



nursing CONGRES SPECIAL

Voor jou!

Nursing sprekers over:

klinisch redeneren | pijn bij kwetsbare groepen | dementie |
medicatieveiligheid | ouderenpsychiatrie | niet-aangeboren hersenletsel |
palliatieve zorg | wondzorg | ondervoeding

www.nursing.nl/congressen



Een cadeautje voor jou!

Beste verpleegkundige,

Met veel plezier ontwikkelen wij voor jou jaarlijks inspirerende congressen met sprekers met zeer veel kennis op allerlei zorggebieden. In dit boekje vind je van negen van hen een inspirerend verhaal, speciaal voor jou geschreven.

Veel leesplezier!

Colofon

Uitgave van Nursing Congressen
Interviews Johan Faber
Vormgeving Ilse Mantel
Druk EMP Grafimedia

 www.nursing.nl/congressen

 030-638 36 38

 Walmolen 1, 3994 DL Houten

© 2018 Copyright Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Nature

Zien we je bij één van onze Nursing congressen in 2018?

www.nursing.nl/congressen



Marc Bakker

over klinisch redeneren

Functie:

Verpleegkundige en Expert Lecturer
Clinical Reasoning

Instelling:

Expertisecentrum ProActive Nursing
van het VUmc, Amsterdam

Wens voor de zorg:

*Leren met
elkaar en leren
van elkaar*

Marc Bakker wordt beschouwd als autoriteit op het gebied van het klinisch redeneren voor verpleegkundigen. Want klinisch redeneren is in zijn ogen niet voorbehouden aan een behandelend arts. De benadering is alleen anders. 'Artsen gebruiken het om een diagnose en een behandelplan vast te stellen,' zegt Bakker. 'Voor verpleegkundigen draait het in de eerste plaats om de vraag: hoe gaat het met de patiënt?'

Bakker werkte vanaf 1980 als verpleegkundige, en zijn werkervaring strekt zich uit van intensive care tot spoedeisende hulp, van cardiac care tot anesthesie en van psychogeriatric tot psychiatrie. Momenteel is hij Expert Lecturer bij het Expertisecentrum ProActive Nursing van het VUmc. Hij schreef verschillende boeken over ProActive Nursing en klinisch redeneren voor verpleegkundigen, en geeft er regelmatig presentaties over.

Moeilijk meetbaar

Volgens Bakkers definitie is klinische analyse voor verpleegkundigen 'het continue proces van observatie en analyse gericht op de vragen, problemen, noden en belangen van de patiënt'. 'Hoe het gaat' is immers veel beter te beoordelen door de verpleegkundige die de hele dag in contact staat met de patiënt, dan door de arts die misschien twee keer per dag een paar minuten langskomt. Tijd dus om dit onderwerp serieus te nemen, en ook een plaats te geven in de opleiding. Want de klinische blik van een verpleegkundige kan heel waardevol zijn. Maar die visie raakt nu nog te vaak ondergesneeuwd, mede omdat het vaak gaat over moeilijk meetbare zaken. Hoe iemand zich voelt, kun je nu eenmaal niet in cijfers uitdrukken.

Marc Bakker spreekt op:

Artsen hebben volgens Bakker vaak de neiging om zich te beperken tot hun eigen deskundigheid. 'Als jij een hartspecialist bent, zal je je niet gauw verantwoordelijk voelen als iemand ook nog slecht ter been is. De verpleegkundige daarentegen kijkt niet alleen naar de ziekte maar ook naar de zieke persoon. Stel: iemand heeft een herseninfarct gehad met daarover heen een longinfectie, en de specialist besluit dat de patiënt wel weer naar huis kan. De verpleegkundige kan daar vanuit zijn klinische visie tegen in brengen dat de patiënt thuis wel vier trappen op moet, terwijl hij in het ziekenhuis bij de geringste inspanning al blauw ziet.'

Overleggen

Om die klinische visie uit te dragen is het wel nodig dat de verpleegkundige zich nog meer profileert en uit zijn traditionele, ondergeschikte rol kruipt. Bakker ziet nog te veel ziekenhuizen waar artsen en verpleegkundigen soms langs elkaar heen werken, en elkaars expertise en denkracht niet volledig vertrouwen. Hij pleit voor een interprofessioneel model waarin arts, verpleegkundige én patiënt veel meer samen overleggen. 'Verpleegkundige is een dienend beroep,' zegt Bakker. 'Maar dat

28 jun Masterclass Klinisch redeneren

6 Wij zijn de advocaat van de patiënt

betekent niet dat je alleen maar stilzwijgend je werk moet doen. Wij zijn de advocaat van de patiënt. Wij vertegenwoordigen zijn belang, wij kunnen ons uitspreken over zaken waar de arts onvoldoende kijk op heeft. Hoe gaat de patiënt met zijn ziekte om, hoe voelt hij zich? Hoe verwerkt hij dat de dood nadert? Een patiënt heeft ook nog een leven na een operatie. De professionele mening van de verpleegkundige over "hoe het gaat" met de patiënt moet veel meer meewegen bij bepaalde beslissingen in de zorg.'

Bakker heeft het online kennis- en sociaal leerplatform MOOS ontwikkeld, waar verpleegkundigen klinisch redeneren in de praktijk kunnen brengen. MOOS werkt volgens het principe: 'leren met elkaar en leren van elkaar'. 'Klinisch redeneren gaat uiteindelijk over de realiteit van het ziek zijn,' zegt Bakker. 'Maar om dat te kunnen articuleren moet je wel de taal leren spreken en je vakkennis ontwikkelen. Alleen je gevoel laten spreken is niet genoeg als je met een patiënt, collega of arts overlegt – dan moet je goed geobjectiveerd kunnen argumenteren, en MOOS kan daarbij helpen.'

Ook interessant: [7 mrt](#) Nursing College

Om te praten over de dood heb je vooral lef nodig, en het vermogen om te luisteren

Als specialist ouderengeneeskunde is Margot Verkuylen deskundig op het gebied van zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met verschillende gezondheidsproblemen. Daarnaast heeft ze zich gespecialiseerd in palliatieve zorg. Zorg voor mensen die doodgaan kent zijn eigen bijzonderheden en dilemma's, en naast haar werk als, onder andere, medisch directeur van de Duinsche Hoeve in Rosmalen geeft Verkuylen daarom regelmatig workshops en lezingen over dit onderwerp.

In haar presentaties benadrukt Verkuylen het belang van goede communicatie in de laatste levensfase. Dat is niet altijd makkelijk, want ook verpleegkundigen zijn vaak terughoudend om een echt gesprek aan te gaan met iemand die doodgaat. 'Praten over de dood is eng,' zegt Verkuylen. 'En misschien denken verpleegkundigen ook wel dat het meer iets is voor de arts.'

Maar om te praten over de dood heb je niet zozeer speciale kennis nodig. Het gaat vooral om lef, en het vermogen om te luisteren.'

Surprise question

In de zorgopleidingen wordt tot nu toe nauwelijks aandacht besteed aan communicatie in de palliatieve fase. Zelf heeft Verkuylen zich er ook pas in verdiept toen ze zich na haar studie geneeskunde in palliatieve zorg ging specialiseren. 'Je kunt het wel degelijk leren,' benadrukt ze. 'En als je er over leert, voel je je wellicht ook wat minder ongemakkelijk in het contact met de patiënt.'

Vaak begint men pas te praten over de dood als het einde echt nabij is. Maar volgens Verkuylen is het beter om het gesprek aan te gaan vóór die tijd, misschien zelfs al wanneer de patiënt nog jaren van



Margot Verkuylen

over palliatieve zorg

Functie:

Medisch directeur, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts palliatieve zorg

Instelling:

Hospice de Duinsche Hoeve in Rosmalen, Radboudumc in Nijmegen en Surplus in Breda

Wens voor de zorg:

Ik wens dat patiënten vaker ervaren dat de zorg is afgestemd op hun behoeften en wensen

leven heeft. Want zoals zo vaak in de zorg, geldt ook hier: hoe eerder je erbij bent, hoe beter. Al was het maar omdat er ook een aantal concrete medische vragen moet worden besproken. Bijvoorbeeld of er wel of niet gereanimeerd of behandeld moet worden in de laatste fase, maar ook over bijvoorbeeld palliatieve sedatie of eventuele euthanasie. In de ervaring van Verkuylen kan de zogenaamde 'surprise question' een handig hulpmiddel zijn om het moment te bepalen om in gesprek te gaan. 'Stel jezelf de vraag: zou het mij verbazen als deze patiënt binnen twaalf maanden zou overlijden?' zegt Verkuylen. 'Als het antwoord op die vraag "nee" is, wordt het tijd om met de patient in gesprek te gaan over wat belangrijk is in de laatste fase van het leven.'

Hulpmiddelen

Er zijn hulpmiddelen beschikbaar om met een patiënt (en een zorgverlener)

het gesprek aan te gaan. Verkuylen wijst bijvoorbeeld op Games That Matter (www.gamesthatmatter.nl), spellen die speciaal zijn bedoeld om een gesprek op gang te brengen over sterven, de dood, en alle vragen en onderwerpen die daarmee te maken hebben. Op de site van de KNMG zijn ook verschillende e-books beschikbaar die zowel arts als patiënt op weg kunnen helpen. Maar het belangrijkste is dat een zorgverlener niet bang is voor een echt gesprek en over de drempel durft te stappen. 'Pak een stoel en ga zitten,' adviseert Verkuylen. 'Stel vragen en luister. En neem de tijd.'



Frans Hoogeveen

over dementie

Functie:

Ouderenpsycholoog, gespecialiseerd in psychogeriatric

Instelling:

Florence, Den Haag. Daarnaast hoofdredacteur van Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric en zelfstandig gevestigd specialist dementiezorg

Wens voor de zorg:

Mensen met dementie horen erbij!

Als ouderenpsycholoog heeft Frans Hoogeveen bijzondere belangstelling voor de zogenaamde 'blue zones', een aantal gebieden in de wereld (o.a. Sardinië en de Japanse eilandengroep Okinawa) waar mensen gemiddeld langer, gezonder en gelukkiger leven dan elders, en waar dementie minder vaak voorkomt. Er zijn een aantal verklaringen waarom je hier zo opvallend veel vitale mensen van boven de 100 jaar oud aantreft, maar met name het sociale aspect lijkt een belangrijke rol te spelen. Bewoners van de 'blue zones' hebben vaak hechte vriendengroepen. Bovendien speelt het geloof (of in het geval van Okinawa voorouderverering) een belangrijke rol in het bestaan. Mensen hebben ook op hoge leeftijd nog een doel in hun leven, en bewegen zich in kringen van gelijkgestemden.

Als onderzoeker van 'het demente brein' besteedt Hoogeveen in zijn presentaties

veel aandacht aan de lessen die we kunnen trekken uit de 'blue zones'. Doelloosheid en eenzaamheid, waar ouderen in ons land vaak mee te maken hebben, zijn niet alleen slecht voor hart en bloedvaten maar ook voor het brein. Wie daarentegen gezond leeft, in harmonie met zijn omgeving, wordt niet alleen ouder, maar krijgt ook veel later (of helemaal niet) te maken met dementie. En met veel hersenreserve houdt je het langer vol.

Eén ding tegelijk

Eén van de kenmerken van dementie is dat mensen minder goed om kunnen gaan met prikkels van buiten. Alles komt als het ware even hard binnen, en het gevolg van die overprikkeling is dat een persoon met dementie zich afsluit en blokkeert. Maar, zegt Hoogeveen, door overbodige prikkels weg te nemen en één ding tegelijk te doen, is zo iemand vaak wel degelijk in staat om bepaalde handelingen uit te voeren.

Mensen met dementie hebben **altijd mogelijkheden**

Aan de andere kant is onderprikkeling ook een probleem voor mensen met dementie. In verpleeghuizen zie je vaak onrustige bewoners, die de hele dag rondlopen: van de gezamenlijke woonkamer waar te veel prikkels zijn (de televisie, andere bewoners, enzovoorts), naar de gang, waar niets te doen is, en weer terug.

Door gunstige omstandigheden te creëren kun je het gedrag en de stemming van mensen met dementie ook op een gunstige manier beïnvloeden, is de boodschap van Hoogeveen. Dus niet bijvoorbeeld onaangekondigd gaan wassen, maar eerst ervoor zorgen dat iemand begrijpt wat er gaat gebeuren.

Een andere manier om mensen met dementie beter te laten functioneren is gebruik te maken van wat nog wél werkt. Bij het demente brein is bijvoorbeeld vaak sprake van een zogenaamd 'oprollend geheugen': alles valt weg, behalve de vroegste herinneringen. Door die op een slimme manier op te roepen, zie je mensen vaak weer opleven. Ook door middel van geuren (bijvoorbeeld de aftershave van een overleden echtgenoot) of muziek kun je, door het onbewuste of het associatieve

geheugen te prikkelen, mensen naar een veel hoger niveau van functioneren tillen.

Eenzijdige beeldvorming

'De beeldvorming over dementie is erg eenzijdig,' zegt Hoogeveen. 'Niet alleen bij het grote publiek, maar ook bij veel professionals in de zorg. Men beschouwt dementie als één grote, doffe ellende. Het wordt volksziekte nummer één genoemd, een epidemie zelfs, die we moeten stoppen. Maar we kunnen dementie helemaal niet stoppen. Het is gewoon een ouderdomsverschijnsel.'

Het is volgens Hoogeveen belangrijk te bedenken dat dementie in de eerste plaats een proces is, geen gefixeerde toestand. 'Zolang er geen uitzicht is op "genezing", moeten we ons richten op de kwaliteit van leven,' zegt hij. 'Professionals in de verpleegkunde kunnen nog heel veel doen om mensen met dementie beter te laten functioneren. In de praktijk zie je bijvoorbeeld dat overprikkeling nog steeds vaak voorkomt, waardoor mensen tot minder in staat lijken dan ze in werkelijkheid zijn. Mijn boodschap is dat er altijd mogelijkheden zijn, zelfs in de zwaarste gevallen.'

Door structureel te screenen, kun je erger voorkomen

Ondervoeding bij ouderen is een onderwerp waar nog te weinig aandacht voor is bij zorgprofessionals, vindt voedingswetenschapper Canan Ziylan. Dat komt, denkt ze, omdat de zorg vooral op 'zorg' is gericht, en voeding vaak over het hoofd wordt gezien, ook al omdat niemand zich er echt verantwoordelijk voor voelt. Maar, betoogt Ziylan in haar presentaties, voeding is óók zorg. En niemand kan er om heen dat ondervoeding bij ouderen een probleem is. Van ouderen in het verpleeghuis is 15 procent ondervoed, in het ziekenhuis 25 procent en in de thuiszorg maar liefst 33 procent.

'Zorgprofessionals beschouwen voeding vaak niet als deel van hun takenpakket,' zegt Ziylan, die promoveerde aan de Wageningen Universiteit en tegenwoordig docent-onderzoeker is bij de opleiding Verpleegkunde en het Kenniscentrum Zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam. 'Mensen in de thuiszorg bijvoorbeeld houden zich wel bezig met wondverzorging of steunkousen, maar letten vaak niet op wat ouderen eten, en of ze genoeg eten.'

Spierafbraak

Dat ouderen te weinig eten, en uiteindelijk

ondervoed raken, kan medische of fysiologische oorzaken hebben, zoals slikproblemen, ziekte of afnemende smaak en geur. Maar vaak spelen ook psychische of sociale factoren een rol, zoals depressie, eenzaamheid of bijvoorbeeld geen boodschappen willen of kunnen doen. Ondervoeding heeft in ieder geval veel negatieve gevolgen voor het welzijn van ouderen. Ze hebben o.a. meer kans op infecties, de wondgenezing vermindert, onderliggende ziekten kunnen verergeren, en ze voelen zich vaak moe en lusteloos.

Omdat ook ouderen die geen last hebben van ondervoeding al spiermassa verliezen door het verouderingsproces, zijn met name genoeg eiwitten heel belangrijk in een goed eetpatroon. Eiwitten zijn immers de bouwstoffen van de spieren, en bij ouderen die niet genoeg eten, zal het proces van spierafbraak nog sneller gaan.

Verslechterd eetgedrag sluipt er vaak in met de jaren. Ouderen hebben steeds minder eetlust, en zelfs minder dorst, en gaan dus steeds minder en vaak ook erg eenzijdig eten. Gewichtsverlies accepteren ze als iets dat nu eenmaal bij de ouderdom hoort. Ze zullen niet gauw gaan klagen dat ze te weinig eten.

Structurele screening

De verpleegkundige kan volgens Ziylan een belangrijke rol spelen bij het signaleren van ondervoeding bij ouderen (de diëtist komt immers niet elke dag langs). Maar, waarschuwt ze haar publiek keer op keer, vertrouw daarbij niet alleen op wat je ziet. Als een oudere zichtbaar is vermagerd, is het vaak al te laat. En de weegschaal vertelt niet het hele verhaal, want ouderen hebben een andere lichaams-samenstelling, met meer vet en minder spier, waardoor de BMI ook niet alles zegt.

Spierafbraak kan heel snel gaan, want zelfs een gezond persoon verliest bij een week verplichte bedrust al zo'n 1,5 kg aan spiermassa. Bij ouderen kost het 12 tot 24 weken om die 1,5 kg weer op te bouwen. Dat kan door middel van krachttraining en eiwitsuppletie, maar ook, heel simpel, door te beginnen met bijvoorbeeld jam te vervangen door kaas op brood.

Ziylan pleit in haar presentaties voor proactieve, structurele screening, in de eerste plaats door alert te zijn op bepaalde signalen, zoals een bleke huid, lusteloosheid, een lege koelkast of kleren die losser gaan zitten. Bij twijfel kan men de volgende stap zetten door iemand op de weegschaal te zetten, de bovenarmomtrek te meten, gericht te vragen naar eetlust, functies vast te stellen en, indien nodig, een behandelplan te maken. De baten: minder sterfte, minder complicaties, minder heropnames en kortere ziekenhuisopnames. Daarmee bespaar je de gemeenschap uiteindelijk ook een hoop geld, want ondervoeding bij ouderen kost nu naar schatting 1,8 miljard euro per jaar.

'Je hoort vaak van zorgprofessionals: we moeten al zo veel,' zegt Ziylan. 'Maar juist door structureel te screenen op ondervoeding kun je ergere problemen bij ouderen voorkomen.'



Canan Ziylan

over ondervoeding

Functie:

Voedingswetenschapper, docent Verpleegkunde

Instelling:

Hogeschool Rotterdam

Wens voor de zorg:

Dat we beseffen dat voeding onlosmakelijk verbonden is met zorg en welzijn en dat aandacht voor voeding daarom onder de primaire zorgtaken valt



Marion Giesberts

over pijn bij kwetsbare groepen

Functie:

Onderzoeker, opleider, trainer
en adviseur

Instelling:

HAN VDO, Lectoraat Eerstelijnszorg

Wens voor de zorg:

*Voldoende pijnsholing
voor verpleegkundigen
en artsen, waardoor
pijnbehandeling bij alle
patiënten beter wordt
en meer op maat wordt
gegeven*

Er wordt onnodig veel pijn geleden in Nederland. Volgens pijndeskundige en opleider Marion Giesberts kampt maar liefst één op de vijf patiënten in Nederland met chronische pijn, pijn die vaak voorkomen kan worden. Maar ondanks verschillende officiële richtlijnen is het onderwerp 'pijn' nog altijd een ondergeschoven kindje in de zorg. De diagnostiek is niet adequaat, en er is te weinig kennis bij zowel artsen als verpleegkundigen, ook al omdat er in de opleidingen onvoldoende aandacht voor is. Gelukkig verbetert er op dit gebied de laatste jaren steeds meer en vinden ook verpleegkundigen pijn een belangrijk probleem.

In haar presentatie gaat Giesberts met name in op pijn bij kwetsbare groepen als ouderen, verstandelijk beperkten, chronisch zieken en psychiatrische patiënten, want met name daar zijn de pijncijfers vaak schrikbarend hoog. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat 45 tot 80 procent van mensen met dementie ernstige pijn lijdt, en dat kankerpatiënten met dementie minder pijnstillers krijgen voorgeschreven dan kankerpatiënten zonder dementie.

Stress-respons

Pijn staat niet op zichzelf, weet Giesberts. Pijn zorgt voor een enorme stress-respons in het lichaam, en bij langdurige pijn raakt een patiënt in een vicieuze cirkel van lichamelijke en geestelijke uitputting, die de kwaliteit van leven aanzienlijk vermindert. Dit proces is bij kwetsbare groepen nog gecompliceerder. Om te beginnen kunnen deze mensen niet of maar in beperkte mate articuleren wat ze precies voelen. Ook is er vaak sprake van meer medicatiegebruik of, in het geval van ouderen, degeneratie van het zenuwstelsel. Daarbij herkennen zorgverleners bepaald gedrag als agressie of rusteloosheid vaak niet als 'pijn'. Maar we moeten ons volgens

Marion Giesberts spreekt op:

6

Wat bij ons pijn doet, doet ook pijn bij mensen met een uitingsbeperking'

Giesberts niet laten misleiden: 'Wat bij ons pijn doet, doet ook pijn bij mensen met een uitingsbeperking.'

Giesberts laat in haar presentatie zien dat er al verschillende instrumenten en checklists bestaan om pijn bij mensen uit kwetsbare groepen te meten. Maar een zorgverlener moet altijd alert blijven op specifieke eigenschappen van bepaalde patiënten, en zich niet blindstaren op bijvoorbeeld mimiek. Zo is uit onderzoek bekend dat mensen met het Syndroom van Down anders reageren op pijn dan andere patiënten, en dat mensen met een verstandelijke beperking zelfs een lach of een grimas kunnen tonen bij een pijn prikkel. Dergelijke signalen kunnen door verpleegkundigen makkelijk verkeerd geïnterpreteerd worden.

Vooroordelen

Pijn wordt in ieder geval nog steeds onderschat, vindt Giesberts, en dat komt misschien deels omdat het in brede kring nog altijd wordt gezien als 'subjectief'. 'Wat mensen vergeten is dat chronische pijn op de lange duur reële, objectieve gevolgen heeft. Je kunt er een longontsteking van krijgen, of trombose. Daar is niets subjectiefs aan.' Nederland is in dat opzicht een geval apart, omdat pijnbestrijding hier traditioneel

minder prioriteit heeft dan in landen als Frankrijk of de VS, een erfenis wellicht van een calvinistische cultuur. 'Met name ouderen denken hier nog vaak dat pijn er gewoon bij hoort,' zegt Giesberts. "'Flink zijn" wordt gewaardeerd. Daarbij zijn er nog steeds veel vooroordelen over pijnbestrijding. Mensen denken bijvoorbeeld dat morfine altijd verslavend is, terwijl dat in principe niet zo is als je het op geleide van pijn en onder goede begeleiding inneemt.'

Door pijnbestrijding met name bij kwetsbare groepen een serieuzere plek in de zorg (en in de opleiding) te geven, kunnen veel complicaties worden voorkomen, denkt ze. Patiënten die niet gebukt gaan onder pijn zullen immers beter functioneren, waardoor je uiteindelijk ook minder geld kwijt bent aan zorg.

Dat het herkennen van pijn soms lastig is, doet in ieder geval niets af aan de noodzaak van pijnbestrijding, ook bij mensen die niet kunnen zeggen dat ze pijn hebben. 'Vroeger werden kleine kinderen nog zonder verdoving geopereerd,' zegt Giesberts. 'Dat kunnen we ons nu ook niet meer voorstellen. Dus als het gaat om pijn bij kwetsbare of onmondige patiënten, ligt de bewijslast altijd bij ons.'

15 mei Topsprekers over Kwetsbare Ouderen

Ook interessant: 20 mrt Medicatieveiligheid

Het moet niet gaan over verzorging, maar over genezing

Marco Warbout is een wond-specialist. Niet in normale, doorsnee wonden, die meestal binnen tien dagen weer genezen zijn, maar in wonden die niet dicht gaan. Bij de Da Vinci Kliniek in Geldrop, waar Warbout sinds 2011 werkt als wondconsulent, zijn de wonden waar mensen mee binnenkomen gemiddeld al achttien maanden open. En dan helpt het niet om bijvoorbeeld met andere, dure verbandjes aan te komen zetten. 'Verband geneest geen wond,' zegt Warbout met de voor hem gebruikelijke stelligheid. 'Het lichaam zelf geneest de wond.'

Voor de analyse van gecompliceerde wonden gebruikt Warbout het zogenaamde TIME-model. T staat voor tissue, oftewel de toestand van het weefsel, I voor de mate van infectie, M voor de mate van vochtigheid (moist), en E voor de edge, de wondrand (volgens Warbout misschien wel het meest onderschatte onderdeel bij de analyse en genezing van een wond).

Krachtige opinies

Warbout, ook freelance docent Wondzorg aan een aantal hogescholen, staat bekend om zijn krachtige opinies over wondgenezing, en dat klinkt door in zijn

presentaties. Het woord zinkzalf doet 'pijn aan zijn oren', want zinkzalf verhoort de huid. Een voetenbadje met Biotex, dat nog steeds wel eens wordt voorgeschreven, 'kost mensen hun been'. Met nat gaas moeten mensen 'kappen', want dat droogt op in het wondbed, waardoor je bij het verwijderen gezond weefsel wegtrekt. En behalve bij een abces moet je een wond nooit spoelen, omdat je dan ook de groeicellen wegspoelt.

Bij een gecompliceerde wond gaat het uiteindelijk maar om één vraag, benadrukt Warbout in zijn presentaties: hoe prepareer je een wond zodanig dat je het natuurlijke genezingsproces zoveel mogelijk bevordert? Debridement, dat wil zeggen het actief verwijderen van infecties, a-vitaal weefsel, hematoom, hypergranulatie, enzovoorts (kortom alles wat de genezing in de weg staat), is daarbij cruciaal. Je kunt een gecompliceerde wond o.a. behandelen met honing, maden, hydrochirurgie of zogenaamde negatieve druktherapie. Maar Warbout zelf is in het algemeen een verklaard voorstander van scherp debridement. Oftewel: snijden. Het is snel, effectief en goedkoop, en het bevordert de genezing, mits het natuurlijk niet al te rigoreus wordt uitgevoerd.



Marco Warbout

over wondzorg

Functie:
Wondconsulent

Instelling:
Da Vinci Kliniek, Geldrop. Daarnaast freelance docent Wondzorg bij diverse hogescholen

Wens voor de zorg:

Dat het woordje 'juist' in de zorg een meer waardevolle betekenis gaat krijgen, waardoor de kwaliteit van leven voor patiënten met een chronisch gezondheidsprobleem verbetert

Pappen en nathouden

Volgens Warbout is het probleem bij wondzorg dat niemand in de zorgketen zich verantwoordelijk voelt, en dat men, mede daarom, niet curatief denkt. 'Een wond is geen ziekte,' zegt hij. 'Het is een complicatie bij een medisch probleem. Vaak blijft het daarom bij wondverzorging. Even spoelen en een nieuw gaasje erop. Maar bij gecompliceerde wonden blijf je dan als het ware pappen en nathouden. Het moet niet gaan over verzorging, maar over genezing.'

Wordt er in de opleiding dan geen aandacht aan besteed? 'Welke opleiding?' reageert Warbout. 'Huisartsen krijgen in hun hele opleiding maar 4 uur over wondverzorging. En bij verpleegkundigenopleidingen wordt er pas sinds 2004 een beetje aandacht aan besteed.'

Bijkomend probleem is dat wetenschappelijk onderzoek naar wondverzorging erg moeilijk

is, omdat een homogene onderzoeksgroep ontbreekt. Geen twee wonden zijn hetzelfde, en iedere wond reageert anders op een bepaalde behandeling. Mede daardoor is er betrekkelijk weinig literatuur over wondverzorging, en is de bestaande kennis vooral practice based. En de ervaring heeft Warbout geleerd dat scherp debridement vaak de beste optie is als het gaat om genezing. Dat is dan ook de praktijk in de Da Vinci Kliniek: daar wordt wel 300 keer per week in een wond gesneden, vaak niet door een arts maar door bevoegde verpleegkundigen zelf.



Martin Kat

over ouderenspsychiatrie

Functie:

Ouderenpsychiater/psychotherapeut

Instelling:

Noordwest Ziekenhuisgroep, afdeling Klinische Geriatrie, Alkmaar. Daarnaast vrijgevestigd psychiater/psychotherapeut en consulent ouderenspsychiatrie in verpleeghuizen en bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)

Wens voor de zorg:

Meer deskundigheid op het gebied van de psychische en psychiatrische diagnostiek en begeleiding bij ouderen

In zijn presentaties besteedt Martin Kat veel aandacht aan het vroegtijdig herkennen en signaleren van dementie.

Uit onderzoek blijkt dat 90 procent van de dementiepatiënten ook psychiatrische symptomen vertoont, bijvoorbeeld angst, depressie, psychose, agitatie of apathie. Bij vroege diagnostiek is het dus zaak om alert te zijn op dat soort verschijnselen.

Overigens is het stellen van een diagnose in de ogen van Kat niet voorbehouden aan bijvoorbeeld de huisarts. In feite verzamelt iedereen belangrijke informatie die nodig is om de gedrags- en psychische veranderingen te begrijpen.

Alle betrokkenen stellen voortdurend diagnoses, tot de mantelzorger aan toe, op basis van ieders eigen gevoel, ervaring en professionaliteit. Daarbij ligt de focus vaak al bij wat men aantreft in de thuissituatie. Beginnende dementie kan dikwijls gepaard gaan met ogenschijnlijk

'normale' verschijnselen als relatieproblemen (na veertig of vijftig jaar huwelijk toch wel opmerkelijk).

Psychische veranderingen

Bij het stellen van een diagnose moeten we volgens Kat niet uit het oog verliezen dat mensen bijna per definitie veranderen naarmate ze ouder worden, en dat die (psychische) veranderingen lang niet altijd met een stoornis te maken hebben. Zo zijn oudere mensen vaak introverter, minder actief en initiatiefrijk, minder impulsief, en hebben ze vaak meer moeite met de controle van emoties. Een ander bekend verschijnsel is dat ouderen minder gevoelig worden voor ingrijpende gebeurtenissen als dood of ziekte (terwijl anderzijds met name eenzame ouderen vaak erg geraakt kunnen worden door het wereldnieuws). Ten slotte zijn oudere mensen over het algemeen wat meer op hun hoede, om niet te zeggen

6 Hoe eerder je erbij bent, hoe beter

achterdochtiger, wellicht omdat ze zich kwetsbaarder voelen.

Dergelijke veranderingen horen nu eenmaal bij iemand die op leeftijd raakt, en zijn ook niet per se verkeerd. Het valt Kat altijd weer op dat de uitdrukking 'een dagje ouder worden' een negatieve bijklank heeft, en vaak wordt geassocieerd met bijvoorbeeld vergeetachtigheid of slecht ter been zijn. 'Je hoort nooit eens: "Hij is zo wijs, je kunt wel zien dat hij een dagje ouder wordt",' zegt hij.

Symptomen

'Gewone' psychische ouderdomsverschijnselen staan volgens Kat los van mogelijke psychische stoornissen. En daar kun je volgens hem pas van spreken als er sprake is van lijden, als de stoornis duurzaam aanwezig is en ook gevolgen heeft voor het functioneren van de oudere in kwestie. In een voordracht die ook te zien is op zijn site (www.psykat.nl) noemt Kat het voorbeeld van een man van 78 die altijd heel actief was, maar opeens niet meer van de bank te krijgen lijkt en niets meer wil ondernemen. Hij en zijn vrouw belanden bij een psychotherapeute voor relatiebehandeling, maar daar komen ze niet veel verder. Uiteindelijk krijgt de man via de huisarts antidepressiva voorgeschreven, en een paar weken later vliegt hij in een impuls zijn vrouw naar de keel.

Uiteindelijk bleek hij in een heel vroeg stadium van dementie te zitten, en was de apathie het eerste symptoom. Maar ook andere psychiatrische symptomen als stemmingswisselingen of hallucinaties kunnen wijzen op beginnende dementie. In de ogen van Kat hebben verpleegkundigen een belangrijke rol bij vroege diagnostiek van dementie.

Het is dan wel zaak dat er meer aandacht komt voor dit onderwerp, want de kennis over vroeg herkennen en vroeger signaleren ontbreekt nu vaak nog, en op de opleiding wordt er weinig aandacht aan besteed. Maar als ze weten waar ze op moeten letten, kunnen verpleegkundigen al in een vroeg stadium bepaalde symptomen signaleren en doorgeven aan bijvoorbeeld een behandelend arts. 'Voor dementie geldt in feite hetzelfde als voor lichamelijke aandoeningen,' zegt Kat. 'Hoe eerder je erbij bent, hoe beter.'

Verpleegkundigen moeten zich bewust zijn van mogelijke problemen rond de inname van geneesmiddelen

Dat ouderen veel medicijnen gebruiken is een gegeven waar je als professional in de verpleegkunde niet om heen kunt. Apotheker ouderenzorg Nina Janssen van Pharmbiton legt in haar presentaties de nadruk op bewustwording rond voeding in combinatie met medicatiegebruik. In het algemeen een onderbelicht thema in de zorg, denkt ze. Medicijnen werken uiteraard het best als ze op de juiste manier worden ingenomen. Dat lukt echter niet altijd, en dat kan onder andere te maken hebben met de interactie tussen voeding en een geneesmiddel. Bepaalde voeding kan de werking van een geneesmiddel beïnvloeden, maar omgekeerd kan een medicijn door bepaalde bijwerkingen ook weer invloed hebben op de voeding, omdat het bijvoorbeeld de eetlust vermindert.

Complexe problematiek

Er is nog veel winst te behalen als het gaat om kennis over dit onderwerp, denkt Janssen. 'Vaak zijn de meest voorkomende en meest besproken interacties wel bekend bij verpleegkundigen,' zegt ze. 'Maar het is moeilijk om als individuele verpleegkundige per geneesmiddel uit te zoeken wat alle interacties met bepaalde voeding zijn. Dat is gezien de werkdruk in de zorg ook niet realistisch.'

Het aantal mogelijke interacties tussen geneesmiddelen en voeding is dan ook groot. IJzertabletten en bepaalde vormen van antibiotica kun je bijvoorbeeld niet gelijktijdig innemen met een zuivelproduct als yoghurt of melk, omdat de zuivel in combinatie met het medicijn een soort klont gaat vormen in de maag, waardoor de werking van het medicijn mogelijk kan verminderen. Sint-Janskruid, dat gewoon wordt verkocht bij de drogist, mag je niet gebruiken in combinatie met medicijnen van de trombosedienst. Roken zorgt ervoor dat bepaalde medicijnen, zoals bijvoorbeeld clozapine, sneller in het lichaam worden afgebroken. En zoals de meeste mensen wel weten heeft het gebruik van alcohol invloed op je reactievermogen, net als slaap- en kalmeringsmiddelen en antidepressiva. Een combinatie van alcohol en deze geneesmiddelen kan een synergetisch effect hebben.

Omgekeerd hebben geneesmiddelen ook invloed op de voeding van een patiënt. Bijvoorbeeld omdat het medicijn maagdarmklachten veroorzaakt, of de maaglediging vertraagt. Maar ook bijvoorbeeld omdat de patiënt een droge mond of keel krijgt, de voeding anders gaat smaken, of de eetlust afneemt.

Door de complexiteit van de problematiek is goede communicatie met de apotheek belangrijk, denkt Janssen. Ze pleit daarom voor een apotheker op locatie, zodat een verpleegkundige gemakkelijker terecht kan met vragen.

Intolerantie

Naast interactie tussen voeding en geneesmiddelen kunnen er nog andere problemen optreden rond medicijngebruik. Janssen wijst haar gehoor bijvoorbeeld op patiënten met een intolerantie voor gluten of lactose, dat in veel medicijnen zit verwerkt. En capsules zijn gemaakt van gelatine, dat sommige mensen niet willen innemen vanwege religieuze bezwaren.

Verder heeft de verpleegkunde als het gaat om medicijngebruik soms te maken met slikproblemen. Patiënten kunnen te oud zijn (of te jong) om bepaalde geneesmiddelen zelfstandig in te nemen, maar er kan ook sprake zijn van een psychische barrière. Hoe los je dat op? Bijvoorbeeld, zegt Janssen, door te denken aan een andere toediening, met een drankje of een lepel appelmoes. Maar, zegt ze, overleg altijd eerst met een arts of apotheker voordat je een tablet gaat vermalen of een capsule gaat openknippen. 'Niet alleen vanwege de risico's voor de patiënt maar ook voor je eigen veiligheid - soms kan blootstelling aan het geneesmiddel gevaarlijk zijn voor de zorgverlener. Staat de informatie over interactie met voeding niet in de bijsluiter, dan kun je nog altijd overleggen met de apotheker.'

Het is onmogelijk om van elk geneesmiddel de gebruiksadviezen te onthouden, benadrukt Janssen. 'Daarom is het zo belangrijk dat die gebruiksadviezen goed aangegeven staan op een toedienlijst. Verpleegkundigen hoeven niet alles te weten. Als ze zich maar bewust zijn van mogelijke problemen rond de inname van geneesmiddelen.'



Nina Janssen

over medicatieveiligheid

Functie:

Apotheker ouderenzorg

Instelling:

Pharmbiton, Bussum

Wens voor de zorg:

Zorg wordt alleen maar beter door samen te blijven ontwikkelen en samen de zorg te verbeteren. Verlies hierbij niet de patiënt uit het oog



Hans van Dam

over niet-aangeboren hersenletsel

Functie:

Zelfstandig docent en consulent
niet-aangeboren hersenletsel

Wens voor de zorg:

*Leef en werk met brede, open blik en bedenk dagelijks:
niet het vele is goed, maar het goede is veel*

Als docent en consulent houdt Hans van Dam zich bezig met eindigheidsvragen. Hij is al sinds de jaren negentig betrokken bij de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, en publiceert regelmatig over zijn werk en over vragen rondom de zelfgekozen dood.

Van Dam is een verklaard voorstander van legale euthanasie, maar de bestaande wetgeving heeft volgens hem wel een keerzijde. 'Als iemand een doodswens uit tegenover een zorgprofessional, kom je nu vaak meteen in een procedure terecht,' zegt hij. 'Maar mensen die zeggen dat ze dood willen, zijn in nood. Een deel van die mensen bedoelt de dood, een ander deel zegt: "help mij". Die willen geen procedure, die willen in de eerste plaats gehoord worden.'

Misverstanden

We moeten, benadrukt Van Dam in

zijn presentaties, anders naar een doodswens leren kijken. Want hoe cru het ook klinkt: doodgaan is het probleem niet. 'Doodgaan kan heel snel en heel zacht,' aldus Van Dam. 'Je leven en je lijden is het probleem.'

In de praktijk bestaan er nog steeds veel misverstanden over euthanasie, denkt Van Dam — misverstanden die hij graag opheldert in zijn presentaties. Zo klopt het volgens hem niet dat de wettelijke grenzen steeds verder worden opgerekt, zoals in het publieke debat wel wordt gesuggereerd. De wetgever heeft destijds de uiterste grenzen aangegeven, en die zijn bewust ruim gekozen. Dat de praktijk die ruimte verkent, betekent niet dat die wettelijke grenzen worden verlegd. Zo is dementie bijvoorbeeld nooit een uitsluitingscriterium geweest voor euthanasie, en is euthanasie ook niet voorbehouden aan mensen in een terminale fase.

6

Begin gewoon met vragen stellen

Luisterend oor

In de voortgaande discussie over eindigheidsvragen is 'voltooid leven' nu nog gekoppeld aan 'ouderdom', maar dat zal, denkt Van Dam, over 5 of 10 jaar zijn losgelaten. Wat niet wegneemt dat verpleegkundigen in de huidige praktijk nog steeds te maken hebben met ethische dilemma's. Volgens de huidige wetgeving is hulp bij zelfdoding bijvoorbeeld nog steeds verboden, maar informatie verstrekken mag wél. En wat doe je dan als een patiënt je vraagt om een bepaald potje met een in China besteld zelfdodingsmiddel uit het bovenste kastje te halen? En als je dat potje op tafel zet, draai je dan ook het deksel open als de patiënt daar om vraagt? Strikt genomen is dat geen 'hulp', omdat een deksel opendraaien niet tot de dood leidt, maar een verpleegkundige kan zich op zo'n moment wel in het nauw gedreven voelen.

Volgens Van Dam zou een verpleegkundige op dat soort momenten in de eerste plaats een luisterend oor moeten bieden, zij het met open eind – dus waar je ook uitkomt. 'Je bent geen doorgeefluik, je bent een verpleegkundige. Dus als iemand wil dat jij een potje opendraait, zou je eerste vriendelijke reactie kunnen zijn: "Waarom vraagt u dit aan mij?" Begin met vragen stellen, dan blijkt vanzelf wat er in iemand leeft.'

Er is, als het gaat om eindigheidsvragen, nog wel een verdiepingsslag te maken, denkt Van Dam. In alle discussie over wat wel en niet mag, zijn we misschien een beetje vergeten dat het gaat over mensen in nood. Mensen met levensvragen die antwoorden willen, geen protocollen. En het zijn bij uitstek de verpleegkundigen die deze gesprekken moeten voeren, omdat zij immers veel nauwer contact hebben met de patiënt dan bijvoorbeeld een behandelend arts. Ga het gesprek dus aan, zegt Van Dam, maar respecteer uiteindelijk wel de keus van de patiënt. 'Je bent ten slotte gast in het leven van die ander.'

Agenda 2018

nursing/congressen

- 24 JAN** Niet-aangeboren hersenletsel
- 6 FEB** Het Palliatieve Zorg Congres
- 13 FEB** Zorg voor chronisch zieken
- 7 MRT** Nursing College
- 20 MRT** Dag van de Medicatieveiligheid
- 22 MRT** Dementiezorg in de praktijk
- 27 MRT** Dag van de Revalidatiezorg
- 12 APR** Congres Kleinschalig Wonen & Zorgen
- 20 APR** Workshopdag Ouderenpsychiatrie in de praktijk
- 25 APR** Ziek van MDL problematiek
- 8 MEI** Het Wondzorg Congres
- 15 MEI** Topsprekers over Kwetsbare Ouderen
- 22 JUN** Zorgprofessional in balans
- 28 JUN** Masterclass Klinisch redeneren
- 29 JUN** De Grote Thuiszorgdag

- 30 AUG** Masterclass Vakbekwaam indiceren
- 18 SEP** Het Palliatieve Zorg Congres
- 27 SEP** Niet-aangeboren hersenletsel
- 27 SEP** EBP in één dag
- 2 OKT** Dag van de Medicatieveiligheid
- 10 OKT** Verslavingsziekten
- 11 OKT** Verpleeghuiscongres
- * OKT** Nursing College
- 16 NOV** Dementiezorg in de praktijk
- * NOV** Complex probleemgedrag
- * NOV** Zelfsturende teams
- 6/7 DEC** Nursing Experience
- 11 DEC** Het Wondzorg Congres

* De exacte data van deze congressen zijn nog niet bekend, houd onze website www.nursing.nl/congressen in de gaten.

nursing/congressen

www.nursing.nl/congressen

f @Nursingcongressen

t @Nursingcongres