ze op tijd bij oma zijn. Om 8.00 uur reiken die handen bij de eerste cliënt, met psychische problematiek, medicatie aan. Om vervolgens de handen vast te houden van een cliënt, die waarschijnlijk een delier heeft en onrustig draait en keert in haar bed. Handen die hoopelijk voor rust en vertrouwen zorgen, waardoor de wondverzorging en het toedienen van de medicatie vlot verloopt.

We kunnen allemaal klagen dat we het druk hebben, maar wanneer het nodig is, neem ik de tijd en rust voor cliënten. Handen die samen met onze student verpleegkundige materialen klaarleggen voor het verwisselen van een katheter bij een zenuwachtige cliënt. Deze cliënt vindt het fijn iets vast te houden tijdens de handeling, dus bied ik mijn handen aan, terwijl onze leerling op kundige wijze haar handeling uitvoert. Ook hier is die rust belangrijk voor zowel de leerling als de cliënt. Ik ontsmet mijn handen keer op keer tijdens het aansluiten van een infuus.

Tussendoor toetsen mijn vingers telefoonnummers in en beantwoord ik telefoongesprekken: navraag doen bij de huisarts over MRSA-kwaken, overleg met het Leger des Heils over een crisisopname en overleg met collega's. Mijn handen zetten de computer aan, waarna ik een aantal zorgplannen aanpas. Ik puzzel met de

planning om te garanderen dat er een verpleegkundige hoogcomplexere zorg bij een cliënt kan uitvoeren de komende dagen.

Om 17.00 uur snel naar een cliënt die thuis is na een ziekenhuisopname. We constateren dat het nieuwe medicatieoverzicht niet overeenkomt met de baxterrol. De apotheek kan de aanpassing vandaag niet meer verwerken, dus zakje voor zakje controleer ik de medicijnen en scheur de zakjes van de rol die niet meer ingenomen moeten worden. Voor de laatste keer deze dag verzend ik een korte overdracht naar mijn collega's.

Mijn handen hebben vandaag veel gedaan, niet zoveel als ik eigenlijk zou willen. Trots ben ik op ons team met gouden handen. Ja, er zijn soms te weinig handen aan het bed, maar mijn handen jeuken om aan de slag te gaan met de vele uitdagingen die voor ons liggen in de wijkverpleging. Een tijd waarin handen vooral goud waard zijn als we vakinhoudelijk, overstijgend en creatief blijven denken!

Ik ben blij dat mijn gezin kan aanschuiven bij mijn schoonouders voor het avondeten! Morgen weer een dag.

Femke Menu

wijkverpleegkundige ZorgSaam Zorggroep

Vrijheid

Een 64-jarige cliënte krijgt al jaren zorg bij het aan- en uittrekken van haar steunkousen en ondersteuning bij het douchen. Haar lichamelijke klachten zijn veroorzaakt door een auto-ongeluk in het verleden. Ze heeft veel rugklachten en verminderde kracht in haar handen. Door de verminderde mobiliteit heeft ze overgewicht.

Na het overlijden van haar moeder en broer heeft mevrouw ook psychische klachten ontwikkeld. Hierdoor kwam ze in een sociaal isolement terecht, vond haar troost in ongezonnd eten en verwaarloosde haar huis. Ze komt alleen nog buiten voor de boodschappen.

Mede door de lichamelijke en psychische klachten is het moeilijk haar te stimuleren tot zelfredzaamheid. Uiteindelijk heb ik de ergotherapeut ingeschakeld om mee te kijken hoe mevrouw functioneert in huis en welke aanpassingen er nodig zijn. Ook gespecialiseerde thuisbegeleiding is ingezet om weer structuur te brengen in het leven van mevrouw. Met de positieve benaderingen vanuit de eerstverantwoordelijke is het gelukt om stapsgewijs, in overleg met haar, de zorg af te bouwen.

Ik heb samen met haar, stapsgewijs, een

schema gemaakt, waarin staat wat ze per week zelf gaat doen qua persoonlijke verzorging. Op het moment dat mevrouw merkte dat ze hierdoor meer vrijheid ervaart, zijn we ook begonnen met het uitproberen van een hulpmiddel voor het aan- en uittrekken van haar steunkousen. Er is een passend hulpmiddel gevonden, waardoor ze momenteel geen zorg meer nodig heeft. Het hamstergedrag speelt nog wel een rol, waarvoor de gespecialiseerde thuiszorg nog wel blijft komen, hier gaat de vooruitgang wel nog moeizaam.

De wijkverpleegkundige heeft ervoor gekozen een indicatie preventie in te zetten, zodat er wel één keer per twee maanden contact is met mevrouw. Hierdoor kunnen we tijdig ingrijpen, mocht de situatie weer verslechteren. Hopelijk hoeven we zo achteraf niet weer veel meer zorg gaan inzetten dan nodig zou zijn.

Door deze preventieve inzet ervaart mevrouw haar vrijheid en voorkomen we een verslechtering van de situatie.

Nadine Smits

wijkverpleegkundige De Zorggroep

Wees zuinig op de dementie- en wijkverpleegkundige

Vijftig verhalen uit de wijk. Een nieuwe groep ambassadeurs laat van zich horen. Miniaturen die het échte verhaal vertellen. Over schurende stelsels waar wijkverpleegkundigen moeten manoeuvreren tussen drie wetten en een enorme hoeveelheid regels. Over schotten die goede zorg beperken. Over de juiste zorg op de juiste plek en buiten de lijntjes kleuren. Over de beste zorg tegen een betaalbare prijs. Over de impact van covid-19.

Geschikt en interessant voor beleidsmakers, zorgverzekeraars, raden van bestuur, managers en onderwijs. Want de toekomst van de verpleegkunde ligt in de wijk, dicht bij de burgers. En is er de laatste tien jaar veel bereikt. De wijkverpleegkundige is terug. Steeds meer jonge collega's ervaren wat een boeiend beroep het is. De wijkverpleegkundige en dementieverpleegkundige is meer en meer zichtbaar. Maar we moeten zuinig zijn op ze. En zorgen dat ze hun werk met plezier kunnen doen. Autonomie in het werk is een eerste vereiste. Geen bureaucratie. Vanzelfsprekend moet indiceren zijn voorbehouden aan wijkverpleegkundigen.

Groep zeven van de ambassadeurs heeft de uitdaging opgepakt om verhalen te schrijven uit en over de wijk. Het leertraject ambassadeurs voor de wijkverpleegkundige en dementieverpleegkundige is een succes. Als je geen leiders hebt, dan moet je ze kweken. Steeds meer nieuwe organisaties doen mee en faciliteren hun wijkverpleegkundigen en dementieverpleegkundigen. Inmiddels zijn we zeven groepen verder. En overal zien we actieve, ambitieuze ambassadeurs.

Uit het onderzoek *Nieuwe leiders in de wijk* van Inge Wolbers e.a. in 2018 bleek dat nieuwe kennis wordt vergaard en nieuwe vaardigheden worden aangeleerd. De ambassadeurs veranderen zichtbaar hun gedrag. Zij hebben impact op verschillende niveaus: het niveau van de cliënt, de wijkverpleegkundige, beroepsgroep, de organisatie, de wijk en de maatschappij. De ambassadeurs zijn kritische, onderzoekende professionals met lef die zowel dicht bij de cliënt als ver daarbuiten hun invloed weten uit te oefenen ten behoeve van betere uitkomsten en welbevinden. Ze slaan de brug tussen praktijk, beleid en politiek.

Het succes van dit leertraject is te danken aan velen. Dank aan alle deelnemers die de uitdaging aangaan en bereid zijn te reflecteren en te leren. Dank aan hun organisatie die het mogelijk maken om deel te nemen. Dank aan ZonMw voor de startsubsidie. Dank aan VGZ, Menzis en CZ die het traject ondersteunden. Dank aan alle docenten die met verve telkens weer nieuwe kennis en inspiratie brengen. Aan de coaches die bereid zijn veel van hun tijd te investeren. Aan de vakgroepen voor het jarenlange vertrouwen. Aan Maliebaan45 waar we jarenlang te gast zijn. Aan de ambtenaren van VWS en Tweede Kamerlid Vera Bergkamp, die altijd bereid zijn ons te ontvangen. Tot slot dank aan Olga Bloemkolk en Rita de Reuver van het secretariaat voor hun inzet en betrokkenheid.

Johan Lambregts
programmamanager

Colofon

Redactie: Marianne Dorst-van der Wulp, Femke Menu, Marjo van Hout en Marit Kranenburg

Eindredactie: Cuno van Merwijk en Johan Lambregts

Foto's: Johan Lambregts, Guus Pauka, Jan-Willem van Bodegom, Doris van de Wiel, Zorgwaard

Lay-out: Rob de Visser

Productie: Guus Pauka

Utrecht, 2020

©Ambassadeurs voor de wijkverpleegkundige en dementieverpleegkundige

#SPEAK UP!



#SPEAK UP!

Verhalen van wijk- en
dementieverpleegkundigen

