

Themanummer:
Kleinschalig wonen

TVV Tijdschrift
voor
Verzorgenden



Lekker kleinschalig eten met Mister Kitchen

Klinische les: TIA

Het zorgleefplan

Palliatieve zorg

Kijk ook op

TVV
ONLINE



Interview: Mis(s) Reni de Boer

Professionals
kunnen effectief
ingrijpen bij
ouderenmishandeling



AUTEUR : Gerda Krediet

ISBN : 9789035231658

UITGAVE : 1e druk 2010

PRIJS : € 24,95

PAGINA'S : 156

ELSEVIER Gezondheidszorg

is onderdeel van Reed Business

Ouderenmishandeling Ervaringen en interventies

Ouderenmishandeling is een onmisbaar boek voor iedereen die zich beroepsmatig bezighoudt met ouderen. In het boek is een interventie- en stappenplan opgenomen waarin de lezer concrete handvatten krijgt voor hulpverlening.

Het boek is geschikt voor artsen, verpleegkundigen, thuiszorg-medewerkers, ouderenadviseurs, maatschappelijk werkers en hulpverleners die vertegenwoordigd zijn in Lokale Zorgnetwerken en Advies en Steunpunten Huiselijk Geweld.

Gerda Krediet werkte tien jaar als sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij het Meldpunt Ouderenmishandeling van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Zij is nu directeur van *Nood Zaak*, een bureau voor advies, onderzoek en interventies bij ouderenmishandeling en professioneel mentorschap.

Bestellen? Ga naar:

www.elseviergezondheidszorg.nl

Inhoud

8

Koken is een vak dat je moet leren. Op het congres over kleinschalig wonen (13 april) presenteren de mensen van Mister Kitchen een workshop over **kleinschalig koken**. Wij geven in TvV alvast een voorproefje met recepten en handige basisinformatie.



16

Bij een **TIA** houdt een deel van de hersenen korte tijd op met functioneren doordat het geen zuurstof en voedingsstoffen meer krijgt als gevolg van een blokkering van de bloedtoevoer. Bij het vermoeden van een TIA is het belangrijk om meteen medische hulp in te schakelen.



20

Wie ouderen met **dementie** begeleidt, krijgt onvermijdelijk te maken met agressie. En het komt vaker voor dan men denkt. Voor verzorgers heeft dat, naast blauwe plekken en kneuzingen, ook psychische gevolgen.



24

Het **zorgleefplan** helpt je als verzorgende om de wensen en voorkeuren van de cliënt nog meer centraal te stellen in je werk. Hoe werkt het zorgleefplan in de praktijk? 'Het is een heel mooi middel, maar wel met randvoorwaarden.'



34

Kleinschalig wonen vraagt om een zorgvuldige benadering van bewoners in de laatste fase van hun leven. **Palliatieve zorg**, die gericht is op het verlichten van lijden en een rustig sterfbed, kan daar in een goede rol spelen.



36

Reni de Boer won in 2007 de Mis(s)verkiezing voor jonge vrouwen met een handicap. Een jaar lang zette zij zich vervolgens in voor een betere positie van gehandicapten en zieken in de maatschappij. In 2008 werd zij ambassadeur van MS Research.



4

Nieuws

6

Even bellen met Patricia van den Brink

7

Klaasje

8

Mister Kitchen

Koken voor groepen

16

Klinische les

TIA

19

Vraag en antwoord

20

Probleemgedrag

Agressie en dementie

23

Van @ tot Z

24

Vraaggericht

Het zorgleefplan

29

Column

30

Dag van de Verzorging

31

Vakagenda

33

Prikbord

34

Palliatieve zorg

De laatste levensfase

36

Interview

Reni de Boer

38

Na het werk

Kennisquiz en vrije tijd

Foto's voorpagina Goedele Monnens en Hielco Kuipers

Run op deelname studie kleinschalige zorg

Zorginstellingen kunnen zich niet meer aanmelden voor de haalbaarheidsstudie kleinschalige zorg voor dementerende ouderen van 2010. Zo'n 113 instellingen hebben zich aangemeld, terwijl er maximaal 87 kunnen meedoen.

De studies zijn onderdeel van het stimuleringsprogramma Kleinschalige zorg van VWS en worden uitgevoerd door Syntens. Het ministerie van VWS steekt de komende jaren 71,1 miljoen euro in het stimuleringsprogramma kleinschalige zorg voor mensen met dementie.

Binnen vijf jaar wil VWS 7000 extra plaatsen kleinschalige zorg hebben. Het ministerie wil hiermee meer diversiteit genereren in het zorgaanbod voor de steeds groter wordende groep dementerende ouderen. Zwaar dementerenden krijgen nu voornamelijk zorg en onderdak in een grootschalige setting en hebben hierin weinig keus. Volgens Syntens zien instellingen in dat hier een interessante markt ligt, getuige het grote aantal inschrijvingen in korte tijd. De haalbaarheidsstudie geldt als stap één van het programma voor kleinschalig wonen met dementie.

Het stimuleringsprogramma is niet bedoeld om zo strak mogelijke criteria te ontwikkelen om daarmee op een bepaald soort woonvorm aan te sturen. 'Het draait juist om het scheppen van werkbare kaders voor een toekomstbestendige, kleinschalig georganiseerde vorm van zorg waarin variëteit goed mogelijk en wenselijk is. Er zijn dan ook geen harde criteria waaraan een kleinschalig zorgconcept dient te voldoen om van succes verzekerd te zijn. Elke organisatie is anders, heeft andere werknemers én bewoners', aldus Syntens op zijn website.

Bron: Skijp Auteur: Redactie TvOnline

Checklist overmatig alcoholgebruik cliënten

Verzorgenden kunnen vanaf nu met behulp van een checklist zien of hun cliënt overmatig alcohol gebruikt. De gemeente Den Haag is een campagne gestart tegen overmatig drankgebruik onder ouderen. Aanleiding voor de campagne is de stijging van het aantal 55-plussers dat bij de alcoholverslavingszorg in Den Haag om hulp vraagt.

Het aantal ouderen dat te veel alcohol drinkt is de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld. Volgens onderzoek is een op de vijf alcoholverslaafden ouder dan 55 jaar. Ook in Den Haag groeit deze groep 'stille drinkers' snel. Wethouder Bert van Alphen van Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie lanceerde de campagne: 'Slechts een klein deel van de oudere probleemdrinkers zoekt hulp. In combinatie met de vergrijzing is het duidelijk dat we te maken hebben met een groeiend probleem.' Jaarlijks komen in Nederland 1200 ouderen op de eerste hulp terecht omdat ze zijn gevallen nadat ze te veel hebben gedronken.

Den Haag stelt een informatiepakket beschikbaar voor hulpverleners en mantelzorgers die veel omgaan met ouderen. Ook is er een training voor medewerkers van Haagse zorginstellingen. De gemeente richt zich in de campagne vooral op verzorgenden, mantelzorgers en familieleden van ouderen. De actie is onderdeel van de overkoepelende campagne van de gemeente Den Haag 'Een Frisse blik op Alcohol', die matig alcoholgebruik stimuleert.

In het informatiepakket zit tevens een checklist die verzorgenden met hun cliënt kunnen doornemen. Bij de uitslag valt ook te lezen wat voor stappen de cliënt moet ondernemen als hij/zij te veel alcohol gebruikt.

Voor meer info en de checklist, zie www.frisseblikopalcohol.nl.

Bron: Frisse Blik Op Alcohol Auteur: Redactie TvOnline



NU Meldpunt voor agressie op de werkvloer

Het *NU'91 Meldpunt voorkomen agressie op de zorgwerkvloer* is sinds eind februari geopend voor verzorgenden en verpleegkundigen. Zorgprofessionals hebben in toenemende mate last van agressie op de werkvloer. Uit onderzoek blijkt dat 21,9% van de verpleegkundigen, artsen, receptionisten en schoonmakers in zorginstellingen verbale of non-verbale agressie ondervindt. NU'91 is voorstander van altijd aan-

gifte doen van intimidatie of geweld. Maar ernstige conflictsituaties voorkomen zou nog beter zijn. Zij vragen verzorgenden en verpleegkundigen via het *NU Meldpunt* goede voorbeelden te melden van wat hun instelling hieraan doet. De reacties worden gebundeld, en als dat nodig is gaat de beroepsorganisatie in gesprek met werkgevers, politici en Inspectie.

Bron: NU'91 Auteur: Redactie TvOnline

Naar mijn eigen kapper

Wat moet er, als ik oud en dement ben, in mijn zorgleefplan staan? Als ik eerlijk ben, helemaal niets. Nou ja, er zou in mogen staan dat iedereen me zo veel mogelijk met rust laat. En dat ik mijn eigen gang kan gaan. O nee, maar dat kan helemaal niet. Want ik ben dan dement. Als ik mijn eigen gang ga, loop ik misschien wel weg. Of ga ik me in de kroeg bedrinken. Nu ik erover nadenk, zou in mijn zorgleefplan mogen staan dat ik zo nu en dan wel van een glaasje houd. Ik mag hopen dat ik dan 's avonds een biertje of een glaasje wijn krijg geserveerd.

Over het zorgleefplan is het laatste woord nog niet gesproken. Dat blijkt ook wel uit het artikel van Stan Verhaag op bladzijde 24. Er zijn uitgesproken voorstanders en er zijn mensen die het allemaal een beetje te veel van het goede vinden. Een levensboek met informatie over iemands geschiedenis en over hoe hij dingen beleeft, levert vaak meer op dan een heel uitgebreid zorgleefplan, vinden die. De meeste tegenstanders erkennen overigens wel dat het idee erachter goed is. De nadruk komt te liggen op het welzijn van cliënten. Laatst kwam ik daar een mooi voorbeeld van tegen. Een mevrouw in een verzorgingshuis had op een wenstegel geschreven dat ze zo graag nog een keer naar 'haar eigen kapper' wilde. Dat zou toch heel normaal moeten zijn, dacht ik toen. Maar dat was het blijkbaar niet. Als een zorgleefplan daar iets aan kan veranderen, ben ik er voor.

Dirk de Rover
Eindredacteur TV



Foto Manno Gouzen



Overmatig alcoholgebruik.

Zes ton voor Alzheimer Experience

De Sponsor Bingo Loterij steekt zes ton in de 'Alzheimer Experience'. De loterij geeft Stichting Doen en Stichting Alzheimer Nederland beide drie ton 'geoomerkt geld' om de webbased ervaring 'Alzheimer Experience' te realiseren. In het 'spel', dat vanaf april 2011 gratis op internet wordt aangeboden, kunnen naasten en verzorgenden ervaren hoe het is om dement te zijn. 'Deze ervaring helpt hen de ziekte beter tegemoet te treden. Het doel is om de begrip- en kenniskloof tussen "gezonde" buitenwereld en de belevingswereld van mensen met dementie te versmallen', aldus Marco Ouwehand, directeur van de Martha Flora Huizen. De 'Alzheimer Experience' is bedacht door Martha Flora Huizen, het integraal zorgconcept van Ouwehand en Anne-Mei The.

Bron: Skipt Auteurs: Redactie TVonline

Even bellen met...

Patricia van den Brink

Zij is eigenaar van Bureau Kwiek. Zij heeft samen met Sting het scholingsaanbod De kunst van het ouder worden ontwikkeld om het verzorgenden makkelijker te maken aan de slag te gaan met vraaggerichte zorg en het zorgleefplan. Zorg voor Beter geeft nu subsidie om het verder te implementeren.



Is het scholingsaanbod De kunst van het ouder worden anders dan het zorgleefplan?

'Het is vooral een hulpmiddel om het zorgleefplan en vraaggerichte zorg een praktische invulling te geven. Instellingen die bijvoorbeeld de omslag willen maken naar kleinschalig wonen, moeten soms erg zoeken hoe ze dat in de praktijk kunnen doen.'

Hoe doe je dat dan?

'We gebruiken creatieve werkvormen, want dat stimuleert het contact tussen bewoners en verzorgenden. Hierbij helpt beeldend kunstenaar Jacolien de Jong. Zo laten we bewoners én verzorgenden samen levenskastjes maken. Met foto's en herinneringen die belangrijk voor hen zijn, en die ze met anderen willen delen. Die kastjes vormen aanleiding voor hele nieuwe gesprekken. Soms blijken bewoners en verzorgenden dan meer raakvlakken te hebben dan ze dachten.'

En hoe gaan ze daar na de scholing dan mee verder?

'Wij stimuleren verzorgenden om samen met bewoners en collega's activiteiten te bedenken. De kastjes vol levensverhalen helpen hierbij. De activiteiten moeten passen bij de bewoner, maar ook bij de verzorgende. Voor het plezier, maar ook om het vol te houden in drukke tijden. In het traject ondersteunen wij verzorgenden om eigen talenten en persoonlijke voorkeuren te ontdekken en activiteiten te zoeken die daarop aansluiten.'

Waarom is het belangrijk het levensverhaal van bewoners te kennen?

'Verzorgenden kennen de bewoners alleen als oude mensen. Maar daarvoor hebben zij een heel leven geleid. Als je oud bent, zijn er nog maar weinig mensen die weten hoe jij vroeger was. Dat verleden maakt jou tot wie je nu bent.'

Wat wil jij dat verzorgenden over jou weten als jij straks oud bent?

'Wat voor een persoon ik vroeger ben geweest. Bijvoorbeeld dat ik het leuk vond om projecten te ontwikkelen. En dat ik het belangrijk vond om het plezier dat mensen samen kunnen hebben, te stimuleren. En dat ik al fan van voetbalclub AZ was voor zij in 1981 kampioen werden. Oftewel dat zij weten welke dingen mij uniek maken. En dat ze me aan mijn eigenheid helpen herinneren door daar met mij over te praten.'

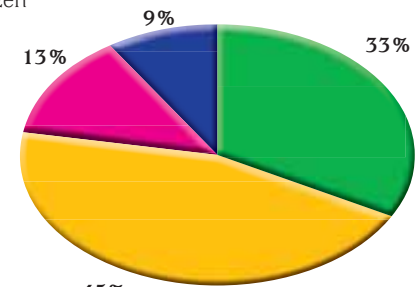
Meer info over scholingsaanbod De kunst van het ouder worden, zie de folder op www.bureaukwiek.nl. Of neem contact op met Patricia van den Brink van Bureau Kwiek, tel. 0613 – 021796, e-mail info@bureaukwiek.nl.

Weinig aandacht voor homoseksuele ouderen

Zo'n 80% van de verzorgenden geeft aan dat er in haar (thuis)zorginstelling geen aandacht is voor homoseksuele ouderen. Dit blijkt uit een poll die het *Tijdschrift voor Verzorgenden* op zijn website www.TvVonline.nl hield. De vraag luidde: 'Is er in jouw (thuis)zorginstelling aandacht voor homoseksuele ouderen?' Ruim een derde (33%) meldt dat hier nooit aandacht aan wordt besteed. Opvallend is dat iets minder dan de helft (45%) ook denkt dat er amper homoseksuele cliënten in hun instellingen wonen. Een

kleine 13% zegt dat er binnen hun instellingen wel degelijk aandacht is voor deze groep ouderen.

En nog eens 9% meldt dat ze het er heel soms over hebben. In totaal hebben 491 mensen gestemd.



Bron: www.TvVonline.nl Auteur: Redactie TvVonline

33% nooit aandacht 45% geen homoseksuele cliënten
13% wel aandacht 9% soms aandacht

Val kabinet nadelig voor de zorg

Door de val van het kabinet dreigen belangrijke besluiten over de zorg op de lange baan te worden geschoven. Daarvoor waarschuwen verscheidene belangenorganisaties in de zorg. 'Ons land is zeker een halfjaar vleugellam en wij vrezen daardoor stagnatie in een aantal belangrijke dossiers', aldus een woordvoerder van de ziekenhuizenvereniging NVZ. Voorzitter Arie Nieuwenhuijzen Kruseman van de artsenvereniging KNMG noemt de val van het kabinet 'buitengewoon ongelukkig'. Vooral de herinrichting van de AWBZ baart veel partijen zorg.

Verplichten grieprik werkt

Het verplichten van de grieprik voor zorgpersoneel lijkt beter te werken dan mensen proberen over te halen met voorlichting en beloningen.

Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG) meldt dat een Amerikaanse ziekenhuisketen de vaccinatiegraad zag stijgen naar ruim 98 procent nadat het bestuur de influenzavaccinatie verplicht had gesteld. 'De vaccinatiemoedigheid van veel werknemers in de gezondheidszorg lijkt eerder gemakzucht dan onwil', zo schrijft het NTVG. BJC Health Care, een keten van 13 ziekenhuizen met bijna 26.000 werknemers, trof de afgelopen jaren verschillende maatregelen om de vaccinatiegraad voor influenza te verhogen naar 90 procent. Dit is de norm die de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) adviseert. Ondanks

gratis vaccins, informatiefolders, voorlichtingsbijeenkomsten en presentjes lukte dit niet. In 2008 bleef het percentage gevaccineerden steken op 80 procent. In 2007 liet 71 procent zich vaccineren en in het jaar daarvoor 54 procent. Het personeel gebruikt volgens de onderzoekers allerlei uitvluchten om maar niet gevaccineerd te hoeven worden. In 2009 stelde BJC Health Care als eerste zorgketen de influenzavaccinatie verplicht. En met succes: ruim 98 procent van de medewerkers liet zich probleemloos vaccineren. Een klein percentage (0,03%) liet zich zonder opgave van redenen niet vaccineren; 0,3 procent weigerde op religieuze gronden en 1,2 procent op medische gronden. Uit een poll van TvVonline.nl kwam naar voren dat een kleine meerderheid van de verzorgenden liever geen grieprik wil.

Bron: NTVG Auteur: Redactie TvVonline

Twaalfuursdiensten raken in trek

Verzorgenden en verpleegkundigen blijken niet afwijzend tegenover lange diensten te staan, meldt Bijzijn. Met name jonge verpleegkundigen zien voordelen in de 12-uursdiensten, zoals meer aaneengesloten vrije tijd. De cao laat diensten van maximaal tien uur toe. In incidentele gevallen wordt zo lang gewerkt, maar diensten van acht uur of korter zijn gangbaar. In Bijzijn weegt een aantal verpleegkundigen de voor- en nadelen tegen elkaar af. Minder overdrachtsmomenten zijn een pluspunt.

Bovendien duurt een werkweek korter: je hoeft minder dagen te werken.

Eind januari bleek uit een poll van TvV dat ruim tachtig procent van de verzorgenden zich ergert aan gebroken diensten en juist liever aaneengesloten werkt. In onder meer de Verenigde Staten en Groot-Brittannië zijn de 12-uursdiensten al gangbaar. In Duitsland woedt een discussie over invoering van het 12-urig dienstensysteem.

Bronnen: Skipr, Bijzijn Auteur: Redactie TvVonline



KLAASJE

Samen koken

Roel Seidell



Kleinschalig eten

Lekker koken voor groepen

Het valt niet altijd mee om het eten klaar te maken in een kleinschalige woonvorm. Koken is een vak. En dat vak moet je leren. Op het congres over kleinschalig wonen (13 april) presenteren de mensen van Mister Kitchen een workshop over kleinschalig koken. Wij geven in TvV alvast een voorproefje met recepten en handige basisinformatie.

Tekst en foto's Mister Kitchen

Software

Het is handig én voordelig om onderstaande 'ijzeren voorraad' in de (bij)keuken aan te leggen. Zo hoef je niet elke keer een (duurder) los pak pasta aan te schaffen, maar koop je dagelijks alleen de verse ingrediënten, zoals vis, vlees, groente en zuivel. Het is raadzaam om deze voorraad in te slaan bij een groot-handel. Kijk of er eentje in de buurt zit en vraag een eigen pas voor de woning aan.

Basingrediënten

Balsamicoazijn, bladerdeeg (diepvries), blikje(s) ansjovis, bloem, bouillonblokjes (kip, groente, rund, vis, paddenstoelen), cayennepeper, couscous of bulgur, eieren, fijn strooizout, gedroogde chilipepers, gedroogde pasta, gelatineblaadjes, gepelde tomaten in blik, grof zeezout, kappertjes, knoflook, laurierbladeren, mosterd, olijfolie (extra vergine), olijfolie (normaal), paprikapoeder, peperkorrels (zwart), roomboter, sjalotten, sojasaus, suiker (kristal-, basterd-, poeder-), tomaten in blokjes in blik, tomatenpuree, uien, witte peper, witte rijst, wittewijnazijn, worcestersaus, zilvervliesrijst.



Daan Faber (l) en Maarten Hoekstra van Mister Kitchen.

Samen koken

De recepten en basisinformatie in dit blad zijn afkomstig uit het boek *samen! koken voor de groep* dat Mister Kitchen voor de Gemiva-SVG Groep, een zorginstelling voor gehandicapten in Zuid-Holland, heeft samengesteld. Het boek is te bestellen via www.gemiva-svg.nl/kookboek

Hardware

Goed gereedschap is een must in de keuken. Tijdens het koken bespaart het je tijd en frustratie. Goede spullen zijn meestal niet goedkoop, maar gaan wel veel langer mee dan middelmatig keukengerei. Er is veel (tweedehands) op internet te koop, en het kan ook een leuk idee zijn om bij verjaardagen elkaar 'eigen' keukengereedschap te geven waar iedereen wat aan heeft.

Messen

Bezuinig niet op messen, maar kies voor kwaliteit uit een betrouwbare messenwinkel of winkel voor keukenbenodigdheden. Messen heb je dagelijks nodig en niets is zo erg (en onveilig) als een bot mes of een mes van slechte kwaliteit.

Koksmes met een lemmet van ca. 20 cm, keukenmes met een lemmet van ca. 10 cm, broodmes met een gekarteld lemmet, dunschiller, aanzetstaal om mee te slijpen (www.youtube.com *How to sharpen a knife* Gordon Ramsay).

Pannen

Hoge soeppan (10 liter), stoofpan of braadpan met dikke bodem (5 liter), enkele koekenpannen met verschillende diameter en anti-aanbaklaag, enkele kookpannen met verschillende diameter en inhoud (1 tot 20 liter).

Overig

Bakblik, bekkens (roestvrijstalen komen van klein tot groot), blikopener, bolzeef, cakeblik, deegroller, draadspaan (grote lepel om bijvoorbeeld groenten uit het water te halen, frituurpan, garde, grote soeplepel, houten/plastic spatels, keukenmachine, kleine soeplepel, knijptang (niet alleen handig als je vlees om wilt draaien in de pan, maar ook voor het opscheppen van eten), knoflookpers, maatbeker, ovenschalen van verschillend formaat, pannenlikker, passe vite of roerzeef, pepermolen, rasp voor kaas en groente, rolmes (voor pizza), saladebestek, schaar, siliconen matje voor op de ovenplaat (i.p.v. wegwerpbakpapier), snijplanken, staafmixer, stekers (vormpjes voor bijvoorbeeld koekjes), vergiet, weegschaal, zesteur (een rasp voor de schil van citrusfruit).



Foto Goedele Monnens

Hygiëne

Koken en eten in groepen vereist een goede en constante hygiëne. Er werken dagelijks verschillende (hulp) koks in de keuken. Voor de hygiëne van de keuken zijn zij afhankelijk van elkaar. Een voedselvergiftiging zit in een klein hoekje en kan nare gevolgen hebben. Hier enkele tips voor een hygiënisch keukenbeleid:

- 1 *Regelmatig handen wassen zowel vóór als tijdens en na het koken.*
- 2 *Gebruik regelmatig nieuwe vaat- en droogdoeken.*
- 3 *Zorg dat er genoeg keukenpapier voorhanden is.*
- 4 *Zorg voor goede schoonmaak- en ontvettingsmiddelen.*
- 5 *Maak een schoonmaakschema voor de keuken.*
- 6 *Gebruik niet dezelfde snijplank voor vlees en vis.*
- 7 *Het vocht uit ontdooid vlees bevat veel bacteriën. Ontdooi bevroren levensmiddelen in een afgesloten plastic bak in de koelkast.*
- 8 *Controleer de koelkast zeer regelmatig op producten die over de houdbaarheidsdatum heen zijn. Houd iedere week een kleine en elke maand een grote schoonmaak in zowel het koel- als het vriesvak.*
- 9 *Vermeld bij invriezen en het bewaren van restjes in de koelkast op de verpakking wat erin zit, wanneer het verpakt is en wat de uiterste houdbaarheidsdatum is.*
- 10 *Let erop dat de temperatuur in de vriezer niet hoger is dan -18 graden. De koelkast hoort een temperatuur te hebben van 3 tot 5 graden. Gebruik een (diepvries) thermometer om dit te checken.*

Kleinschalig koken

Saucijsjes met linzen & wortelsalade

Linzen zijn relatief onbekend. Koop bij de groothandel eens voor een prikke linzen uit Le Puy. Met niets vergelijkbaar en zeer gezond. Ze bevatten veel vezels (vier keer meer dan volkorenrijst) en zijn dus ideaal voor mensen met zogenaamde luie darmen. De linzen uit Le Puy hebben een dunnere schil en zijn zoeter dan andere linzen, maar als je ze niet kunt vinden, is het nog steeds de moeite waard (gewone) linzen te proberen. Worstjes zijn er erg lekker bij. Voor verschillende smaken kun je afwisselen met de worst die je gebruikt. Van zachte varkensworstjes tot pittige merquez van lamsvlees die je bij de Turkse of Marokkaanse slager kunt krijgen.

Voor de saucijsjes

Bereiding: 10 minuten

Baktijd: 15 minuten

10 varkenssaucijsjes à 150 gram

olijfolie

1. Dep de worsten droog. Bak ze in een droge koekenpan rondom bruin gedurende 15 tot 20 minuten. Voeg halverwege een beetje olijfolie toe.
2. Haal de worsten uit de pan als ze net niet meer rosé zijn vanbinnen.

Voor de wortelsalade met gedroogde vijgen

Bereiding: 25 minuten

3 winterpenen, geschild en in kwart rondjes gesneden

10 gedroogde vijgen, doormidden gesneden

1 eetlepel gemalen komijnzaad

1 theelepel gemalen kaneel

1 citroen, rasp en sap

1 bos koriander, fijngehakt

olijfolie

zout en grof gemalen zwarte peper

1. Breng een pan gezouten water aan de kook en kook hierin de gesneden wortels beetgaar. Proef af en toe of de stukjes wortel gaar genoeg zijn. Afhankelijk van de dikte zal dit 5-10 minuten duren. Giet de wortel af en spoel met koud water.
2. Meng de wortel met de vijgen, het komijnzaad, de kaneel, de schil en het sap van de citroen en de koriander. Breng op smaak met olijfolie, zout en peper.
3. Serveer koud bij de worst en de linzen.

Voor de linzen

Bereiding: 60 minuten

4 stengels bleekselderij, in dunne plakjes

2 uien, gesnipperd

3 tenen knoflook, fijngehakt

600 gram gedroogde groene linzen

(liefst Le Puy) of 1 kg gare

linzen uit blik

2 tot 3 liter groentebouillon van

blokje

olijfolie

zout en grof gemalen zwarte

peper

1. Breng een pan water met zout aan de kook en voeg de bleekselderij toe. Giet af nadat de groente ongeveer 8 minuten heeft gekookt. Spoel de selderij vervolgens af met koud water.
2. Fruit de uien en knoflook in een ruime soeppan in olijfolie. Voeg de linzen toe en fruit deze, onder voortdurend roeren, 3 minuten mee.
3. Voeg een halve liter groentebouillon toe en zet het vuur laag. Voeg wederom bouillon toe als de linzen al het vocht hebben opgenomen.
4. Ga door tot de linzen gaar zijn, dit duurt zeker een halfuur. De linzen zijn het lekkerst als ze nog mooi glimmen en intact blijven. Als ze te gaar worden, vallen ze uit elkaar. Blijf gedurende het hele proces regelmatig voorzichtig roeren.
5. Doe, als de linzen gaar zijn, de bleekselderij erbij en breng de linzen op smaak met zout en peper. Pas op met zout, de bouillon is ook al zout.
6. Serveer warm met bijvoorbeeld worst en wortelsalade. ■



Kleinschalig koken

Sukade met gekookte aardappels & snijbonen

Stoofvlees, zoals dit rundvlees, heeft na een simpele voorbereiding een lange bereidingstijd. Dit komt de smaak ten goede en zorgt al uren vooraf voor een heerlijke geur. De volgende dag is een stoofgerecht nog lekkerder doordat de smaken op elkaar in hebben kunnen werken. Het vlees is mager, daarom is het geen schande om het in roomboter te bereiden.

Voor de sukade

Bereiding: 25 minuten

Stooftijd: 3 uur

10 sukadelappen à 180 gram

5 eetlepels bloem

100 gram roomboter

2 uien, in dunne halve ringen

2 tenen knoflook, in flinterdunne plakjes

8 kruidnagels

4 laurierbladeren

20 jeneverbessen

10 takjes tijm

2 eetlepels gladde mosterd

4 flesjes donker bier (of 1 liter water)

2 dl natuurazijn

2 liter vleesfond (op basis van pot)

6 plakken ontbijtkoek

zout en grof gemalen zwarte peper

1. Braad het vlees aan zoals hieronder is aangegeven.
2. Voeg de uien en knoflook, de kruidnagels, laurierbladeren, jeneverbessen, takjes tijm en mosterd toe. Bak dit alles 5 minuten mee. Blus het geheel met het bier (of water) en schenk de azijn en de fond erbij. Laat 3 uur stoven op zo laag mogelijk vuur. Voeg wat water toe als het vlees niet meer onder het vocht staat.

3. Leg de plakken koek op de stoofschotel en laat pruttelen tot deze opgelost zijn. Roer ondertussen voortdurend en let erop dat het gerecht niet aanbakt. Serveer met de jus en bijvoorbeeld gekookte aardappels en snijbonen.

Voor de aardappels

Bereiding: 15 minuten

Kooktijd: 25 minuten

2,5 kg vastkokende aardappels, geschild

zout

1. Snijd de geschildde aardappels in gelijke stukken. Zet ze in een flinke pan net onder water en voeg zout toe.
2. Kook de aardappels in 20 tot 25 minuten gaar. Pak er na 20 minuten eentje uit en proef of deze de juiste bite heeft. Giet vervolgens af en serveer.

Voor de snijbonen

Bereiding: 15 minuten

Kooktijd: 10 minuten

2 kg snijbonen

zout

1. Breng een pan gezouten water aan de kook. Snijd de snijbonen in schuine rechthoekjes.
2. Kook de snijbonen in 10 minuten beetgaar. Giet de snijbonen af en serveer. Of spoel ze koud en serveer ze later. ■



1.

1. Dep het vlees droog en bestrooi met zout en peper.



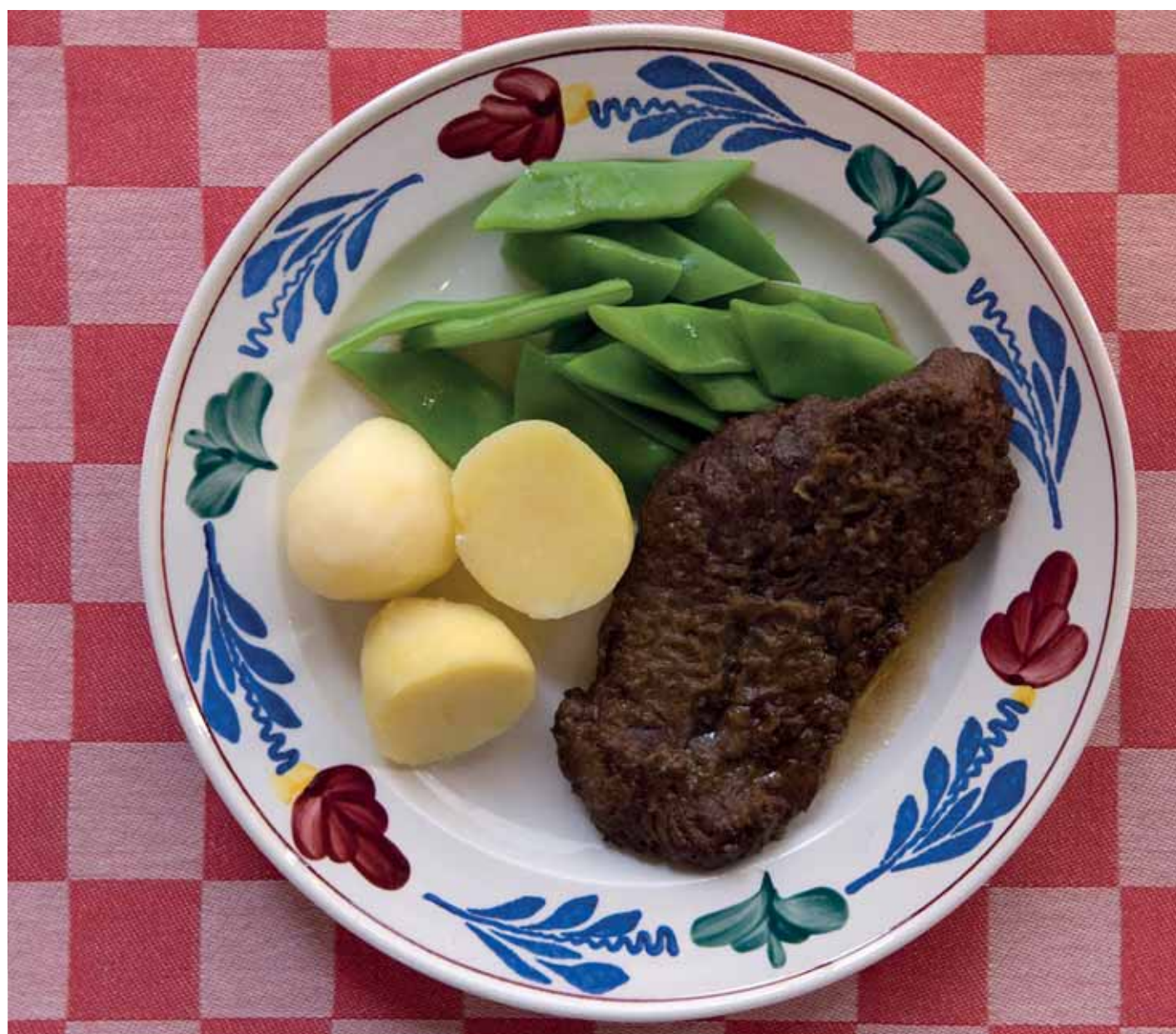
2.

2. Haal het vlees door de bloem.



3.

3. Laat de boter uitbruisen en bak het vlees aan beide kanten bruin.



Kleinschalig koken

Heek op prei & zilvervliesrijst

Heek is een erg lekker alternatief voor de (duurdere) kabeljauw. Bovendien is hij minder overbevist en dus beter voor de visstanden. De volkorenrijst bevat niet alleen veel vezels, maar ook veel vitamine B en E, ijzer en calcium. Kies er een groente (salade of gekookt) bij om de maaltijd compleet te maken.

Voor de heek en prei

Bereiding: 15 minuten

Oventijd: 20 minuten

10 heekfilets à 140 gram (vers of diepvries)

6 stuks prei (klein formaat), in ringen en gewassen

200 gram zongedroogde tomaten, kleingesneden

2 citroenen

olijfolie

zout en grof gemalen zwarte peper

1. Verwarm de oven voor op 180 graden. Ontdooi de filets (in het geval van diepvriesvis).
2. Dep de filets droog en bestrooi ze met zout en peper. Smeer één of meer ovenschalen in met olijfolie. Verdeel de prei hierover. Strooi zout en peper over de prei en leg de visfilets erop. Verdeel de tomaten over de ovenschotel. Knijp het citroensap erboven uit.
3. Zet de schaal gedurende 15 tot 20 minuten in de oven. Check de gaarheid van de vis door te kijken of deze niet meer glazig is. Serveer met zilvervliesrijst of gekookte aardappels

Voor de zilvervliesrijst

Bereiding: 1 uur

700 gram zilvervliesrijst

3 uien, gesnipperd

5 tenen knoflook, fijngehakt

4 liter groentebouillon van blokje

olijfolie

1. Weeg de juiste hoeveelheid rijst af. Doe de olijfolie in een flinke pan met een bodem die niet snel aanbakt. Fruit de uien en knoflook gedurende 5 minuten.
2. Voeg de rijst toe en fruit deze 2 minuten mee onder voortdurend roeren. Voeg de bouillon toe. Roer goed, zet het vuur zacht en sluit de pan af met een deksel.
3. Check regelmatig of de rijst niet droog komt te staan, hoe gaar die is en of de rijst niet aanbakt. Roer hem ook regelmatig. Het is de bedoeling dat de rijst al het vocht opneemt en de korrels droog en gaar worden. Dit zal ongeveer 45 minuten duren.
4. Proef of er nog wat zout en peper bij moet en serveer. ■

1. Fruit de ui en knoflook.



2. Voeg de rijst toe en fruit 2 minuten mee.



3. Voeg de bouillon toe.







TIA: een doorbloedingsstoornis van voorbijgaande aard

Bij een TIA houdt een deel van de hersenen korte tijd op met functioneren doordat het geen zuurstof en voedingsstoffen meer krijgt als gevolg van een blokkering van de bloedtoevoer. Bij het vermoeden van een TIA is het belangrijk om meteen medische hulp in te schakelen.

Tekst Hanneke van Veen Tekeningen Comic House, Ben Verhagen

We spreken van een TIA wanneer een gedeelte van de hersenen tijdelijk te weinig bloed krijgt. Daardoor werken bepaalde hersencellen tijdelijk minder goed of helemaal niet. TIA staat voor Transient Ischaemic Attack. Vrij vertaald is dit een 'voorbijgaande doorbloedingsstoornis'. Sommigen noemen het 'een voorbijgaande beroerte'. TIA's kunnen een paar seconden tot minuten duren, waarna de verschijnselen binnen 24 uur volledig verdwijnen. Een TIA kan op alle leeftijden voorkomen, de meeste mensen zijn echter ouder dan 65 jaar. Een op de 3000 Nederlanders krijgt een TIA, boven de 65 jaar is dat zelfs een op de 500. De aanvallen komen bij mannen driemaal zo veel voor als bij vrouwen. Zonder behandeling krijgt een op de drie mensen binnen vijf jaar na een TIA een beroerte of herseninfarct. Ondanks het feit dat een TIA vanzelf overgaat, moet het gezien worden als een waarschuwing. TIA's mogen dus niet worden genegeerd, schakel de huisarts in of ga naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis.

De symptomen

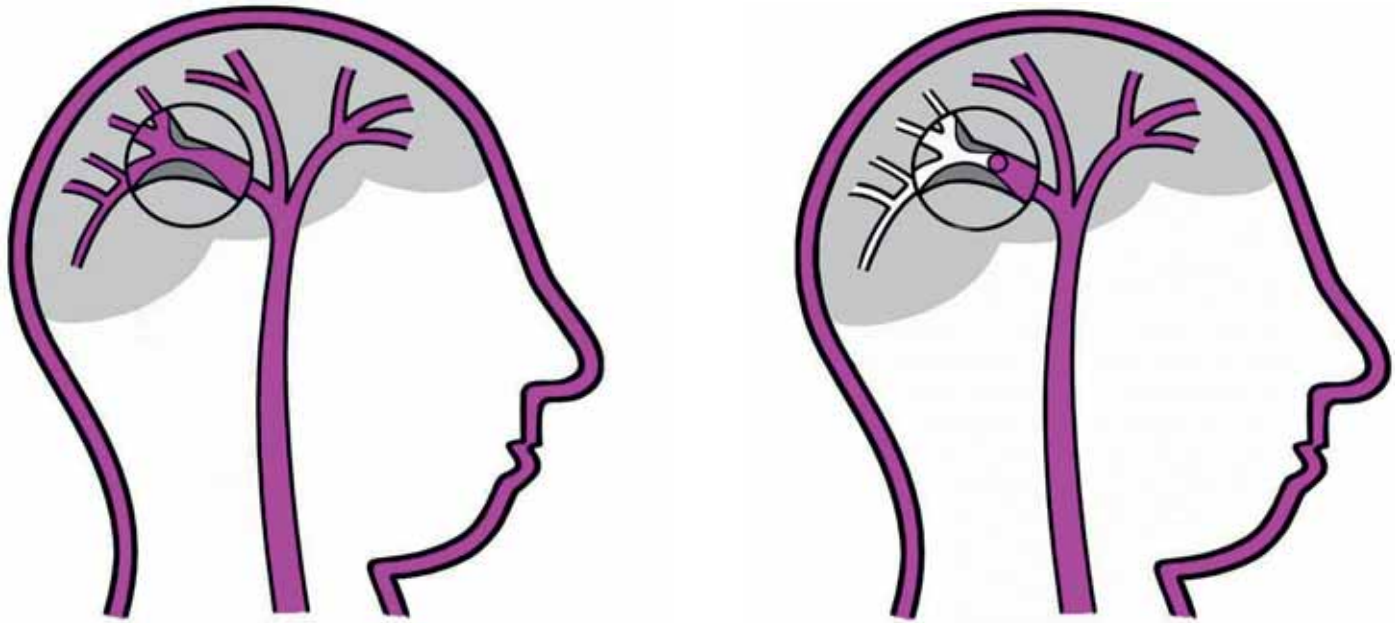
De symptomen van een TIA ontwikkelen zich gewoonlijk snel en duren slechts kort,

meestal een paar minuten. De symptomen zijn afhankelijk van het hersendeel dat te weinig zuurstof krijgt. Het kan gaan om verlamming of het kwijt zijn van de controle aan één kant van het lichaam, van arm of been, of van beide. Andere verschijnselen kunnen gevoelsstoornissen zijn, het verlies van kracht, evenwichtsstoornissen, blindheid aan één oog of gedeeltelijke uitval van beide ogen, dubbelzien, onduidelijk spreken, praten met dubbele tong (dysarthrie), moeite met het vinden of uitspreken van woorden (afasie), moeite met het begrijpen van gesproken of geschreven taal, een scheve mond en zich verslikken in eten of drinken.

Hoewel de symptomen van een TIA meestal binnen enkele minuten verdwijnen, kunnen er meer TIA's volgen. Sporadisch komt het voor dat iemand een aantal aanvallen op één dag of gedurende enkele dagen krijgt. Soms kunnen jaren voorbijgaan voordat er zich weer een aanval voordoet. Duren de klachten of de aanval langer dan 24 uur of blijven er uitvalverschijnselen bestaan, dan spreken we van een CVA (Cerebro Vasculair Accident) of beroerte.

De oorzaken

Het ontstaan van een TIA heeft veel te maken met de conditie van de bloedvaten. Met de jaren verslechtert de conditie van de bloedvaten in het hele lichaam. Er kunnen vernauwingen optreden en er kunnen bloedstolsels ontstaan die aan de vaatwand vastkleven. Soms kan een stukje van een dergelijk stolsel (trombus of embolie) loslaten en met de bloedstroom meegevoerd worden. Een trombus is een bloedstolsel dat aan de vaatwand vastkleeft. Een embolie is een stukje van de trombus dat loslaat en meegevoerd wordt met de bloedstroom. Een embolie kan ook bestaan uit vetdeeltjes of een stukje met arterosclerotische aanslag ('aderverkalking') van een (slag)ader. Een TIA of CVA (zie kader) ontstaat als een embolie in een kleinere vertakking van een bloedvat verderop vastloopt en dit afsluit. Zo'n embolie komt meestal uit het hart, uit de grote lichaamsslagader (aorta) of uit een halsslagader (arterie carotis). Soms kan een onregelmatige hartslag (atriumfibrilleren), een hartinfarct of een hartklepaandoening de oorzaak van een embolie zijn. De conditie van de bloedvaten wordt sterk beïnvloed door roken, hoge bloeddruk, een



hoog cholesterolgehalte, diabetes mellitus, overgewicht en gebrek aan lichaamsbeweging. Deze zogenaamde risicofactoren verhogen de kans op een vernauwing of verstopping van bloedvaten. Andere risicofactoren voor het krijgen van een TIA kunnen zijn: andere hart- en vaatziekten, overmatig alcoholgebruik, erfelijke factoren en een hoge leeftijd.

Als jonge mensen een TIA krijgen, zijn er meestal andere oorzaken die een rol spelen, zoals een ontsteking van de bloedvaten, een hartafwijking, bloedafwijkingen waardoor

het bloed gemakkelijker stolt, of een stofwisselingsziekte waardoor vroegtijdig aderverkalking optreedt (homocysteinemie).

De diagnose

De plotselinge, tijdelijke verschijnselen wijzen op een stoornis in de hersenen, maar andere aandoeningen, zoals migraine, epilepsie en een hersentumor, kunnen dezelfde symptomen geven. De huisarts zal een lichamelijk onderzoek uitvoeren, waarbij bloeddruk, hartslag en neurologische functies worden gecontroleerd. Indien bij

lichamelijk onderzoek geen uitvalverschijnselen meer aanwezig zijn, stelt de huisarts de diagn-nose TIA als

- * de uitvalverschijnselen acuut en zonder voortekenen zijn begonnen en zich binnen vijf minuten volledig ontwikkeld hebben;
- * alle verschijnselen tegelijk ontstonden;
- * de uitval langer dan één minuut duurde en
- * de uitvalverschijnselen te verklaren zijn vanuit een stoornis in de bloedvoorziening van de hersenen (arterie basilaris) door de linker of rechter arterie carotis.

CVA

CVA (Cerebro Vasculair Accident), in de volksmond beroerte genoemd, is een herseninfarct of hersenbloeding met blijvende gevolgen. Letterlijk betekent CVA: een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen. Een CVA wordt ook wel eens stroke of attaque genoemd. Bij een hersenbloeding of een subarachnoidale bloeding, ontstaat een scheurtje in de wand van een slagader en stroomt bloed in het hersenweefsel. Tachtig procent van de mensen met een beroerte heeft een herseninfarct en twintig procent een hersenbloeding. De verschijnselen van een beroerte zijn dezelfde als bij een TIA, maar bij een beroerte zijn ze blijvend. Daarnaast ontstaan zeer vaak stoornissen in het geheugen en denken, en veranderingen in emoties en gedrag.

Gaat het waarschijnlijk om een TIA, dan wordt de cliënt naar een neuroloog verwezen voor verder onderzoek. Het onderzoek is gericht op het opsporen van factoren die de kans op een TIA verhogen, zoals een vernauwing in een arterie carotis of atriumfibrilleren. De neuroloog maakt een CT-scan of MRI van de hersenen om naar andere oorzaken van de symptomen te zoeken. Er wordt ook een dopplerechogram, (ook wel duplexscan genoemd) van de arteriën carotis gemaakt. Hierbij wordt met behulp van ultrageluidsgolven een beeld van de bloedstroom verkregen, waaruit een vernauwing kan

blijken. Als die er is, kan er verder onderzoek worden gedaan om de mate ervan vast te stellen, bijvoorbeeld een MR-angiogram (MRA), waarmee de slagaders naar de hersenen zichtbaar worden gemaakt. Er wordt altijd een hartfilmpje (echocardiogram of ECG) gemaakt om te kijken of er sprake is van atriumfibrilleren. Hieruit kan blijken dat er nader onderzoek nodig is naar het hart en worden de patiënten naar de cardioloog verwezen. De cardioloog zal mogelijk een hartecho en een 24-uurs holteronderzoek verrichten om eventuele onregelmatigheden te controleren.

Adviezen

Wanneer iemand eenmaal een TIA heeft gehad, is er een vergrote kans op een tweede TIA of een CVA. Om die kans te verkleinen wordt geadviseerd maatregelen te nemen als:

- stoppen met roken;
- beperk het drinken van alcohol tot hooguit één à twee glazen per dag;
- probeer bij overgewicht af te vallen of in ieder geval niet meer aan te komen;
- ga dagelijks een halfuur fietsen of wandelen;
- zorg bij een hoge bloeddruk dat de gegeven leefstijl- en behandelingsadviezen opgevolgd worden en medicijnen tegen hoge bloeddruk volgens voorschrift ingenomen worden;
- zorg bij diabetes mellitus voor een goede instelling van de bloedsuiker;
- zorg bij een hoog cholesterolgehalte dat de voedingsadviezen opgevolgd worden en de cholesterolverlagende medicijnen ingenomen worden;
- eet gezond met veel verse groenten en fruit;
- zorg voor voldoende ontspanning.

Deze maatregelen helpen niet alleen ter voorkoming van TIA's (of een CVA), maar verminderen bijvoorbeeld ook de kans op een hartinfarct of andere hart- en vaatziekten.

Cliënten zijn na een TIA vaak bang om weer een TIA te krijgen. Goede voorlichting en uitleg, evenals medicatietrouw, zijn dan ook van belang.

De behandeling

Als de diagnose TIA is gesteld, richt de behandeling zich erop om de kans op een TIA of CVA te verkleinen. Behalve het advies om gezonder te leven zal de arts ook medicijnen voorschrijven. De cliënt zal een bloedverdunner voorgeschreven krijgen: een keer per dag acetylsalicylzuur (80 mg) (aspirine) of carbasalaatcalcium (100 mg). Tevens worden symvastatine (cholesterolremmer) en dipyridamol (remt samenklontering van bloedplaatjes) voorgeschreven. Daarmee wordt de kans op een nieuwe TIA kleiner. Mensen met atriumfibrillatie gebruiken meestal een ander soort bloedverdunner (coumarine) om de vorming van trombusen tegen te gaan. Heeft de cliënt een hoge bloeddruk, een te hoog cholesterolgehalte of diabetes mellitus, dan krijgt hij daar na een TIA altijd medicijnen voor.

Als na onderzoek blijkt dat een arterie carotis sterk vernauwd is (70-99%) zal operatief een zogeheten endarteriëctomie verricht worden, hierbij wordt de afzetting uit de slagaders verwijderd. Ook kan ballondilatatie (angioplastiek of 'dotteren') worden toegepast, waarbij een ballonnetje in de slagader wordt gebracht. Eenmaal op zijn plaats, wordt het ballonnetje opgeblazen, zodat het vernauwde deel van de slagader wordt verwijderd. Het opereren van een bij toeval gevonden slagadervernauwing zonder symptomen levert waarschijnlijk meer gevaar op dan niet ingrijpen. Behandeling met medicijnen is in dat geval vaak veel veiliger.

De prognose

TIA's kunnen met tussenpozen gedurende lange tijd optreden, maar ze kunnen ook wegblijven. Van degenen die een TIA hebben gehad, krijgt een kleine tien procent

binnen een jaar een CVA. Hoe meer TIA's iemand heeft gehad, hoe groter de kans is op een CVA.

De cliënt houdt regelmatig contact met de (huis)arts en bij gebruik van coumarine wordt de bloedverdunding regelmatig door de trombosedienst gecontroleerd.

Als de cliënt opnieuw TIA-verschijnselen krijgt, moet direct contact opgenomen worden met de (huis)arts, en als de klachten langer dan vijftien minuten aanhouden moet 112 worden gebeld.

TIA-service

Een TIA-service is een nieuwe ontwikkeling binnen een aantal Nederlandse ziekenhuizen. Op zo'n TIA-polikliniek worden patiënten die een kleine CVA of een TIA hebben (gehad), binnen enkele werkdagen door een neuroloog gezien, onderzocht en behandeld. Op deze polikliniek wordt niet alleen de diagnose bevestigd, ook zal onderzocht worden of de cliënt risicofactoren heeft voor een recidief TIA of een CVA. Deze risicofactoren zijn veelal goed te behandelen. De neuroloog verricht aanvullend diagnostisch onderzoek, waarbij naast het dopplerechogram en bloedonderzoek ook een CT-scan en een ECG worden gemaakt. Soms is het ook nodig een MRA te doen en een urineonderzoek. Het liefst vinden de onderzoeken, de bespreking met de cliënt en het opstellen van een behandelplan op één dag plaats, zodat er snel met een eventuele behandeling kan worden begonnen. ■

www.kiesbeter.nl

www.hartstichting.nl

Met dank aan V&VN-afdeling neurologie.

B- en C-verzorgende

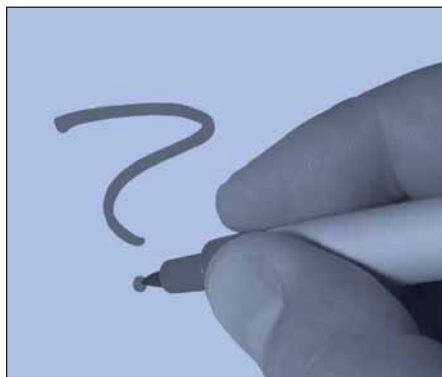


Wat is het verschil tussen verzorgende B en C?

'Zowel de verzorgende B als de verzorgende C is werkzaam in de thuiszorg. Het verschil zit hem in de verhoudingen binnen het takenpakket. Tot de taken behoren: huishoudelijke werkzaamheden, verzorgende taken, begeleidende taken en het signaleren en rapporteren van veranderingen. Bij de verzorgende B ligt het accent vooral op de huishoudelijke taken en enige verzorgende taken; de verzorgende C verricht vooral verzorgende werkzaamheden in combinatie met enige begeleidende taken, en nauwelijks huishoudelijke taken. De opleiding tot verzorgende C is dan ook uitgebreider.'

Sietske Posthuma – Docent verpleegkunde, ROC ASA in Amsterdam

Nepnagels



Ik werk in de directe patiëntenzorg, mag ik dan nepnagels dragen?

'Nee, in de gezondheidszorg mag nergens gewerkt worden met "nepnagels". Vanuit de literatuur weten we dat zich op handen met kunstnagels meer pathogene (ziekmakende) micro-organismen bevinden dan op handen met natuurlijke nagels. Kunstnagels maken de handhygiëne moeilijker, omdat er na handdesinfectie of handen wassen met water en zeep nog steeds micro-organismen aan de handen zitten. Het is bovendien ook bekend dat er infecties bij patiënten zijn veroorzaakt die teruggeleid konden worden tot kunstnagels van zorgverleners. Nepnagels dragen betekent dus een risico voor de patiënt. Het maakt daarbij niets uit of die patiënt in een verpleeghuis, ziekenhuis of thuis verblijft.'

Thea Daha - Werkgroep Infectie Preventie (www.wip.nl)

Palliatieve sedatie



Ik moet regelmatig meewerken aan het verzorgen van patiënten waarbij palliatieve sedatie is gestart. Ik heb hier bezwaar tegen. Mag ik weigeren hieraan mee te werken?

'Het is belangrijk om hierbij op te merken dat palliatieve sedatie iets anders is dan euthanasie. Euthanasie wordt uitgevoerd met het doel het leven te beëindigen. Palliatieve sedatie wordt ingezet om een terminale patiënt verlichting te bieden wanneer deze klachten heeft, zoals benauwdheid, pijn of misselijkheid, die niet meer goed te behandelen zijn. Het wordt gestart wanneer te verwachten is dat de patiënt binnen 1 tot 2 weken zal overlijden. Als je er als verzorgende moeite mee hebt om het middel toe te dienen waarmee de patiënt gesedeerd wordt, dan kun je dit gewoon bij je leidinggevende aangeven, en vragen om vrijstelling hiervan. Er is geen enkele werkgever die dit zal tegenhouden. Ook omdat er veel verzorgenden zijn die dit wél doen: het is verdere professionalisering van je vak. Als je er bezwaar tegen hebt om iemand die palliatieve sedatie krijgt te verzorgen, dan is dat denk ik een brug te ver: je bent ervoor ingehuurd om mensen te verzorgen, dat is je vak. En waarschijnlijk zal je werkgever het niet accepteren als je iemand weigert te verzorgen omdat hij palliatieve sedatie krijgt.'

Carel van den Bergh - Jurist NU'91

Dementie & agressie

Voor ik er erg in had, kreeg ik een klap in mijn gezicht

Wie ouderen met dementie begeleidt, krijgt onvermijdelijk te maken met agressie. En het komt vaker voor dan men denkt. Voor verzorgers heeft dat, naast blauwe plekken en kneuzingen, ook psychische gevolgen. Hoe ontstaat dit probleemgedrag? Wanneer kun je beter op je hoede zijn? Hoe ga je ermee om?

Tekst Ronald Geelen Foto's iStockphoto



Het beeld van de glimlachende oudere achter de begonia's is niet altijd juist. Zeker niet als er dementie in het spel is. Meer dan de helft van de mensen met dementie vertoont op enig moment probleemgedrag. Sommigen schatten het zelfs op 90%. In verpleeg- en verzorgingshuizen krijgt bijna de helft van de verzorgenden wekelijks te maken met agressief gedrag in de vorm van schelden, dreigen, slaan, trappen of spuwen.

Een klap

Hij ijsbeerde over de gang en vroeg me steeds de deur open te maken, terwijl zweetparels over zijn hoofd liepen. 'Ze wachten op me, ik moet naar de werkplaats.' Ik probeerde hem telkens gerust te stellen en legde uit dat hij zich geen zorgen hoefde te maken. Als ik dat deed, schoot hij een collega aan, aan wie hij ook vertelde dat hij naar de werkplaats moest. Op een gegeven moment zei hij luider en bevend dat hij weg moest. Ik wilde hem bij de arm nemen om hem gerust te stellen, maar voor ik er erg in had kreeg ik een klap in mijn gezicht. Ik was perplex. Gebeurde dit eigenlijk wel echt? Later welde enorme boosheid in me op. Wat dácht hij wel om mij *zomaar* onverwacht te slaan?'

Van alle probleemgedrag is agressie voor personeel het meest belastend. Afgezien van het fysieke letsel dat je ervan kunt oplopen, zijn de psychische gevolgen misschien nog wel groter. Onzekerheid en angst, boosheid en slapeloosheid zijn vaak klachten waar je van hoort. Het helpt als je na een incident opgevangen wordt door een collega en even je hart kunt

luchten. Vooral als zij dan naar je luistert en niet met adviezen komt of suggesties hoe je het anders had kunnen aanpakken. Als zoiets is gebeurd, heb je toch al snel het idee dat je iets verkeerd hebt gedaan. Dat idee van tekortschieten komt vaker voor bij slachtoffers van geweld, maar is daarom nog niet reëel. Je kunt iets zo goed mogelijk doen en toch klappen krijgen. Aan praatjes achteraf heb je op zo'n moment niet veel behoefte.

Onzeker

Na zo'n incident word je soms zo onzeker, dat je het gevoel krijgt dat je ongeschikt bent voor je werk. Maar piekeren en rampdenken helpen je niet verder. De mens lijdt het meest aan het lijden dat hij vreest. Probeer op zo'n moment rust te nemen. Laat het incident bezinken. Praat het van je af bij mensen die begrip tonen. Bedenk dat je van zo'n vervelend incident op den duur óók iets kunt leren. Richt je aandacht op wat je hier en nu kunt doen en op wat je wel onder controle hebt. Zelfs als blijkt dat je later met deze agressieve oudere niet overweg kunt, moet je bedenken dat je daarom nog geen slechte verzorgende bent.

Tikkie terug

Het kan voorkomen dat je in reactie op klappen van een oudere terugslaat. Hoe begrijpelijk die reactie ook mag zijn, je gaat dan over een grens, waar je niet overheen mag gaan. Wanneer je hebt teruggeslagen moet je dat meteen bij je leidinggevende melden. Je spreekt dan ook af met je leidinggevende hoe je dit gedrag in de toekomst voorkomt. Belast nooit iemand die bij het voorval aanwezig was met de vraag je ontsparing geheim te houden. Zelfs als je het vraagt, lekt het toch meestal uit. Na enkele slapeloze nachten neemt je collega een andere collega in vertrouwen, die het weer met een ander bespreekt enzo voort. Omwille van jezelf: het is beter je leidinggevende in te lichten. Als je iets hebt gedaan wat je niet wilt of kunt melden, dan zit je fout. Dat zou je leidraad moeten zijn.

Let op signalen

Hoe kun je beter anticiperen op agressie? Let op welke signalen de oudere afgeeft wanneer hij de controle over zichzelf verliest. De een wordt stiller, de ander gaat luid praten. Soms worden mensen rustelozter, maar het komt ook voor dat de houding verstart. De lichaamssignalen zijn bij ieder mens verschillend, maar bij een en dezelfde persoon zijn die signalen vaak hetzelfde. Na een incident is het daarom ook belangrijk te rapporteren over welk gedrag eraan voorafging. Daarmee kunnen ook je collega's hun voordeel doen.

*In mijn zojuist verschenen boek *Agressief gedrag bij dementie lees je hoe je naar agressie moet kijken en hoe je met het zogeheten crisisontwikkelingsmodel beter met agressie kunt omgaan. Het boek is verschenen bij Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam.**

Top 10 risicosituaties op agressie

De oudere is jou onbekend en je weet dus niet hoe je hem het beste kunt benaderen.

De oudere is in het verleden ook al agressief geweest, en naarmate hij meer dementeert is zijn agressie toegenomen.

De oudere verliest het contact met de realiteit. Hij is verward of ontregeld, of heeft psychotische ervaringen. Wat dit laatste betreft, soms heeft iemand de waan dat het zorgcentrum zijn eigen huis is, dat wordt bevolkt door allerlei indringers.

De oudere voelt zich gefrustreerd of tegengewerkt. Er gebeurt niet wat hij wil. Hij wordt bijvoorbeeld tegengehouden als hij weg wil, en wordt zo geconfronteerd met zijn eigen onvermogen.

De oudere is vaak schrikachtig, angstig en depressief. Die angst manifesteert zich bijvoorbeeld bij het douchen, een situatie waarin de oudere gemakkelijk iemand niet ziet aankomen, onvoorbereid wordt vastgepakt en zich daardoor bedreigd voelt.

De oudere krijgt het gevoel dat hem iets wordt opgedrongen. Hij ziet de noodzaak van de zorg die aan hem wordt verleend niet in.

De oudere wordt iets afgepakt wat hij zich heeft toegeëigend, zoals een tas of een sleutelbos.

De oudere voelt zich bedreigd in zijn territorium. Anderen komen te dichtbij, of een ander zit op zijn plaats, of hij moet zelf van plaats veranderen.

De oudere is onder invloed van alcohol of drugs.

De oudere heeft lichamelijke problemen, waarbij je kunt denken aan pijn, contracturen, bijwerkingen van medicijnen of zintuiglijke belemmeringen.



ELSEVIER Gezondheidszorg

Van Ronald Geelen is ook net het boek *Agressief gedrag bij dementie* uitgekomen.

Prijs: € 14,95. ISBN 978903523161

Omstandigheden

Komt het agressieve gedrag voor het eerst voor, dan ga je na of er lichamelijke problemen zijn, die al of niet te maken hebben met het gebruik van medicijnen, alcohol, koffie, tabak of drugs. Verder is een blik op de omgeving gewenst. Kan het zijn dat de oudere in zijn omgeving overprikkeld wordt? Ouderen in een zorginstelling staan vaak bloot aan de drukte van langslappend personeel en ongewenste geluiden. Het kan ook zijn dat de bewoner erg gespannen is, wat zou kunnen zijn veroorzaakt door spanningen in de groep. Een veel voorkomende bron van spanning is dat mensen te weinig persoonlijke ruimte hebben en steeds in elkaars vizier zitten. In dat verband is het verstandig om te kijken wat voor ontspannende bezigheden, waarbij mensen hun energie kwijt kunnen, er mogelijk zijn. Het andere uiterste is de mogelijkheid dat de omgeving te monotoon is en de verveling juist spanning uitlokt. Het heeft altijd zin naar deze omstandigheden te kijken omdat voorkomen beter is dan genezen.

Enkele aandachtspunten bij dreigende agressie

Veilige kleding

Let voor je naar je werk gaat op wat je draagt: gemakkelijke kleding met voldoende bewegingsruimte. Geen nauwe rok, draag stevige schoenen. Met het oog op verwondingen: draag geen of alleen gladde ringen, nooit lange oorbellen.

Achterwacht en uitweg

Haal hulp als je vermoedt dat de situatie je boven het hoofd groeit. Probeer het in ieder geval niet alleen te klaren. Pak de oudere niet zomaar vast. Zorg dat je een uitweg voor jezelf vrijhoudt. Laat geen sleutel in de deur zitten, zodat je niet kunt worden opgesloten. Keer niet je rug naar de bewoner toe, maar houd oogcontact.

Juiste lichaamshouding

Als je dicht bij de oudere staat, zet dan je voeten niet vlak naast elkaar. Dan raak je bij een eventuele klap of duw minder snel uit balans. Zet de ene voet voor de andere, en plaats je gewicht wat meer op de achterste voet. Zo ben je sneller weg indien nodig. Houd je knieën licht gebogen. Blijf zo kalm en rustig mogelijk, adem goed door. Neem een open houding aan, zonder gebalde vuisten of gekruiste armen. Loop niet recht en niet snel op de oudere af, ga liefst wat opzij staan.

Voorkom falen en frustratie

Wanneer je de bewoner wilt vragen iets te doen, maak het hem dan niet te moeilijk. Maak eerst zelf een begin, wanneer hij bijvoorbeeld een vest moet aantrekken, maak jij het bovenste knoopje dicht en vraag je hem om zelf de resterende knopen te sluiten. Een taak kan ook gestructureerd worden. Leg kleding klaar in de volgorde van aantrekken. Voorkom dat angst of boosheid gaan stapelen door steeds uit te leggen wat je doet, te pauzeren en je te excuseren wanneer een handeling niet goed valt. Maak geregeld positieve opmerkingen.

Pauzeer als het kan

Als de situatie het toelaat en de bewoner zich verzet, kan het verstandig zijn om even te stoppen en weg te gaan. Door niet verder aan te dringen, voorkom je dat de spanning gaat stapelen en het tot agressieve daden komt.

Luister

Noem de oudere bij zijn naam, en probeer met korte vragen de reden van zijn boosheid te achterhalen. Stel eenvoudige vragen die ertoe doen. Wat is er gebeurd? Met wie? Wat ergert de ander daarover het meest? Vermijd waaromvragen. Daarmee overvraag je de ander snel in begrip, en voelt hij zich eerder op het matje geroepen. Laat hem van zich afpraten, luister vooral. Kijk op welke punten je de ander gelijk kunt geven, en doe dat dan ook; duidelijk en nadrukkelijk. ■

KLIK VAN DE MAAND

www.palliatievezorg.nl



Palliatievezorg.nl is de site met informatie over zorg in de laatste levensfase met aandacht voor het lichaam, de geest en de ziel. In het algemeen gesteld is palliatieve zorgverlening aan de orde als de medische mogelijkheden om een ziek(t)e te genezen beperkt of uitgeput zijn. In Nederland wordt palliatieve zorg vooral in verband gebracht met de zorg voor mensen met een uitbehandelde vorm van kanker, maar er zijn veel meer ziekten waarvoor geen genezing mogelijk is. Daarbij valt onder meer te denken aan hartfalen en dementie. Bij palliatieve zorgverlening kunnen tal van zorgverleners betrokken zijn, afhankelijk van waar de patiënt zijn ziekte- en sterfbed beleeft. Dat kan thuis zijn, maar ook in een verpleeghuis verzorgingshuis, ziekenhuis of hospice. Doorgaans zijn naasten actief bij de zorg betrokken. Bij mensen die thuis sterven worden vaak gespecialiseerde vrijwilligers ingezet. Over alle betrokkenen kunt u op deze site van alles te weten komen.

VAKBOEKEN



Het naslagwerk *Zakwoordenboek van de ouderenzorg* bevat informatie over al die dingen die specifiek met de ouderenzorg te maken hebben, zoals wetgeving: AWBZ, BOPZ en Wmo, zorgvormen, mantelzorg, woonvoorzieningen, ouderdomsziekten, hulp- en geneesmiddelen, euthanasie, palliatieve sedatie, wel of niet reanimeren, handelings- en wilsonbequaamheid, erfrecht en successierecht. Deze en vele andere onderwerpen komen aan bod aan de hand van meer dan duizend alfabetisch gerangschikte trefwoorden en twee tabellen met informatie over hulpmiddelenvoorziening en geneesmiddelen.

Zakwoordenboek van de ouderenzorg
Kees Jan Fluijt, Janus Jochems en
Fred Joosten
Uitgeverij: Elsevier Gezondheidszorg
ISBN 978 90 6228 658 4
Prijs € 33,50



Voorbeeldig handelen Basiszorg geeft op duidelijke en uitnodigende wijze inzicht in alle basale verpleegtechnische vaardigheden. Met behulp van gedetailleerde foto's met korte instructies worden de handelingen stap voor stap in beeld gebracht. De methodiek van dit boek is opgezet volgens de algemene protocollen binnen de zorg: voorbereiding, uitvoering en afronding. Aan bod komen o.a. het wassen en aankleden van een cliënt, gebitsverzorging, steunkousen aan- en uittrekken en het ondersteunen bij douchen en baden. Dit boek is ontwikkeld voor de opleidingen Helpende zorg & welzijn, Verzorgende-IG en Verpleegkundige (niveau 4 en 5).

Voorbeeldig handelen Basiszorg
G.H. Sierveld, C. van Stipdonk, J. van
't Wout
Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum
ISBN 978 90 313 6889 1
Prijs € 14,90



De psychogeriatricie is uitgegroeid tot een volwassen vakgebied. Door wetenschappelijk onderzoek en de praktijk van alledag is veel kennis opgedaan. Met deze kennis lukt het beter om ouderen te helpen. Het *Basisboek Zorg om ouderen* gaat in op veranderingen in het dagelijks leven van ouderen met psychogeriatricische problemen. Er is veel aandacht voor gedragsveranderingen en de oorzaken ervan. Alle hoofdstukken zijn geschreven door experts op hun vakgebied. Ze gaan in op praktische, herkenbare problemen waarmee professionele hulpverleners geconfronteerd kunnen worden.

Basisboek Zorg om ouderen
Red. Maritza Allewijn en Bère Miesen
Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum
ISBN 978 90 313 7871 5
Prijs € 25



Ervaringen met het zorgleefplan

Een hulpmiddel met randvoorwaarden

Het zorgleefplan helpt je als verzorgende om de wensen en voorkeuren van de cliënt nog meer centraal te stellen in je werk. Hoe werkt het zorgleefplan in de praktijk? 'Het is een heel mooi middel, maar wel met randvoorwaarden.'

Tekst Stan Verhaag

In theorie klinkt het zorgleefplan prachtig. Het is een handig hulpmiddel om de cliënt centraal te stellen, om 'vraaggestuurde zorg' te verlenen (zie kadertekst 1). Als het goed is, ervaart de cliënt meer zeggenschap over zijn leven dan voorheen. Toch roept het zorgleefplan ook vragen op. Werkt het in de praktijk net zo goed als in theorie? Hoeveel werk brengt het eigenlijk met zich mee? Is een

zorgleefplan wel echt noodzakelijk om iemands welzijn te bevorderen? En werkt het in een kleinschalige zorgomgeving beter of slechter dan in een grotere zorginstelling?

Voorstander

Laten we om te beginnen ons oor eens te luisteren leggen bij een uitgesproken voorstander van het zorgleefplan.

Anne Marie Vaalburg werkt bij Sting en is verantwoordelijk voor de website www.zorgleefplanwijzer.nl. Het is een site met zeer veel informatie over het zorgleefplan. 'Het zorgleefplan bevordert vraaggericht werken, het helpt je een cliënt beter te leren kennen en om beter in te spelen op zijn behoeften', vertelt Anne Marie.

De zorg, zo zegt Anne Marie, is van oudsher medisch en lichamenlijk gericht. Maar met het zorgleefplan komt er ook nadrukkelijk aandacht voor iemands woon- en leefomgeving en sociale leven. Die aandacht, die behalve de zorg ook het welzijn omvat, leidt tot tevredener cliënten. 'Anno 2010 is het niet meer te verkopen dat je alleen maar aandacht hebt voor het natje en droogje, voor toiletbezoek en schone kleren. Stel dat iemand vanaf zijn 78ste tot zijn dood op 92-jarige leeftijd in je instelling verblijft. Dat zijn veertien jaar! Mag er dan alsjeblieft aandacht zijn voor andere aspecten dan fysieke verzorging?' Ze noemt enkele voorbeelden van vragen die in het zorgleefplan aan de orde kunnen komen. Wat voor werk deed iemand vroeger, hoe zag zijn dagbesteding eruit, wat zijn zijn beperkingen en mogelijkheden? Houdt hij van drukte of rust? Luisterde hij naar klassieke muziek? Ging hij elke week naar de markt? 'Vervolgens kun je je, samen met de cliënt, afvragen hoe je daarop je zorg en ondersteuning afstemt.'

Macht

Aukje Post is bij De Friese Wouden betrokken bij de invoering van een zorgleefplan. Deze organisatie telt vier verzorgingshuizen, een verpleeghuis en biedt daarnaast thuiszorg aan. In totaal gaat het om zo'n vijfduizend cliënten en allemaal krijgen ze op termijn hun eigen zorgleefplan. Aukje ziet in de praktijk dat bijvoorbeeld voor mensen met dementie het zorgleefplan meerwaarde kan hebben. 'Als iemand dement is, kan hij soms niet meer vertellen wat zijn gewoontes en voorkeuren zijn en hoe hij dingen beleeft. Tegelijkertijd hebben wij als begeleiders meer "macht" dan we ons vaak realiseren. Het gevaar bestaat dat wij de keuzes gaan maken over iemands dagbesteding. Het zorgleefplan vraagt erom dat je mensen als gelijkwaardig ziet en behandelt. Het dwingt je om afspraken op te schrijven. Doe je dat niet, dan neigt de begeleiding al snel naar wat wij vinden dat een goed leven is. Voor je het weet geef jij invulling aan andermans leven. Niet bewust natuurlijk, maar toch.'

Spontaan

Allemaal leuk en aardig, zegt Fokje Agricola, maar om de mens centraal te stellen heb je helemaal geen zorgleefplan

nodig. Fokje geeft leiding aan de kleinschalige zorgboerderij Westersypen, waar negen mensen met dementie wonen. 'Een zorgplan vind ik oké, een zorgleefplan niet', zegt Fokje onomwonden. 'Als je van de familieleden weet hoe iemand in het leven stond vóór de dementie, als je weet welke hobby's iemand had en waar hij of zij plezier aan beleefde, dan kun je die kennis gebruiken in de dagelijkse bezigheden. Stel, iemand was altijd een sportief type, houdt van tennissen, van wandelen of van zwemmen. Of je hebt te maken met een persoon die graag naar musea ging en concerten bezocht of naar de film ging. Dan pas je daarop toch gewoon je activiteiten aan? Ik houd ervan als activiteiten spontaan opkomen. Als wij een concert bezoeken, leggen we dat echt niet eerst vast in een zorgleefplan.'

Het zorgleefplan in kort bestek

In het zorgleefplan beschrijf je namens de cliënt hoe hij wil leven en op welke ondersteuning hij van jou en je collega's kan rekenen. Het doel is dat je beter aansluit bij zijn wensen. Voor je cliënt betekent het vooral dat hij het leven kan leiden dat hij wil. De voorkeuren, vragen, behoeften of doelen van de cliënt zijn het uitgangspunt van het zorgleefplan. De afspraken leg je in het zorgleefplan vast. Zo weet de cliënt wat hij van jou en je collega's mag verwachten. Het zorgleefplan helpt je ook te verantwoorden welke zorg je gegeven hebt en waarom juist die zorg.

Een zorgleefplan gaat over alle aspecten die belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van een cliënt. Het omvat daarom vier levensdomeinen: het mentale welbevinden van de cliënt als persoon; het lichamenlijke gevoel van welbevinden en gezondheid; daginvulling volgens eigen interesses en onderhouden van sociale contacten (participatie); en de woon- en leefomstandigheden. Het zorgleefplan vermeldt de indicatie, een beeld van de zorgvraag, de reële zorgbehoefte en de afgesproken zorg. De zorgverlener rapporteert dat de zorg of ondersteuning heeft plaatsgevonden en maakt melding van wijzigingen en mogelijk nieuwe afspraken. Het plan ondersteunt samenwerking en afstemming tussen zorgverleners. Ook evaluatie is belangrijk. De cliënt moet het plan altijd kunnen inzien en heeft het recht om onjuistheden te (laten) corrigeren.

Levensboek

Fokje heeft heel wat meer fiducia in het levensverhaal van mensen. 'We vragen de contactpersonen van onze cliënten om een levensboek te maken. Dat heet "Reis door de tijd", en de familie vult het in met alle dingen waar mensen van hielden. Zo zien we wat iemand leuk vond en waar hij of zij behoefte aan heeft. Voor mensen met dementie vind ik het zorgleefplan een overbodige uitvinding. Wellicht kan het bij mensen met een somatische aandoening een nuttige rol vervullen, om een dagprogramma samen te stellen. Maar je kunt niet per dag aangeven hoe iemand leeft. Want leven is vrij.'

Lucia van Milaan (docent verzorging en verpleging voor verzorgenden aan de erkende EVV-opleiding in Utrecht) sluit zich aan bij de opmerkingen van Fokje over het levensboek. 'Een levensboek met informatie over iemands geschiedenis en over hoe hij dingen beleeft, levert vaak meer op dan een heel uitgebreid zorgleefplan. En als je zowel met een levensboek als een zorgleefplan werkt, dan is er vaak sprake van dubbelingen. Een efficiënt zorgplan met duidelijke afspraken en daarnaast een levensboek

heeft meer meerwaarde dan een heel dik zorgleefplan. Dat maakt het niet overzichtelijker.'

Kritiek

Het is niet de enige kritiek van Lucia op het zorgleefplan. 'Begrijp me niet verkeerd,' zegt ze, 'de essentie van het zorgleefplan is goed. Het is goed om naar de totale mens te kijken, in dit geval vanuit vier domeinen. Het zorgleefplan brengt het welzijn van mensen beter in beeld, dat is in het verleden wel eens anders geweest.' Lucia is echter teleurgesteld in de manier waarop het zorgleefplan op veel plekken wordt uitgevoerd. Zij noemt het bijvoorbeeld 'verbazingwekkend' dat het zorgleefplan als een verplichting wordt gezien voor ActiZ-leden. 'Staatssecretaris Bussemaker heeft slechts gezegd dat het zorgleefplan een hulpmiddel kan zijn. Maar het is aan de markt hoe ze het gebruiken. Toch hebben de leden van ActiZ zich eraan geconformeerd.' De branche maakt het zichzelf daarmee moeilijker dan nodig, vindt Lucia. 'Sommige organisaties werken al met een mooi systeem dat voldoet aan de normen van verantwoorde zorg, maar ze hebben nu het idee

De Kunst
Een praktisch en inspirerend hulpmiddel bij het werken met het Zorgleefplan
Levensverhalen in de dagelijkse praktijk
van het
ouder
worden

Scholingsaanbod  

Een van de initiatieven om het zorgleefplan vorm te geven is *De Kunst van het ouder worden* van Bureau Kwiek.

Fokje Agricola van kleinschalige zorgboerderij Westersyden: 'Je kunt niet per dag aangeven hoe iemand leeft. Want leven is vrij.'

dat ze helemaal anders moeten werken. Dan laten ze hun eigen ideeën varen, dat vind ik zonde.'

Kritisch

Ze vindt ook dat het ActiZ-model 'heel ver gaat' qua vraagstelling. 'Bij de intake is er een lange vragenlijst. Maar ik vind dat je de eerste dagen na een opname vooral oog moet hebben voor emoties. Opname in een verpleeg- of verzorgingshuis is een heftige ervaring voor de cliënt en de familie. Dan moet je niet met een lijst vragen komen aanzetten. Wacht tot iemand gesetteld is.' Ook over het model dat ActiZ aan haar leden stuurt is Lucia's oordeel niet positief. 'Het is een papieren pakket met veel tabbladen en nog meer vragenlijsten. Ik had liever een digitaal model gezien, in een toegankelijk softwareprogramma, desnoods gewoon in Excel. Nu gebruiken heel veel cursisten aangepaste vragenlijsten, omdat de oorspronkelijke lijst te lang is of omdat ze sommige vragen niet belangrijk vinden. Als het zorgleefplan digitaal was geweest, had je opties kunnen aanklikken. Verzorgenden zijn doorgaans geen schrijvers.'

Computer

Toch schrijft niet iedereen die een zorgleefplan gebruikt zich suf. Manon van Berge werkt voor Pennemes in een kleinschalige zorginstelling voor acht mensen met dementie. Zij werkt met Residentweb, een elektronisch cliënten-dossier (ECD) voor de geestelijke gezondheidszorg. Het is gericht op de zorgverleningen in het zorgleefplan. 'Het zorgleefplan levert mij iets meer administratief werk op, maar we hebben een kleine groep, daarom werkt het prima', zegt Manon. 'Voorheen schreven we in rapportages alleen de bijzonderheden op, die we dan steeds moesten teruglezen. Nu kunnen we alle informatie opzoeken, je kunt precies zien hoe iemand het doet en wat je doelen zijn. We hebben veel meer overzicht en zijn als verzorgenden beter op elkaar ingespeeld. Via de computer nemen we kennis en leren we van elkaars oplossingen.' Werken met de computer was wel even wennen, voegt ze eraan toe. 'Ik ben 44 jaar en werk hier al 23 jaar. Alles deden we schriftelijk. Nu hoeven we alleen het eerste gesprek nog uit te typen, dat is veel werk. Maar als het er eenmaal in staat, is het wijzigen van informatie weinig werk.'

Voeten wassen

Manon is ook zeer te spreken over de informatie die het zorgleefplan oplevert. Ze komt veel meer tot een gesprek



Foto: Goedele Momms

met cliënten, zegt ze: 'Laatst vroeg ik een bewoonster wat zij vroeger gedaan had. Ze had geen idee. Ik zei: ik weet het wel, u was mentrix, dat staat in het zorgleefplan. U begeleidde de meisjes die als intern verzorgenden werkten, u zorgde dat ze op tijd naar bed gingen en gezond aten. "O ja!" zei ze toen. Vervolgens kwam het hele verhaal naar boven.' Wat Manon wel soms lastig vindt, is beslissen wat ze wel en niet moet beschrijven in het zorgleefplan. 'Ik had laatst een gesprek voor de HKZ-certificering. Bij één bewoner had ik geschreven dat wij haar voeten wassen. De HKZ-man vroeg: "Voeten wassen, dat doe je toch bij iedereen? Waarom noem je dat expliciet in het zorgleefplan?" Ik legde uit dat deze vrouw een



Foto Goede Moments

Manon van Berge die werkt in de kleinschalige zorg in Pennemes in Zaandam:
'Met het zorgleefplan hebben we meer overzicht en zijn we als verzorgenden meer op elkaar ingespeeld.'

ernstige vergroeiing heeft aan haar voeten. Die wil ze eigenlijk niet laten verzorgen, met alle complicaties van dien. Bij haar vermeld ik dus expliciet dat we haar voeten wassen. Maar je moet er wel even over nadenken, wat je wel en niet vermeldt. Wat is normaal? Wat niet?'

Kleinschalig

Volgens de website www.zorgleefplanwijzer.nl vraagt het invoeren van 'deze nieuwe manier van werken' om een cultuuromslag in de organisatie. 'Het valt of staat met de bereidheid van iedereen om mee te denken hoe je er nog beter in kunt slagen de cliënt te

Aanbevelingen

Monique Hoogesteger werkt sinds enkele jaren als oproepkracht verzorgende bij Stichting Werkt voor Ouderen in Middelburg (zowel in de thuiszorg als in het verzorgingshuis). In haar laatste jaar van de opleiding hbo-verpleegkunde (Hogeschool Zeeland) deed ze onderzoek naar de ervaringen van collega's bij het invullen van het zorgleefplan. Het gebruikte zorgleefplan is gebaseerd op het model van ActiZ, maar ze hebben er zelf een aantal dingen aan toegevoegd. Monique doet op basis van haar onderzoek de volgende aanbevelingen.

Eerste gesprek

De checklist eerste gesprek maakt in één oogopslag de aandachtspunten duidelijk qua gezondheidsrisico's en zorg. Deze checklist is echter alleen bij nieuwe cliënten ingevuld. Aanbeveling: voor alle cliënten de checklist eerste gesprek invullen.

Vier levensdomeinen

Het invullen van de vier levensdomeinen is niet relevant bij cliënten met weinig zorg (aantrekken steunkous, oogdruppelen). Aanbeveling: ontwikkel een korte versie van de vier levensdomeinen. Heeft de cliënt meer zorg nodig, vul dan de uitgebreide versie van het zorgleefplan in.

S.M.A.R.T.-doelen

Veel respondenten vinden het onduidelijk hoe zij S.M.A.R.T.-doelen moeten formuleren. Aanbeveling: scholing met behulp van herkenbare casussen.

Evalueren doelen

Aanbeveling: Medewerkers zouden wekelijks de doelen in de voortgangsrapportage moeten evalueren met de cliënt. Worden

afspraken met cliënten nagekomen? Is er vooruitgang? Is het doel behaald? Ook voor het voorbereiden van de zorgleefplanbespreking is dit noodzakelijk.

Afwijkingen

Aanbeveling: Medewerkers zouden in de voortgangsrapportage vooral afwijkingen van de doelen en afspraken moeten beschrijven. Stel, de afspraak is om 's ochtends bij een cliënt de benen te zwachtelen. De cliënt wil niet, maar de medewerker rapporteert dit niet. 's Avonds wil een collega de zwachtels verwijderen. Maar waarom is er niet gezwachteld?

Lezen zorgleefplan

Het zorgleefplan wordt niet door alle respondenten gelezen als zij bij een cliënt komen die ze niet goed kennen. Aanbeveling: medewerkers nemen bij de start van hun dienst de zorgafspraken, de weekagenda en de voortgangsrapportage door.

Afspraken nakomen

Veel deelnemers aan het onderzoek geven aan soms problemen te ondervinden bij het nakomen van afspraken met de cliënt. Hoge werkdruk wordt meestal als reden genoemd. Aanbeveling: nakomen van afspraken bevordert de tevredenheid, tevreden cliënten vragen minder aandacht, dit scheelt in de werkdruk. Worden afspraken vaak niet nagekomen, bekijk dan of de afspraken realistisch zijn en stel ze eventueel bij.

Bron: www.zorgleefplanwijzer.nl.

Relevante websites:

www.zorgleefplanwijzer.nl,
www.sting.nl.

ondersteunen om te leven zoals hij dat wil.' Betekent dat dat het zorgleefplan beter past bij een kleinschalige dan een grote instelling? Anne Marie Vaalburg: 'Natuurlijk is het erg belangrijk op welke schaal je de zorg en ondersteuning organiseert. Bij kleinschalig werken heb je vaak intensiever contact met je cliënten, je kent elkaar beter. En in kleinschalige woonzorg vormen medewerkers en bewoners een huishouden en is er dus meer aandacht en ruimte voor mensen. Wat zullen we vanavond eten? Zullen we nu een spelletje doen? Als je op een afdeling werkt van dertig mensen, dan vraag je niet wie er koffie wil, dan zet je gewoon koffie.' Maar, zegt Anne Marie, dat het zorgleefplan zo mooi aansluit bij een kleinschalige organisatie wil niet zeggen dat grotere instellingen het zorgleefplan links kunnen laten liggen. 'Juist in niet-kleinschalige settings verdient het zorgleefplan alle aandacht. Daar is het veel meer nodig, daar zitten mensen vaak in het oude stramien van fysiek verzorgen in plaats van de mens centraal stellen.'

Creativiteit

Fokje Agricola meent dat met name in tijdgebrek het probleem zit. 'Als er één ding is waar ze in de reguliere zorg gebrek aan hebben, dan is het aan tijd. En juist die heb je nodig om met iemands wensen rekening te houden. Qua activiteiten moet het dan van de vrijwilliger komen, en dat is de mantelzorger die al jaren overbelast is.' Ook Aukje Post realiseert zich dat tijd een cruciale factor is: 'Het zorgleefplan is een heel mooi middel, maar het heeft veel randvoorwaarden nodig. Er moet tijd zijn voor gesprekken met de cliënt. Dat vergt creativiteit en inventiviteit. Het zorgleefplan moet een plaats krijgen binnen de dagelijkse processen. Het is niet een kwestie van "even een zorgleefplan kiezen". Het vergt veel meer. Daarnaast zijn handelingen en acties die voortkomen uit het zorgleefplan vaak niet geïndiceerd. Ook daarin moet je dus inventief zijn, keuzes maken, afspraken maken. Maar ik ben niet pessimistisch. Wij voeren het zorgleefplan in omdat het voortkomt uit onze visie: goede zorg leveren, bewoners zo veel mogelijk hun leven laten leiden zoals zij dat wensen. Daarbij is het zorgleefplan een handig hulpmiddel, geen doel op zich.' ■

Levensvragen

Met potlood en gum in de aanslag buig ik me over een dossier. Met een zucht en een steun probeer ik twee domeinen vanuit het zorgleefplan te beschrijven. Op gebied van participatie en mentaal welbevinden en autonomie wil het dit keer niet lukken. Dit dossier roept vragen bij me op. Zoals, wat gebeurt er met je als je onverwacht van je sociale contacten wordt afgesneden? Als je je contacten ineens niet meer kunt onderhouden? Als je geen afscheid hebt kunnen nemen van al die mensen met wie je werkte. Wat betekent het voor iemand dat je via een fax moet horen dat de wereld waarin je leefde en werkte drastisch anders wordt? Wanneer je dagstructuur er opeens niet meer zal zijn? Wanneer je geen baan meer hebt? Wanneer je agenda alvast voor je is leeggemaakt? Zouden de vragen uit de vragenlijst van het zorgleefplan na het meemaken van deze gebeurtenissen dan zijn: heeft u graag een arm over uw schouders of is lichamelijke intimiteit belangrijk voor u? Ik zou het even niet weten. In dit geval was het geen zorgvrager maar de voormalige staatssecretaris Jet Bussemaker die dit overkwam. Haar *twitter* viel stil in Vancouver en na de vliegtuiglanding in Nederland stond zij voor deze domeinvragen. Als er een zorgleefplan voor het leven zou zijn, dan zou mijn zorgactie een kort SMS-berichtje zijn met: Sterkte! En ... in de zorg is er altijd ruimte voor mensen met kennis van het zorgleefplan.

Lucia van Milaan
Van Milaan Scholing & Advies
Lid redactieraad TW



Dag van de Verzorging

Meld je aan voor de V&VN Zorgaward 2010?



Marian Kaljouw met de zorgawardwinnaar van 2007.

Verzorgenden, helpenden en zorghulpen staan vaak aan de basis van een geweldige vernieuwing op hun werk. Marian Kaljouw, voorzitter van de V&VN, ziet dit vaak bij haar werkbezoeken. 'Vaak realiseren zij zich niet dat het voor hun bewoners of cliënten geweldig fijne veranderingen zijn. Het hoeven geen grote projecten te zijn. Juist in die kleine vernieuwingen zie je de meest fantastische ideeën, die willen wij graag in de schijnwerpers zetten met de V&VN Zorgaward. Zodat anderen geïnspireerd raken en het ook toepassen.'

Marian Kaljouw is voorzitter van de vakjury, die op 12 oktober tijdens de Dag van de Verzorging de vakjuryprijs uitreikt aan een van de finalisten van de V&VN Zorgaward. In de vakjury zitten ook vertegenwoordigers van ActiZ (werkgevers zorginstellingen), NPCF (patiënten en cliënten), V&VN Verzorgenden en TvV, het

vaktijdschrift voor verzorgenden. Marian Kaljouw: 'De vakjury overlegt met elkaar om vanuit de criteria van de Zorgaward en hun ervaring een keuze te maken voor het project dat het meest bijdraagt aan verbeteringen voor de cliënt/bewoner. Zo zijn de afgelopen jaren Ria Witteveen en Tineke Wassenaar met CC-net en Nikki Visser met het project Gesloten, maar toch open door de vakjury beloond met de vakjuryprijs van de Zorgaward.'

Geweldige vernieuwingen

Inschrijving voor de Zorgaward 2010 is nu mogelijk (tot 1 juni, 2010). Daarna gaat de jury bij zes projecten op huisbezoek. Op basis daarvan kiest zij drie genomineerden voor de finale op 12 oktober. Marian Kaljouw kijkt met veel plezier uit naar de video's die van de drie finalisten gemaakt gaan worden. Marian Kaljouw: 'Het is zo geweldig wat verzorgenden aan vernieuwingen bijdragen. We hebben inmiddels een aantal aanmeldingen ontvangen. En ik ga niet op de jurering vooruitlopen, maar er zitten weer geweldige inzendingen bij. Zoals van Doro Acquoy, EVV'er bij De Hoge Hop in Hoorn. Zij heeft het voor elkaar gekregen dat Therapeutic touch in de belevingsgerichte zorg van de instelling is opgenomen. We zien wel meer dat een verpleegkundige of verzorgende met die behandelwijze werkt. Maar Doro heeft het voor elkaar gekregen dat twaalf verzorgenden op kosten van de werkgever de cursus hebben gevolgd. En dat familieleden worden voorgelicht over Therapeutic touch. Zo krijgen bewoners meer aandacht en de verzorgenden meer tevredenheid in hun werk. En daar draait het om!

Heb jij ook een vernieuwing in je instelling gerealiseerd, meld je dan aan voor de V&VN Zorgaward!

De Dag van de Verzorging is op 12 oktober 2010 in het NBC te Nieuwegein. Aanmelden is mogelijk vanaf 1 april via www.dagvanverzorging.nl.

Via deze website kun je ook je initiatieven voor de V&VN Zorgaward aanmelden, tot 1 juni.

13 april



De grenzen van kleinschalig wonen

In een paar jaar tijd wil VWS 20.000 plaatsen in kleinschalige woonvoorzieningen creëren. Daar is men erg enthousiast over. Maar tegen welke grenzen loop je aan? Hoe regel je de veranderingen? Hoe scheppen verzorgenden een samen-wonensfeer, waar iedereen zich thuis voelt? Hoe ga je om met irritaties en conflicten? Hoe verleid je bewoners tot huishoudelijke klusjes? Wat doe je bij agressief gedrag? Extra attractie: een interactieve kookdemonstratie: hoe koken voor en met groepen elke dag een feestje kan zijn!

Locatie: Ede

Prijs: € 95 (verzorgenden)

€ 275 (managers)

Organisatie: Elsevier gezondheidszorg

Website: elseviergezondheidszorg.nl

15 april en 19 mei



Omgaan met agressie

Agressie is een belangrijk probleem in de zorg. Ook jij hebt misschien te maken (gehad) met cliënten of familieleden die vanwege hun ziektebeeld, persoonlijkheid, of vanuit wanhoop, ellende of frustratie, lastig gedrag vertonen. Maar ook pesten op het werk valt onder de noemer agressie. Tijdens deze bijeenkomst leer je hoe agressie ontstaat, hoe je ermee om kunt gaan en hoe je het kunt voorkomen. Je ontvangt ook de uitgave Agressie afwenden, een praktisch boekje.

Locatie: Schagen (15 april)/ Poortugaal (19 mei)

Prijs: € 89,95

voor leden V&VN € 59,95

voor studenten-leden V&VN € 34,95

Organisatie: V&VN Academie

Website: academie.venvn.nl

27 april



Jong geleerd, oud gedaan

Net als jij hebben ook ouderen behoefte aan intimiteit en lichamelijk contact. Toch is er weinig aandacht voor in de ouderenzorg. Ouderen laten zich minder opleggen en komen meer uit voor hun behoeften en gevoelens. Daarom is het bespreekbaar maken van intimiteit en seksualiteit van groot belang. Maar hoe moet je dit aanpakken? Hoe geef je goede zorg, zonder dat je je professionele houding uit het oog verliest? Leer meer over het omgaan met en het bespreekbaar maken van intimiteit en seksualiteit binnen je instelling en verlies je eigen vooroordelen!

Locatie: Utrecht

Prijs: € 345

Organisatie: Medilex

Website: www.medilex.nl

29 april



Zorg op afstand

Zorg en ICT worden steeds vaker in één adem genoemd. ICT vernieuwt de zorg en kan een oplossing bieden voor het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden in de toekomst. Zorg op afstand is een voorbeeld van zo'n oplossing. Tijdens deze bijeenkomst krijg je informatie over zorg op afstand en kun je het meteen zelf ervaren via de computers die in de ruimte aanwezig zijn. De middag wordt afgesloten met een discussie over de gevolgen van ICT in de zorg.

Locatie: Utrecht

Prijs: € 74,95

voor leden V&VN € 49,95

voor studenten-leden € 24,95

Organisatie: V&VN Academie

Website: academie.venvn.nl

7 en 21 mei



Seksualiteit bespreekbaar maken

Het doel van deze cursus is om met behulp van nieuwe methodieken, werkvormen en handvatten te leren om seksualiteit (nog meer) bespreekbaar te maken. Dit is een praktische, tweedaagse leergang door de trainers Ellen Suykerbuyk en Erik Bosch. Vragen als Hoe maak je seksualiteit professioneel bespreekbaar in je team? komen aan de orde. Hoe bespreek je 'het' op een professionele wijze met je cliënten? Hoe houd je het thema duurzaam vast binnen de organisatie?

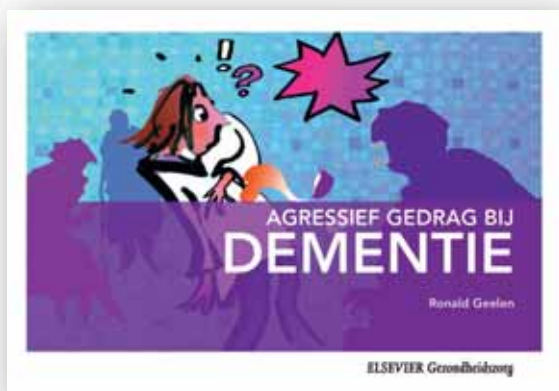
Locatie: Velp

Prijs: € 385

Organisatie: Bosch & Suykerbuyk

Website: www.bosch-suykerbuyk.nl

Dreigen, uitschelden, krabben en slaan: het zijn allemaal vormen van agressief gedrag



Agressief gedrag bij dementie

Wie ouderen met dementie begeleidt, krijgt zeker met agressief gedrag te maken. Agressie heeft veel impact op je werk. Dit boek helpt je te ontdekken wat de oorzaak is van het gedrag van demente ouderen en hoe je er zelf en met je team mee kunt omgaan. Het boek is geschreven voor verzorgenden, verpleegkundigen en andere professionals in de ouderenzorg.

Ronald Geelen werkt als psycholoog en gedragstherapeut in Verpleeghuis Lucia in Breda. Al vele jaren is hij betrokken bij trainingen in het hanteren van agressie. Hij publiceert vaak over ouderenzorg en heeft daarbij altijd voor ogen dat de lezer zijn kennis direct in de praktijk moet kunnen brengen.

Ook beschikbaar in deze reeks:

De wondere wereld van dementie – Bob Verbraeck
Kleinschalig wonen voor mensen met dementie – Henk Nouws

AUTEUR : Ronald Geelen

ISBN : 9789035231610

UITGAVE : 1^e druk 2010

PRIJS : € 12,50

PAGINA'S : 63

ELSEVIER Gezondheidszorg

is onderdeel van Reed Business

Bestellen? Ga naar:

www.elseviergezondheidszorg.nl

Mededeling**Wondzorgcongres: ulcus cruris**

Het Nursing Wondzorgcongres vindt dit jaar plaats op donderdag 20 mei van 9.30 tot 16.30 uur in De Reehorst in Ede. Het thema van dit achtste Wondzorgcongres van Nursing is ulcus cruris. Ongeveer 200.000 mensen hebben een open been en bij velen leidt dit tot veel pijn, ongemak, intensieve dagelijkse zorg en beperking van de mobiliteit. We starten het programma met iemand om wie het allemaal draait: de patiënt met ulcus cruris. Daarna komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- ambulante compressietherapie
- vaatproblematiek
- therapeutische elastische kousen
- transmurale zorg
- het kosteneffectieve leefstijlprogramma: lively legs

Het programma bestaat uit een plenair ochtendgedeelte met presentaties. In de middag kunnen de deelnemers kiezen uit twee van de vijf workshops.

Kosten: € 199,00 ex. btw vóór 15 april 2010. Na 15 april 2010: € 229,- ex. btw.

Meer info en aanmelden, zie [HYPERLINK "http://www.elseviergezondheidszorg.nl/353666/Het-Wondzorgcongres-Ulcus-cruis.html"](http://www.elseviergezondheidszorg.nl/353666/Het-Wondzorgcongres-Ulcus-cruis.html) <http://www.elseviergezondheidszorg.nl/353666/Het-Wondzorgcongres-Ulcus-cruis.html>.

Mededeling**Cd Herinneringen voor morgen**

'Herinneringen voor morgen' is de speciaal voor Alzheimer Nederland samengestelde verzamel-cd met indrukwekkende muziek van Nederlandse toptiesten. Daarnaast bevat de cd een boekje met persoonlijke bijdragen van de artiesten, alle songteksten en prachtige foto's. Met uw aankoop van de cd steunt u wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken, behandeling en hopelijk ooit genezing van dementie. Alle artiesten werken belangeloos mee, in de hoop daarmee zo veel mogelijk steun mogelijk te maken. Per verkochte cd ontvangt Alzheimer Nederland minstens € 10 voor wetenschappelijk onderzoek. U kunt de cd 'Herinneringen voor morgen' bestellen voor € 20 + € 2 verzendkosten.

Cd bestellen? Zie [HYPERLINK "http://www.herinneringenvoormorgen.nl/"](http://www.herinneringenvoormorgen.nl/) <http://www.herinneringenvoormorgen.nl/>.

Mededeling**Ansichtkaart om wensen van cliënt te bespreken**

Met de ansichtkaart 'Hartenwensen' kun je als verzorgende de hartenwensen van je cliënten bespreken met je teamleider. Je kunt de kaart downloaden via de site van Sting, hem uitprinten en opsturen naar je leidinggevende. Of bestel gedrukte exemplaren (tegen verzendkosten)

via [HYPERLINK "mailto:sting@sting.nl"](mailto:sting@sting.nl) sting@sting.nl met vermelding van het aantal kaarten en o.v.v. hartenwensen.

De kaart is te downloaden via [HYPERLINK "http://www.sting.nl/upload/hartenwensen.pdf"](http://www.sting.nl/upload/hartenwensen.pdf) <http://www.sting.nl/upload/hartenwensen.pdf>.

Oproep**Gezocht: verzorgenden die werken met sondevoeding**

Verzorgenden die alles weten over het inbrengen van een maagsonde en/of het toedienen van sondevoeding, worden opgeroepen deel te nemen aan een groot onderzoek. Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) gaat een richtlijn ontwikkelen voor het inbrengen van een maagsonde en het toedienen van sondevoeding. Het LEVV is op zoek naar een verzorgende die alles weet van de maagsonde en/of het toedienen van sondevoeding. Samen met een expertgroep stel je de inhoud van de richtlijn vast. De expertgroep komt vier keer bij elkaar. Je ontvangt een vergoeding voor je bijdrage. Geïnteresseerden kunnen zich aanmelden bij Corine van Rijswijk van Sting, e-mail c.vanrijswijk@sting.nl.

**Word jij onze nieuwe collega?**

Rivas Zorggroep levert een keten van betrouwbare zorg in een groot deel van Midden-Nederland. In het ziekenhuis, in verpleeghuizen en woonzorgcentra, maar ook bij cliënten aan huis. Zij wonen zelfstandig, maar hebben op bepaalde terreinen hulp nodig. Wij maken graag kennis met:

Verzorgende AG/IG in de functie van Zorgverlener

Gorinchem - standplaats locatie Het Gasthuis
beademingsunit afdeling Waterpoort - vacaturenummer 10.007
Minimaal 24 - 32 uur per week,

Gorinchem - standplaats locatie Woonzorgcentrum Bannehof
Zorg thuis Gildewijk/Vroedschapswijk - vacaturenummer 10.058
Minimaal 24 uur per week

en

Gorinchem - Continu Care-Nachtzorg team - standplaats locatie
Woonzorgcentrum St. Clara - vacaturenummer 10.057
Uren per week in overleg en/ of op oproepbasis

Vacatures voor deze functie worden ook geregeld aangeboden in andere gemeentes waar Rivas Zorggroep werkzaam is.

Schriftelijk solliciteren: Rivas Zorggroep, afdeling P&O MC, Postbus 90, 4200 AB Gorinchem. Vermeld hierbij duidelijk het vacaturenummer.

Meer informatie over deze functie en online solliciteren: www.werkenbijrivas.nl



De laatste levensfase

Palliatieve zorg in de kleinschalige woonvorm

Kleinschalig wonen vraagt om een zorgvuldige benadering van bewoners in de laatste fase van hun leven. Palliatieve zorg kan daarin een goede rol spelen.

Tekst Paul Vogelaar



Foto Shutterstock

Mevrouw Bulters is 87 jaar en woont sinds enkele maanden in woonzorgcentrum Zorghof, een kleinschalige woonvorm voor tien psychogeriatrische bewoners. Mevrouw is licht dement en kan door gewrichtsontsteking en botontkalking moeilijk lopen. Bijna alle zorg is overgenomen door de verzorgenden. De dochter van mevrouw Bulters komt dagelijks om haar moeder te helpen bij de middagmaaltijd. Op een gegeven moment meldt mevrouw pijnklachten. Tegelijkertijd neemt haar gewicht af. Na ziekenhuisonderzoek blijkt dat mevrouw longkanker en leverkanker heeft. Er is sprake van een zeer beperkte levensverwachting. De verpleeghuisarts, de dochter, de geestelijk verzorger en de verzorgenden overleggen met elkaar en

besluiten dat mevrouw niet verder wordt onderzocht of behandeld. De zorg is gericht op het verlichten van lijden en een rustig sterfbed.

Kleinschaligheid

Elk jaar sterven er in Nederland ongeveer zestienduizend mensen met dementie. In de komende jaren zal dit aantal alleen maar toenemen. Er zijn nieuwe vormen van wonen en zorgen ontstaan, waarbij het mogelijk is een zo normaal mogelijk leven te leiden. Sterven hoort daar ook bij. Kleinschalig wonen vraagt om een zorgvuldige benadering van bewoners in de laatste fase van hun leven. Palliatieve zorg biedt steun aan mensen met een ongeneeslijke ziekte. Het is een benadering waarbij de kwaliteit van leven vooropstaat. De zorg richt zich daarom op het voorkomen van lijden of het verlichten daarvan. Dit gebeurt door het vroegtijdig opsporen en behandelen van pijn en het waar mogelijk verlichten van lichamelijke, emotionele, sociale en spirituele problemen. Zorg is er ook voor de naasten van de bewoner: de medebewoners, de mantelzorgers, familie en vrienden.

Behandeling en zorg

Op basis van eerdere uitspraken van mevrouw Bulters is duidelijk dat zij geen levensverlengende behandelingen meer wil. De zorg die haar nu gegeven wordt, betekent niet 'niets meer doen'. Maar wel is het zo dat in palliatieve zorg het besluit om iets niet te doen soms van meer betekenis is dan het besluit om iets wel te doen. Mevrouw Bulters gaat bijvoorbeeld niet meer naar het ziekenhuis voor verder onderzoek. Want wat ook de uitslag daarvan zal zijn, een medische behandeling zal er niet op volgen. De belasting van zulke onderzoeken wordt haar zo bespaard.

De wens van de bewoner over zijn of haar levenseinde hoort leidend te zijn. Als de bewoner niet meer kan beslissen, hoort men af te gaan op de aanwijzingen van familie of zorgverleners. In een kleinschalige woonvorm zijn contacten tussen bewoner en zorgverlener vaak intenser dan in traditionele verpleeg- en verzorgingshuizen. Het is belangrijk dat wensen van bewoners omtrent hun levenseinde zorgvuldig worden vastgelegd en door verschillende zorgverleners worden bevestigd.

Alleen wanneer aan die voorwaarden is voldaan, kunnen verantwoorde beslissingen in de laatste levensfase worden genomen. Alle betrokkenen horen hiervan op de hoogte te zijn. Zo kon mevrouw Bulters na enige tijd niet meer eten vanwege verminderde darmassage door tumor en obstipatie. Het geven van parenterale voeding en vocht kan tijdelijk verlichting geven, maar daar wordt toch van afgezien. Het toedienen van vocht en voeding zouden het leven van mevrouw Bulters onnodig verlengen en de kans op pijn en benauwdheid daardoor doen toenemen.

Eenmaal genomen beslissingen kunnen worden herroepen als de omstandigheden veranderen. Daarom is het belangrijk dat verzorgenden steeds het effect van behandeling en zorg in kaart brengen. De behandeling van pijn met morfine kan bijvoorbeeld goede pijnbestrijding bieden, maar het kan ook gepaard gaan met onaangename bijwerkingen voor de bewoner, zoals sufheid of verwardheid. Dan moet worden gekeken of andere pijnmedicatie mogelijk is, of dat men kiest voor een andere toedieningsweg (bijvoorbeeld subcutaan met een pompje).

Zorg voor medebewoners en naasten

De zorg voor een bewoner van een kleinschalige woonvorm in de laatste levensfase kan zorgen voor een aantal specifieke problemen. De zorg voor medebewoners vergt bijzondere aandacht en vaardigheden. Kleinschalig wonen impliceert een grotere mate van sámen leven, dus ook van sociale intimiteit. De achteruitgang en het overlijden van een bewoner kan voor de medebewoners een bron zijn van medeleven, zorg en verdriet. De situatie kan ook leiden tot onrust en angst, soms zelfs afgunst als de zieke veel zorg en aandacht krijgt en meer bezoek ontvangt. Het is goed om over deze emoties met hen te spreken of andere (kunstzinnige) vormen te zoeken om gevoelens tot uitdrukking te brengen.

Zorgverleners en naasten is er soms veel aan gelegen om de ongeneeslijk zieke bewoner van een kleinschalige

woonvorm tot het overlijden 'thuis' te verzorgen. In de meeste gevallen zal dat ook mogelijk zijn, maar steeds moet worden beoordeeld en besproken of aan de zorgbehoeften van de bewoner kan worden voldaan. In een aantal gevallen ontbreekt het de verzorgenden in de kleinschalige woonvorm aan de nodige deskundigheid om complexe problemen en interventies aan te kunnen. Het tijdelijk inhuren van extra en meer deskundig personeel is, mede op grond van financiële overwegingen, niet altijd mogelijk. In veel gevallen wordt vergeten dat zorgverleners, zowel artsen, verzorgenden als andere zorgverleners, gratis gebruik kunnen maken van lokale of regionale Palliatieve Consultatie Teams. Deze multidisciplinaire teams nemen de zorg niet over, maar ondersteunen de zorgverleners met advies over bijvoorbeeld diagnostiek, het nemen van verantwoorde beslissingen, en het plannen en uitvoeren van zorg en behandeling. Voor adressen en telefoonnummers in de regio kan de website van het lokale Netwerk Palliatieve Zorg worden geraadpleegd (zoek op netwerkpalliatievezorg.nl).

Mantelzorgers

Mantelzorgers, zoals de dochter van mevrouw Bulters, verlangen naar waardering en (h)erkenning voor hun rol en kennis. Ook blijkt uit onderzoek dat mantelzorgers behoefte hebben aan informatie en betrokken willen worden bij de beslissingen rond het levenseinde. Daarnaast hebben zij behoefte aan steun bij het uitvoeren van zorgtaken en het omgaan met hun gevoelens. Ook in de kleinschalige woonvorm is betrokkenheid van mantelzorgers bij de palliatieve zorg voor een bewoner belangrijk. De aanwezigheid van meerdere mantelzorgers gedurende meer dan de gebruikelijke uren kan het dagelijks ritme van medebewoners verstoren. Verzorgenden zouden de mantelzorgers hiervoor begrip moeten vragen, en ook ondersteuning moeten bieden aan de medebewoners.

Bijzondere aandacht moet worden gegeven aan de rol van de mantelzorgers wanneer de zieke is overleden. Het is wenselijk dat familieleden dan worden uitgenodigd om de laatste zorg voor hun dierbare op zich te nemen. De dochter van mevrouw Bulters wilde dit graag en vroeg daarbij de hulp van een verzorgende die een bijzondere relatie met haar moeder had opgebouwd. ■

Paul Vogelaar is verpleegkundig expert palliatieve zorg en pijn bij Lux Nova, palliatieve zorg & training. Tevens is hij coördinator van het Netwerk Palliatieve Zorg Oost-Veluwe en zzp'er in de zorg en het onderwijs.

Reni de Boer, ambassadeur van MS Research:

‘Zorgpersoneel en patiënten moeten elkaar respecteren’

Reni de Boer won in 2007 de Mis(s)verkiezing voor jonge vrouwen met een handicap. Een jaar lang zette zij zich vervolgens in voor een betere positie van gehandicapten en zieken in de maatschappij. In 2008 werd zij ambassadeur van MS Research. Op haar 24e kreeg ze de diagnose MS gesteld. ‘Gezondheid wordt enorm overschat.’

Tekst Nicole Mulders Foto Hielco Kuipers



Wat doet MS Research?

‘De organisatie stimuleert en financiert wetenschappelijk onderzoek naar MS.

Er is nog veel onduidelijk over de oorzaken van MS, een afwijking aan het centrale zenuwstelsel. De wetenschap komt achter steeds meer feiten. Zo blijkt dat mensen die, zoals ik, ver van de evenaar wonen een veel grotere kans op de ziekte hebben dan die er dichterbij wonen. Er wordt gedacht aan een tekort aan vitamine D en een gebrek aan zonlicht.

Diagnosticeren is inmiddels makkelijker geworden; genezing

is nog niet mogelijk. Veel mensen dachten trouwens bij MS eerst aan een spierziekte. De grotere bekendheid die de ziekte heeft gekregen, is goed voor het verwerven van fondsen.’

Hoe confronterend is het je in te zetten voor een organisatie die jouw eigen gezondheid aangaat?

‘Het is continu een afweging tussen het doel van de organisatie en mijn eigen grenzen. Ik geef voorlichting over mijn eigen ervaringen. Het is confronterend te praten over je eigen ziekte en er vragen over te beantwoorden. Je wilt je ziekte eigenlijk zo klein mogelijk houden, terwijl ik er nu juist mee onder de aandacht kom. Maar ik ben er inmiddels aan gewend. Ik weet ook dat mensen een verhaal eerder oppikken als een ervaringsdeskundige erover vertelt. En ik vind het belangrijk dat mensen begrijpen wat MS is. Wat wij nog wel kunnen, en wat niet meer. Het werk voor MS Research weegt zwaarder dan de energie die het me kost. Anderen kunnen er baat bij hebben, maar ik doe het toch vooral ook voor mezelf, moet ik bekennen.’

Hoe vind je de balans tussen jouw gezondheid en je werkzaamheden?

‘Ik besteed veel energie aan MS Research. Daarnaast deel ik mijn ervaringen ook via andere organisaties (waaronder de MS Vereniging Nederland) met lotgenoten. Dat is heftiger, omdat je veel contact hebt met anderen die dezelfde ziekte als jij hebben. Dat gaat emotioneel meer de diepte in.

Ik denk dat ik de balans heb gevonden. Het fijne is dat ik bij MS Research niet fulltime hoeft te werken, en ik kan aangeven welke opdrachten ik wil oppakken.

Toen ik de Mis(s)verkiezing won, studeerde ik kunstgeschiedenis. Ik dacht dat ik dat ambassadeurschap met mijn studie kon combineren, maar ik kwam er al snel achter dat het te veel energie van me vergde. Mijn studie heb ik stopgezet – een lastige keuze – om me voorledig te wijden aan voorlichting over MS. Het mooie is dat ik ergens bewust voor kies, terwijl ik veel leeftijdgenoten aan zie rommelen.'

Welke invloed heeft MS op je leven?

'De diagnose is op mijn 24e gesteld, maar vanaf mijn 17e had ik al klachten. Men dacht eerst aan ME. Later werd de diagnose MS gesteld. Lastig voor me. Het gaf een dubbel gevoel. Ik wist dat er voor MS een behandeling mogelijk was, terwijl dat bij ME moeilijker ligt. Maar ik had wel te maken met een totaal ander toekomstperspectief, omdat de ziekte niet te genezen is. Ik zit er voor altijd aan vast. Maar ik beseft ook dat een negatieve houding niets zou veranderen.

Het vervelende is dat ik veel energie tekortkom, en daardoor niet een hele dag inzetbaar ben. Daarnaast heb ik minder gevoel in mijn vingers en mijn voeten. Ik heb geen goede coördinatie. Soms laat ik mijn pen uit mijn handen vallen, omdat ik er geen grip op heb. Buitenshuis rijd ik in een rolstoel. Ook een verandering.

Het voordeel is dat mijn man niet sportief is. Net zomin als ik. Hij zal me nooit over willen halen eens samen een rondje te gaan hardlopen. Toch heeft de ziekte een mooie plaats in mijn leven. Ik weet dat ik beperkter ben. Veel belangrijker vind ik dat ik een lieve man heb – die veel in huis doet – en lieve ouders. Als ik er doorheen zit en hen bel, komen ze altijd met oplossingen. Dat is super. Liever deze situatie mét ziekte, dan gezond en eenzaam. Gezondheid wordt enorm

De Boer & MS Research

Sinds 2008 is De Boer ambassadeur van MS Research. Ze won in 2007 de Mis(s)verkiezing en was een jaar lang Ambassadeur Onbeperkt Nederland. De Boer is naast haar werk voor MS Research afgevaardigde voor Nederland van de internationale MS-federatie MSIF. Zij is freelancer en adviseur op het gebied van gehandicaptenbeleid.

Onzekerheid over Zamboni

De laatste tijd is de Italiaanse vaatchirurg Zamboni veel in het nieuws geweest. Volgens hem is MS het gevolg van vernauwingen in het vaatstelsel. Door behandeling daarvan zouden MS-aanvallen kunnen verminderen. Een andere visie dan tot nu toe gangbaar is. Reni de Boer reageert nuchter op het nieuws en wacht eerst het onderzoek af dat de Vrije Universiteit Amsterdam – met wereldwijd een goede naam op het gebied van onderzoek naar MS – hier momenteel naar uitvoert. Een houding waar veel MS-deskundigen achter staan. De Boer: 'Ik wil eerst meer onderzoek. Het is ook een kwestie van zelfbescherming. Als ik te veel hoop op ontwikkelingen die nog in de kinderschoenen staan, kan ik makkelijk teleurgesteld raken.'

overschat. Ik ben gelukkig, en denk regelmatig: "Als dit alles is, red ik me wel." Door mijn opvoeding heb ik veel veerkracht meegekregen, waar ik nu baat bij heb. Ik ben ook nooit boos geweest dat mij dit is overkomen. Want waarom zou een ander het wel moeten krijgen en ik niet? Hoogstens ben ik wel eens boos op mijn lichaam. Dat er een lichaamsdeel uitvalt. Dat mijn voeten niet doen wat ik ze vraag. Maar verder: een beperking zit niet in je lichaam, maar meer in de mogelijkheden die je hebt, bijvoorbeeld om fatsoenlijk met het openbaar vervoer te reizen.'

Hoe kijk je naar zorgpersoneel?

'Ik heb verschillende keren in het ziekenhuis gelegen omdat ik een aanval had. Die is met prednison bestreden. Ik heb een enkele keer de ervaring met artsen gehad dat zij bepaalden wanneer ik op een afspraak voor bijvoorbeeld fysiotherapie moest komen, terwijl ik ook een agenda met afspraken heb. Daar mogen ze meer rekening mee houden. Met verzorgenden heb ik enkel goede ervaringen. Ik denk dat het belangrijk is je als patiënt onafhankelijk te voelen, ondanks je ziekte. Daardoor kun je je eigenwaarde houden. Zorgpersoneel moet niet te veel betuttelen. Moet jou als gelijke behandelen. Misschien heb ik het voordeel dat ik mondig ben. Dat ik de nodige informatie wel te horen krijg. Ik denk dat we respect voor elkaar moeten hebben. Want ik begrijp ook dat verzorgenden met hun drukke werkschema's niet altijd tijd hebben voor een persoonlijk praatje. Een lastige situatie voor hen.'

Kennisquiz

Wat weet jij?

Kies steeds 1 van de 4 antwoorden. Vul je oplossing, bijvoorbeeld ABCD, in op www.tvvonline.nl of stuur hem voor 4 mei 2010 per post naar Redactie TvV, Kennisquiz 4, Postbus 10208, 1001 EE Amsterdam. Onder de goede inzendingen verloten we bovenstaande prijzen.

Kies je prijs
* TvV
winkelwagenmuntjes
* De wijnalmanak
* Lavinchi

1) Hoe heet het bureau waarvan de recepten op bladzijde 10 t/m 15 afkomstig zijn?

- A Mister Cookie
- B Mister Beans
- C Mister Delicious
- D Mister Kitchen

2) De afkorting TIA staat voor ...

- A Transient Ischaemic Attack
- B Transient Inert Attack
- C Transport Interest Attack
- D Time Intuitive Attack

3 Bij welke organisatie werkt Anne Marie Vaalburg (verantwoordelijk voor de site zorgleefplanwijzer.nl)?

- A V&VN
- B Actiz
- C Sting
- D LEVV

4 Reni de Boer is ambassadeur voor ...

- A MS Onderzoek
- B MS Fonds
- C MS Vereniging
- D MS Research

WWW.TVVONLINE.NL

Speel de kennisquiz online:
www.tvvonline.nl/nahetwerk/kennisquiz.php

Daar zijn ze weer



Wegens groot succes herhaald: de exclusieve winkelwagenmuntjes van TvV! Deze muntjes zijn razend populair onder de verzamelaars. Met de speciale winkelwagenmunt van het Tijdschrift voor Verzorgenden, kun je een nieuw exclusief exemplaar aan je verzameling toevoegen.

TvV verloot 20 x 2 exclusieve winkelwagenmunten onder de goede inzenders van de kennisquiz.

Wijntje erbij?



Een wijntje gaat er altijd in, al helemaal als hij scherp geprijsd is. Voor de wijnliefhebbers heeft wijnschrijver Harold Hamersma ook dit jaar de beste wijnen onder 5 euro,- geselecteerd.

In de speciale jubileumeditie is niet alleen een selectie gemaakt van de beste wijnen onder vijf euro, ook proefde en beschreef Hamersma een groot aantal opvallende en vooral lekkere mousserende wijnen. Champagnes, cavas, prosecco's, sekt, crémants en sparklings.

De Wijnalmanak 2010. Harold Hamersma. € 13,99.

ISBN: 978 90 475

1067 3. Uitgeverij:

U n i e b o e k /

Spectrum. [www.](http://www.unieboekspec-)

[unieboekspec-](http://www.unieboekspec-)

[trum.nl](http://www.unieboekspec-).

TvV mag vijf exemplaren van dit spannende boek weggeven. Winnen? Doe dan de quiz!



Relax, take Lavinchi

Ben je gespannen na een dag of nacht werken? Met de aromatherapie van Lavinchi kom je weer helemaal bij. We kennen lavendel allemaal om haar rustgevende werking. De hoge concentratie lavendel zorgt ervoor dat je maar weinig olie nodig hebt om de kalmerende werking te ervaren. Kijk voor meer info op www.chi.nl

TvV mag drie pakketjes t.w.v. € 10,95 verloten onder de goede inzenders van de kennisquiz.

Colofon

Tijdschrift voor Verzorgenden (TvV) is het vakblad voor verzorgenden IG, verzorgenden en helpenden, werkzaam in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg en kraamzorg. TvV is een gemeenschappelijke uitgave van Elsevier Gezondheidszorg en de Stichting Publikaties voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (SPVV).

Hoofdredacteur
Ralf Beekveldt

Adjunct-hoofdredacteur
Stan Verhaag

Eindredacteur
Dirk de Rover

Tekstcorrecties
Marijn Mostart

Redactiecoördinator tvonline.nl
Esther van Heeswijk, tel. 020 515 9714
e-mail: esther.van.heeswijk@reedbusiness.nl

Webredacteur
Rhijja Jansen, tel. 020 515 9713,
e-mail: rhijja.jansen@reedbusiness.nl

Redactieadres
Tijdschrift voor Verzorgenden, Elly van Zwol, Postbus 10208,
1001 EE Amsterdam, tel. 020 - 520 60 67, fax: 020 - 520 60 61,
e-mail: redactie.tvv@y-publicaties.nl

Aan dit nummer werkten mee:
Ronald Geelen, Rhijja Jansen, Mister Kitchen, Goedele Monnens, Nicole Mulders, Hanneke van Veen, Stan Verhaag, Paul Vogelaar, Betty van Wijngaarden

Redactieraad
Lucia van Milaan, Marike van Nieuwamerongen,
Sietske Posthuma, José de Reus, Gerrie Strijbosch

Advertenties
Arlan van der Velden en Nick Konings, tel. 010 - 409 05 88,
e-mail: Elseviergezondheidszorg@crossadvertising.nl

Marketing
Linda van der Wel, tel. 020 515 9787, e-mail: Lindavander.Wel@reedbusiness.nl

Direct Marketing
Tel. 0314 - 34 97 25, e-mail: portfoliosales@reedbusiness.nl

Uitgeverij
Elsevier Gezondheidszorg, onderdeel van Reed Business

Uitgever
Ben Konings

Adres SPVV
Postbus 3135, 3502 GC Utrecht (niet voor abonnementen,
advertenties of redactionele inhoud)

Druk
Senefelder Misset, Doetinchem

Abonnementen
Abonnementen lopen automatisch door, tenzij uiterlijk 30 dagen voor de vervaldatum bij onze klantenservice wordt opgezegd via telefoonnummer 0314-358358. Kies de optie "vraag over het abonnement" en vervolgens de optie "abonnement opzeggen". Ook voor informatie over uw lopende abonnement kunt u contact opnemen met onze klantenservice.

Abonnementsprijzen
Per jaar, inclusief btw: **Particulieren** € 65,00 **Instellingen** € 158,00 **Studenten** € 30,50 **Proefabonnement** € 7,95 **Buitenlandse abonnees** € 92,75 **Losse nummers** € 6,40. Bij betalen via acceptgiro wordt € 2,50 (incl. btw) aan kosten in rekening gebracht.

Klantenservice
Postbus 808, 7000 AV Doetinchem, telefoon: 0314 - 35 83 58 (ma. t/m vr. 8.30-17.00). fax: 0314 - 34 90 48,
e-mail: klantenservice@reedbusiness.nl

Wet Bescherming Persoonsgegevens
Je gegevens kunnen worden gebruikt voor het toezenden van informatie en/of speciale aanbiedingen door Reed Business Information en speciaal geselecteerde bedrijven. Heb je hier bezwaar tegen stuur dan een brief naar Reed Business Information, t.a.v. Adresregistratie, postbus 808, 7000 AV Doetinchem.

ISSN 0921 - 5832

TvV op proef?

Voordelig kennismaken?
Tijdelijk krijg je drie nummers
voor **€7,95**.
Bel 0314 - 35 83 58.



*'Dankzij TVV
blijft ik mij ontwikkelen
in mijn vak'*

**NU 3 NUMMERS
VOOR €7,95**



OOK LEUK OM CADEAU TE GEVEN!

Abonnement stopt automatisch

Voor bestellen bel met 0314 - 358 358 of ga naar
www.tvvonline.nl/abonneren