

Kinder

verpleegkunde



*Communicatie
met baby's*



BETER IN GESPREK

ouders vertellen

PALLIATIEVE ZORG VANUIT VERBINDING

Gevraagd:

Collega's voor het Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

Fulltime/parttime

Het Erasmus MC is een uiterst veelzijdig Universitair Medisch Centrum. Waar onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg zijn samengebracht. Waar samenwerking, initiatief en resultaatgericht werken passen bij de ambities van het Erasmus MC. Beter worden.

Hand in hand



DE AFDELING in het Moeder & Kind Centrum van het Erasmus MC-Sophia werken alle benodigde afdelingen en disciplines samen om de (ernstig zieke) pasgeborene en de, al dan niet ernstig zieke, moeder zo goed mogelijk te behandelen. Het gaat hierbij om de afdelingen Verloskunde, IC Neonatologie, Kinder IC en High Care Kindergeneeskunde.

Het werken in een academische setting biedt veel mogelijkheden om een actieve bijdrage te leveren aan de (verpleegkundige) ontwikkelingen. Daarnaast bieden wij je onder andere een eigen budget voor persoonlijke ontwikkeling en een eindejaarsuitkering van 8,3%. Ook zijn er mogelijkheden tot een opleiding op maat, op basis van aan te tonen eerder verworven competenties. De arbeidsvoorwaarden zijn conform de CAO Universitair Medische Centra (UMC).

ICN verpleegkundigen

(zowel gediplomeerd ICN verpleegkundigen, als kandidaten voor de opleiding)

Je verleent intensieve verpleegkundige zorg en begeleiding aan pasgeborenen en hun ouders. Je bent werkzaam binnen een multidisciplinair team en levert een actieve bijdrage aan verpleegkundige ontwikkelingen.

Vacaturenummer: 08.09.10.CS (indien gediplomeerd)

Vacaturenummer: 08.10.10.CS (indien opleiding)

IC Kinderverpleegkundigen

(zowel gediplomeerd ICK verpleegkundigen, als kandidaten voor de opleiding)

Je verleent zorg en begeleiding aan kinderen die levensbedreigend ziek kunnen zijn waarbij één of meerdere vitale functies bewaakt worden. De begeleiding van ouders vormt een belangrijk onderdeel van het werk.

Vacaturenummer: 13.02.10.CS (indien gediplomeerd)

Vacaturenummer: 13.01.10.CS (indien opleiding)

(HC) Kinderverpleegkundigen

(zowel gediplomeerd HC kinderverpleegkundigen, als kandidaten voor de opleiding)

Je verleent zorg en begeleiding aan kinderen en hun ouders. Je neemt actief deel aan verpleegkundige ontwikkelingen en je levert een actieve bijdrage aan het opleiden van leerling verpleegkundigen en cursisten van de specialistische vervolgopleiding.

Vacaturenummer: 10.03.10.CS

INLICHTINGEN Meer informatie over de afdeling en de volledige functiebeschrijvingen vind je op www.erasmusmc.nl/werkenbij. Je kunt ook contact opnemen met Thijs Looren de Jong, adviseur P&O, telefoon (010) 703 6084, e-mail: m.loorendejong@erasmusmc.nl.

SOLLICITATIE Je motivatiebrief en curriculum vitae kun je richten aan Erasmus MC, clusterbureau cluster Sophia, t.a.v. dhr. M. Looren de Jong, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam, onder vermelding van het van toepassing zijnde vacaturenummer.

Acquisitie naar aanleiding van deze advertentie is niet gewenst.

WWW.ERASMUSMC.NL/WERKENBIJ

Schrijf je in voor een congres!



Foto: Erik Kottier

VAN DE BESTUURSTAFEL...

Ben jij al ingeschreven voor een van de nationale of internationale congressen? Zo niet, dan zijn er nog een aantal mogelijkheden. Door uitstekende verpleegkundige samenwerking tussen de Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE) en de European Society of Paediatric & Neonatal Intensive Care (ESPNIC) vindt op zaterdag 23 oktober voor het eerst de Europese Congresdag Pediatrie plaats. Deze dag valt binnen een meerdaags congres in Kopenhagen waar artsen, onderzoekers en verpleegkundigen relevante ontwikkelingen delen, gericht op zorg en behandeling van het zieke kind. Informatie kun je vinden bij onze fractie internationale betrekkingen of via www.espnice.de. Als bestuur van de afdeling Kinderverpleegkunde zijn we trots dat onze fractie internationale betrekkingen zich inzet voor deze nieuwe kansen. Daarnaast mogen we melden dat onze eigen leden een aantal presentaties zullen verzorgen. Inschrijven is nog mogelijk! Heb je meer interesse in contacten van eigen bodem, dan is er het lustrumcongres V&VN op 8 februari 2011 in Utrecht. Dit unieke geaccrediteerde congres voor verpleegkundigen en verzorgenden biedt een dag vol workshops, specialisaties en ontmoetingen met vakgenoten. Voor meer informatie en registratie kun je terecht op www.venvncongres.nl. Door dit grootse evenement, in het kader van het vijfjarig jubileum van V&VN, zal het congres Kinderverpleegkunde iets later plaatsvinden dan jullie van ons gewend zijn. Houd er voor de cursusplanning 2011 rekening mee dat het Kinderverpleegkunde congres in de Reehorst op 6 juni 2011 wordt georganiseerd. Graag wil ik jullie op de hoogte brengen van een belangrijk advies omtrent het veilig inbrengen van een maagsonde. Naar aanleiding van uitspraken van het Centraal Tuchtcollege over een casus met foutplaatsing van een maagsonde, hebben V&VN en LEVV een landelijk advies uitgebracht. Op basis van beschikbare literatuur, en in afwachting van een landelijke evidence based richtlijn, wordt aanbevolen voor het controleren van de maagsonde zowel het opzuigen van aspiraats als het bepalen van de pH-waarde uit te voeren. Het volledige advies is per mail gestuurd naar alle leden en tevens terug te vinden op onze website.

Als bestuur vragen we jullie deze belangrijke aanpassing door te voeren in de eigen afdelingsprotocollen.

Ondanks de rustige zomerperiode zijn er vanuit het bestuur nog mooie ontwikkelingen te melden. Allereerst heeft onze samenwerking met Augéo Foundation vruchten afgeworpen en is er een zeer betaalbare e-learningmodule voor het herkennen van kindermishandeling ontwikkeld. Voor meer informatie en aanmelding moet ik jullie weer naar een website verwijzen: thenextpage.nl. Daarnaast heeft zich al een aantal collega's opgegeven om mee te denken met de andere afdelingen over de nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen. Wij zoeken nog kinderverpleegkundigen voor de data 8 september, 26 oktober, 3 november en/of 17 november. Wil je participeren bij de rondetafelgesprekken over jouw beroepsprofiel voor de toekomst, laat het mij dan even weten.

Mag ik jullie alvast van harte uitnodigen voor onze jaarlijkse afdelingsvergadering Kinderverpleegkunde? We hopen dat steeds meer van onze beroepsgenoten jaarlijks aanschuiven bij deze vergadering, zodat we met elkaar de richting van de beroepsvereniging vormgeven. Eind 2010 willen we weer een meerjarenbeleid hebben staan. Als bestuur willen we samen met onze leden bepalen wat de komende jaren de speerpunten voor kinderverpleegkunde moeten zijn. Neem daarom zeker even de tijd om op 11 oktober van 18 tot 20 uur naar het TweeSteden Ziekenhuis, vestiging Tilburg, te komen. Zoals je ziet is de vergadering op tournee! Laat ons weten als we voor najaar 2011 op jouw afdeling welkom zijn.

Tot de volgende bestuurstafel, ik houd jullie graag op de hoogte...

Ilse van Haren
Voorzitter V&VN Kinderverpleegkunde

RedACTIONEEL

COMMUNICEREN KAN JE LEREN

In de communicatie van baby's zit een natuurlijke logica. Die logica blijkt van grote waarde in de omgang met baby's. Als een baby ziek is, vindt er vaak minder communicatie plaats omdat de ouders het kind niet onnodig willen belasten. Een baby kan hierdoor teruggetrokken raken. Terwijl niet alleen baby's rust vinden door communicatie, maar ook hun ouders. Bertine de Mulder is (medisch) pedagogisch medewerker in het LUMC. Zij beschrijft in het openingsartikel de basisprincipes van babycommunicatie. Belangrijke vragen zijn: wat ervaart de baby? Hoe kan de baby daar uitdrukking aan geven en hoe kan de communicatie met de baby het beste verlopen? Als verpleegkundige is het mogelijk om ouders van (zieke) baby's hier echt mee te helpen. Je kunt hier meer over lezen op pagina 8 in dit nummer.

Een ander voorbeeld van het belang van communicatie is het artikel op pagina 12 waarin Elke de Quay vertelt over haar negenjarige dochter Floor die een meervoudig complexe handicap heeft. Tijdens de zoektocht naar een mogelijke behandeling en naar een diagnose, heeft Elke veel ervaring opgedaan in het communiceren en samenwerken met (en tussen) medisch professionals. Vanuit deze ervaringsdeskundigheid heeft zij het bureau Beter in Gesprek opgericht.

Op pagina 18 en 19 vind je trouwens de eerste aflevering van de nieuwe rubriek 'Ouders vertellen'. Hierin vertellen ouders hoe zij de zorg voor hun zieke kind hebben ervaren. Wat was hun ervaring met kinderverpleegkundigen? Wat was er goed en wat kon er beter? In deze aflevering komen Gert en Sandra aan het woord over hoe zij de zorg voor hun te vroeg geboren zoontje Jordi hebben ervaren. Hun ervaringen zijn overwegend positief, maar ze hebben wel een goede tip voor verpleegkundigen: draag de juiste informatie goed over naar andere verpleegkundigen. Zodat ouders niet iedere keer hetzelfde verhaal hoeven te vertellen.

Betty van Wijngaarden

Eindredacteur Tijdschrift Kinderverpleegkunde

P.S. Suggesties voor artikelen zijn altijd welkom op eindredactie_vkv@live.nl

Foto: Erik Kortier



8



Inhoud

8

Openingsartikel: Babytaal

De communicatie tussen baby's en ouders of verzorgers gaat vaak vanzelf goed. Maar zodra de baby ziek is, is er minder communicatie. Ouders van zieke baby's voelen zich, met name in een ziekenhuissituatie, onzeker en willen hun baby rust geven en zeker niet extra belasten. Als er op een juiste manier gecommuniceerd wordt, geeft dit rust voor zowel de ouders als de baby.

12

Beter in gesprek:

Kinderverpleegkundige als bruggenbouwer

Elke de Quay is moeder van de meervoudig gehandicapte Floor. Tijdens de zoektocht naar een mogelijke behandeling en naar een diagnose, heeft Elke veel ervaring opgedaan in het communiceren en samenwerken met (en tussen) medisch professionals. Vanuit deze ervaringsdeskundigheid heeft zij het bureau Beter in Gesprek opgericht.

16

VARS: een meerwaarde in de zorg

In het UMCN oefenen verpleegkundigen jaarlijks moeilijke verpleegsituaties door middel van video geassisteerde simulatietraining, afgekort VARS. Het doel van deze training is het vergroten van de patiëntveiligheid. Kinderoncologie-verpleegkundige Jolanda Bryan vertelt hoe dit in zijn werk gaat.

18

Ouders vertellen

In deze rubriek vertellen ouders hoe zij de zorg voor hun zieke kind hebben ervaren. Wat was hun ervaring met kinderverpleegkundigen? Wat was er goed en wat kon er beter? Dit keer vertellen Gert en Sandra hoe zij de zorg voor hun te vroeg geboren zoontje Jordi hebben ervaren.



22



30

20

Palliatieve zorg vanuit verbinding

Uit onderzoek blijkt dat in Nederland jaarlijks ongeveer 4.200 kinderen enige vorm van palliatieve zorg behoeven. In de handreiking 'Als kinderen niet beter worden. Palliatieve zorg vanuit verbinding' wordt vanuit een informatieve en sociaal agogische invalshoek aandacht besteed aan deze bijzondere vorm van zorg voor kinderen die niet (meer) beter kunnen worden.

22

Ouders en een ernstig ziek kind

Ouders met een langdurig ziek kind komen onder immense stress te staan. In dit praktijkvoorbeeld lees je hoe de ouders van de vijftienjarige Davey omgaan met zijn lymfklierkanker. Hoe hanteren ze de verschillen in hun 'coping mechanismen'? Hoe reageert de omgeving en op welke steun kunnen ze rekenen?

26

Zusterorganisaties stellen zich voor

Weten onze leden welke nieuwe ontwikkelingen er zijn bij de collega- deskundigheidsgebieden? V&VN Afdeling Kinderverpleegkunde, Fractie Jeugdverpleegkunde en Afdeling Verloskunde Gynaecologie & Obstetrie (VOG) stellen zich in elkaars tijdschriften aan elkaar voor.

28

FIB: Congres Johannesburg en Kopenhagen

In Johannesburg vond begin augustus het congres van de IPA (International Pediatric Association) plaats, waar interessante lezingen werden gehouden. Op het ESPNIC (European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care) congres, dat eind oktober in Kopenhagen plaats zal vinden, staat een aparte dag voor kinderverpleegkundigen gepland.

30

Ontwikkelingsgerichte zorg

Ontwikkelingsgerichte zorg is zorg gericht op de ontwikkeling van het kind door aanpassing van licht, geluid, benadering, omgeving en participatie van de ouders. Het is niet meer weg te denken op de afdeling neonatologie. Het is een manier van benaderen die veel goed doet voor de zieke of te vroeg geboren baby; daarvan zijn neonatologie-verpleegkundigen al overtuigd.

32

Vakontwikkeling: Magneetziekenhuizen

Werken in de zorg moet aantrekkelijker gemaakt worden. Zo kunnen de grote tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden opgevangen worden. Het uit Amerika overgewaaid magneetconcept, hier bekend als Excellente Zorg, zou hiertoe een hulpmiddel kunnen zijn.

En verder

3

Column Van de bestuurstafel

6

Gesignaleerd en Vakagenda

29

Column Ingrid Vonk

35

Colofon

GESIGNALEERD

Hieprikscreening cystic fibrosis

De tijd is rijp om cystic fibrosis (taaislijmziekte) op te nemen in de hieprikscreening bij pasgeborenen. Dat zegt de Gezondheidsraad in het advies 'Neonatale screening op cystic fibrosis' aan het ministerie van VWS. In 2005 constateerde de Gezondheidsraad al dat screening op cystic fibrosis gezondheidswinst zou opleveren maar het wachten

was toen nog op toereikende screeningsmethoden. Uit het CHOPIN-onderzoek (Cystic fibrosis Hiepriks Onderzoek bij Pasgeborenen in Nederland) blijkt dat er inmiddels een goede teststrategie beschikbaar is, aldus de Gezondheidsraad.

Bron: Tijdschrift voor verpleegkundigen

Mogelijk toch vier kinderkhartcentra

Het ministerie houdt de mogelijkheid open dat er toch vier kinderkhartcentra open blijven. Dat stelt een woordvoerder van VWS. Daarmee wijkt het ministerie van VWS af van het advies van de Commissie Lie waar het vorig jaar nog strak aan vast hield.

Minister Ab Klink van VWS besloot vorig jaar juli ook een vierde kinderkhartcentrum, het centrum in Utrecht, een tijdelijke vergunning te geven. Dat deed hij na protesten van de Patiëntenvereniging voor Aangeboren Hartafwijkingen, de handtekeningactie van hartpatiëntje Sven en een debat in de Tweede Kamer.

Klink stelde eind 2011 wel naar drie kinderkhartcentra te willen concentreren, zoals Lie adviseerde. Aanvankelijk stond hij alleen de centra in Rotterdam, Leiden en Groningen toe om open te blijven.

Het ministerie geeft nu aan begin 2012 een beslissing te

willen nemen. Daarvoor zal het de aanbeveling van de Begeleidingscommissie volgen. Die is speciaal door Klink ingesteld om naar bredere kwaliteitseisen te kijken, dan alleen de kwantiteitsnormen die de Commissie Lie adviseerde. Woordvoerder Lilian Jansen van VWS: "Misschien dat we beslissen dat er toch meer centra open kunnen blijven dan drie. De Begeleidingscommissie moet kijken wat verantwoord is." De chirurgen van de vier kinderkhartcentra hebben bij de Begeleidingscommissie aangegeven dat ze de gehanteerde minimumnormen achterhaald vinden. Met minder ingrepen zou de kwaliteit ook gewaarborgd kunnen worden en dan kunnen er wellicht vier centra open blijven.

Ook wil het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein bepaalde interventies bij volwassenen met congenitale hartafwijkingen blijven uitvoeren, zoals de instelling nu al doet. Minister Klink wilde vorig jaar ook de volwassenenzorg bij de kinderkhartcentra onder brengen.

Bron: Bijzijn

Baby's ook gevaccineerd tegen hepatitis B



Baby's worden met ingang van 2010 ook gevaccineerd tegen hepatitis B. Er komt geen inhaalcampagne voor vaccinatie aan

twalfjarigen, wat door de Gezondheidsraad wel was geadviseerd. Dat staat in een brief van minister Klink aan de Tweede Kamer.

Minister Klink van VWS wijkt af van het advies van de Gezondheidsraad om een inhaalcampagne aan te bieden, omdat de mogelijke gezondheidswinst van een jarenlange inhaalcampagne niet opweegt tegen de logistieke inspanningen die hiervoor nodig zijn.

Op dit moment krijgen alleen baby's met een verhoogd risico op hepatitis B een vaccinatie via het Rijksvaccinatieprogramma aangeboden. Dit zijn kinderen met een moeder met een chronische hepatitis B-infectie, kinderen van wie ten minste één ouder afkomstig is uit een land waar de ziekte vaak voorkomt en kinderen met het Syndroom van Down.

De algemene vaccinatie wordt voorbereid met het Nederlands Vaccin Instituut en het RIVM. Minister Klink verwacht dat de vaccinatie uiterlijk 1 januari 2012 onderdeel zal uitmaken van het Rijksvaccinatieprogramma.

Bron: Bijzijn

Nieuwe richtlijn over verslaglegging

Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) werkt op dit moment aan een nieuwe Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging. Het is voor het eerst dat een dergelijke richtlijn ook gaat gelden voor

verzorgenden. De richtlijn moet eind dit jaar of begin 2011 klaar zijn. Zie www.levv.nl voor meer informatie.

Bron: Tijdschrift voor Verpleegkundigen

VAKAGENDA

Knuffelscanner

Het Academisch Medisch Centrum (AMC) Amsterdam gaat als eerste ziekenhuis in Nederland gebruikmaken van een zogenaamde knuffelscanner. De internationaal bekroonde Philips Kitten Scanner maakt kinderen spelenderwijs bekend met de scanprocedure met een CT of MR, waar ze vaak erg tegen opzien. Deze creatieve oplossing helpt kinderen op hun gemak te stellen waardoor mogelijk minder kalmerende middelen nodig zijn of onderzoeken opnieuw moeten worden gedaan. De Kitten Scanner is een kleine, gestileerde versie van een echte scanner met een tv-scherm en verschillende speelgoeddieren waarmee kinderen zich kunnen identificeren. Terwijl ze wachten op het geplande onderzoek mogen de kinderen een van de dieren uitkiezen en op het bed van de Kitten Scanner leggen



en het in de scannertunnel schuiven. De ingebouwde RFID-tag activeert een animatie op het tv-scherm. Zo zien de kinderen hoe een echte scanner werkt.

Bron: V&VN Magazine

Zwakker hart na kanker in jeugd

Meer dan een kwart van de jonge volwassenen dat kanker heeft overleefd in de jeugdjaren, kampt met een verminderde hartfunctie. Nederlandse onderzoekers van het Emma Kinderziekenhuis hebben een publicatie in de *Archives of Internal Medicine* gehaald met hun cohortstudie naar deze kinderkankeroverlevers.

Het was al bekend dat kanker in de kinderjaren een hoger risico geeft op ziekte en overlijden op volwassen leeftijd. In dit onderzoek keken de onderzoekers specifiek naar cardiotoxische cytostatica, zoals anthracyclines, cyclofosfamide of ifosfamide en de gevolgen voor de links ventriculaire functie op latere leeftijd. Bij 139 van de 514 geteste personen, dat is 27 procent, was de left ventricular shortening fraction (LVSF) kleiner dan de normaalwaarde van dertig procent. Risicofactoren voor deze verminderde linkerventrikelfunctie zijn jongere leeftijd bij de diagnose kanker, hogere anthracyclinedosis, en bestraling op de thorax. Daunorubicine (Cerubidine) lijkt minder cardiotoxisch dan de andere cytostatica. "Dat zijn alarmerend veel jonge mensen met een verminderde hartfunctie", vinden de onderzoekers uit

het Emma Kinderziekenhuis. Er zijn wel een paar kanttekeningen. De LVSF weerspiegelt een som van verschillende mechanismen. Met een exactere meetmethode was meer bekend geworden over de linker ventrikelfunctie en de conditie van het hart, denken de onderzoekers. Tegenwoordig overleeft zeventig tot tachtig procent van de kinderen met kanker de ziekte. Helaas gaat het vaak samen met hartziekten op latere leeftijd, de sterfte aan hartziekten is zes tot acht keer verhoogd bij deze kankeroverlevers. De onderzoekers weten niet of de jong volwassenen met een lage LVSF later klinische hartziekten zullen ontwikkelen. Daar gaan ze in een volgend onderzoek naar kijken.

Bron: Medisch Contact, Heleen Croonen



V&VN Complementaire Zorg

Er is steeds meer belangstelling voor natuurlijke vormen van zelfzorg, bijvoorbeeld met kruiden, massage en ontspanningsmethoden. Als verpleegkundige met een bredere visie op gezondheid en ziekte heb je oog voor de totale mens: lichamelijk, mentaal, emotioneel, sociaal én spiritueel. V&VN Complementaire Zorg biedt verschillende cursussen aan.

Datum Vanaf 24 september 2010

Waar Verschillende locaties

Meer academie.venvn.nl

Older persons: the future of care

Verpleegkundigen uit alle velden van de zorg komen bij elkaar om hun ervaringen, onderzoeksresultaten en best practices te delen over de zorg aan ouderen. Innovaties, nieuwe ideeën en creativiteit in het denken over de organisatie van de zorg staan op de agenda.

Datum 4-7 oktober 2010

Waar Rotterdam

Meer info www.rotterdam2010.eu

Afdelingsvergadering

De jaarlijkse afdelingsvergadering zal dit jaar op locatie zijn en niet zoals gebruikelijk bij V&VN.

Datum 11 oktober 2010

Waar TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg

Meer info www.vkv.nl

Europees Kinderverpleegkundig Congres

De International Association of Paediatric Nurses organiseert sinds 1998 elke drie jaar een internationaal congres onder auspiciën van de International Pediatric Association (IPA). In 2010 is het IPA congres in Zuid Afrika. Helaas is daar geen plaats voor kinderverpleegkundigen. Nauwe samenwerking tussen de Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE) en de European Society of Paediatric & Neonatal Intensive Care (ESPNIC) heeft geleid tot de organisatie van een eendaags congres.

Datum 23 oktober 2010

Waar Copenhagen

Meer info www.ESPNIC.de

Voor een actueel overzicht van workshops, bijeenkomsten en congressen, zie www.vkv.nl

De natuurlijke logica in de babycommunicatie

BabyTAAL

De communicatie tussen baby's en ouders of verzorgers gaat vaak vanzelf goed. Maar zodra de baby ziek is, is er minder communicatie. Ziek zijn en herstellen vraagt energie. Hierdoor raakt de baby meer in zichzelf gekeerd. Tegelijkertijd maken ouders zich zorgen. Zij voelen zich – met name in een ziekenhuissituatie – onzeker en willen hun baby rust geven en zeker niet extra belasten. Als er echter op een juiste manier gecommuniceerd wordt, geeft dit rust voor zowel de ouders als de baby.

Bertine de Mulder (1956) heeft in 1980 de opleiding HBO-Jeugdwelzijnswerk afgerond in Eindhoven. Sindsdien is zij werkzaam als (medisch) pedagogisch medewerker in het ziekenhuis. Na jarenlange ervaring bij diverse specialismen, afdelingen, en leeftijdsgroepen, kwam zij in 2004 te werken met baby's. De jonge baby (onder de drie maanden) was een nieuwe groep voor haar. Toen ik met jonge baby's ging werken, was mijn kennis en mijn intuïtie mijn leidraad. Maar in de academische setting van het LUMC had ik behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing voor wat ik zag en ben ik op zoek gegaan. Naarmate ik meer inzicht kreeg in de ontwikkeling van baby's, ontdekte ik dat er in de communicatie van baby's een natuurlijke logica zit. Die logica blijkt van grote waarde in de omgang met baby's. Niet alleen de baby's vinden rust, maar hun ouders eveneens.

In dit artikel wil ik jullie meenemen naar de taal van de baby en de basisprincipes van de babycommunicatie. Belangrijke vragen zijn: wat ervaart de baby? Hoe kan de baby daar uitdrukking aan geven en hoe kan de

communicatie met de baby het beste verlopen? Als verpleegkundige kun je ouders van (zieke) baby's hier echt mee helpen.

DE KENNISMAKING BEGINT IN DE BUIK

De eerste kennismaking tussen de baby en de moeder vindt plaats in de buik. Vanaf zestien weken kan de baby horen. Hij hoort de stemmen van de moeder en van de mensen om haar heen. Dit komt gedempt binnen. De baby verblijft comfortabel in het warme vruchtwater en ervaart haar ademhaling en hartslag. Hij wordt daar zachtjes gewiegd tijdens elke stap die de moeder zet. Hij is vertrouwd met haar stem, haar levensritme en haar manier van bewegen. Hij kent zijn moeder en haar omgeving.

HET EERSTE CONTACT NA DE GEBOORTE

De geur is een belangrijk aspect in contact tussen baby en moeder direct na de geboorte. De geur van het vruchtwater is namelijk de geur van de moeder. De nog kwetsbare baby kan vele malen beter ruiken dan volwassenen en is in staat zijn moeder uit duizenden te herkennen. Vanaf het begin reageert de baby eveneens zichtbaar op de stem van de moeder, de vader en de broertjes en zusjes. De baby kan bij de geboorte op een afstand van dertig centimeter goed zien. Dit is – heel functioneel – de afstand van de borst tot het gezicht van de moeder en de afstand waarop

het beste contact wordt gemaakt. De baby kan mondbewegingen nadoen en zo kunnen de eerste 'gesprekjes' ontstaan. Het gesprek begint met oogcontact en concentratie. De stem is een oriëntatiepunt waar de baby zich op richt. Na enkele seconden is een reactie zichtbaar. Dit kan een mondbeweging zijn, een wenkbrauw die wordt gefronst, een handje dat opengaat of een geluidje. Daar ligt het begin van uitwisseling, wisselwerking en ontwikkeling. De baby richt zijn ogen op contrasten in het gezicht, die kan hij goed zien. De baby kan bewegingen nog niet vloeiend volgen. Hij volgt een beweging schoksgewijs met zijn ogen, dit geeft het tempo van de baby aan.

DE ONTWIKKELING VAN DE HERSENEN

Na de geboorte ontwikkelen de hersenen zich in snel tempo verder. In het eerste levensjaar ontwikkelt zich een netwerk van verbindingen tussen de zenuwcellen in de hersenen. De hersenen kunnen in het begin beperkt informatie verwerken en de reactie van de baby is daardoor vertraagd. Door af te stemmen op het tempo van de baby, is hij in staat om onze actie te volgen en de aandacht vast te houden. Een goede afstemming speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling van hersenstructuren die op latere leeftijd een rol vervullen bij gedrag- en emotieregulatie. De eerste drie maanden is de baby nog helemaal op zichzelf gericht: slapen, eten, spelen met de ouder en



Gebruikt een baby 'aah-klanken', dan duidt dat op tevredenheid, er zit 'ja' in.

dan weer slapen. De overgang van de buik naar de wereld daarbuiten is groot. De baby heeft rust nodig om zich te kunnen oriënteren en te wennen. Baby's kunnen zich in de eerste periode niet afsluiten voor prikkels van buiten. Alles komt ongefilterd binnen. Bij te veel prikkels moet de baby zich voortdurend oriënteren; hij wordt stil, verkrampst en het kost hem onnodig veel energie. Deze energie heeft hij eigenlijk nodig om te groeien en te ontwikkelen. Het is van belang dat de omgeving ziet wat de baby nodig heeft. Baby's zijn gevoelig voor sfeer, spanningen en stemmingen. Vanaf drie maanden richt de baby zich op de buitenwereld en gaat hij bewust naar mensen en dingen kijken. Vanaf zes maanden krijgt hij langzaam een stem en is hij steeds beter in staat om duidelijk te maken wat hij wil.

WAT ZEGT DE BABY?

De stem van de ouder is een oriëntatiepunt en brengt sfeer door gebruik van intonaties. De baby wordt gestimuleerd om alert te zijn en te reageren en hij wordt uitgenodigd om te communiceren. Gebruikt een baby 'aah-klanken', dan duidt dat op tevredenheid, er zit 'ja' in. Het zijn prettige geluiden. Gebruikt een baby 'euh-, éh- of né-klanken', dan zit er 'nee' in. Dat is mopperen en een voorstadium van huilen.

HUILEN IS TAAL

Over het algemeen lucht huilen op en helpt het de baby om te ontladen en te verwerken. Het is van belang dat de emotie er mag zijn en wordt ontvangen. Daarmee voelen wij ons als mens gehoord en begrepen. Een baby kan om veel redenen huilen. In alle gevallen voelt hij zich niet lekker en geeft hij uiting aan dat gevoel. Huilen is taal en daarmee is het huilen functioneel. Anderhalf tot twee uur huilen per dag is heel normaal. Het roept natuurlijk wel spanning op bij de ouder of verzorger, want men wil het liefst een tevreden baby. Bijna automatisch ontstaat bij hen de behoefte om de baby op te pakken en te troosten. Als een huilende baby wordt opgepakt, dan wordt de baby (bijna) altijd stil, omdat er actie is en de baby zich daarop moet oriënteren.

“Huilen is taal en daarmee is het huilen functioneel”



Een baby die moe is, reguleert zijn energie door weg te kijken.

De baby heeft een laag tempo en zodoende tijd nodig om te reageren. Als een baby huilt, ga dan naar hem toe, maak contact, praat tegen hem en luister naar wat hij wil zeggen. Het is fijn voor de baby om vastgehouden te worden en te ervaren dat hij mag huilen. Het helpt als de ouder of verzorger rust kan geven als de baby huilt. Wiegen kan het beste gebeuren in het tempo van lopen; de baby werd immers in de baarmoeder gewiegd door de beweging van de heupen tijdens het lopen.

EEN HAND OP DE BUIK EN DE ADEMHALING

Onrustige baby's ademen overwegend hoog en snel. Door de hand op de (onder)buik van de baby te leggen, wordt de aandacht en het gevoel daar naartoe gestuurd. De baby gaat ademen naar dat gevoel en ademt daardoor naar zijn buik. Een buikademhaling is een diepe en rustige ademhaling. De baby wordt daar rustig van. De hand op de buik geeft tevens begrenzing aan de baby en dat geeft een veilig en beschermd gevoel. In de baarmoeder was de baby ook begrensd. Een warme hand op zijn buik werkt tevens als een warme kruik en kan bij buikpijn verlichting geven.

VERMOEIDHEID EN WEGKIJKEN

Een alerte baby zoekt actief oogcontact en heeft daarmee aandacht en wisselwerking. Een baby die moe is, heeft behoefte aan rust. Hij reguleert zijn energie door weg te kijken. Op dat moment verbreekt hij het contact en keert hij zich naar binnen. Zo kan hij zijn energie sparen en weer nieuwe energie opladen. Dit kan van het ene op het andere moment gebeuren. Door dit toe te laten, kan de baby tot rust te komen.

CONTACT TIJDENS HET DRINKEN

De baby is geconcentreerd en rustig tijdens het drinken. Hij is min of meer in zichzelf gekeerd. Het moment van drinken is een moment waarbij hij passief contact heeft. De baby kijkt, maar reageert niet. Het is belangrijk om in een rustige omgeving te voeden.

VERZORGING EN IN BAD

Baby's vinden het heerlijk om in het warme bad te gaan. Daar is hij heel vertrouwd mee, want in de baarmoeder bewoog hij zich in het warme vruchtwater. Bloot en onbeschermd liggen op een aankleedkussen vindt de baby over het algemeen niet prettig. Door de baby met een doek te bedekken, wordt hij rustiger. Op het moment dat de baby aangekleed is, is hij meestal weer ontspannen en tevreden.

SLAPEN

Baby's die op schoot in slaap vallen worden wakker op het moment dat ze in bed worden gelegd. De geur en de warmte van de ouder of verzorger en het ritme van de ademhaling vallen namelijk weg en het bed is koud. Het is van belang om een baby die moe is, wakker in bed te leggen, dan kan hij zichzelf reguleren. Hij kan inslapen en doorslapen. Zo komt de baby toe aan zijn diepe slaap. Voldoende rust is van belang, omdat het energie geeft om te spelen, te eten en daarna gemakkelijk in te slapen. Een uitgeruste baby kan zich zelf reguleren en aangeven wanneer hij moe is en behoefte heeft om te slapen. Rituelen bij het naar bed brengen geven voorspelbaarheid, rust, veiligheid en houvast bij het inslapen.



Een baby die moe is, heeft behoefte aan rust.

- Stop de baby strak in en leg een hand op de dekens op de buik, dit zorgt voor begrenzing. Het vormt een rustpunt en bevordert een rustige ademhaling. Leg een hand op zijn hoofd. Als de baby dat niet wil zal hij letterlijk 'nee' schudden.
- Mijd oogcontact bij het inslapen, want oogcontact is activerend.
- Zing en praat zachtjes tegen de baby. De stem is immers vertrouwd en veilig.
- Bewegen de handen onrustig, geef dan iets om vast te houden, dat biedt letterlijk houvast. In de baarmoeder hield de baby de navelstreng al vast.
- Houd een hand vlak voor de ogen wanneer de ogen moe zijn. Het is voor de baby dan prettig om de ogen te sluiten.
- Mocht de baby na korte tijd weer wakker worden, ga dan terug, maak geen oogcontact en leg de hand op de buik. Praat tegen hem (intonatie omlaag). Dit kan voldoende zijn om door te slapen. Mocht een baby in paniek huilen, neem hem dan op, troost hem en start opnieuw met het ritueel.

**"Bloot en onbeschermd
liggen op een
aankleedkussen
vindt de baby over het
algemeen niet prettig"**

Een baby die oververmoeid is, komt moeilijk in slaap, beweegt onrustig met armen en benen en houdt zichzelf wakker. Het huilen, de paniek, de buikkrampen en slecht drinken nemen toe. Als rust en regelmaat niet

voldoende zijn en een baby zichzelf niet kan reguleren, kan inbakeren een prima keuze zijn om de baby te helpen weer tot zichzelf te komen. Daarna kan het patroon van rust en regelmaat weer hervat worden.

Oog-hand coördinatie

Een aai over de wang is een zachte aanraking en geeft een fijn gevoel. Rondom de mond zitten veel zenuwen. Dit is een gevoelig gebied en heeft te maken met eten en overleven. Wanneer de hand van de baby bij de wang is, dan kan hij zichzelf aaien en sabbelen en zuigen. Hij kan zichzelf daarmee troosten, in slaap helpen en reguleren. Tevens stimuleert en traint de baby zijn mondspieren en oefent hij zijn mondmotoriek. De baby ontdekt zijn handen en gaat er mee spelen. De handen gaan erbij horen.

Wanneer zijn vuistje aan de buitenkant aangeraakt wordt, dan opent de baby zijn hand na enkele seconden.

**"Mijd oogcontact
bij het inslapen, want
oogcontact is activerend"**

Als vervolgens de binnenkant van de hand wordt aangeraakt dan sluit de hand. De baby grijpt en pakt op zijn reflexen en volgt daarbij de bewegingen met zijn ogen. De cirkel van de oog-hand coördinatie is dan rond. De baby heeft dan de mogelijkheid ter beschikking om zelf bezig te zijn en te ontdekken. Overigens betekent een vuist of gesloten hand dat de baby in zichzelf gekeerd is. Een open hand geeft aan dat de baby ontspannen is en openstaat voor de omgeving.

VERWENNEN

Een baby kan niet verwend worden tot een leeftijd van ruim zes maanden, omdat het in die eerste periode gaat om het inwilligen van de basisbehoeften van de baby. De baby is volledig afhankelijk van de volwassene. Het is van belang de baby te volgen, af te stemmen op zijn behoeften en om daar leiding aan te geven.

Door Bertine de Mulder
(medisch) pedagogisch medewerker,
LUMC

Literatuur:

- Blom, R. (2005-2006): Regelmaat brengt rust. Een handleiding voor het bieden van regelmaat, voor spelbaarheid en prikkelreductie.
- Eliëns, M. (2005): Baby's in beeld. Video hometraining en video-interactiebegeleiding van kwetsbare baby's.
- Klaus, H.M. & Klaus, P.H. (2005): Je wonderbaarlijke baby. Wat een pasgeboren kind al kan.
- Miller, A. (1979-2009): Het drama van het begaafde kind. Op zoek naar het ware zelf.
- Solter, A.J. (1998-2007): De taal van huilen. Positief omgaan met huilen en boosheid van baby's en kinderen tot 8 jaar.
- Riksen Walraven, J.M.A. (1981-1996): Inspelen op baby's en peuters. Ontwikkelingsspelletjes.
- Riksen Walraven, J.M.A. (maart 2002): Wie het kleine niet eert... over de grote invloed van vroege sociale ervaringen.
- Verdult "De vroege hechting van baby's" Lezing voor Stichting "De Knoop"



Vanaf drie maanden richt de baby zich op de buitenwereld en gaat hij bewust naar mensen en dingen kijken.

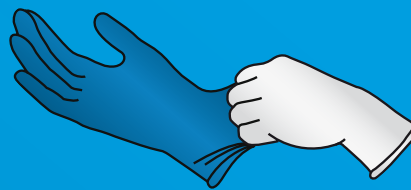


e-Academy veilige ontwikkeling

Verantwoordelijkheid
gaat verder!

The Next Page biedt een **unieke digitale leeromgeving**, speciaal voor professionals die met **ouders en kinderen werken**. Met The Next Page leert u **kindermishandeling signaleren en aanpakken**. De **innovatieve e-modulen** van The Next Page zijn **praktijkgericht, efficiënt en op maat ontwikkeld** voor verschillende beroepsgroepen.

Wilt u onze **gratis digitale nieuwsbrief ontvangen** of meer **informatie over het aanbod** van The Next Page, kijk dan op www.thenextpage.nl en/of stuur een e-mail naar info@thenextpage.nl



Een uitdaging die je met beide handen aanpakt?

Ben jij die zorgprofessional die wel van aanpakken weet? Dan ben je helemaal klaar voor TMI, dé detacheerder in de Zorg. TMI is altijd op zoek naar de meest gemotiveerde mensen in de zorg, dus meld je nu aan op www.tmi-interim.nl voor Eerste Hulp bij Overstappen. Je kunt ons ook mailen op info@tmi-interim.nl of bellen op 020 717 35 27

Eerste Hulp Bij Overstappen?
Ga dan snel naar www.tmi-interim.nl



Informatie

Voor elke vacature is een uitgebreide profielomschrijving te vinden op: www.dekinderkliniek.nl. U kunt ook contact opnemen met Tim Vreede of Norbert van den Berg (Kinderarts/directie DeKinderkliniek).

telefoon:
036-868.98.30
(MarijkeHoning, vestigingsmanager)

e-mail:
tvreede@dekinderkliniek.nl
nvdberg@dekinderkliniek.nl
marijkehoning@dekinderkliniek.nl

internet:
www.dekinderkliniek.nl



Totaalzorg voor kinderen in Almere en de regio

DeKinderkliniek is een uniek initiatief en biedt een compleet pakket van niet-spoedeisende, kindergeneeskundige zorg. Kernwaarden van DeKinderkliniek zijn: puur, eerlijk en persoonlijk met als doel om vloeiende totaalzorg te bieden aan kinderen en hun ouders. Snel, accuraat en flexibel.

Van medewerkers wordt verwacht dat ze de beste willen zijn op hun werkterrein en zich verantwoordelijk voelen voor eigen werk en dat van anderen in de organisatie. DeKinderkliniek verleent zorg aan kinderen uit geheel Flevoland, het Gooi en de randgemeenten van Amsterdam.

De afdelingen

De dagbehandeling heeft zes bedden, met twee kinderverpleegkundigen en een ondersteuner. De dagbehandeling wordt dit najaar flink uitgebreid. Het kinderdiabetes-/obesitasteam bestaat uit twee kinderartsen, drie kinder-diabetesverpleegkundigen, twee diëtisten en twee kinderpsychologen. Het astmateam bestaat uit twee kinderartsen en vijf kinderlongconsulenten.

Er zijn drie vacatures:

Diabetesverpleegkundige (0,7 FTE)

- U bent bereid om mee te draaien in de 24-uurs bereikbaarheidsdiensten van het Kinderdiabetesteam. Er wordt ook avondpoli tot 20.00 uur gedraaid. Een parttime factor is bespreekbaar.

Kinderlongconsulente (1 FTE)

Er worden geen nachtdiensten gedraaid. Er wordt wel gestart met avondpoli's tot 20.00 uur. Een parttime dienstverband is bespreekbaar.

Kinderverpleegkundige dagbehandeling (1 FTE)

Dagbehandeling is van maandag t/m vrijdag geopend van 7.30 tot 17.30 uur. De verpleegkundige zal naast de algemene taken op de dagbehandeling de mogelijkheid krijgen zich op een specifiek gebied verder te ontwikkelen.

Wij vragen

- HBO-V of verpleegkundige A-opleiding (aangevuld met VO-beroepsinnovatie of VO-verpleegkundig specialist) en een vakinhoudelijke nascholing (SSSV diabetes educatie) aantekening of bereidheid deze nascholing te volgen.
- Een kinderaantekening (bij voorkeur).
- Werkervaring met kinderen in de intramurale zorgverlening.
- Stressbestendigheid en goed kunnen werken in teamverband.
- Goede communicatieve en sociale vaardigheden.

Een persoonlijkheid assesment kan deel uitmaken van de selectie procedure.

Wij bieden

Afwisselende werkzaamheden in een jonge, sterk groeiende organisatie. Wij bieden verpleegkundigen de mogelijkheid om zich op een specifiek gebied verder te ontwikkelen. DeKinderkliniek volgt de CAO-ziekenhuizen.

Ervaringsdeskundige Elke de Quay over de rol van de kinderverpleegkundige



Elke de Quay: "Ouders ontwikkelen zich tot specialist van hun eigen kind."

KINDERVERPLEEGKUNDIGE ALS BRUGGENBOUWER

Elke de Quay heeft een meervoudig complex gehandicapte dochter: de negenjarige Floor.

Tijdens de zoektocht naar een mogelijke behandeling en naar een diagnose, heeft Elke veel ervaring opgedaan in het communiceren en samenwerken met (en tussen) medisch professionals. Vanuit deze ervaringsdeskundigheid heeft zij het bureau Beter in Gesprek opgericht.

Floor kwam negen jaar geleden thuis ter wereld. Ze moest gereanimeerd worden, waarbij de verloskundige vakkundig geassisteerd werd door een ambulancebroeder. Vervolgens werd Floor per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. Enige tijd later arriveerden wij, kersverse ouders, op de couveuseafdeling, waar ons kleine meisje aan allerlei draadjes lag. Door het raampje durfden we Floor nauwelijks aan te raken. De volgende dag al mocht Floor in een normaal bedje. Anke zorgde voor Floor. Een leerling-verpleegkundige, maar heel professioneel: ze gaf ons rust en vertrouwen, ze zorgde voor een fijne stoel en gaf ons Floor in onze armen. Ze was telkens ondersteunend aanwezig, gaf handreikingen, maar nam niet over. Juli 2010, Floor wordt in de epilepsiekliniek opgenomen voor een vakantieopname. De verpleegkundige vraagt mij hoe ze moet omgaan met Floor, wat wij

thuis doen met de sondevoeding, wanneer we de Mic-Key hebben vervangen, hoe de instellingen van de saturatiemeter zijn, hoe en wanneer een epileptische aanval (intramusculair) gecoupeerd moet worden en hoeveel liter zuurstof Floor krijgt. Per mail hadden we al een vragenlijst beantwoord met vragen als 'hoe slaapt Floor het liefst' en 'waarmee speelt Floor graag'. Wij kunnen een weekje op vakantie in de wetenschap dat Floor in goede handen is. Natuurlijk is Floor thuis het beste af, maar omdat wij af en toe even moeten bijtanken van de continue zorg, vertrouwen wij op de kundigheid en liefde van de verpleegkundigen. In een artikel in Medisch Contact beschrijf ik dat ouders cruciaal zijn bij de behandeling van en zorg voor hun chronisch zieke kind.¹ Uit de twee geschetste situaties blijkt duidelijk dat dit voor ouders een groeiproses is. Waar zij zich in het begin volledig verlaten op de deskundigheid van de professionals, artsen en verpleegkundigen, verwerven zij gaandeweg steeds meer kennis en vaardigheden om thuis voor hun kind te zorgen. Ouders ontwikkelen zich tot specialist van hun eigen kind. De meest optimale zorg en behandeling voor het chronisch zieke kind vraagt een constructieve samenwerking tussen ouder-specialist en medisch professionals.

"Ouders ontwikkelen zich tot specialist van hun eigen kind"

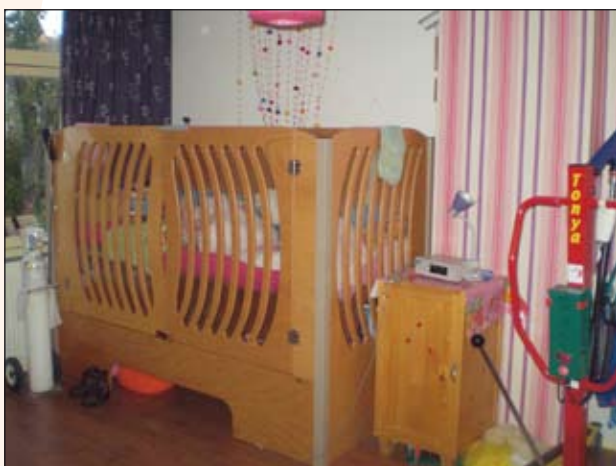
DE ROL VAN DE KINDERVERPLEEGKUNDIGE

Wat is de rol van de kinderverpleegkundige in het groeiproses van ouders en in de samenwerking rondom het kind? In het kader van de politieke en maatschappelijke ontwikkelingen zoals 'zelfmanagement van de patiënt' en 'patiëntveiligheid' is deze vraag bijzonder relevant. In de driehoek die gevormd wordt door de kinderarts of -specialist, de ouders en het kind en de kinderverpleegkundige, zal een kinderverpleegkundige de functie van bruggenbouwer krijgen: een brug tussen arts en ouders en kind en tussen de wereld van het ziekenhuis en het leven thuis.

In de medische mallempelen staat van de medisch professionals de verpleegkundige misschien nog wel het dichtst bij het kind en diens ouders; zeker tijdens een opname. Wanneer een kind voor onderzoek en observatie in het ziekenhuis of instelling wordt opgenomen, presenteert de arts een onderzoeks- en behandelplan, maar het is de verpleegkundige die de continue zorg voor het kind en voor de ouders coördineert. Bij een chronisch ziek kind krijgen ouders in de thuissituatie een verpleegkundige rol om te observeren, signaleren en handelen. Wie kan deze rol beter overdragen dan de verpleegkundige zelf?

"De verpleegkundige staat misschien nog wel het dichtst bij het kind en diens ouders"

De taken die een kinderverpleegkundige hierbij heeft zijn enerzijds educatief, anderzijds ondersteunend; een belangrijk vereiste is heldere communicatie en samenwerking. Dit is een complexe functie, geremd door organisatorische aspecten als protocollen en planning en door persoonlijke factoren zoals emoties en verschillen in ervaring en opvattingen. Als het goed is, wordt de uitvoering ervan echter gestimuleerd door passie: de beste zorg willen bieden. Vanzelfsprekend moet er onderscheid gemaakt worden in de invulling van deze taken per specialisme: van een verpleegkundige op een couveuseafdeling of op een dagverpleging, of van een ambulante kinderverpleegkundige of een nurse practitioner, wordt op het gebied van ondersteuning en educatie iets anders verwacht. Het onderscheid hangt vooral samen met de ontwikkeling van de ouders in hun rol van specialist van hun kind. Een couveuseverpleegkundige bijvoorbeeld zal de ouders moeten leren met hun kind om te gaan. Bij (dag)opnames in een verder stadium



De slaapkamer van Floor met een aangepast bed, zuurstof, een saturatiemeter, een camera boven het bed en een tillift.

van een chronische aandoening, moet de verpleegkundige zich juist meer verlaten op de kennis en ervaring van de ouders, en waar mogelijk het kind zelf, en met hen samenwerken in de zorg en behandeling van het kind. Erkenning van de ouders als expert van hun kind, erkenning van de ervaringsdeskundigheid van het kind zelf, resulteert in wederzijds vertrouwen en het delen van de zorg. Deze waardering zou vanzelfsprekend moeten voortvloeien uit het principe van de zelfmanagende patiënt.

ZELFMANAGEMENT ONTWIKKELLEN

In het beginstadium, waarin juist nog veel onzekerheid en onwetendheid is, zullen ouders en kind eerst moeten leren een 'goede patiënt' te zijn, met voldoende draagkracht voor de verantwoordelijkheid als samenwerkingspartner bij de behandeling en zorg. Ouders willen deze rol graag op zich nemen, maar weten, zeker in het begin, niet altijd wat zij moeten aanvangen. De kinderverpleegkundige kan hen hierbij ondersteunen. Zij doet er goed aan veel, maar gedoseerd, rustig en herhaaldelijk uitleg te geven, open te staan en tijd te nemen voor vragen, ouders en kind ook stimuleren vragen te stellen. Antwoorden dienen overigens eenduidig en consequent te zijn, om verwarring te voorkomen. Zo kun je bouwen aan het zelfvertrouwen van ouders en kind en hen laten groeien in hun verantwoordelijke rol als patiënt.

Een rol die in de thuissituatie voortgezet moet worden zonder het kenmerkende directe en continue contact tijdens een opname. Een verpleegkundige dient dan ook alert te zijn op een goede overgang naar de thuissituatie. Het voorgestelde behandelplan moet thuis immers ook praktisch en emotioneel uitvoerbaar zijn. Wanneer dit niet het geval lijkt te zijn, zou de verpleegkundige dit bespreekbaar moeten maken met zowel de ouders en het kind als de arts, het liefst in een gezamenlijk gesprek. Therapietrouw en patiëntveiligheid zullen immers in het geding komen, wanneer een behandelplan niet afgestemd is op de mogelijkheden en verwachtingen van de ouders en het kind.

Wees erop voorbereid dat ouders het liefst zo snel mogelijk met ontslag gaan en vaak geen vragen willen of durven stellen. Wanneer er signalen zijn dat er bij ouders en kind onbegrip is, doet een kinderverpleegkundige er goed aan dit, samen met de ouders, te bespreken met de arts. Een rustig ontslaggesprek leent zich hiervoor beter dan bij het ontslag de ouders enkele recepten in de hand te drukken. Maak dus tijd vrij voor een kalme overgang van een opname naar de hernieuwde thuissituatie en leg het belang hiervan ook uit aan ouders en kind.

"Feedback is geen afkeuring, maar een leermoment"

Een verpleegkundige, zeker een nurse practitioner, moet erop bedacht zijn dat ouders niet al hun vragen bij de behandelend arts neerleggen. Vaak genoeg lopen ouders de spreekkamer uit met nog meer vragen dan waarmee ze binnen kwamen. Dit heeft verschillende oorzaken. Mogelijk durft men een vraag niet te stellen, vreemd dat het een domme vraag is; misschien voelt men een tijdsdruk. Soms menen ouders tijdens het gesprek wel alles begrepen te hebben, maar komen naderhand toch nieuwe vragen op. De verpleegkundige is dan toegankelijker dan de arts, al was het maar omdat zij op de opnameafdeling vaak uitgebreider tijd voor de patiënt kan nemen dan de arts. Ook



Floor, negen jaar, heeft al heel wat kinderverpleegkundigen ontmoet.

hier heeft de verpleegkundige dus een brugfunctie. Vragen die in de spreekkamer bij de arts zijn blijven liggen, kan zij alsnog beantwoorden of verduidelijken. Lukt dit niet afdoende, dan zou de verpleegkundige een extra gesprek met de arts kunnen organiseren. Anderzijds zou de verpleegkundige kunnen helpen samen met de ouders het gesprek met de arts voor te bereiden: zet samen alle vragen op een rij en stimuleer ouders vragen te stellen. Ouders en kind leren zich op deze manier te ontwikkelen tot een volwaardig(er) partner in de samenwerking rondom het kind. Zij worden beter toegerust en draagkrachtiger om deze rol op zich te nemen. Zo draagt de verpleegkundige bij aan een beter zelfmanagement van ouders en kind en tegelijkertijd aan een betere samenwerking tussen de drie partners in de zorg en behandeling van het kind.

Cultuuromslag

In een omgeving die gekenmerkt wordt door tijdsdruk, protocollen en richtlijnen, DBC's, bezuinigingen en andere organisatorische kwesties vergt deze zienswijze een zekere cultuuromslag. Het vraagt expliciet om teamgericht werken. Samenwerken met collega's, met ouders en het kind en met artsen. Andere medisch professionals laat ik hierbij gemakshalve nog buiten beschouwing. Samenwerken vereist gelijkwaardigheid en respect. Ieder draagt een verantwoordelijkheid en is daarmee een onmisbare schakel. Samenwerkingspartners vullen elkaar aan, versterken elkaar. Feedback mag gegeven worden en wordt niet bedoeld of opgevat als afkeuring, maar als leermoment. Aanvullen is niet aanvullen, maar complementeren en ook complimenteren. Samenwerken vraagt ook om een open, rustige, heldere communicatie. Een bijzondere uitdaging voor een team dat bestaat uit parttime professionals die wisselende diensten hebben.² Overdracht van gegevens moet soepel en accuraat gebeuren. Communicatiesystemen moeten hierop ingericht worden. Mogelijk speelt e-health hier een rol, hoewel deze nieuwe ontwikkeling als een middel opgevat moet worden. Maar al te vaak lijkt e-health een doel op zich te worden.

Persoonlijke communicatie blijft onmisbaar. Hiervoor zou letterlijk en figuurlijk ruimte gecreëerd moeten worden. Een kamer die uitnodigt voor een constructief gesprek tussen ouders en kind, arts en kinderverpleegkundige. Creëer ruimte waarin niet de professional centraal staat, waarin niet de patiënt centraal staat, maar waar de samenwerking centraal staat. Kwalitatieve zorg en behandeling ontstaat dan als een co-creatie van de arts, de ouders, het kind en de kinderverpleegkundige.

Passie

De brugfunctie van de kinderverpleegkundige is hiermee helder. Een kinderverpleegkundige laat ouders en kind groeien en groeit met hen mee. Graag geef ik nog een laatste suggestie om deze functie met passie te vervullen. Het zit hem soms in heel kleine dingen: een blik, een woord, een gebaar. Wees je daarvan bewust, het kost geen tijd. Stel jezelf zo vaak mogelijk de vraag 'doe ik dit omdat de regels dit voorschrijven of omdat ik zelf vind dat het het beste is, omdat ik het voor mij en mijn eigen kind ook zo zou willen?'

"Een verpleegkundige dient alert te zijn op een goede overgang naar de thuissituatie"

Natuurlijk hoop ik u met dit artikel te mogen inspireren. Ik heb mijn visie en missie gebaseerd op negen jaar vol positieve en minder goede ervaringen. Daarnaast spreek ik veel met medisch professionals en met ouders van patiëntjes. Ervaringsverhalen geven begrip en inzicht. Van harte beveel ik u dan ook onderstaande boeken aan, een kleine greep uit de mogelijkheden om tot denken en doen aangezet te worden.

Door Elke de Quay
ervaringsdeskundige

Met dank aan Mirjam Gerritsen

Noten en literatuur

1. De Quay, E. 'Ouders cruciaal voor chronisch ziek kind', Medisch Contact, 2009; 64; 37: 1524-1527
 2. Lindeke, L., Sieckert, A. 'Nurse-Physician Workplace Collaboration', Online Journal of Issues in Nursing, 2005; 10
- Het Syndroom van Ebel. De eindeloze zoektocht van een moeder naar een plek voor haar kind. Door Willemien Vereijken; ISBN 978 90 472 0029 1
 - Jacqueline. Een hartverscheurend verhaal van een prachtig meisje en de gezondheidszorg. Door Rindert de Vries; ISBN 978 90 5911 657 3
 - Dokter is Ziek. Als patiënt zie je hoe zorg beter kan. Door Gonny ten Haaf; ISBN 978 90 254 3447 2

Over Beter in Gesprek

Elke verzorgt lezingen en workshops voor medisch professionals om bij te dragen aan goede communicatie en samenwerking met patiënten. Dit doet zij ook voor patiënten, en ouders van patiëntjes. Om ouders te ontwikkelen in hun rol, begeleidt Elke ouders bij de voorbereiding van consulten en eventueel ook tijdens consulten. U kunt ouders hier natuurlijk attent op maken wanneer dit geschikt lijkt. Kijk voor meer informatie op www.beteringesprek.nl. Wilt u uitgebreider ingaan op de inhoud van dit artikel of een ander onderwerp bespreken, aarzel dan niet contact op te nemen via de site of mail naar Elke@BeterinGesprek.nl.

In het Ikazia Ziekenhuis Rotterdam hebben we warme aandacht voor onze patiënten en voor elkaar. Het protestants-christelijke karakter van ons ziekenhuis is mede bepalend voor onze opvatting over patiëntenzorg: werken met hart en handen. Persoonlijke aandacht staat centraal. In de patiëntenzorg, maar ook in andere diensten. Met elkaar werken we aan kwalitatief hoogwaardige zorg. Wij zijn een middelgroot ziekenhuis met vrijwel alle medisch specialismen in huis. Ook is Ikazia een opleidingsziekenhuis voor de specialismen Inwendige Geneeskunde, Algemene Heelkunde, Gynaecologie, Anesthesiologie en Klinische Psychologie.

Wegens toegenomen vraag zijn wij voor de afdeling Kindergeneeskunde op zoek naar een

KINDERVERPLEEGKUNDIGE / NEO HIGH CARE

Wil jij er zijn voor het kind en zijn ouders/verzorgers?

Dan is ons aanbod een plezierige werksfeer op een dynamische unit. De unit bestaat uit 10 pediatriebedden en 13 neonatologiebedden, waarvan 6 couveuseplaatsen. Er zijn plannen om op korte termijn te komen tot een Moeder & Kind Centrum. Gezinsgerichte zorg staat bij ons centraal. Dit vereist specifieke kennis, competenties en attitudes van alle medewerkers.

Je werkzaamheden bestaan onder andere uit het plannen, coördineren en uitvoeren van verpleegkundige zorg, uitvoeren van verpleegtechnische handelingen, begeleiden van leerlingen en een bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleid van de unit.

Heb jij een afgeronde opleiding Verpleegkunde (niveau 4 of 5) aangevuld met de specialistische vervolgopleiding tot Kinderverpleegkundige en eventueel een Neo High Care opleiding? Ben je innovatief en stressbestendig, kun je zelfstandig werken en hou je van uitdagingen? Dan nodigen wij jou van harte uit om te solliciteren!

De arbeidsvoorwaarden zijn conform de CAO Ziekenhuizen.

Meer weten? Bel met Afke Keus, teamleider afdeling Kindergeneeskunde, telefoon 010 – 2975275.

Sollicitaties kun je per e-mail richten aan de dienst P&O, sollicitatie@ikazia.nl.



Het Ikazia Ziekenhuis is één van de Beste Werkgevers van 2010

Acquisitie aan de hand van deze advertentie wordt niet op prijs gesteld.



Video geassisteerde simulatietraining in de kideroncologie

VARS: EEN MEERWAARDE IN DE ZORG

In het UMCN oefenen verpleegkundigen jaarlijks moeilijke verpleegsituaties door middel van video geassisteerde simulatietraining, afgekort VARS. Het doel van deze training is het vergroten van de patiëntveiligheid. Kinderoncologieverpleegkundige Jolanda Bryan vertelt hoe dit in zijn werk gaat.

Een beetje gespannen loop ik de afdeling op. Vandaag is het zover. Hoe zal het gaan? Ik heb als kideroncologieverpleegkundige mijn knowhow, maar toch, het blijft spannend. Gisteravond nog even de informatie over de scenariotraining doorgelopen. Ook de vragenlijst ingevuld. De vragen gaan over hoe capabel ik me voel in mijn handelingen rondom het ernstig zieke kind, direct na de training en een maand erna krijgen we deze vragenlijst nogmaals.

COMPUTERPOP

De scenariotraining, of eigenlijk Video Assisted Realtime Simulatietraining in de spoedeisende kindergeneeskunde (VARS), wordt sinds 2007 in het UMCN St Radboud toegepast. Enkele kinderartsen hebben deze training opgezet naar voorbeeld van simulatietrainingen die in de luchtvaart en kerncentrales al worden toegepast. Het doel van deze trainingen is medewerkers ervaring op te laten doen, om zo in crisissituaties het hoofd te kunnen bieden.

"Ik merk dat ik even moet wennen. Hoe moet ik met de pop omgaan?"

In het UMCN wordt er binnen de VARS door kinderverpleegkundigen getraind op herkenning en behandeling van een ernstige ziek kind. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een Human Patient Simulator (HPS); een

computergestuurde pop die fysiologische parameters kan simuleren. Ook kan men met deze pop medische handelingen aanleren, zoals het aanbrengen van een thoraxdrain.

Tijdens de training wordt een (acute) patiëntensituatie uit de dagelijkse praktijk zo natuurlijk mogelijk nagebootst. De HPS reageert op wat de professionals doen. Het beslaat echt de tijd die zo'n kritieke situatie duurt. De training wordt op video opgenomen en nadien wordt met het team besproken wat er goed ging en wat beter zou moeten.

Op de HPS kan zowel individueel als in een team getraind worden, waarbij ieder zijn eigen rol vervult. Als kinderverpleegkundige train ik bijvoorbeeld op het herkennen van symptomen die wijzen op ernstig onderliggend lijden. Maar ook het trainen van vaardigheden komt aan bod.

OPFRISSEN

Samen met een aantal collega's ga ik op weg naar het skills- en simulatielab (de oefenruimte). Ook bij de anderen bemerk ik een gezonde dosis spanning. De kinderarts en haar supervisor schuiven aan en we beginnen met het opfrissen van de kennis over het ernstig zieke kind. Ik weet het allemaal wel, maar zo'n opfrissing is toch altijd prettig.

Daarna gaan we naar de simulatielab, die lijkt op de echte patiëntenkamers bij ons op de afdeling. Op het bed ligt de pop al klaar. Deze ziet er net zo uit als de oefenpoppen die we gebruiken voor reanimatietrainingen of het aanleren van verpleegtechnische vaardigheden. We maken kennis met de pop, die levensecht lijkt: de ogen gaan open en beginnen te knippen en de pupillen reageren op het licht, de borstkast komt op en neer en pulsaties zijn overal voelbaar. Wel een beetje vreemde gewaarwording.

Mijn collega en ik moeten even buiten wachten samen met de arts en haar supervisor zodat de casus voorbereid kan worden. We krijgen alleen te horen dat het kind is opgenomen voor een longontsteking en met antibiotica is begonnen. Dan lopen we naar binnen omdat vader belt. Toevallig zijn we met zijn tweeën. Later blijkt dat dit wel goed uit zal komen.

We zien ons kind rustig in bed liggen, het ligt aan de monitor en infuus en

vader staat bezorgd naast zijn kind. Ik besluit net als anders te werk te gaan en desinfecteer mijn handen en stel me voor.

Vader geeft aan dat zijn zoon niet zo lekker is. Ik merk dat ik even moet wennen aan de situatie. Hoe moet ik met de pop omgaan? Ik ben me erg bewust van de camera, maar ik besluit ervoor te gaan als ik me bedenken dat deze leersituatie me de kans geeft om naar mezelf te kijken. Wie weet kan ik er nog verbeterpunten uithalen.

ALARMBELLEN

Ik praat wat onwennig tegen de pop (die zelfs blijkt te kunnen praten) en vader en kijk ondertussen zijdelings naar de monitor. Automatisch volg ik de lijn naar de infuuszak en zie daar een medicatieplakker met kalium opzitten, geen dosering. Even denk ik: zou dit vergeten zijn in de voorbereiding? Maar als vader zegt: "Die antibiotica hebben ze net aangehangen, en nu voelt hij zich niet lekker" gaan de alarmbellen bij mij rinkelen. Alles gaat in een sneltreinvaart; infuus stoppen, assistentie vragen en arts bellen, nieuwe lijn, het doen van controles. Ondertussen reageert de pop met zijn parameters op al onze handelingen, het inbrengen van de infusen, het toedienen van de medicatie en tot slot de reanimatie.

"De training is niet alleen een individuele winst, maar ook een teamwinst"

De situatie blijkt echt identiek aan de praktijk. Het kind geeft aan pijn op de borst te hebben, controles van hartactie, ademhaling en bloeddruk die ik net daarvoor had gedaan en toen netjes waren, beginnen ineens te kelderen. Automatisch verdelen mijn collega en ik de rollen tijdens het hele proces, terwijl ik bij kind en vader blijf, gaat zij de arts bellen. Als de arts aangeeft welke medicatie gespoten moet worden, trek ik dit echt op. Het is in dit geval water, maar ik moet wel de hele handeling doen. Er liggen in de spoedkar meerdere ampullen, dus het is echt goed kijken welke ik pak. De arts geeft de medicatie echt aan 'het kind'. Plots zegt het kind ook niets meer en binnen no time hebben



Foto: Erik Kottier

Kinderoncologieverpleegkundige Jolanda Bryan: "De pop lijkt levensecht: de ogen knipperen en de pupillen reageren op het licht, de borstkas komt op en neer en pulsaties zijn overal voelbaar. Wel een beetje vreemde gewaarwording."

we vlakke parameters. We gaan over op handmatige reanimatie en later de defibrillator (waarvan alleen de schok niet echt gedaan wordt). We moeten echt alles uit de kast halen om ons kind er doorheen te helpen, en dat lukt!

Feedback

Na afloop is het tijd voor de feedback en het terugkijken van de video. Hoe vervelend ik in eerste instantie die video-opnames ook vond, ik merk nu dat ik het toch wel prettig vind dit terug te kijken en handelingen en communicatie met elkaar te bespreken. Je kunt zien wat je goed doet in zo'n situatie, maar ook hoe je jezelf kunt verbeteren. De sfeer is open en we kunnen elkaar ook vragen waarom

bepaalde handelingen gedaan werden en wat we zelf anders zouden doen en waarom, maar we zeggen ook wat we heel goed van elkaar vonden. Wat ik zelf ook belangrijk vond, was de communicatie met de arts: hoe het overkomt, dat het echt kort en bondig moet en welke informatie echt belangrijk is. Ik merk dat ik er nu ook profijt van heb.

"De situatie blijkt echt identiek aan de praktijk"

Ik vind de VARS echt een goede methode om de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg te verhogen. Je wordt getraind in realistische, complexe leersituaties. De training is

niet alleen een individuele winst, maar ook zeker een teamwinst. Je leert nóg beter samenwerken. En ook de verschillende disciplines leren weer van elkaar. Bovendien kun je te allen tijde ook zelf naar het skill lab om te oefenen met handelingen die nog niet zo goed gaan of waarin je je onzeker voelt.

Voor de medewerkers van de kindergeneeskunde is het verplicht deze training één keer per jaar te volgen. Er zijn accreditatiepunten voor het kwaliteitsregister mee te behalen.

Op de website www.umcn.nl, onderdeel scholing is meer informatie te vinden

Jolanda Bryan
kinderoncologieverpleegkundige,
UMCN St Radboud, Nijmegen



*Jordi, zoon van Gert en Sandra,
heeft al vaak in het ziekenhuis gelegen.*

OUDEERS vertellen

In deze rubriek vertellen ouders hoe zij de zorg voor hun zieke kind hebben ervaren.
Wat was hun ervaring met kinderverpleegkundigen? Wat was er goed en wat kon er beter?
Dit keer vertellen Gert en Sandra hoe zij de zorg voor hun te vroeg geboren zoontje Jordi hebben ervaren.

“WE HEBBEN DE PERIODE OP DE NICU ALS EEN WARM BAD ERVAREN”

HET VERHAAL VAN JORDI

Onze zoon Jordi werd 22 december 2008 geboren na 27 weken en vier dagen zwangerschap. Hiermee begonnen voor ons de dagelijkse ritjes naar het WKZ, waar Jordi eerst verbleef op de NICU. Jordi had een vernauwing in zijn luchtpijp en heeft op 9 maart 2009 een canule gekregen. Hierna volgde een opname op IC Pelikaan 2. De verpleegkundige gaf ons informatie over de canule en de verzorging hiervan. We kregen informatieboekjes waarin alles in begrijpelijke taal uitgelegd werd en tevens legden ze ons ook uit dat een kindje met een canule thuis best veel zorg vraagt. Jordi werd vervolgens overgeplaatst naar verpleegafdeling Eekhoorn. Wij leerden daar zelf de verzorging rondom de canule, zodat onze kleine man lekker naar huis kon. De overplaatsing zagen wij echt als een stap de goede richting op: naar huis.

We waren op de NICU en IC natuurlijk een hele intensieve verzorging gewend, met snelle directe communicatie richting ons. Het was voor ons dus een hele overgang op de verpleegafdeling, aangezien wij in het begin steeds wisselende artsen hadden.

Op zes mei 2009 was het eindelijk zover: na twintig weken en twee dagen kon Jordi eindelijk met ons mee naar huis, met een canule en een neus-maagsonde. De verpleegkundigen hebben altijd gezegd dat wij de verzorging van de canule zeer snel geleerd hebben, maar we verlangden ook zo naar een zo normaal mogelijk leven thuis en niet iedere keer op en neer naar het WKZ om op bezoek te gaan bij ons eigen kind. We hadden thuis drie nachten zorg van KinderThuisZorg. Zij zorgden ervoor dat er een kleine groep verpleegkundigen 's nachts voor Jordi zorgde, met betrekking tot sondevoeding en canuleverzorging. In het begin stelden we veel vragen aan de verpleegkundigen over de zorg, maar na verloop van tijd word je zelf toch echt de ervaringsdeskundige.

In mei 2010 is Jordi opnieuw opgenomen op IC Pelikaan 1 voor een hersteloperatie van zijn luchtpijp. Daarna volgde een opname op de vertrouwde afdeling Eekhoorn. Nu is hij gelukkig weer thuis.

Over het algemeen hebben wij het echt enorm getroffen met de verpleegkundigen die met zo veel liefde en kennis voor Jordi hebben gezorgd. Ondanks dat, hopen we dat we voorlopig niet meer terug hoeven naar het WKZ of gebruik hoeven te maken van thuiszorg.

POSITIEVE ERVARINGEN

- De verpleegkundigen op de NICU vertelden ons alles en betrokken ons in de verzorging van Jordi. We hebben de periode op de NICU als een warm bad ervaren.
- We zijn op de verpleegafdeling door de verpleegkundigen heel goed begeleid om de gehele verzorging te leren: het inwerken van mantelzorgers, hulp bij aanvragen PGB en hulp bij aanvragen thuiszorg.

Naam ouders:

Gert van de Kamp en Sandra Schaevers

Naam en leeftijd kind:

Jordi, geboren op 22 december 2008
na een zwangerschap van 27 weken en
vier dagen

Opgenomen in ziekenhuis:

Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht.
Eerst op de NICU en de IC, later op
de verpleegafdeling en thuiszorg

Reden opname:

Te vroeg geboren, vernauwing luchtpijp
Twintig weken, daarna nog een aantal
keer terug geweest

Duur opname:

- Bij onze thuiszorg hebben wij duidelijk aangegeven hoe wij bepaalde dingen zoals voedingstijden en in slaap komen graag zouden zien en dat is eigenlijk erg goed gegaan.
- Wij vonden het in het begin een inbreuk op de privacy dat er verpleegkundigen in ons huis waren, maar doordat er voor ons bekende verpleegkundigen kwamen, konden we het steeds beter loslaten, omdat er steeds meer vertrouwen ontstond. Wij konden bij de zorgmanager ook ons verhaal kwijt over onze positieve en negatieve ervaringen met de verpleegkundigen.
- Tussentijds zijn we enkele keren teruggeweest op de verpleegafdeling Eekhoorn voor een scopie, een virus en een longontsteking. Het was fijn om weer naar de 'vertrouwde' afdeling terug te gaan.
- De verpleegkundigen van Beweging 3.0 kwamen alleen wanneer Jordi zijn sonde eruit getrokken had. Dit waren steeds anderen, maar dit hebben wij niet als onprettig ervaren.
- Jordi werd in mei 2010 opnieuw opgenomen voor een hersteloperatie van zijn luchtpijp op IC Pelikaan 1. Deze periode hebben wij weer als heel prettig ervaren. Ze legden alles goed uit, op vragen kregen we altijd een antwoord en we mochten bellen wanneer we wilden.

TIPS EN VERBETERPUNTEN

- Communicatie is erg belangrijk. Dit is misschien ook wel een verbeterpunt voor sommige verpleegkundigen. Draag juiste informatie over naar andere verpleegkundigen, zodat wij niet iedere keer hetzelfde verhaal moeten vertellen.
- Zet één lijn uit richting de ouders, zodat wij niet steeds verschillende werkwijzen en behandelingen te horen krijgen, of steeds een andere versie van wat ze 'denken' dat de artsen gaan beslissen, terwijl dat nog helemaal niet definitief bekend is.
- Er was op de verpleegafdeling geen vast aanspreekpunt en voor ons gevoel moesten we het verhaal van Jordi steeds opnieuw vertellen, terwijl hij al sinds zijn geboorte in het WKZ lag. We hebben dit besproken en hebben toen ook direct een vast aanspreekpunt gekregen, daardoor werd het voor ons een stuk duidelijker.

“VOOR ONS GEVOEL MOESTEN WE HET VERHAAL
VAN JORDI STEEDS OPNIEUW VERTELLEN”

Palliatieve zorg vanuit verbinding

Als kinderen NIET BETER WORDEN

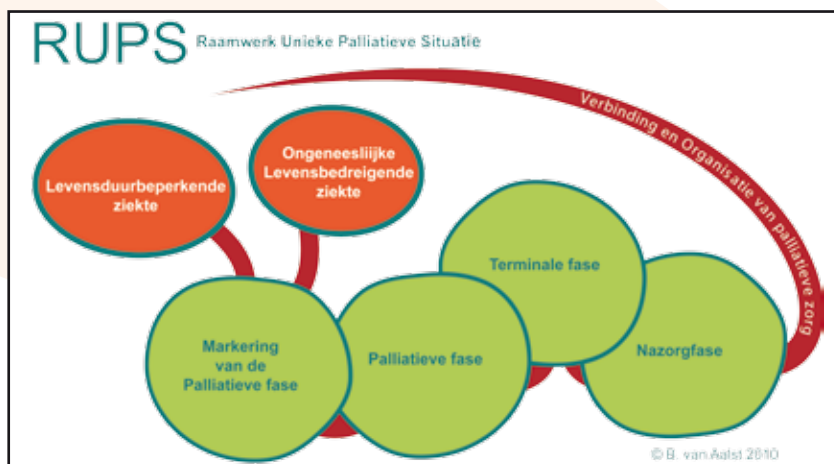
Pien is vijf jaar als bij haar Acute Lymfatische Leukemie wordt gediagnosticeerd. Een behandeltraject volgt. Ruim driekwart jaar later breekt de ziekte door de behandeling heen. Een nieuw traject volgt. Naast de hoop en inzet op genezing, wordt ook gesproken over de mogelijkheid dat de behandeling niet aan zal slaan. Helaas wordt dit werkelijkheid. Vanuit de curatieve fase is Pien geleidelijk in de palliatieve fase terecht gekomen.

Vanaf het moment van diagnose is aandacht voor palliatieve zorg. Ook in de palliatieve fase, als duidelijk is dat genezen niet meer mogelijk is, staat deze zorg centraal. In de handreiking 'Als kinderen niet beter worden. Palliatieve zorg vanuit verbinding' wordt vanuit een informatieve en sociaal agogische invalshoek aandacht besteed aan deze bijzondere vorm van zorg voor kinderen die niet (meer) beter kunnen worden.

Achtergrond

Uit onderzoek blijkt dat in Nederland jaarlijks ongeveer 4.200 kinderen enige vorm van palliatieve zorg behoeven. Het gaat hier om de zorg bij levensduurbeperkende en levensbedreigende ziekten. Een levensduurbeperkende ziekte wordt gedefinieerd als een aandoening waarbij het kind meestal vroegtijdig dood gaat, bijvoorbeeld stofwisselingsziekten. Een levensbedreigende ziekte is een ziekte die kan uitlopen op een vroegtijdige dood maar waarbij ook de kans bestaat tot overleving, zoals kanker. Palliatieve zorg voor kinderen vormt een groeiend aandachtsgebied. Adequate begeleiding en ondersteuning van gezinnen is van groot belang.

Palliatieve zorg voor kinderen richt zich op de kwaliteit van leven van het



RUPS: Raamwerk Unieke Palliatieve Situatie.

kind und diens gezin. Symptomen als gevolg van de ziekte worden zoveel mogelijk (preventief) bestreden door ze in een vroeg stadium te signaleren, vast te stellen en te behandelen. In de palliatieve zorg wordt gewerkt vanuit een holistische zorgvisie. Er wordt zorg verleend aan een bepaald kind und gezin, in een bepaalde situatie und in een bepaalde omgeving. De lichamelijke, psychosociale, emotionele, culturele und spirituelle aspecten zijn onlosmakelijk mit elkaar verbunden und beeinflussen elkaar voortdurend.

Uitgangspunten palliatieve zorg:

- De wensen und behoeften van het kind und gezin staan centraal.
- Er is aandacht voor fysieke, psychosociale, culturele und spirituelle aspecten.
- Er is aandacht voor de zorg voor naasten.
- Er is aandacht voor de zorg voor de palliatieve zorgverleners.
- Er wordt rekening gehouden mit specifieke aspecten zoals het ontwikkelingsniveau.

RUPS

In de handreiking wordt aandacht besteed aan de palliatieve zorg vanaf het moment dat duidelijk is, dass das Kind nicht mehr besser kan worden: das Kind bevindt sich in der palliativen fase (siehe Abbildung des RUPS Diagramm).

MARKERING

Aan de start van de palliatieve fase

gaat een proces van markering vooraf. Duidelijk wordt, dass das Kind nicht (mehr) besser kan worden und uiteindelijk aan zijn of haar ziekte zal overlijden. Bij kinderen mit een levensduurbeperkende ziekte is vanaf der diagnose duidelijk, dass das Kind uiteindelijk an der ziekte zal overlijden. Hoe der precieze verloop van der ziekte zal zijn und hoe oud het Kind zal worden, is in veel gevallen onzeker. Bij kinderen mit een levensbedreigende ziekte vormt het markeringsmoment een overgang von der curativen naar der palliativen fase. Der overgang naar der palliativen fase kan geleidelijk plaatsvinden. Dit moment, evenals andere transities, kunnen door het Kind, ouders und palliativen zorgverlener anders ervaren werden.

Palliatieve fase

Met der palliativen fase wordt der fase bedoeld tussen der markering und het overlijden van het Kind. Bij der diagnose van een levensduurbeperkende ziekte is direct sprake von een overgang naar der palliativen fase. Echter, in dieser fase maken Kind und gezin verschillende transities door und dient der zorg continue afgestemd te werden op der wensen und behoeften von Kind und gezin. Dit geldt ook voor kinderen mit een levensbedreigende ziekte.

Transities in der palliativen fase

In der palliativen fase kunnen het Kind und gezin verschillende fasen und transities doormaken. Deze vormen nieuwe markeringsmomenten in het proces. Gesprekken over verloop,

wensen en behoeften worden herhaald binnen nieuwe kaders en perspectieven. Voorbereiding op en begeleiding en ondersteuning in de verschillende transitie vormen een belangrijke taak voor de palliatieve zorgverlener.

TERMINALE FASE

Er komt een moment dat de problemen toenemen en het kind binnen afzienbare tijd zal overlijden. Er wordt gesproken over de terminale fase. In deze fase staan verlichting van het lijden, leren omgaan met het naderende einde en een zo goed mogelijke afronding van het leven centraal. Er is aandacht voor persoonlijke wensen, autonomie, rituelen en tradities van het kind en gezin. De zorg wordt afgestemd op de wensen en behoeften van het kind en gezin, in een waardige en veilige sfeer.

NAZORGFASE

Palliatieve zorg betekent ook nazorg. Het contact met het gezin houdt niet ineens op als het kind is overleden. Een goede organisatie van nazorg is belangrijk. Mogelijk hebben ouders en eventuele broers en zussen behoefte aan professionele ondersteuning in het rouwproces. Aansluitend op de wensen en behoeften van het gezin krijgt de begeleiding en ondersteuning ook in deze fase vorm. De rode draad in het Raamwerk Unieke Palliatieve Situatie wordt gevormd door de 'Verbinding' en 'Organisatie van palliatieve zorg'.

VERBINDING EN ORGANISATIE VAN PALLIATIEVE ZORG

In landen als de Verenigde Staten en Engeland wordt in de palliatieve zorgverlening veelvuldig gewerkt vanuit de methodiek Advance Care Planning. ACP draagt zorg voor openheid, duidelijkheid en vraagt een actief luisterproces van de palliatieve zorgverlener waarbij gedurende het gehele ziekteproces overleg plaatsvindt met patiënt en naasten omtrent de kwaliteit van leven, bepalen van zorgdoelen en formuleren van plannen voor de toekomst. De patiënt staat hierbij voorop en de wensen en behoeften van de patiënt en naasten staan centraal. Ook in de palliatieve zorg voor kinderen vormt ACP een belangrijke methodiek. In het model voor palliatieve zorg voor kinderen krijgt deze methodiek vorm in de definities van 'Verbinding' en 'Organisatie van palliatieve zorg'. Vanuit de verbinding met kind en gezin krijgt het begeleidings- en ondersteuningstraject vorm. Gedurende de

gehele Unieke Palliatieve Situatie vindt overleg plaats met kind en gezin, aansluitend op diens wensen en behoeften. Ook als het kind en gezin geen (complexe) zorgbehoefte aangeven, is een goede verbinding wel belangrijk.

Verbinding:

- Zich in verbinding stellen met.
- Meelopen met.
- Vertrekken vanuit de ander.
- Aandacht hebben voor.

Naast een verbinding met het kind en gezin is een goede organisatie van de palliatieve zorg essentieel. Palliatieve zorgverlening betreft een samenwerking tussen verschillende professionals. Ieder met een eigen expertise. Voor het bieden van goede palliatieve zorg is een multidisciplinaire aanpak en samenwerking vereist. Continuïteit in het zorgproces is belangrijk. De taken en verantwoordelijkheden van de verschillende professionals dienen helder en transparant te zijn. Ook de overdracht tussen zorgverleners en afstemming over de begeleiding en ondersteuning van kind en gezin is essentieel.

IN VERBINDING MET HET KIND

In de handreiking wordt vanuit de RUPS model verder inhoud gegeven aan de begeleiding en ondersteuning van het kind en gezin. Kinderen kunnen vanaf een jonge leeftijd worden ingelicht over hun ziekte en het verloop, afgestemd op hun beleevings- en ontwikkelingsniveau. In het contact met het kind wordt het vertrekpunt bepaald door het kind zelf. Uit de praktijk blijkt dat goede en eerlijke informatie over de ziekte en het sterven belangrijk is voor een goede ondersteuning. Het is raadzaam om kinderen te betrekken bij hun ziekteproces en de dood. Volwassenen hebben vaak de instinctieve neiging om kinderen te beschermen en hen te sparen voor pijn en verdriet. Door het kind op deze manier te beschermen kan het kind zich echter eenzaam en onbegrepen voelen. Het is belangrijk dat het kind de kans krijgt om te begrijpen wat er aan de hand is en dat hij of zij ondersteund wordt in de bijkomende gevoelens, gedachten en vragen. Als een kind niet wil praten over de ziekte, is het belangrijk na te gaan waarom. Mogelijk spelen er (irreële) angsten of voelt het kind zich niet vertrouwd.

HANDREIKING

Meer informatie over palliatieve zorg voor kinderen die niet (meer) beter

kunnen worden en de praktische begeleiding en ondersteuning is te vinden in 'Als kinderen niet beter worden. Palliatieve zorg vanuit verbinding'. Deze handreiking is geschreven voor een breed scala aan disciplines. Er wordt aandacht besteed aan de markering, begeleiding en ondersteuning van het kind/ouders/broers en zussen, de terminale fase, nazorg, rouw en palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Tevens bevat de handreiking een aantal praktische werkbladen. Meer informatie en bestelgegevens zijn te vinden op de website www.praktijk-bo.nl.

Bo van Aalst

Praktijk bo

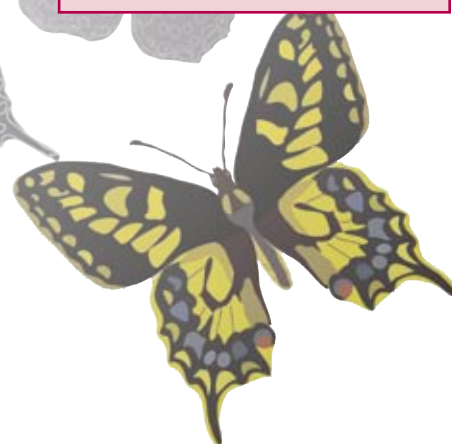


Begeleiding en ondersteuning bij ziekte, sterven en rouw
info@praktijk-bo.nl

Aandachtspunten in de begeleiding en ondersteuning:

- Het kind en gezin staan centraal in het zorgproces: De wensen en behoeften van kind en gezin bepalen de inhoud van het contact.
- Er is sprake van verbinding: een vertrouwensrelatie met aandacht, openheid, eerlijkheid, duidelijkheid, echtheid, respect en warmte.
- Draag zorg voor een veilige omgeving en goede faciliteiten waar vanuit gewerkt kan worden.
- Heb aandacht voor de contextuele, maatschappelijke en juridische aspecten. Bij kinderen spelen school, hobby's, sport, vrienden en vriendinnen ook een belangrijke rol.
- Draag zorg voor een goede organisatie van de zorg. Transitie in de zorg, bijvoorbeeld van ziekenhuis naar thuis, mag geen breuk in de zorg- en hulpverlening betekenen.
- Inventariseer de draagkracht en draaglast en help het kind en gezin deze in evenwicht te brengen. Versterk de positieve krachten in het gezin.
- Besteed aandacht aan complementaire zorg en integratieve geneeskunde.

Meer aandachtspunten zijn te vinden in de handreiking.



‘Coping’ bij hoge en langdurige stress

OUDERS EN EEN ERNSTIG ZIEK KIND



“Om de stress van alle dag meester te blijven, moesten de ouders zo nu en dan even van de medische snelweg af en letterlijk afstand nemen.”

De impact van langdurige opname in een kinderziekenhuis na een oncologische diagnose is immens: voor ouders, voor het gezin – vooral voor de zoon of dochter die patiënt is – en voor hun omgeving. In dit praktijkvoorbeeld wordt de groei van de ouders gevolgd, met de focus op emotieregulatie, taakverdeling en de vraag hoe zij bij dit alles ook ‘goede ouder’-ervaringen op kunnen doen.

Davey, vijftien jaar oud, wordt opgenomen met een ernstige oncologische aandoening: een Burkitt lymfoom (Balemans, 1998; Pieters e.a. 2000). Het is een lymfklierkanker die voornamelijk bij kinderen voorkomt. Bij Davey zit het in zijn buik en beenmerg, wat betekent dat de ziekte in een ernstig stadium (IV) verkeert.

Davey is fors aangeslagen, maar niet eens zozeer door de diagnose. Het stelt hem vooral teleur dat de vakantieplannen niet doorgaan. Zijn ouders zijn totaal van slag: het bezoek aan de huisarts, met spoed naar het ziekenhuis in Roosendaal, daar ‘weggestuurd’ en in de eigen auto met Davey naar een groot ziekenhuis in Rotterdam: “Een stad waar je anders nooit komt, een verkeersdrukte van jewelste,

en een tunnel waar we nog nooit in gezeten hebben. Waar komen we terecht? Wat overkomt ons?” Ze belanden in een stroomversnelling van onzekerheid en angst, afhankelijkheid, hevige emoties en onbeantwoorde vragen. Ze moeten zien te overleven.

Hoe gaan de ouders daarmee om? Hoe lukt het om elkaar te begrijpen en te steunen? Hoe hanteren ze de verschillen in hun ‘coping mechanismen’? En welke emoties laat je dan zien aan je zieke zoon en aan de dochter thuis? Hoe reageert de omgeving, en op welke steun mogen ze rekenen? Kunnen de ouders nog nadenken over wat hen te doen staat en tegelijk stilstaan bij wat, naast alle zorgen, nog goed gaat? Het zijn voldoende ingrediënten voor een stevige crisis.

DE GEZINSSITUATIE

Tot voor kort ging het de ouders redelijk goed: tweeverdieners met rijtjeshuis, alle gezinsleden gezond, ieder zijn vrijetijdsbesteding, vakanties naar het buitenland. Vader heeft een dagtaak als wegwerker, moeder maakt schoon in scholen, dochter werkt in een groot warenhuis en Davey zit op school en heeft eigen bezigheden. Het motto van de ouders is: ‘Doe maar gewoon en houd het eenvoudig.’ De laatste jaren heeft de familie wel een aantal aangrijpende dingen meegemaakt. Vaders van beide ouders stierven, en moeders moeder overleed aan borstkanker. Acht jaar geleden stierf een zwager van vader aan kanker. Voor moeder bracht dit telkens herinneringen terug aan haar vader

die op haar achttiende verjaardag werd aangereden en maanden later aan zijn verwondingen overleed. Ondertussen begint Davey problemen te geven. Hij wordt een puber met een grote mond. Hij gaat zijn eigen gang en verkent zijn grenzen. Met zijn ouders en leraren heeft hij geregeld conflicten en elke keer weer voelt hij zich onrechtvaardig behandeld.

OPNAME, diagnose EN REACTIES VAN WERKGEVERS

Stelt u zich Davey's nieuwe situatie voor: plotsklaps in een onbekende stad opgenomen in een zogenaamde 'box': een eenpersoonskamer van ongeveer drie bij vijf meter met een sluis, op een afdeling kinderoncologie. Zijn klachten worden ernstiger: hij heeft pijn in benen en nek, hij is vermoeid en misselijk, en heeft hoofdpijn.

Na het opnamegesprek door een verpleegkundige, is het alle hens aan dek voor het medisch team: onderzoeken door zaalarts, hartecho, CT-scan, MRI-scan, cryopreservatie van sperma (het invriezen van sperma vóór de start van de chemotherapie. Bij Davey mislukte dit helaas), steeds weer bloedafnames, enzovoort. Alles wordt uit de kast gehaald en alles wordt onderzocht. Davey trekt af en toe het laken over het hoofd.

Een paar keer voert de behandelend oncoloog met de ouders en Davey een openhartig gesprek over de diagnose en de consequenties van de behandeling: de risico's, de kans op ernstige bijwerkingen van chemotherapie, de lengte van de opname en de stress voor Davey, ouders, en andere familie. Hij vertelt over onzekerheid, over pijn en bijkomende klachten, over de wispelturigheid van het ziektebeeld, over hoop en wanhoop die elkaar zullen afwisselen, en over de samenwerking met het behandelteam.

Moeder haakt al snel af. Zij denkt aan het allerergste wat Davey – en haar als moeder – kan overkomen. De angst daarvoor krijgt haar in de greep: "Gaat hij het halen? Wil hij wel knokken? Wat is het overlevingspercentage? En wat zegt dat dan wel? Kan ik het zelf allemaal aan?" Zij komt tijdens de behandeling van Davey regelmatig haar grenzen tegen of heeft het gevoel er overheen te gaan. Dat laatste vindt zij erg vervelend. Zij wil niet opvallen en vooral niet tot last zijn.

Vader bewaart in het ziekenhuis zijn rust en stelt vragen. Hij blijft sterk en gebruikt humor om de sfeer luchtiger te maken. Onderweg naar huis en thuis bij het uitlaten van de hond, neemt hij ruimte voor het uiten van emoties.

Moeder meldt zich ziek op haar werk en beide ouders nemen contact op met de huisarts wegens vermoeidheid, moeite met slapen, piekeren, somberheid, gespannenheid en prikkelbaarheid.

Vader krijgt gedurende de gehele opname alle medewerking van zijn werkgever, en ook betaald verlof. Zo veel medeleven en begrip zijn een belangrijke steun. Vader hoeft tijdens de opname geen contact te hebben met een bedrijfsarts. Moeder is in alle staten bij een oproep van haar bedrijfsarts, en gaat er direct heen. Zij weet hem duidelijk te maken waarmee haar klachten verband houden, en waarom zij nu echt niet aan het werk kan.

Bij haar zorgt de Ziektewet voor behoud van energie; bij vader zijn het de gesprekken met leidinggevenden en collega's. Zo krijgen zij rust en ruimte voor de hoognodige afleiding.

GROEI IN OUDERSCHAP

Naast de schrik over de diagnose, zijn er de bijwerkingen. Davey krijgt ze in volle omvang: braken en diarree, verlies van eetlust en gewicht, sondevoeding, ontstekingen aan

kiezen, mondslijmvlies en darmen, longontsteking, koorts en vocht achter de longen, benen in een gipsspalk, vocht in het hartzakje, kapotte darmen en vochtophoping in de buik.

Voor hem heftig om te ondergaan, voor de ouders heftig om te zien en hem erover te horen. Het is voor hen ook bijna te zwaar als de kamer opeens vol witte jassen staat, allemaal om het bed van hun Davey. De hele opname is een voortdurende confrontatie met zijn lijden: de fysieke symptomen, soms de dreiging van Intensive Care opname, zijn stemmingswisselingen en ongegeneerde uitingen daarvan, zijn pijn en moedeloosheid, en het eindeloze en uitzichtloze van de opname. Steeds worden behandelmomenten om medische redenen vooruitgeschoven, zoals een kuur die opeens niet doorgaat. Intussen zien ze andere patiënten vertrekken; of horen ze van andere ouders over langdurige opnames, bronnen van onaangename en moeilijk te beheersen emoties (Currier e.a. 2009).

Daarbij kwam ook nog de actieve deelname van beide ouders aan de behandeling van Davey, doordat zij donor zijn voor specifieke witte bloedlichaampjes. Het is een angstige belevenis, maar met hun bloedcellen wordt de periode van te lage afweer van Davey overbrugd.

DE PEDAGOGISCH MEDEWERKER

Vanuit psychosociale zorg is er voor Davey een pedagogisch medewerker (PM) beschikbaar gesteld. Onder andere met het oog op zijn leefwereld, die is teruggebracht tot een box, een bed en een pijnlijk lijf. Davey heeft moeite met het steeds afhankelijk worden, en wil zijn ouders sparen en hun gevoelens van machteloosheid niet vergroten. Hij krijgt nu gelegenheid om zijn frustratie af te reageren door bijvoorbeeld met ballen te gooien, en met de PM stelt hij een dagprogramma op: eerst in de box, later in de adolescentenkamer of in de hal van het ziekenhuis, en nog weer later fysiotherapie, elders in het ziekenhuis. Dit geeft afleiding en bovendien werkt hij op deze manier aan zijn toekomst.

"De pedagogisch medewerker fungeert als buffer tussen Davey en zijn ouders"

De PM coacht verpleegkundigen, is bij de psychosociale patiëntbespreking, en voor ouders is hij met zijn aanpak zowel voorbeeld als aanspreekpunt. Davey kan bij hem vrijelijk zijn emoties en gedachten uiten, en zo fungeert de PM als buffer tussen hem en zijn ouders. Heel geleidelijk wordt zelfs de negatieve communicatie van vóór de opname doorbroken. Dat én Davey én zijn ouders hun gevoel voor humor houden, speelt daarbij een belangrijke rol.

Ouderbegeleiding

Medisch maatschappelijk werkers horen ook bij de afdeling psychosociale zorg. Bij het behandelteam (Falkenburg e.a., 2004) hoort, behalve de medisch maatschappelijk werker en de pedagogisch medewerker, ook de psychologe van het Kinderoncologisch Centrum. Ook zij geeft hulp aan kinderen, woont de wekelijkse bespreking bij en geeft zo nodig de ouders een kindgericht advies. Ouders en Davey hebben geen vraag aan de geestelijke verzorging. Het Bureau Nazorg wordt belangrijk voor hen bij het regelen van de thuiszorg: sondevoeding en fysiotherapie. Kortom: naast medisch specialisten en verpleegkundigen, is er een scala aan andere professionals. Het zal niet verbazen dat het de ouders soms duizelde.

De ouderbegeleider

Medisch maatschappelijk werkers op kinderafdelingen werken met ouders en hebben zich bekwaamd in ouderbegeleiding (De Raadt & Hoogervorst, 2006). Daarnaast zijn ze vertrouwd met specifieke kennis en problemen van hun afdeling. Op de afdeling kinderoncologie is het gebruikelijk dat ouders en maatschappelijk werker minstens eenmaal per week doorspreken wat zich thuis, onderweg en in het ziekenhuis heeft afgespeeld. Daarnaast is er altijd ruimte voor ad hoc overleg: op de gang, in de box of op het terras bij de hoofdingang.

"Waar komen we terecht? Wat overkomt ons?"

De hoofdfunctie van dit contact is: ouders helpen de regie te houden, en faciliteren dat het behandelteam en alle mensen op andere afdelingen hen benaderen als eindverantwoordelijk voor de patiënt (Van der Pas, 2005). Dit laatste veronderstelt dat de ouders het proces aankunnen: fysiek, emotioneel en intellectueel (De Raadt, 2006, 2008).

De regie in handen houden: praktische zaken

Door gesprekken met een vaste frequentie, op een vaste dag en een vast tijdstip, om zo min mogelijk hun dagelijkse leven te storen, lukt het deze ouders om greep te houden op hun emoties, op de chaos in hun leven en op hun vreemde positie. Zij lijken opeens degenen die het minste voor Davey kunnen doen. Daaraan gaat vooraf dat ouders zichzelf weer ervaren als goede ouders. Ik vroeg geregeld wat er ondanks alle misère toch goed ging. Na enig nadenken noemden zij altijd een paar punten, vaak tot hun eigen verrassing. Soms moesten ze op deze ervaringen attent worden gemaakt en deze even tot zich door laten dringen. Zo was vader aanvankelijk te volgzzaam bij zijn werkgever en trok hij te laat aan de bel als er werk van hem werd verwacht dat hij nog niet aankon. Of als hij te ver van huis aan het werk moest: dan kon hij bij een calamiteit immers niet op tijd thuis zijn. In die gevallen heeft hij zich geleidelijk steviger opgesteld.

Ouders vonden een betere balans bij de taakverdeling: wie de vragen stelt, wie meegaat naar onderzoeks- (echo, CT, MRI) of operatieruimte. Moeder dreigde flauw te vallen bij bepaalde medische handelingen, maar zij hielp mee als het bed verschoond moest worden of als Davey lichamelijke verzorging nodig had.

'Regie' betekent ook 'afstand nemen'. Zo is 'rooming in', oftewel overnachten bij Davey in de box, te doen voor een paar dagen, maar op den duur werd het de ouders te veel. Overnachten in het Ronald McDonaldhuis, het logeershuis voor ouders en gezinnen in de buurt van het ziekenhuis, was ook niet de oplossing. Zij hadden behoefte aan tijd thuis. Ze wilden onder de eigen douche, op de eigen bank zitten, ongestoord roken, de hond uitlaten of zomaar een wandelingetje maken. Om de stress van alle dag meester te blijven, moesten ze zo nu en dan even van de medische snelweg af, terug naar de relatieve luvte van thuis en letterlijk afstand nemen. Bovendien wachtten daar nog andere taken: schoonmaken, de was, contact met huisarts, werkgever en bedrijfsarts, en met de school van Davey. Ook die zaken moeten aandacht krijgen.

Al met al lukte het de ouders om zelf de regie te voeren. Hun vertrouwen in de kinderoncoloog en de verpleging hielpen enorm. En niet te vergeten Davey's dagprogramma

met fysiotherapie, pedagogische zorg, een schoolprogramma in de box, ziekenbezoek, internet, e-mail en de webcam. Zij wisten hun zoon in veilige handen en elke avond belden zij nog even met de afdeling voor de laatste berichten.

De regie in handen houden: emotionele zaken

De gesprekken met de ouderbegeleider waren 'ventielmomenten', en in hun omstandigheden kon het voor de ouders geen kwaad om regelmatig het hart te luchten. Zij waren overvallen door de ziekte en een stoomcursus medische en verpleegkundige kennis. Ze werden geconfronteerd met totale onzekerheid over de toekomst van hun zoon, het behandeltraject was een kruisweg, de bijwerkingen van de chemotherapie gruwelijk om aan te zien en intussen gaf Davey hen kwetsende commando's. Wijselijk besloten ze om het douchen en wassen van hem aan verpleegkundigen over te laten, en het activeren van zijn spieren aan de fysiotherapeut, om niet terecht te komen in een vicieuze cirkel van strijd en verwijten. Het was een van hun belangrijke beslissingen ter zelfbescherming.

De regie in handen houden: relationele zaken

Als echtpaar waren ze opeens veel vaker bij elkaar dan gewoonlijk. Dat vereist samenwerken, taken verdelen, elkaar opvangen, luisteren en intussen elkaar de ruimte geven. Hoe halen partners het onderste uit de 'ouderkan' terwijl ze op vele manieren onder druk staan? Met vallen en opstaan ging dit ouderpaar op zoek naar de 'overall' die paste bij hun zorgen, dagritme en gewoontes, bij beider behoeften en mogelijkheden, en bij hun zoon. Hoe ze daar met humor grip op kregen, was 'metawerk' (Van der Pas, 2005) van topklasse.

"Moeder reageert expliciet en emotioneel, vader rationeler en nuchterder"

Moeder reageerde expliciet en emotioneel; vader rationeler en nuchterder, maar wanneer ze samen waren, reageerden ze beiden zeer emotioneel op wat hun Davey doormaakte. Ze vonden het hartverscheurend. Ze voelden zijn pijn in hun lijf, maar konden die niet overnemen of wegnemen. Zoals veel ouders, wilden zij de plaats van hun kind innemen: "Had ik het maar!" Ze vonden het echter moeilijk om de ervaring van onmacht te delen, behalve soms tijdens een wandeling op het strand. Dan gingen ze elkaar op en gaven ze elkaar de ruimte voor elke emotie. Ook in de auto konden ze napraten, of samen stil zijn, nog onder de indruk van de gebeurtenissen. Geen van beiden konden ze nog terugvallen op steun van hun ouders. Hun ervaringen toen ze hun eigen ouders verloren, hadden hun onderlinge band versterkt.

Samenvattend: ouderschapsgroei

Terugkijkend vertellen de ouders dat zij nuchterder zijn geworden. Ze leven bewuster en hebben veel sociale vaardigheden geleerd: afspraken maken, dingen uitpraten en opkomen voor eigen prioriteiten. Het is hen niet makkelijk afgegaan, maar ze doen er elke dag hun voordeel mee. Of je het 'ouderschapsgroei' noemt of iets anders: ze hebben combinaties uitgevonden van grenzen stellen en mogelijkheden benutten, en van 'egoïstischer' zijn op een niet-beschadigende manier. Dat heeft hun de lange adem gegeven



die nodig was om de regie te houden in een bizarre situatie en ten behoeve van hun zoon. Het perspectief van Davey's toekomst had de sterkste motiverende waarde voor beide ouders. Dat deed hen knokken en trok hen door het diepe dal heen.

Het knokken betrof 'eenvoudige' zaken als:

- Een goede dagindeling: 's middags ziekenhuis, en 's ochtends thuis en boodschappen doen;
- Afleiding zoeken in administratie, telefoontjes, en de krant;
- Deskundigen hun werk laten doen en zo de zoveelste woordenstrijd met Davey voorkomen;
- Regelmatig overleg met ouderbegeleider en behandelteam, alle vragen gewoon bespreken, en hen als bemiddelaar inschakelen om bijvoorbeeld fondsen aan te spreken en vakantie te regelen;
- Zorgen voor bezoek aan Davey door familie, burens en mensen van school.

Terugblik

Een jaar na zijn ontslag uit het ziekenhuis heeft Davey weer praatjes. Hij voelt zich goed en leidt een gewoon leven. Maar zo fit als hij is, zo moe zijn de ouders. Daaraan merken zij hoeveel energie de opname van Davey hen kostte, en hoeveel spanning ze hadden. Ze zijn blij met hun 'spring-in-het-veld' en pakken opgelucht het normale leven weer op, al is het soms zwaar.

"Als echtpaar waren ze opeens veel vaker bij elkaar dan gewoonlijk"

Terugblikkend daarop komen de volgende aandachtspunten in mij op. Voor buitenstaanders is het niet voor te stellen welke neveneffecten een lange ziekteperiode en agressieve behandelingen hebben op kind en ouders. In de wandelgangen gebruiken we daarvoor de termen: 'narrow box'-syndroom en 'lange onverlichte tunnel'-complex. De eerste slaat op het isolement in de box; het tweede op de uitzichtloosheid van bijwerking na bijwerking en behandeling na behandeling. Voor de ouders zijn vaste time out-momenten dan ook een must. Laat hen niet aarzelen om het netwerk in te schakelen om die momenten mogelijk te maken. Anders verliezen ouders onherroepelijk de regie, lopen emoties uit de hand, ontstaan alom misverstanden en raken ze hun beste vrienden kwijt. Hoe moeten ze dan nog hun kind steunen als hij egocentrisch en onredelijk is? Voor het grotere kind zijn steun en belangstelling vanuit de school evenzeer een must. Die halen hem even uit het isole-

ment van de box en herstellen het besef van een toekomst. Dat die inbreng bij Davey moeilijk liep, had zijn geschiedenis. Jammer, want met belangstelling vanuit school voelt een kind zich minder eenzaam, en het ontlast de ouders. Heel praktisch betekent dit alles wekelijkse afspraken met de ouders. De ouderbegeleider wacht niet af tot zij erom vragen; maar biedt het aan. En regelmaat creëert een kader een houvast, het vooruitzicht van ontlading wanneer er heftige dingen zijn, en veiligheid voor alle betrokkenen. Ook kleinigheden die ouders bezwaren komen aan bod, en soms spring je in. Bellen met werkgever en ziektekostenverzekeraar, brieven opstellen, hen steunen op spannende behandelmomenten, en je bewondering uitspreken voor hun beschikbaarheid. Deze interventies zijn vooral gericht op hulp rond het uiten en in de hand krijgen van lastige emoties, en bij lastige keuzes (De Raadt e.a., 2007; Scholte, 2007).

B. de Raadt, E. Wijers, A. Beishuizen

Bob de Raadt is medisch maatschappelijk werker / ouderbegeleider bij het Erasmus MC-Sophia en docent bij het Erasmus MC Opleidingscentrum, Rotterdam.

E-mail: b.deraadt@erasmusmc.nl

Erwin Wijers is pedagogisch medewerker bij het Erasmus MC-Sophia.

Auke Beishuizen is kinderarts-oncoloog / hematoloog in het Erasmus MC-Sophia.

Literatuur

- Academisch Ziekenhuis Rotterdam (2002). Het invriezen van sperma van jongens met kanker. Rotterdam: AZR Sophia. (brochure)
- Balemans, C. (1998) – De echte Burkitt kan zich in vierentwintig uur verduubbelen. *Attent* 12,2: 10-12.
- Currie, J.M., Jobe-Shields, L.E. & S. Phipps (2009) – Stressfull Life Events and Posttraumatic Stress Symptoms in Children with cancer; *Journal of Traumatic Stress* 22, 1:28-35.
- Falkenburg, Nette, Maria de Jong, Bob de Raadt, Carola Scholten, Isabelle Streng (2004) – De functie en het belang van de hoop; *Scanner* 5, 12:6 – Rotterdam: Erasmus MC.
- Pas, A. van der (2005) – Eert uw Vaders en uw Moeders, opvoedproblemen nader verklaard – Handboek Methodische Ouderbegeleiding 3. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Pieters, R. & H.N. Caron (red.) (2000). Behandelingsstrategieën bij kinderen met (verdenking op) kanker. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Raadt, B. de & C. Hoogervorst (2006). Het recht van ouders op een rechte rug. *Ouderschap & Ouderbegeleiding* 9;1: 12-18.
- Raadt, B. de (2006) – Levensbeschouwing, veerkracht en identiteit. Ouderschap in een medische stroomversnelling. Systeemtheoretische aspecten bij ouderbegeleiding in een academisch kinderziekenhuis. Alblasserdam: Stichting De Vaste Burcht.
- Raadt, B. de; J. Rijkschroeff & M. Speksnijder (2007). Ouderbegeleiding in het kinderziekenhuis. Thema's levensbeschouwing en veerkracht. *Tijdschrift Kinderverpleegkunde* 13, 2: 10-11.
- Raadt, B. de (2008). Abstract: Development of resilience of parents during treatment of their child with cancer: a new horizon! – in: *SIOP ABSTRACT BOOK 2008*; <http://www3.interscience.wiley.com/homepages/106561790/SIOP-2008-Online-Abstracts.pdf>; p. 238, nr. 014.
- Scholte, M.; Leur, J. van & C. Brink (2007). Transparant aanbod Medisch Maatschappelijk Werk in UMC's – Modulen als bouwstenen voor de hulpverlening. Utrecht: Movisie.
- Verwey-Seemann, M. (2002). Voor 't bestaan? Het invriezen van sperma van 12-18 jarigen met een maligne ziekte. *Tijdschrift Kinderverpleegkunde* 2002, 1: 16-17.

Zusterorganisaties stellen zich voor

KRACHTENBUNDLING

Weten onze leden welke nieuwe ontwikkelingen er zijn bij de collega- deskundigheidsgebieden? V&VN Afdeling Kinderverpleegkunde, Fractie Jeugdverpleegkunde en Afdeling Verloskunde Gynaecologie & Obstetrie (VOG) stellen zich in elkaars tijdschriften aan elkaar voor.

De verpleegkundigen van V&VN Afdeling Kinderverpleegkunde, Fractie Jeugdverpleegkunde en Afdeling Verloskunde Gynaecologie & Obstetrie (VOG) gaan nauwer samenwerken. Er is gebrainstormd over mogelijke dwarsverbanden tussen de afdelingen en over 'samenwerking met behoud van eigenheid.' Als praktische eerste stap, hebben we afgesproken contacten te hebben over interessante artikelen en deze, in overleg met de auteurs, uit te wisselen met de zusterorganisaties. Ook gaan we samenwerken rondom de congressen. Er is een mooie traditie gestart, waarbij iedere afdeling twee gratis toegangskarten ter beschikking stelt voor twee actieve leden van de andere afdelingen. Verder heeft V&VN Afdeling Kinderverpleegkunde in april 2010 een workshop gehouden op het V&VN JGZ symposium. Daarnaast gaan bestuursleden van de afdelingen dit najaar bij elkaar op werkbezoek. Het verslag van hun ervaringen kunt u lezen in de diverse tijdschriften.

V&VN KINDERVERPLEEGKUNDE

V&VN Kinderverpleegkunde wil zich bij deze graag aan u voorstellen. V&VN Kinderverpleegkunde heeft ongeveer 1400 leden. Binnen de afdeling wordt gewerkt met fracties. We hebben een fractie Redactie, Internationale betrekkingen, Congres, Wetenschap en PR. Daarnaast zijn er leden die zich bezighouden met bijvoorbeeld de CZO erkenning-aanvragen en nemen leden deel aan diverse klankbordgroepen en commissies (bijvoorbeeld de ontwikkeling

van E-learning Kindermishandeling, de ontwikkeling van de Kindergids Veiligheid in het kader van het VMS Veiligheidsprogramma, participatie in richtlijnontwikkeling van het autistisch spectrum stoornis).

V&VN Kinderverpleegkunde heeft een samenwerking met een groot aantal ketenpartners buiten V&VN, onder andere met de NVK (Nederlandse Vereniging Kinderartsen), Kind en Ziekenhuis en met de opleiders van de Specialistische Vervolg Opleiding Kinderverpleegkunde. Wij willen kinderverpleegkunde in de breedste zin van het woord op de kaart zetten en zo een bijdrage leveren om de kinderverpleegkunde naar een hoger niveau tillen.

In oktober 2009 is het deskundigheidsgebied kinderverpleegkunde binnen het kwaliteitsregister geopend. We organiseren jaarlijks een congres en brengen vier keer per jaar het tijdschrift *Kinderverpleegkunde* uit. In 2010 is twee keer een masterclass georganiseerd, één over 'RS bronchiolitis', één over 'Comazuipen'. In 2011 zullen twee nieuwe thema's in de masterclass aan de orde komen. Via onze website www.kinderverpleegkunde.venvn.nl communiceren we de meest actuele stand van zaken. V&VN Kinderverpleegkunde participeert op het internationale kinderverpleegkundige congres in Kopenhagen (in oktober 2010).

“Bestuursleden van de afdelingen gaan dit najaar bij elkaar op werkbezoek”

De komende jaren zal de afdeling zich vooral bezig houden met het werven van nieuwe (actieve) leden, het mede ontwikkelen van richtlijnen, het organiseren van een jaarlijks congres en het uitgeven van een tijdschrift (deze activiteiten hopen wij in nauwe samenwerking met de zusterafdelingen te kunnen doen). Daarnaast willen wij dat de afdeling bij alle ontwikkelingen op nationaal en internationaal gebied met betrekking tot kind en gezin betrokken wordt. Wij willen als V&VN Kinderverpleegkunde bekend zijn bij alle organisaties die werken met en voor kind en gezin en door hen

geconsulteerd worden bij beleidsbepalende activiteiten. We willen ook dat iedere professional in Nederland werkzaam voor deze doelgroep, ons weet te vinden.

V&VN FRACTIE JEUGD

V&VN Fractie Jeugd is een samenwerkingsverband vanuit twee afdelingen: eerstelijns verpleegkundigen (0 tot 4 jaar) en de verpleegkundigen openbare gezondheidszorg (4 tot 19 jaar). Er werken zo'n vierduizend verpleegkundigen. Het aantal leden is niet exact bekend, omdat nog niet iedereen bij V&VN goed geregistreerd staat als jeugdverpleegkundige.

Wij hebben een kerngroep die maandelijks bij elkaar komt. Deze gaat in op actualiteiten en beleidsvragen en ze bereidt de vergaderingen van de Fractie voor. De Fractie bestaat uit een elftal leden en komt eens in de twee maanden bij elkaar. In deze groep wordt het verpleegkundig beleid uitgewerkt. Er worden standpunten voorbereid om daarmee de landelijke ontwikkelingen te beïnvloeden en er wordt ingesprongen op actualiteiten. Daarnaast hebben we een grote groep actieve leden. Zij zitten namens de Fractie in werkgroepen, waarin specifieke onderwerpen aan bod komen zoals richtlijnontwikkeling voor borstvoeding, opvoedondersteuning, autistisch spectrum stoornis en veiligheid.

Jaarlijks hebben wij ons JGZ symposium met steeds een actueel thema. Daarvoor is er een symposiumcommissie in het leven geroepen. Verder hebben wij nauwe samenwerking met de AJN (Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland) en met de NVDA (Nederlandse Vereniging Voor Doktersassistenten). Onze scope wordt verder uitgebreid door de samenwerking met aanpalende beroepsgroepen in de Centra voor Jeugd en Gezin. Zo zijn wij het traject Professionalisering in het CJG gestart met de beroepsorganisaties van maatschappelijk werkers (NVM), de pedagogen en eerstelijnspsychologen (NVO/NIP) en de vereniging van opvoedondersteuners (PHORZA). In het najaar organiseren we gezamenlijk masterclasses voor professionals van het CJG op gebied van samenwerking en klantgerichtheid. Dit alles gebeurt



onder de vlag van het Programma-ministerie voor Jeugd en Gezin. Ook daar hebben wij een nauwe samenwerking mee. We zijn betrokken bij het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (het kennisinstituut van de jeugdgezondheidszorg). Er zit daar een bestuurder in op voordracht van de drie gezamenlijke beroepsgroepen. Met de drie beroepsgroepen hebben we een eigen systeem ontwikkeld voor richtlijnontwikkeling, waarin we als beroepsgroep een inhoudelijke stem hebben. Het andere kennisinstituut waar we veel mee samenwerken is het NJi (Nederlands Jeugdinstituut). Op onze website zijn de laatste nieuwtjes te vinden. Neem gerust een kijkje op www.lvw.nl.

V&VN Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie

Onze beroepsvereniging B.O.G. (Beroepsvereniging Obstetrie- en Gynaecologieverpleegkundigen) werd in 1995 opgericht. Het doel was het beroep van O&G verpleegkundigen te professionaliseren door onder andere de ontwikkeling van de Voortplanting, Obstetrische & Gynaecologische verpleging op het gebied van kennis, vaardigheden, beroepshouding en ethiek te bewaken en de contacten te bevorderen tussen verpleegkundigen werkzaam binnen de voortplantings-geneeskunde, obstetrie en gynaecologie. Inmiddels zijn wij met een groot aantal andere beroepsverenigingen gefuseerd en is de naam gewijzigd in V&VN Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie (V&VN VOG). Binnen onze beroepsvereniging zijn de ziekenhuiscontactpersonen (ZCP-ers) een belangrijke klankbordgroep voor het bestuur. Tijdens de tweejaarlijkse bijeenkomsten met de ZCP-ers wisselt het bestuur kennis en ervaringen uit

(zie onze website commissies VOG), www.vog.venvn.nl. Wat speelt er momenteel in onze beroepsvereniging? Ongeveer twee jaar geleden is onze opleiding veranderd van obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen (O&G) in een opleiding voor obstetrieverpleegkundigen. Dit had te maken met het feit dat de verpleging van de gynaecologische patiënt een heel andere is geworden: veel gynaecologische patiënten worden behandeld in dagbehandeling of poliklinisch en de oncologische gynaecologische patiënt gaat naar grote centra. In de oncologie-opleiding wordt ook aandacht besteed aan gynaecologische oncologie. De meeste verpleegkundigen die waren opgeleid voor obstetrie en gynaecologie zijn werkzaam op de verloskamers en/of op de zwangeren/kraamafdeling. De obstetrie-opleiding is daarom toegespitst op het werk op de verloskamers en de kraamafdeling. Wat nodig is aan gynaecologische kennis voor het werk op de verloskamer en kraamafdeling is geïntegreerd in de opleiding. Ook is er in de opleiding veel aandacht voor de steeds vaker voorkomende psychische/psychiatrische problemen, de toenemende pathologie en de 'wensgeneeskunde'. Daarnaast is er een opleiding voor verpleegkundigen werkzaam op de IVF afdeling. In de landelijke pers is er veel aandacht geweest voor het rapport *Een goed begin*. Dat is uitgebracht naar aanleiding van de perinatale baby-sterfte in Nederland. Om de aanbevelingen uit dat rapport verder uit te werken, zal er een College Perinatale Zorg opgericht worden. Er gaan stemmen op om het aantal verloskundige centra terug te brengen naar ongeveer veertig of vijftig, dit om één van de aanbevelingen uit het rapport

te kunnen waarborgen: er moet 24 uur per dag, zeven dagen per week dezelfde kwaliteit van zorg geboden en bekostigd kunnen worden. Dat zal een grote verandering in de organisatie van de verloskundige zorg betekenen. Het laatste woord is daar zeker niet over gezegd. Het bestuur van de VOG spant zich in om daarover mee te denken en te praten.

"We gaan nauwer samenwerken"

Een andere ontwikkeling is de *single room maternity*, waarbij de vader, nadat de bevalling heeft plaats gevonden, bij zijn vrouw en pasgeboren baby in het ziekenhuis kan blijven. Hierbij speelt ook een rol dat 'zieke' zuigelingen steeds vaker bij de moeder op de kraamafdeling geobserveerd en behandeld worden. Te denken valt dan aan een pasgeborene waarvan de moeder diabetes mellitus heeft, moeders met een positieve GBS met risicofactoren, pasgeborenen met hoge bili's en randprematuren. Veel ziekenhuizen zijn bezig met het behalen van het borstvoedingscertificaat voor de kraamafdeling en de kinder/neonatalogieafdeling. Het meeste werk hiervoor wordt verricht door O&G verpleegkundigen van de werkvloer en gecoördineerd door een borstvoedingswerkgroep, al dan niet in samenwerking met de kinderafdeling. Als aan alle voorwaarden is voldaan, resulteert dit in een erkenning door UNICEF/WHO en mogen deze ziekenhuizen zich een borstvoedingsvriendelijk ziekenhuis noemen.

Pauline Nieuwenhuizen
Lia Heijnen
Thea Bollé
Inge Parlevliet

TERUGBLIK OP JOHANNESBURG EN VOORUITBLIK OP KOPENHAGEN

In Johannesburg vond begin augustus het congres van de IPA (International Pediatric Association) plaats, waar helaas geen apart programma voor kinderverpleegkundigen was. Wel was het een interessante week. Op het ESPNIC (European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care) congres, dat eind oktober in Kopenhagen plaats zal vinden, staat wel een aparte dag voor kinderverpleegkundigen gepland.



De International Pediatric Association (IPA) organiseerde van 4 tot en met 9 augustus 2010 het 26ste Internationale Congres van Kinderartsen in Johannesburg, Zuid Afrika. 2010 is een speciaal jaar voor de IPA, aangezien dit jaar de honderdste verjaardag van de internationale vereniging wordt gevierd. Terecht staat op de website van de IPA te lezen dat maar weinig internationale verenigingen een honderdjarig bestaan kunnen vieren. De IPA is in 1910 opgericht in Parijs en heeft zich vanuit Europa uitgebreid tot een vereniging op wereldniveau. Driejaarlijks wordt een internationaal congres georganiseerd en in Zuid-Afrika maakten kinderartsen uit honderdvijftig landen hun opwachting.

KINDERVERPLEEGKUNDIGEN EN DE IPA

In 1998 heeft V&VN Kinderverpleegkunde dankzij zeer nauwe samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en onder auspiciën van de IPA het eerste Internationale Congres Kinderverpleegkunde georganiseerd. Dit congres kreeg in 2001 zijn tweede editie in Beijing, China. Helaas was het voor de Mexicanen in 2004 niet mogelijk ook kinderverpleegkundigen hun eigen programma te geven, zodat in 2007 in Athene het derde Internationale Congres Kinderverpleegkunde georganiseerd kon worden.

Door de gewijzigde financiering van de IPA congressen was het helaas ook dit jaar niet meer mogelijk samen te werken met de kinderartsen op internationaal congresniveau. Dus dit jaar geen vierde internationaal congres voor kinderverpleegkundigen in Johannesburg. Er was geen programma voor de verpleegkundigen. Hebben we dus iets gemist? Natuurlijk was er een zeer interessant programma voor de kinderartsen, met onderwerpen als: zorg voor het ernstig ondervoede kind, astma, HIV, adolescenten en seksualiteit, vaccinaties, autisme, slaapproblemen, kwaliteit van zorg, efficiënt ouderschap, tuberculose en obesitas. Vele workshops, free papers en symposia werden georganiseerd. Interessant om te zien dat onderwerpen als kwaliteit van zorg, efficiënt ouderschap en adolescenten en seksualiteit alleen door één discipline behandeld worden, terwijl in mijn ogen dit toch echt onderwerpen zijn waar multi- en interdisciplinaire behandeling/samenwerking noodzakelijk is om een efficiënt en effectief resultaat te behalen. Ik denk

dat de samenwerking met de IPA voorlopig van de baan is. Vanuit de Fractie Internationale Betrekkingen (FIB) blijven wij proberen met IPA in contact te komen en dan met name op congresniveau, maar wellicht dat dit een tijd gaat duren.

KOPENHAGEN

Niet getreurd: het is gelukt een internationaal programma van één dag te maken op het ESPNIC (European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care) congres van 23 tot en met 26 oktober in Kopenhagen, Denemarken. Dus op naar Kopenhagen, om daar in contact te komen met internationale collegae. Voor dit congres zijn diverse Nederlandse abstracts geaccepteerd. Een mooi resultaat van de samenwerking van V&VN Kinderverpleegkunde en de Europese zusterorganisaties. Ingrid Hanks Drielsma heeft als voorzitter van de FIB, en nu als tijdelijke voorzitter van het 'International Scientific Committee' in samenwerking met Europese collegae hard gewerkt een interessant programma te maken. Er is slechts één dag voor kinderverpleegkundigen, maar participanten kunnen ook gebruik maken van het overige programma van de ESPNIC. Vier dagen interessante symposia, workshops.

De workshops en lezingen:

- 'The European paediatric nurse', Fiona Smith, Groot-Brittannië
- 'Children's and young people's palliative care', Katrina McNamara-Goodger, Groot-Brittannië
- 'An exploratory study of palliative and terminal care for children and their families', Jayne Price, Groot-Brittannië
- 'Technical, interpersonal and critical thinking competency assessment: a systemic approach', Sabrina Egman, Italië
- 'Review of pain content in three year pre-registration children's nursing courses in the UK', Lynda Roderique, Groot-Brittannië
- 'Educating the children's nurse: the Irish transformation', Carmel Doyle, Ierland
- 'Care of the chronically ill child and transition to adult services', D. Hilderson, België
- 'Let's talk about sex: research and development of the new board game for adolescents with chronic conditions: Secz Talk', AnneLoes van Staa, Nederland
- 'Predictors of adherence in small children with type 1

- diabetes', Vivienne Chisholm, Groot-Brittannië
- 'Quality of life in Greek children with asthma', Konstantinos Petsios, Griekenland
- 'Mother's experiences of caring for children with complex needs. Challenges faced in the outside world', Honor Nicholl, Ierland
- 'Personal, familial and social characteristics of infants with acute respiratory infection', Nasrin Lakeh, Iran
- 'Family-centered care: cooperation between parents and nurses', Joke Wielenga, Nederland
- 'Educational files in different paediatric settings', Simona Calza, Italië
- 'Care closer to home for children and young people who are ill: how far can we go?', Gillian Parker, Groot-Brittannië
- 'Assessing psychological well-being in mothers of children with disability: predicting depressive symptoms, parenting stress, resiliency, and family functioning', Karen Benzie, Canada
- 'Parental satisfaction concerning their children's hospital care: a questionnaire survey', Barbara Boutopoulou, Griekenland

- 'Problems of children and adolescents with a mitochondrial disease, their parents and siblings. The patient's perspective', Greet Noorda, Nederland
- 'Identifying, treating and preventing child abuse and neglect', Andrea Smits, Nederland
- 'Paws for thought. The introduction of a paediatric advanced warning score in a district general hospital', Sharron Mcgarva, Groot-Brittannië

Er zal nog een spreker uit Nederland van de VVKV komen. Deze staat nog niet vermeld, maar dit wordt gecorrigeerd. Ik wens u veel plezier wanneer u in de gelegenheid bent naar Kopenhagen te gaan. In de volgende Tijdschrift Kinderverpleegkunde zal een samenvatting van dit congres te vinden zijn.

Meer informatie over het ESPNIC congres en het programma is te vinden op www.espic.de

Corry van den Hoed-Heerschop
Lid FIB V&VN Kinderverpleegkunde

Wij kinderverpleegkundigen



Mensen denken dat taal is uitgevonden om elkaar beter te begrijpen. Maar ook al spreek je dezelfde taal, er zijn mogelijkheden te over elkaar helemaal niet te begrijpen of aan de woorden van de ander een totaal andere interpretatie te geven. Ik ben altijd geïnteresseerd geweest in taal en houd van woordspelingen. Soms lees ik er wat over. Laatst kreeg ik een boekje over taal. Niet over hoe mensen met elkaar zouden moeten praten, maar over hoe ze dat per ongeluk doen. In één dag was het boekje uit en ik had een geweldige dag, wat heb ik gelachen. Zo herkenbaar en hilarisch. Leerzaam ook, omdat ik me meer bewust ben van de invloed van taal en wat mensen ermee (kunnen) bedoelen, of juist niet.

Neem nou het woord "wij". Er zijn hele wij-culturen ontstaan. En een wij-cultuur impliceert tegelijk ook een zij-cultuur. Bij wij/zij-denken is de gedachte dat het vooral verkeerd is om dingen aan te nemen over "zij". Dat "wij" op zich ook al een beetje een raar woord is, daar hoor je minder mensen over. Nee, wij is zogenaamd goed. "Wij" is nodig voor de sociale cohesie.

Kijk eens naar de verpleegkundige beroepsgroep. Of nee, specifiek, de kinderverpleegkundige. Ook deze groep maakt zich schuldig aan de wij-cultuur. Wij horen bij elkaar omdat we gemeen hebben dat we kinderen verplegen. We hebben een opleiding gedaan tot (kinder)verpleegkundige en de nodige ervaring. We draaien dezelfde diensten, verdienen hetzelfde salaris, werken samen met elkaar en andere disciplines. Dat schept op zich al een band. We hebben zelfs een eigen taal ontwikkeld binnen onze wij-cultuur. Deze taal spreken en begrijpen we onderling goed, wat onze band weer sterker maakt.

Zo spreken we bijvoorbeeld over "visite". Wij weten dan dat we met de arts gaan bespreken hoe het met het kind gaat en dat daar een beleid op volgt. Een gemiddeld mens uit de zij-cultuur denkt dat we elkaar uitnodigen om gezellig aan de koffie te gaan. Koekje erbij? Andere uitspraken uit onze cultuur zijn bijvoorbeeld "een kweek afnemen" en "in

isolatie liggen". Wij weten precies wat er wordt bedoeld.

Ook het gebruik van jargon is een typisch geval van onze wij-cultuur. Hoe vaak gebeurt het niet dat er met ouders gepraat wordt in voor hen ongebruikelijke taal. Toegegeven, dat gebeurt dan meestal door de dokter, maar ook wij hebben er een handje van. Zo hoorde ik eens een collega tegen een vader zeggen: "Ik ga even de porth à cath flushen met NaCl". Op zich niets mis mee, als je weet waar het over gaat. Maar deze mensen waren net een dag opgenomen na het plaatsen van de PAC. Vader bleek niet te weten wat "flushen" en "NaCl" was. Zo kunnen de dingen die je uit gewoonte gewend bent te zeggen, en met alle goede bedoelingen, een heel ander leven gaan leiden als er op het moment zelf voor de ander geen duidelijkheid is.

Een mooi ander voorbeeld is de galgenhumor die soms kan ontstaan na het overlijden van een kind. Het overlijden van een kind is een ingrijpende gebeurtenis, die ook op de kinderverpleegkundige een grote indruk maakt. Dat vergt op emotioneel gebied behoorlijk wat van ons. Als het stuk begeleiding rondom het overlijden afgerond is, volgt de ontlading bij de verpleegkundige. Vaak even een traan en een goed gesprek, waarna toch ook de grappen en galgenhumor uit de kast komt. Zo had ik een keer dat ik zo moest lachen, dat ik bijna niet meer kon stoppen. De moeder van het kind wilde nog wat aan me vragen en liep de zusterpost binnen, waar ze me lachend aantrof. Uiterst pijnlijk en gênant. Er is niets mis met de wij-cultuur, maar wees je er bewust van. Bedenk wat je zegt en hoe iets over kan komen bij kind, ouders en anderen. Stap op die momenten uit het wij-jargon en pas je aan aan degene waarmee je communiceert. En even onder ons gezegd: dat praat toch een stuk gemakkelijker?

Ingrid Vonk
Redactielid V&VN Kinderverpleegkunde

Neonatologieverpleegkundigen aan het woord

ONTWIKKELINGSGERICHTE ZORG op de KRAAMAFDELING

Ontwikkelingsgerichte zorg is niet meer weg te denken op de afdeling neonatologie. Het is een manier van benaderen die veel goed doet voor de zieke of te vroeg geboren baby; daarvan zijn wij als neonatologieverpleegkundigen al overtuigd. Maar wat doen we nu precies en welke meerwaarde heeft het voor het kindje en de ouders?

Ontwikkelingsgerichte zorg is zorg gericht op de ontwikkeling van het kind door aanpassing van licht, geluid, benadering, omgeving en participatie van de ouders. Ontwikkelingsgerichte zorg houdt rekening met waar de baby aan toe is en wat het aankan. Zo wordt heel veel geborgenheid geboden en wordt de situatie in de baarmoeder nagebootst. Het begint met goed te kijken naar het kind. Door voor, tijdens en na de verzorging te observeren wat het kind doet en hoe het reageert, leer je de lichaamstaal van het kind kennen. Denk daarnaast aan het concept baarmoeder: flexie, begrenzing en middellijnoriëntatie, en het reduceren van stress en pijn. Dit zijn de basisprincipes van ontwikkelingsgerichte zorg.

INVLOED VAN STRESS

Intra-uterien is er sprake van een gedoseerd stimulatiesysteem, dat de foetus in staat stelt tast- gevoels- en bewegingservaring op te doen, pas-

“Thuis kan er ingelogd worden op internet om het kind te zien”

send bij zijn leeftijd en zenuwstelsel. Door vroeggeboorte, ziekte en couveuseverpleging, krijgt het onrijpe zenuwstelsel prikkels te verwerken die niet fysiologisch zijn en dus stressverhogend werken.

Die stress, en daarnaast de pijn die ze ervaren door allerlei handelingen of het ziek zijn, kan veranderingen in de cerebrale doorbloeding veroorzaken en oorzaak zijn van hersenletsel. Vroegtijdige activering van de nog onrijpe hersenschors zou de ontwikkeling van complexe hersenfuncties als aandacht, leren, geheugen en gedragscontrole kunnen beïnvloeden. Ook is uit onderzoek gebleken dat stress invloed heeft op het immuunsysteem. Een goede motorische ontwikkeling, speelt net als een goede ontwikkeling van de zintuigen in deze fase dus een grote rol. Intense stresservaringen kunnen het hechtingsproces tussen ouder en kind verstoren. Wanneer kinderen minder stress ervaren, kunnen zij zich beter op hun omgeving richten en krijgen ouders meer vertrouwen in hun rol als verzorger en opvoeder.

ONDERSTEUNEN

Sleutelwoord binnen ontwikkelingsgerichte zorg is ouderparticipatie. Dachten wij in het verleden dat wij als verpleegkundigen zo goed wisten wat goed was voor kinderen, met ontwikkelingsgerichte zorg doen we een stap terug. Het idee hierachter: deze mensen hebben een kindje en zijn net ouders geworden en wij kijken om medische redenen over hun schouders mee. De rollen zijn op een natuurlijke manier teruggedraaid. Wij ondersteunen!

Die ondersteuning richt zich voor de bevalling op het geven van informatie over de bevalling. In het geval van dreigende vroeggeboorte ontvangen ouders een voorlichtingskoffer met daarin materiaal van het VOC (Vereniging Ouders van Couveusekinderen), over hoe anders het is als een kindje te vroeg geboren wordt en foto's van de couveuseafdeling.

Hierin wordt ook al veel uitgelegd over ontwikkelingsgerichte zorg, hechting, troosten, de belangrijke rol

van vaders en het geven van begrenzing aan het kleine kindje. Over hoe wij proberen, nu het kindje uit de baarmoeder is, toch een omgeving te creëren waar het kindje zich zichtbaar ontspannen voelt, door doeken over de couveuse te leggen, hemeltjes op de wiegen te plaatsen en het dempen van licht en geluidsprikkels.

CAMERAVERBINDING ALS HULPMIDDEL

Na de bevalling zorgen we dat ouders hun kindje ondanks de eventuele problemen zo snel mogelijk 'skin-to-skin' vasthouden. Dat kan ook best als het kind aan allerlei draadjes zit.

“Sleutelwoord binnen ontwikkelingsgerichte zorg is ouderparticipatie”

Zoals het kindje op de kraamafdeling natuurlijk dicht bij de moeder is, proberen we het couveusekindje ook zo dicht mogelijk bij de moeder te brengen door een cameraverbinding, zodat moeder haar kindje vanuit het kraambed ook kan zien. Thuis kan er ingelogd worden op internet om het kind te zien.

Foto's en een dagboekje met dierbare herinneringen zijn belangrijk, ook voor later. Tijdens de dagelijkse verzorging is het van belang dat ouders de grip op hun kindje behouden. Ouders kunnen bijvoorbeeld geurdoekjes bij zich dragen. Ze kunnen bij een cameraverbinding goed kijken hoe ontspannen en lekker het kindje ligt. Als het kindje huilt of onrustig is, kunnen wij de moeder of vader aanmoedigen naar hun kindje te gaan om het te troosten of te voeden. Ouders moeten zich gesteund en bevestigd voelen.

Door ouders uitleg te geven wat ze kunnen doen voor hun kindje en door ouders te leren naar hun kindje te kijken, krijgen ouders meer contact met hun kindje. Ze voelen zich dan 'ouders' in plaats van 'toeschouwers'.

**Niet alleen voor
prematuren**

Wat wij zeker ook willen uitdragen, is dat ook à terme kinderen zich heel prettig voelen bij deze vorm van benaderen, ook hierbij zijn het soms kleine dingen:

- troosten door begrenzing;
- aanmaken natuurlijke endorfinen door te laten zuigen op vinger of fop bij een hiepriek (voor een vervelende (be)handeling kunnen kinderen wat sucrose krijgen, waardoor de pijnprikkel niet wordt opgeslagen in de hersenschors als herinnering. Hiervoor zijn al protocollen opgesteld, maar nog niet ieder ziekenhuis werkt hiermee);
- bij oppakken en aan- en uitkleden eerst op de zij rollen;
- temperaturen in zijligging;
- strak instoppen;

- met doek in bad of in de tummytub als het kindje in bad erg overstuurt is.

**“Stress heeft invloed op
het immuunsysteem”**

Ook omgevingsfactoren zijn belangrijk:

- geluidsdempers op kastdeurtjes;
- dag- en nachtritme creëren door in plaats van een grote lamp, een klein dimbaar nachtlampje bij het bed te zetten als moeder wil voeden;
- goed borstvoeding- en kolfbeleid, waarbij afstemming is tussen beide afdelingen.

Toekomstperspectief

Met de nieuwe ontwikkelingen wat betreft de kraam- en couveusesuites

staat de benadering en de gedachte achter ontwikkelingsgerichte zorg volop in de belangstelling. Dit is een geweldig perspectief. Het zal echter nog lang duren voor het in alle ziekenhuizen gerealiseerd is. Maar gelukkig kunnen we in de huidige situatie al heel veel doen. Ontwikkelingsgerichte zorg is de zorg waar elk kind, te vroeg of op tijd geboren, recht op heeft. Het vraagt van de verpleegkundige een andere werkwijze en kijk op haar werk, maar de voordelen en het effect zijn echter zo duidelijk dat het een verrijking is.

Siebrig Schipper

high care neonatologieverpleegkundige
en

Femmy Torny

nazorgverpleegkundige, werkzaam in
het Ropcke Zweers Ziekenhuis, onderdeel van de Saxenburggroep

“Na de bevalling zorgen we dat ouders hun kindje ondanks de eventuele problemen zo snel mogelijk ‘skin-to-skin’ vasthouden.”



Nederlandse invulling van magneetconcept in volle gang

EXCELLENTE ZORG: EEN NUCHTERE VERTALING VAN EEN AMERIKAANS CONCEPT



Werken in de zorg moet aantrekkelijker gemaakt worden. Zo kunnen de grote tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden opgevangen worden. Het uit Amerika overgewaaide magneetconcept, hier bekend als Excellente Zorg, zou hiertoe een hulpmiddel kunnen zijn.

In Amerika bestaan Magneetziekenhuizen al jaren: instellingen die zowel patiënten als personeel aantrekken als een magneet. Hun kracht is tweeledig. Allereerst biedt het werknemers een aantrekkelijke werkplek waarin zij zich kunnen ontwikkelen en veel autonomie ervaren in hun werk. Dit komt de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid ten goede. In tijden van schaarste in de verpleging kennen deze ziekenhuizen minder ziekteverzuim en problemen als *burn out*. Daarnaast kiezen patiënten bewust voor deze ziekenhuizen, omdat de zorg goed en veilig is.

EXCELLENTE ZORG

De Nederlandse invulling van het magneetconcept heet Excellente Zorg. Het is een initiatief van V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) en NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie). Samen met vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en participerende zorginstellingen, zijn zij geïnspireerd geraakt door de Magneetinstellingen in Amerika. Na een werkbezoek is men zeer enthousiast teruggevoerd naar Nederland en op zoek gegaan naar een 'nuchtere' vertaling van dit Amerikaanse concept. De nadruk ligt in Nederland zowel op verpleegkundigen als patiënten. Daarom heeft V&VN samen met NPCF gewerkt aan een instrument waarmee zorginstellingen zich kunnen onderscheiden in Excellente Zorg. In een pilot onder twaalf zorginstellingen onderzoeken zij een praktisch instrument waarmee zorginstellingen de noodzakelijke cultuuromslag kunnen maken om excellente, patiëntgerichte, verpleegkundige zorg te realiseren.

LEIDERSCHAP

Excellente Zorg is een omslag in cultuur. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben de leiding aan het bed, in het management en zelfs in het bestuur. Zover is het in de meeste instellingen nog niet. Het verpleegkundig beroep van heeft een enorme ontwikkeling doorgemaakt de afgelopen jaren. Van een 'zuster' die taken uitvoert die de 'hoofdzuster' en de arts haar opleggen, naar een zelfstandig functionerende verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de zorg: van opname tot ontslag. De hoofdzuster heet nu leidinggevende of manager en is vaak nauwelijks nog direct aanwezig

op de werkvloer. Verpleegkundigen staan voor de uitdaging om in zo'n kort mogelijke tijd, goede, complexe zorg te bieden aan hun patiënten.

Excellente Zorg wil nog een stap verder: verpleegkundigen en verzorgenden zouden in alle lagen van de organisatie een stem moeten hebben. Want wie weet er beter wat er goed en slecht gaat in de zorg, dan de verpleegkundigen en verzorgenden zelf? Door hen een stem te geven, bijvoorbeeld binnen een VAR (verpleegkundige adviesraad) hebben verpleegkundigen de kans om zichzelf en hun beroep verder te professionaliseren.

Pilot

De pilot Excellente Zorg bevat een meetinstrument. Twaalf instellingen uit diverse gezondheidszorgrichtingen hebben het instrument getest. Het instrument brengt drie pijlers in zicht. De patiëntenpijler maakt inzichtelijk of patiënten tevreden zijn over de kwaliteit van zorg in de instelling. De verpleegkundige en verzorgende pijler geeft duidelijkheid over de aanwezigheid van een zogenaamde magnetische werkomgeving. Dit wordt op basis van acht *essentials of magnetism* (zie kader) aangetoond.

"Opvallend is dat verzorgenden over het algemeen positiever zijn dan verpleegkundigen"

De organisatiepijler bestaat uit een zelfevaluatie, die als het ware werkt als een spiegel. Door de organisatie kritisch onder de loep te nemen, op basis van de *essentials* en te kijken naar het aantal vacatures en personeelsverloop, krijgt men meer inzicht in de sterke en minder sterke kanten van de organisatie.

De acht essentials of magnetism

- Werken met vakbekwame collega's
- Goede relaties met artsen
- Autonomie
- Support van de direct leidinggevende
- Zeggenschap over de beroepsuitvoering
- Opleidingsmogelijkheden
- Voldoende personeel
- Patiëntgerichte zorgcultuur

Alle drie de pijlers leveren samen een groot aantal gegevens op, waarmee men in een plan van aanpak aan de slag kan om de instelling 'excellent-proof' te maken. Het uiteindelijke doel daarvan is verpleegkundig personeel aantrekken en behouden door het creëren van een goede werkomgeving.

Veertien magneetkrachten



1. Kwaliteit van verpleegkundig leiderschap: bekwame, sterke en risiconemende verpleegkundige leiders volgen een goed geformuleerde strategie.
2. Organisatiestructuur: plat, beslissingen worden decentraal genomen.
3. Managementstijl: participatie en feedback geven wordt aangemoedigd en is ingebakken in de organisatie.
4. Persoonlijk beleid en programma's: salaris en bonussen zijn goed en concurrerend. Er worden doorgroeimogelijkheden geboden en er is een goede balans tussen werk en privé, kortom de zorginstelling is een goede werkgever.
5. Professionele zorgmodellen: op basis van diverse modellen heeft de verpleegkundige verantwoordelijkheid voor en gezag over de directe patiëntenzorg. De modellen zijn gebaseerd op de unieke behoeften van de patiënt en bevorderen dat bekwame verpleegkundigen de gewenste klinische uitkomsten behalen.
6. Kwaliteit van zorg: iedereen wordt gedreven door de wens een hoge kwaliteit van zorg te leveren. Leidinggevend zijn verantwoordelijk voor het continueren van dit werkklimaat.
7. Kwaliteitsverbetering: de organisatie is dusdanig ingericht dat er voortdurend aan kwaliteitsprojecten en processen wordt gewerkt.
8. Consultatie en bronnen; de organisatie biedt adequate bronnen, middelen en kansen voor het inzetten van experts. De organisatie promoot betrokkenheid van verpleegkundigen in professionele organisaties en bij werkgroepen in de samenleving.
9. Autonomie: autonome verpleegkundige zorg is de op competenties, professionele expertise en kennis gebaseerde bekwaamheid van een verpleegkundige om de voor de patiëntenzorg geëigende verpleegkundige acties te bepalen en uit te voeren. Van de verpleegkundige wordt verwacht dat zij autonoom werkt, in overeenstemming met de professionele standaarden en zelfstandig beslissingen neemt binnen het kader van de interdisciplinaire en multidisciplinaire afspraken over patiëntenzorg.
10. De samenleving en de zorginstelling: er worden contacten onderhouden binnen en met allerlei gezondheidsorganisaties en andere organisaties in de samenleving met als doel samenwerking om zorgresultaten en de volksgezondheid te verbeteren.
11. Verpleegkundigen als opleiders: professionele verpleegkundigen zijn betrokken bij opleidingsactiviteiten binnen de organisatie en in de samenleving. Studenten zijn welkom en worden aangemoedigd binnen de organisatie. Er is voor zowel studenten als verpleegkundigen volop mogelijkheid om opleidingen te volgen. Er is een programma voor patiënteneducatie dat voorziet in de behoeften van patiënten op de verschillende afdelingen.
12. Het imago van de verpleegkundige: de inbreng en invloed van verpleegkundigen is essentieel bij de door het multidisciplinaire team verstrekte zorg en zo wordt hier ook mee omgegaan.
13. Interdisciplinaire relaties: er is wederzijds respect tussen en binnen disciplines en multidisciplinaire teams en bereidheid om van elkaar te leren.
14. Professionele ontwikkeling: de organisatie schept hier voorwaarden voor.

ving. Daarnaast zullen patiënten en verzekeringen, als ze de keuze hebben, eerder kiezen voor een instelling met Excellente Zorg kiezen, dan voor 'de buurman'.

Opvallende resultaten

Brigitte de Brouwer, gezondheidswetenschapper en project-medewerker V&VN, presenteerde op 3 juni de resultaten van de verpleegkundigen en verzorgenden pijler. Verzorgenden en verpleegkundigen vinden opleidingsmogelijkheden, voldoende personeel en werken met vakbekwame collega's de belangrijkste kenmerken van een prettige werkomgeving. De relaties met artsen in hun instelling en autonomie, zijn twee kenmerken waarvan verpleegkundigen en verzorgenden in alle sectoren een positief beeld hebben. Opvallend is dat verzorgenden over het algemeen positiever zijn dan verpleegkundigen, met uitzondering van goede relaties met de artsen. Hoe hoger het opleidingsniveau van de verpleegkundigen en verzorgenden, hoe positiever zij zijn over de relaties met de artsen in hun instelling. Verzorgenden zijn in het algemeen meer tevreden over hoe zij hun werk kunnen doen dan verpleegkundigen. Ook vellen verzorgenden een positiever oordeel over de kwaliteit van de zorg in hun instelling. De verpleegkundigen en verzorgenden zijn wel kritisch over de kwaliteit van de patiëntenzorg en hebben vaak het idee dat dit beter kan.



De pilot in de praktijk

"Meedoen aan de pilot Excellente Zorg zorgt in veel instellingen voor enthousiasme bij de verpleegkundige beroepsgroep. Er is aandacht voor ze, er wordt naar hen geluisterd. Er is interesse in wat zij nou belangrijk vinden in de zorg. En dat zorgt ervoor dat zij met hernieuwde passie aan het werk gaan," aldus Jose Klunder, OLVG Amsterdam.

"Er is aandacht voor verpleegkundigen, er wordt naar hen geluisterd"

Door verpleegkundigen en verzorgenden meer verantwoordelijkheid te geven, maar ook door meer scholing en een multidisciplinaire samenwerking waarin zij als volwaardig gesprekspartner meedoen, blijken zij meer werkplezier te hebben. De patiënt bemerkt direct het effect. "Nu investeren in verpleegkundigen en verzorgenden, levert op de lange termijn een aantal dingen op: goede patiëntenzorg, goede kwaliteit en uiteindelijk minder kosten. Door mee te doen aan de pilot hebben wij meer inzicht gekregen in waar we aan moeten werken, zoals evidence based werken, kennis delen en het geven van feedback," zegt dhr. Buiting, Canisius Wilhemina Ziekenhuis, Nijmegen. Mevrouw Wallinga van Icare thuiszorg Flevoland vertelt: "Het geeft een bevestiging van wat je goed doet en duidelijkheid over waar je iets mee moet. Bijvoorbeeld ten aanzien van de beleving van verpleegkundigen en verzorgenden op het gebied van scholing. Daarover moet je met elkaar in gesprek."

De pilot is een nulmeting. V&VN voorzitter Marian Kaljouw geeft aan tevreden te zijn met de resultaten: "Het meetinstrument legt duidelijk bloot waar het onze beroepsgroep

"Na een werkbezoek is men zeer enthousiast teruggevlogen naar Nederland"

om te doen is. En wat dus nodig is om in een krappe arbeidsmarkt nieuwe verpleegkundigen en verzorgenden te werven en de huidige collega's te behouden." Maar er is nog veel werk aan de winkel. Verdere ontwikkeling van het instrument is nodig om naast essentiële zaken voor de patiënt, ook te achterhalen welke verpleegkundige en organisatorische aspecten van belang zijn. De pilot sluit bijvoorbeeld nog onvoldoende aan bij de thuiszorg. Icare en Buurtzorg Nederland gaan dit samen oppakken.



V&VN, NPCF en de deelnemende instellingen gaan door met het project. Naar verwachting kunnen nieuwe instellingen in een volgende fase instappen. Wanneer is nog onduidelijk.

EXCELLENTE ZORG op jouw afdeling

Als je wilt, kun je vandaag nog beginnen in de praktijk. Kijk eens samen met collega's naar de veertien magneetkrachten (zie kader) en benoem waar jullie goed in zijn. Want het is belangrijk om aandacht te hebben voor wat je goed doet. Zijn er nog krachten die niet zo sterk zijn en heb je een goed idee hoe het beter zou kunnen, bespreek dit dan met elkaar en met je leidinggevend. Of zoals Alex Lindenburg, een van de pioniers van Excellente Zorg in Nederland zegt: "Think big, start small. But do it!"

Bronnen:

- Nieuwsbrieven Excellente Zorg op de website van V&VN
- Conferentie Excellente Zorg, Nieuwegein 3-6-2010
- Gesprek Jose Klundert OLVG Amsterdam
- Gesprek Brigitte de Brouwer, projectmedewerker V&VN

Marit Poullissen

Redactie V&VN kinderverpleegkunde

Iedere peuter heeft recht op zijn eigen melk



Peuters hebben specifieke voedingsbehoeften. Zo heeft onderzoek aangetoond dat teveel eiwit het risico op overgewicht bij jonge kinderen mogelijk verhoogt¹. Een groot deel van de voeding van peuters bestaat uit koemelk waardoor de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid eiwit vaak ver wordt overschreden²⁻⁴ en er geen ruimte is voor eiwitbevattende producten als brood en vlees.

Koemelk (1-1,5 jaar)

582 ml/dag² = 20 g eiwit
= 143% v/d ADH^{*4}

Koemelk (2-3 jaar)

427 ml/dag³ = 15 g eiwit
= 107% v/d ADH^{*4}

■ Gemiddelde werkelijke inname ml per dag
* ADH = aanbevolen dagelijkse hoeveelheid - 14 gram eiwit in dagvoeding

Het beperken van de eiwitinname is mogelijk een methode om het risico op overgewicht op jonge leeftijd te verkleinen¹. Speciaal daarom is er Nutrilon Peuter Groeimelk. Nutrilon Peuter Groeimelk is afgestemd op de dagelijks aanbevolen hoeveelheden eiwit, ijzer, zout, vitamine D en vetzuren voor peuters.

Nutrilon Peuter Groeimelk: op maat gemaakt voor peuters

Naast de belangrijkste voedingsstoffen voor een optimale groei en ontwikkeling bevat Nutrilon Peuter Groeimelk IMMUNOFORTIS[®]. IMMUNOFORTIS[®] (GOS:lcFOS 9:1) is een gepatenteerde mix van prebiotische vezels.



Referenties

1. Gunther ALB et al. (2007) Am J Clin Nutr; **85**: 1626-1633
2. Hulshof KFAM, et al. (2002) Rapport V4473
3. Ocké MC et al. (2008) RIVM Report 350070001
4. www.voedingscentrum.nl

COLOFON

Jaargang 16, september 2010, nummer 3

Tijdschrift Kinderverpleegkunde wordt vier maal per jaar toegestuurd aan de leden van de Vakgroep voor Kinderverpleegkunde. Dit is de afdeling Kinderverpleegkunde van de V&VN. Losse nummers kosten € 17,- per stuk en zijn - onder vermelding van jaargang en nummer - te bestellen bij de ledenadministratie van de V&VN.

ISSN 1387-0405

Eindredactie / redactiecoördinatie

Betty van Wijngaarden, VAN WIJNGAARDEN Tekstbureau

Redactieleden

Anneke Bongers, Sabina Krijger, Marit Poulsen, Ingrid Vonk, Hennie Verhaar, Sandra van Duijn

Redactieadres

Tijdschrift Kinderverpleegkunde, t.a.v. Betty van Wijngaarden, Houtkade 51, 1521 VM Wormerveer
E-mail: eindredactie_vkv@live.nl

Aan dit nummer werkten mee

Bo van Aalst, Auke Beishuizen, Thea Bollé, Jolanda Bryan, Lia Heijnen, Corry van den Hoed-Heerschop, Gert van de Kamp, Erik Kottier, Bertine de Mulder, Pauline Nieuwenhuizen, Inge Parlevliet, Elke de Quay, Bob de Raadt, Sandra Schaefer, Siebrig Schipper, Femmy Torny, Erwin Wijers, Elsbeth Witt.

Coverfotografie

Erik Kottier

Advertentie-exploitatie

Cross Advertising, tel. 010 – 742 10 21, e-mail vkv@crossadvertising.nl, www.crossadvertising.nl

Vormgeving en drukwerk

Weemen Drukwerk & Communicatie, www.weemen.nl

Opplage

1.600 exemplaren

Inleveren kopij

Nummer 4 – 2010 verschijnt rond 20 december 2010
Kopij voor dit nummer uiterlijk aanleveren 22 oktober 2010

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Auteur(s), redactie en vereniging zijn echter niet aansprakelijk voor informatie die onjuist of onvolledig is opgenomen. Voor eventuele verbeteringen van informatie houden zij zich aanbevolen. Het overnemen en verspreiden van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de auteur. Tijdschrift Kinderverpleegkunde is verpakt in krimpfolie van polyethyleen. Dit materiaal is geschikt voor recycling en onschadelijk bij verbranding of storten.

VVKV-publicaties bestellen

Bestellen via de website www.vkv.venvn.nl, of schriftelijk: VVKV, Weemen Grafische Groep, Postbus 12, 5830 AA Boxmeer.

Algemeen Eisenkader € 10,-

Beroepsdeelprofiel € 16,-

Beroepsopleidingsprofiel € 16,-

Nota 'Een kind, een kind' €16,-

Protocol angst op de kinderleeftijd € 16,-

Protocol pijn bij kinderen € 16,-

Voedingstekort 0-1 jaar € 16,-

Prijzen exclusief porto- en verzendkosten.

Betaling via eenmalige machtiging. Levertijd circa één week.

Vakgroep voor Kinderverpleegkunde (VVKV)

De vakgroep bestaat uit zorgprofessionals die verpleegkundige zorg geven aan zieke kinderen en hun ouders in de breedste zin van het woord. De leden willen bijdragen aan verdere optimalisering en professionalisering van de beroepsgroep. De VVKV is onderdeel van beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Daarnaast participeert de vakgroep in de opleidingscommissie van de Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen van het CZO.

Informatie over de VVKV

Voor aanvullende informatie over de VVKV kunnen geïnteresseerden contact opnemen met: Ilse van Haren, e-mail infovkv@venvn.nl of via de website www.vkv.venvn.nl

Bestuursleden

Ilse van Haren (voorzitter)

Thea Bollé (secretaris)

John Veldhuis (penningmeester / portefeuillehouder fractie Congres)

Conny van Velden (acquisitie / portefeuillehouder fractie Tijdschrift en fractie Internationale betrekkingen)

Gerda van Bergen (bestuurslid / portefeuillehouder fractie PR en website)

Grada Buzing (bestuurslid)

Vera Molenaar (bestuurslid / portefeuillehouder fractie Wetenschap en Kenniskring)

Heleen van Vulpen (bestuurslid / portefeuillehouder fractie PR en website)

Onderwijsraad

Leontien Mineur, tel. 010 – 290 14 92 (ma / di / wo van 9.00 – 17.00 uur)

Beroepsinhoud

Conny van Velden, mob. 06-44 322 656 of via infovkv@venvn.nl

Lidmaatschap

Leden van de VVKV worden op de hoogte gehouden van alle activiteiten en ontwikkelingen binnen de vakgroep. Zij ontvangen het Tijdschrift Kinderverpleegkunde en korting op het symposium en congres dat de vakgroep organiseert.

Het lidmaatschap kan alleen ingaan per maand. Opzeggen kan uitsluitend schriftelijk en uiterlijk tot twee maanden voor aanvang van het nieuwe kalenderjaar. Bij niet tijdige opzegging wordt het lidmaatschap automatisch met een jaar verlengd.

Gereduceerd lidmaatschap is mogelijk in het jaar van diplomering tot kinderverpleegkundige.

Bibliotheeken, ziekenhuisafdelingen en instellingen kunnen alleen een abonnementslidmaatschap aangaan. Meer informatie op www.vkv.nl
Hier staat ook actuele informatie over lidmaatschapsgelden.

Ledenadministratie VVKV

Aanmeldingen, adreswijzigingen, opzeggingen, en overige vragen graag schriftelijk aan:

V&VN ledenadministratie, Postbus 8212, 3503 RE Utrecht.

Of via de website www.venvn.nl.



"Jij geeft mij een veilig gevoel"

Niet voor niets gebruiken de meeste Nederlandse ziekenhuizen Pampers

Een aanraking van een moeder of verpleegkundige kan zelfs een kleine baby helpen zich geborgen te voelen in deze grote nieuwe wereld. Het is van belang dat de gevoelige huid speciale verzorging krijgt, juist voor kwetsbare baby's. En daarom biedt Pampers een perfecte pasvorm, droogheid en bescherming.

Tot slot, het is klinisch bewezen, dat Pampers Babydoekjes Sensitive uitermate geschikt zijn voor de gevoelige huid, ook voor prematuur en dismatuur geboren.



Micro is verkrijgbaar bij de meeste Etos, Jumbo en Prenatal filialen.