



■ **Dirk De Wachter: 'Liever een handdruk met handschoen dan helemaal geen aanraking'**

■ **Tips tegen stress: 'De wijk heeft topsport geleverd!'**

Welke lessen kunnen we trekken uit de coronacrisis?

De informatiebron

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

Thema; corona, waarbij de nadruk ligt op de maatschappelijke invloeden en niet op (zorg)inhoudelijke documenten.

Volwassenen/ouderen

Rapport Het corona- en het eenzaamheidsvirus / I&O Research, 2020

De tweede golf dat zijn wij: Een pleidooi om COVID-19 in Nederland in te dammen / KPMG;VU, 2020

Zorgen voor professionals: Praktische tips in moeilijke tijden / PGGM&Co; IZZ; PFZW, 2020

De bedreigde stad: De maatschappelijke impact van COVID-19 op Rotterdam

Downloaden / Kenniswerkplaats Leefbare wijken; Social work, 2020

Rapport Corona en gedrag / I&O Research, 2020

Verslag Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis / Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis, 2020

Basisdocument preventiegedrag en welzijn / ministerie VWS, 2020

Eerste doordenking maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen, Beleidssignalelement / SCP, 2020

(Samen)leven is meer dan overleven: Breder kijken en kiezen in tijden van corona / Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020

Kinderen/jongeren

Hoe praat je met je kinderen over het coronavirus? Bijvoorbeeld als zij erg jong of angstig zijn / Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2020

Kwetsbare jongeren in coronatijd: Signaleringsrapport onder professionals in de jeugdzorg / MEE, 2020

Resultaten Coronapeiling Jeugd Onderzoek naar de impact van de coronacrisis op het welzijn en de leefstijl van de jeugd (12-18 jaar) in de regio Noord- en Oost-Gelderland (peiling 18-29 mei 2020) / GGD Noord- en Oost-Gelderland, 2020

Hoe veilig is het in kwetsbare gezinnen tijdens de coronacrisis? Samenvatting van de voorlopige onderzoeksresultaten / Verwey Jonker Stichting, 2020

We teach...



OPLEIDING VERPLEEGKUNDIGE MAATSCHAPPIJ & GEZONDHEID

- profiel Jeugdgezondheidszorg
- profiel Algemene Gezondheidszorg

"Enkele maanden na de start van mijn opleiding werd bij 'mijn GGD' de eerste COVID-19 patiënt bevestigd. Door de outbreak verschoof mijn rol als verpleegkundige infectieziekten meer naar implementatie van beleid en coördinatie van teams. Buiten de opleiding om vonden wij als deelnemers elkaar om elkaar te helpen. Mijn verpleegkundige bijdrage in het proces rondom de teststraat voor (zorg) medewerkers kon ik gebruiken als praktijkopdracht. Zo kon ik ondanks de crisistijd, toch verder met mijn opleiding!"



– Karien Wannée-de Smalen,
Verpleegkundige M&G i.o., GGD Hart voor Brabant

Je vak en de omgeving veranderen. Jouw rol verandert mee.

Speel met plezier een actieve rol in de vernieuwing van het verpleegkundig beroep. Leer effectief samenwerken met ketenpartners, problemen in de gezondheid van cliënten signaleren en daarop acteren. Samenwerking is vereist om ook de coronauitbraak terug te dringen.

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

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

Interesse?

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



NSPOH
we teach health

De NSPOH wil een waardevolle bijdrage leveren aan de verbetering van de volksgezondheid, de arbeidsomstandigheden en participatie in Nederland. Dit doen wij door professionals kwalitatief goed en vraaggestuurd op te leiden voor de hedendaagse praktijk van public en occupational health. Wij ontwikkelen en organiseren opleidingen, bij- en nascholing, in-company programma's en symposia op academisch en post-hbo niveau.



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Tijdschrift Maatschappij & Gezondheid

ontvang je gratis wanneer je lid bent van de afdeling V&VN Verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid.

De redactie nodigt je van harte uit om een bijdrage te leveren aan dit tijdschrift, in de vorm van artikelen, onderwerpsuggesties, ingezonden brieven, boek-besprekingen enzovoort. Een onafhankelijke redactie bepaalt welke artikelen in aanmerking komen voor publicatie en behoudt zich het recht voor artikelen in te korten en te bewerken.

Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactieleden.

Jaargang 20, nummer 2, augustus 2020

ISSN 1568-5853

Redactie: Bente Allessie, Gerben Jansen, Hellen Kooijman (eindredactie), Paulien Meijers, Suzanna Plaice, Marieke Rijsbergen (hoofdredeactie), Valerie Schipper, Huub Sibbing

Redactieadres: Zie onder 'Informatie'

of: redactie.mgz@venvn.nl

Foto-omslag: Ron Hendriks

Beeld: Depositphoto en andere

Ontwerp: Think Next Level, Mijndrecht

Opmaak: Evarien Tuitert, Centomani.nl

Advertenties: Bureau Van Vliet. 023-5714745.

Zie ook www.bureauvanvliet.com

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

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

Het abonnementsstarief voor instellingen bedraagt € 98,90 per jaar, excl. BTW. Beëindiging van het lidmaatschap/abbonement: schriftelijk tot uiterlijk 1 december van het lopende jaar. Bij niet tijdig opzeggen wordt het lidmaatschap automatisch met een jaar verlengd.

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

Informatie

V&VN Verpleegkundigen Maatschappij

& Gezondheid

Postbus 8212

3503 RE Utrecht

T 030-2919050

E mgz@venvn.nl

W mgz.venvn.nl

Beetje schuldig

De ironie. Eind 2019 volgde ik de scholingsmodule *Outbreak-management*. Toen wist ik nog niet dat we niet veel later zouden leven in een wereld waar een heuse pandemie was losgebarsten. Tijdens deze module heb ik veel geleerd, maar op de coronapandemie was niemand voorbereid. De afgelopen maanden waren in dat opzicht de beste lessen *ever*! En wat heb ik een bewondering voor onze sterke groep zorgverleners in deze tijd. Wij in Friesland zijn er nog goed vanaf gekomen qua aantal besmettingen. Maar toch hadden we ook in Friesland het gevoel totaal over te lopen. Moet je nagaan hoe dat in andere delen van Nederland zoals Brabant en Zuid-Limburg, moet zijn geweest. Daar voel ik met zelfs een beetje schuldig over. Uitleggen wat wij als verpleegkundigen infectieziektebestrijding allemaal doen? Zie daarvoor de pagina's 8 tot en met 13 van dit tijdschrift. De redactie van *Tijdschrift M&G* volgden mij, een jeugd- en een dementieverpleegkundige in de maand mei. De maand dat Nederland langzaam weer van het slot ging. Veel leesplezier!

Paulien Meijers, infectieverpleegkundige bij GGD Fryslân en redacteur van Tijdschrift M&G

E-mail: p.meijers@ggdfryslan.nl



Actueel

Voor, tijdens en na corona, welke lessen kunnen we trekken? 6

Verslag

Nederland van het slot: het werk van drie verpleegkundigen in de maand mei 8

Aan tafel met ...

Vlaamse hoogleraar en psychiater Dirk De Wachter: 'Liever een handdruk met handschoenen dan geen handdruk' 14

Praktijk

Drie schuivers in de wijk die hun collega's te hulp schoten 18

Achtergrond

De wijk heeft topsport geleverd! 4 tips tegen stress en burnout 22

Interview

Jacqueline de Vries over het JGZ Crisis Adviesteam 25

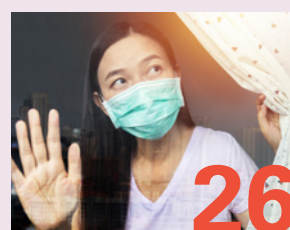
Vaste rubrieken

Uit het nieuws 4

Vers bloed: Dementieverpleegkundige: 'Ik zie eerst de mens, dan zijn dementie' 17

Klepel en klok: Outbreakmanagement-model 26

Het dilemma: corona toch in Milaan, cliënt terugbellen? 30



Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024

Op 25 mei bood staatsecretaris Paul Blokhuis van VWS de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG) 2020-2024 met de titel *Gezondheid breed op de agenda* aan de Tweede Kamer aan. In zijn aanbiedingsbrief schrijft Blokhuis: 'Ik vind het belangrijk dat de LNG gemeenten ondersteunt en verder helpt. Door middel van een zorgvuldig proces heb ik deze LNG samen met de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG) en een afvaardiging van gemeenten, GGD'en en kennisinstituten opgesteld. Dit heeft een unieke samenwerking opgeleverd die ik ook vanuit het bestuurlijk overleg publieke gezondheid, zal voortzetten.' In feite is dit een nieuwe werkwijze, een trendbreuk, waarbij kennis (RIVM), beleid (ministerie) en uitvoering (gemeenten, GGD'en en cetera) samenwerken en die merkbaar zijn vruchten heeft afgeworpen. Alle betrokken partijen hebben gezamenlijk een visie op gezondheid geschreven, waarin aandacht is voor de brede determinanten van gezondheid en positieve gezondheid. Een citaat ter illustratie: 'De problemen die achter een verminderde gezondheid schuilgaan, gaan verder dan het gezondheidsdomein. Armoede, schulden, problemen rondom huisvesting, eenzaamheid, werkloosheid, een beperking, een lage opleiding of de kwaliteit en de inrichting van de leefomgeving hebben allemaal invloed op hoe gezond je bent en hoe gezond je je voelt.' Dit vraagt om een brede integrale aanpak van gezondheidsvraagstukken waarbij we gezondheid laten meewegen bij elke beleidsbeslissing in dit land: *Health in all Policies*'. Ter illustratie: 'Dit uitgangspunt daagt professionals uit om breder te kijken dan hun eigen expertisegebied. Juist door het inzetten van interventies buiten het gezondheidsdomein, kunnen we gezondheidswinst boeken. Interventies op het gebied van bijvoorbeeld schuldhulpverlening of arbeidsbemiddeling zijn soms een beter startpunt voor het verbeteren van de gezondheid dan een aanpak die zich alleen richt op een gezondere leefstijl.'

4 speerpunten

Vervolgens worden in de LNP vier speerpunten benoemd voor de komende vier jaar, vergezeld van ambities die verder uitgewerkt moeten worden op landelijk en lokaal niveau:

- het verminderen van gezondheidsachterstanden
- Het verbeteren van de gezondheid in de fysieke- en sociale leefomgeving
- het verlagen van de druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen
- het bijdragen aan het vitaal ouder worden



Aanbevelingen die rechtstreeks uit de VTV 2018 of eerder komen, cruciaal zijn in het werk van M&G-verpleegkundigen en volledig passen in het gedachtegoed van V&VN M&G. Verrassend? Enerzijds wel. Jarenlang werden aanbevelingen om breed in te steken op preventie en het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen genegeerd en werd er gekozen voor een eenzijdige leefstijlbenadering. Jarenlang is door allerlei deskundigen, onderzoekers, het RIVM, de RVS en V&VN M&G aangedrongen op deze omslag in het preventiebeleid.

De LNG is onderdeel van de *Beleidscyclus volksgezondheid of preventiecyclus*. Als eerste komt het RIVM met de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Daarin worden de preventie-inspanningen van de afgelopen vier jaar geëvalueerd. Er staat tevens een integraal overzicht in van de gezondheidstoestand van de bevolking. Op basis daarvan komt het RIVM met beleidsmatige aanbevelingen voor de komende vier jaar. Daarna komt de politiek met de LNG. De aanbevelingen van het RIVM spelen daarin een rol, maar onder andere ook de politieke en maatschappelijke overwegingen en bijvoorbeeld afspraken in het regeerakkoord. Het is dus lang niet altijd zo dat de aanbevelingen van de VTV worden overgenomen.

Een paar ambities in de LNG: In 2040 leven Nederlanders minstens vijf jaar langer in goede gezondheid, in 2040 zijn de gezondheidsachterstanden van mensen met een lage SES ten opzichte van mensen met een hoge SES met 30 procent afgenomen, in 2024 voelen relatief meer ouderen zich vitaal zodat zij (naar vermogen) kunnen blijven participeren in de samenleving. [↗](#)

Huub Sibbing

Zorgpad COVID 19 smaakt naar meer

Wijkverpleegkundigen Evelyn Naalden, Froukje van der Honing, Mirjam de Leede, Pauline Arts-de Witt, Sanne Damen en Thea Ploeg namen het initiatief om een eenduidig zorgpad te ontwikkelen voor de zorg rondom COVID19-cliënten. Zie daarvoor: www.wijkverpleging.org. Evelyn Naalden, verpleegkundig specialist in opleiding bij thuiszorgorganisatie TWB Thuiszorg met Aandacht: 'Inmiddels is de kick-off geweest en zijn er al 35 (wijk)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten aan de slag met zorgpaden voor Parkinson, hartfalen, dementie, vallen, eenzaamheid en gedragsproblemen in de wijk. Het is leuk om te zien dat veel verpleegkundigen, vanuit de essentie van hun vak en met hun eigen expertise, de handschoenen hebben opgepakt om bij te dragen aan deze ontwikkeling. De verschillen vallen weg en eenduidigheid, verbinding en professionaliteit komen ervoor terug. We zien verbindingen en samenwerking tussen organisaties en verschillende afdelingen ontstaan. Dat kan ook niet anders omdat de wijkverpleging multidisciplinair is en zorg omvat voor 0-100 jaar (of zelfs hoger)'. In de volgende editie van dit tijdschrift besteden we meer aandacht aan dit unieke project en de diverse zorgpaden. 📄

Bron: nieuwsbrief V&VN M&G

3 procent van huishoudens heeft geen internetaansluiting

Van de inwoners van Nederland van 12 jaar of ouder gaf 3 procent in 2019 aan thuis geen toegang tot internet te hebben. Dat zijn ongeveer 453.000 mensen. Vijf jaar eerder had nog 7 procent thuis geen internet. 75-plussers hebben het vaakst geen internettoegang thuis. 17.000 Nederlanders zonder internet thuis hebben kinderen in de leeftijd van 5 tot 13 jaar. Dat blijkt uit het CBS-onderzoek *ICT-gebruik van huishoudens en personen 2019* dat onder 5.600 mensen is gehouden. Onder de 75-plussers zijn het vaker vrouwen dan mannen die thuis geen toegang hebben tot internet. 📄

Bron: CBS

In memoriam Marja van Kuppevelt



Op 8 juli is ons interviewmaatje Marja van Kuppevelt overleden. Bescheidenheid kenmerkte haar persoonlijkheid. Dit in combinatie met haar passie, bevologenheid, gedrevenheid en vooral het kunnen aansluiten bij ouders ook als zij afkomstig zijn uit een andere cultuur, maakte haar tot een

bijzonder waardevolle en inspirerende collega.

Na werkzaam te zijn geweest in de psychiatrie en als allround wijkverpleegkundige, maakte Marja in 1991 de keuze zich volledig te richten op de jeugdgezondheidszorg. In 2006 leidde dat tot de opleiding MANP, waardoor zij verpleegkundig specialist werd. Kort hierna werd Marja voorzitter van de vakgroep Jeugd van V&VN M&G. Daar heeft zij een belangrijke rol gespeeld in de verbreding en verdieping van het vakgebied van de jeugdverpleegkundige en in de verbinding met de jeugdartsen (AJN). Zij heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het tot stand komen van de documenten *Expertisegebied van de jeugdverpleegkundige* en *SAMEN VOOR DE JEUGD het goud van de jeugdgezondheidszorg glanzend houden*. Tevens heeft zij op het internationaal EUSUHM-congres presentaties gehouden over het expertisegebied van de jeugdverpleegkundige.

Toen de kans in 2018 voorbij kwam om als Public Health Nurse op Saba aan de slag te gaan, heeft zij deze kans gegrepen. Zij had de grote wens om nog meer van de wereld te willen zien, te reizen. Vol ambitie en met tomeloze energie is Marja aan de slag gegaan op Saba. Daar heeft zij de harten van vele moeders gewonnen, de kwaliteit verbeterd binnen de jeugdgezondheidszorg zoals de implementatie van het digitale kinddossier en het rijksvaccinatieprogramma, en zocht zij vanuit Saba samenwerking met collega's van de andere Caribische eilanden. Om haar eigen deskundigheid op niveau te houden bleef ze onze ICT-groep trouw en sloot ze aan om casuïstiek met ons te delen. We zullen haar gaan missen. Een collega vanuit Saba verwoordde: 'Marja was niet alleen een zeer kundige collega, maar vooral een warm persoon met een luisterend oor.' 📄

Kim Bischoff, Marianne van den Bosch, Ingrid Brokx, Nelleke Maas, Jolanda Rutten

Voor, tijdens en na corona

Welke lessen kunnen we trekken uit de coronacrisis? Wat betekent dit voor de toekomst? Wat zeggen het RIVM, de SER, de politiek en wat voor een invloed heeft dat op het werk van de M&G-verpleegkundigen? Huub Sibbing, bestuursadviseur van V&VN Maatschappij&Gezondheid licht toe.

Tekst:
Huub Sibbing

Vertrouw op deskundigen

Allereerst kunnen we constateren dat de deskundigheid van het RIVM en het Outbreak Management Team van enorm belang is geweest voor het overwinnen van de coronacrisis. Hun wetenschappelijke onderbouwde modellen weerhielden het kabinet ervan om te vroeg van de rem te gaan en het gaspedaal weer in te drukken. Ondanks de maatschappelijke weerstanden. Hoe belangrijk het is geweest om hierbij te vertrouwen op deskundigen, bleek later toen in landen als Brazilië en de VS de deskundigen aan de zijlijn werden geparkeerd en het aantal besmettingen alsnog explodeerden.

Overwaardering cure en onderwaardering care en preventie

Bij de corona-aanpak was bijna pavlovians de eerste focus op de ziekenhuizen, mede door de horrorscenario's die ons vanuit de IC's werden voorgeschoteld. Ten onrechte, zo kun je lezen in het artikel over het *outbreak-management-model* op pagina 26 in dit tijdschrift. Ook in de verpleeghuizen en de thuiszorg werd een zware strijd geleverd tegen corona. Maar daar gebeurde dit zonder dat de professionals konden beschikken over

'Het is enorm belangrijk geweest te vertrouwen op deskundigen'

voldoende tests en beschermingsmiddelen. Pas eind april werd de problematiek in de verpleeghuizen en thuiszorg serieus genomen en werd de verdeling van test en beschermingsmiddelen gelijkwaardiger verdeeld.

Op verpleegkundigen kun je altijd rekenen

Binnen enkele weken na het begin van de coronacrisis bleken 20.000 ex-verpleegkundigen bereid om hun oud-collega's te ondersteunen. Ruim 20.000 meldden zich via de website www.extrahandenvoordeezorg.nl of anderszins. Vaak ging het om docenten, managers, onderzoekers maar ook ex-verpleegkundigen die de zorg helemaal verlaten hadden. Zo reageerde Annick Slooff,

docent aan de Hogeschool Rotterdam en voorheen wijkverpleegkundige op een oproep van burgemeester Aboutaleb om te gaan werken in de teststraat van de GGD Rotterdam. 'Als ik ergens bij kan dragen als de nood hoog is, dan doe je dat. Zo zijn verpleegkundigen.' Onveilig voelde ze zich in de teststraat nooit. De GGD is een zeer professionele organisatie. Ook Helen Aangenend, docent bij Hogeschool Saxion, keerde terug naar de zorg. Zij kwam terecht op het callcenter van de GGD voor professionals met vragen rondom Covid-19. 'Je bent en blijft verpleegkundige', aldus Aangenend. 'Dat gaat er nooit meer uit.'

Onder druk wordt alles vloeibaar

Tijdens corona werden zaken waar normaliter vijf jaar over gedelibereerd werd, nu in enkele dagen geregeld. E-health werd plotseling de standaard. Consulten en intakes liepen via beeld-telefoneren, instructiefilmpjes werden in rap tempo vervaardigd en verspreid. Niet altijd ideaal maar in veel gevallen voldeden de alternatieven naar behoren.

Ongelijkheid neemt toe

Door de coronacrisis verscherpten zich de tegenstellingen die op of onder de oppervlakte bevonden, niet alleen in Nederland en niet alleen in de gezondheidszorg. In de VS trof corona de zwarte bevolking substantieel zwaarder bijvoorbeeld. In Nederland kwamen kinderen in achterstandssituaties extra in de knel door de sluiting van scholen, nam de eenzaamheid onder ouderen sterk toe en werden flexwerkers en mensen met tijdelijke contracten onevenredig zwaar getroffen.

Nieuwe ronden, nieuwe kansen

Nu de ergste kruitdampen van de coronacrisis zijn opgetrokken komen een aantal perspectieven van het "post-coronatijdperk" geleidelijk aan boven drijven. Ze bieden ons, M&G-verpleegkundigen, kansen. Wat moet er in de toekomst anders, van welke dogma's nemen we afscheid?

Denktank corona

Al tijdens de coronacrisis nam Mariëtte Hamer samen met de voorzitters van de Sociaal Economische Raad (SER) het initiatief voor een denktank waaraan naast de sociale partners het Centraal Planbureau, het Sociaal Cultureel Planbureau, het Centraal Bureau voor de Statistiek, De Nederlandsche Bank, de Wetenschappelijke



Raad voor het Regeringsbeleid, de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en Clingendael deelnemen. In een eerste rapport; *De contouren van een intelligent herstelbeleid* van 21 mei werden al wat cruciale items voor de toekomst geformuleerd. Denk aan extra aandacht voor (nieuwe) kwetsbare groepen, toegankelijkheid van de gezondheidszorg, een nieuwe agenda voor arbeidsmarkt en sociale zekerheid, kwetsbare jongeren en een herwaardering van de publieke dienstverlening zoals de zorg en het onderwijs.

Ministerie streeft naar andere koers

In een uitgebreid interview in het AD van 13 juni stelt minister Hugo de Jonge van VWS al terugkijkend dat we de crisis hebben bezworen door de handen ineen te slaan, niet door ons te verlaten op het marktdenken. De jungleoorlog om de beschermingsmiddelen, de in eerste instantie geringe bereidheid van ziekenhuizen om IC-patiënten van de uitpuilende Brabantse IC's over te nemen en farmaceutische bedrijven die hun kennis niet wilde delen waren hem een doorn, zeg maar een balk, in het oog geweest: 'Deze crisis is een groot pleidooi voor minder markt, meer samenwerking en meer centrale regie. Wat mij betreft moeten alle vormen van zorg vergaand blijven samenwerken (...) En daar waar de financiering erop gericht is om te concurreren, moet dat anders geregeld worden.'

Ook staatsecretaris Paul Blokhuis liet van zich horen. In zijn aanbiedingsbrief van de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024 (LNP) aan de Tweede Kamer (25 juni) schrijft hij: 'Het coronavirus maakt dat de focus in Nederland meer dan ooit op de gezondheid ligt; op de effecten voor Nederlanders op de korte en de

lange termijn'. Blokhuis voegde de daad bij het woord. In tegenstelling tot voorgaande kabinetten worden de adviezen van VTV 2018 vrijwel onverkort overgenomen en vier speerpunten voor de komende vier jaar benoemd:

- het verbeteren van de gezondheid in de fysieke- en sociale leefomgeving
- het verminderen van gezondheidsachterstanden
- het verlagen van de druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen
- het bijdragen aan het vitaal ouder worden

Dit zou bereikt moeten worden door een brede integrale benadering van preventie, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg.

SER-advies

Tenslotte trekt de SER op 19 juni in het rapport *Zorg voor de toekomst, Over de toekomstbestendigheid van de zorg* vier hoofdconclusies:

- er moet meer worden ingezet op preventie
- er is meer ruimte nodig voor zorgprofessionals
- er is meer regie van de overheid nodig op digitale innovaties
- er moet voortdurend en actief beheer van het verzekerde pakket zijn.

Voor dit alles is volgens de SER een langetermijnvisie van de overheid nodig.

Met een 'applaus voor de zorg' en een bonus van duizend euro ben je er niet. Wil je mensen trekken maar ook vasthouden in de zorg zul je als samenleving meer waardering moeten geven en mensen in de zorg meer

'Met een applaus voor de zorg en een bonus van 1000 euro ben je er niet'

grip op hun werk, aldus Hamer in het AD van 19 juni. Er is inmiddels een discussie gestart over het terugdringen van, tijdens corona gebleken, overbodige zorg in de ziekenhuizen. Zelfs de Federatie Medische Specialisten is bereid hieraan mee te werken blijkens de Volkskrant van 8 juni.

Tenslotte

Kabinet: luister naar uw deskundige adviseurs. En verpleegkundigen M&G: de discussie over de toekomst van de gezondheidszorg gaat een nieuwe en boeiende fase in. Meng je in die discussie en hou vast aan het M&G-gedachtegoed (Van ZZZ en GG naar MM). [u](#)

*Huub Sibbing
is adviseur van
het bestuur van
V&VN M&G en
redactielid van
Tijdschrift M&G*

Nederland van het slot in de maand mei

Het werk van drie verpleegkundigen M&G

In de maand mei ging Nederland weer langzaam open. De volledige hectiek van de coronapandemie ligt achter ons. In deze maand volgden we wekelijks een dementie-, een jeugd- en een infectie-verpleegkundigen. Wat kwam op ze af? Welke beslissingen namen ze? En waar liepen ze tegenaan?'

Tekst:
Marieke
Rijsbergen
en Hellen
Kooijman



Marjon van Klaveren, jeugd-verpleegkundige 0-19 jaar in Nijmegen bij GGD Gelderland Zuid



Gerben Jansen, dementie-verpleegkundige TWB Thuiszorg met Aandacht, West-Brabant



Paulien Meijers, verpleegkundige infectieziektebestrijding bij GGD Fryslân

Week 1 t/m 8 mei

Leerkrachten en personeel in de kinderopvang mogen per 8 mei getest worden. Zelfstandig wonende ouderen van 70 jaar en ouder, kunnen weer bezoek ontvangen van een of twee vaste personen. Kinderen tot 12 jaar mogen weer buiten sporten, jongeren tot 18 jaar op 1,5 meter afstand.



Jeugdverpleegkundige Marjon van Klaveren:

'Op het consultatiebureau en bij het inloop- en opvoedspreekuur is het deze week heel druk. Ouders durven weer. Het is zelfs een beetje te druk. Wat nog steeds geldt is dat er maar een ouder mag komen en geen broertjes en/of zusjes. Waar we nu tegenaan lopen is dat we in het gebouw van het wijkcentrum zitten waar ook een kinderdagverblijf zit. De looproute raakt daardoor verstopt. Er mogen drie ouders naar binnen en de rest moet buiten wachten. Het is flink puzzelen met elkaar. We kijken het een paar weken aan. Gelukkig zijn al mijn collega's weer aan het werk. Best wat collega's waren in het begin preventief thuis, een enkeling vond het spannend om te werken zonder beschermingsmiddelen

en weer een ander kwam uit Brabant en kon niet werken in verband met milde klachten. Gelukkig waren we heel flexibel en hebben we de zorg in de wijk eigenlijk in zijn geheel kunnen voortzetten. Daar ben ik trots op. Een vader die wilde dat zijn kind de 4-maandenvaccinatie kreeg, maar niet op het consultatiebureau omdat hij

'Op het consultatiebureau is het heel druk. Ouders durven weer'

huisarts is en hij anderen zou kunnen besmetten, bezochten we thuis om het kind daar te vaccineren. Bij ouders die wilden weten of hun pasgeboren baby gegroeid is maar die het huis niet uitdurfden, kwamen

we langs met de weegschaal. Die zette ik dan op de stoep op 1,5 meter afstand. Daarna appten de ouders het gewicht door. Zo deed ik regelmatig mijn rondje in de vinexlocatie waar ik werk, waarbij ik natuurlijk de weegschaal telkens goed ontsmette. Nu is te merken dat ouders weer open staan voor huisbezoeken. Dat vind ik fijn. Je wilt toch een goed band opbouwen, vooral bij ouders die hun eerste kind hebben gekregen. Dat is echt lastig via beeldbellen. Het werk in de scholen ligt helaas nog grotendeels plat omdat die nog dicht zijn.”



**Dementieverpleegkundige
Gerben Jansen:**

‘Er zijn wat positieve zaken: je ziet bijvoorbeeld dat kinderen die eerst niets deden voor hun ouders dat nu wel

doen. Bestelden ze voorheen online boodschappen, nu gaan ze zelf langs en zetten ze boodschappen voor de deur. Maar er zijn ook veel zware dingen. Het is nu bijna ondoenlijk om iemand die niet meer thuis kan wonen, in een verpleeghuis te laten opnemen. Zo zaten we omhoog met een man van 86, zwaar dementerend, die absoluut niet thuis weg wilde maar dat wel moest. Voor de coronacrisis hadden we voor hem een rechterlijke machtiging gekregen omdat die man weigerde naar een verpleeghuis te gaan. Normaliter wordt zo’n man dan binnen twaalf uur opgenomen, maar nu kon dat niet. Geen verpleeghuis wilde hem hebben, bang voor corona. We hebben het tot aan Alphen aan de Rijn toe

‘We vrezen dat er een tsunami van reguliere zorgvragen op ons afkomt’

geprobeerd. Die man zelf ging nog meer dan voorheen tekeer tegen opname. “Dan ga ik daar de pijp uit aan corona”, zei hij dan. Uiteindelijk hebben we hem laten testen, hij bleek gelukkig negatief. Deze week was er een verpleeghuis bij hem in de buurt die hem op wilde nemen. Maar in de tussentijd zat die man noodgedwongen twee weken thuis. De wijkverpleging moest hem, op afstand, in de gaten houden. Dat was bijna een dagtaak. Morgen, 6 mei, is er een persconferentie over versoepelingen. Waarschijnlijk komt de reguliere zorg dan weer op gang. Daar zijn ik en mijn team wel bang voor. Want al die mensen hebben hun keutel ingehouden, vaak onder het mom van: “Jullie hebben al zoveel te doen”, al waren ze natuurlijk ook gewoon bang dat ze besmet zouden raken. We vrezen dat er straks een tsunami van reguliere zorgvragen op ons afkomt. Gelukkig kunnen we straks weer op huisbezoek. We

deden alles telefonisch de afgelopen weken, maar ik kan via de beeldtelefoon niet zien hoe iemand erbij zit. Ik moet iemand kunnen zien, ruiken en voelen.’



**Infectieverpleegkundige
Paulien Meijers:**

‘Al heel gauw werden ik en de andere vier infectieverpleegkundigen, de deskundigen infectiepreventie

en artsen de inhoudelijk deskundigen. Wij moeten het beleid van het RIVM omzetten naar de praktijk van alle dag. Ik hoor mezelf na een tijdje verzuchten dat het is alsof ik een heel andere baan heb gekregen dan deze waar ik ooit naar heb gesolliciteerd. Contact met cliënten is er niet meer bij. We gaan over beleid en coördineren alle opgeschaalde processen. Ik mis het soms om gewoon een cliënt aan de telefoon te hebben.

‘Deze week zijn we druk geweest met het opschalen van de testfaciliteiten’

In de eerste weken was het pionieren en de drukte de baas te blijven. We namen zelf nog alle telefoontjes aan en voerden het (toen nog beperkte) bron- en contactonderzoek (BCO) uit. Daarna werkten we snel onze collegae soa- en jeugdverpleegkundigen in voor het uitvoerende werk. In de hoogtijdagen werkten er 100 mensen extra voor infectieziektepreventie. En dat is pas een paar weken geleden. We hadden toen een minibelcel waar alle telefoontjes binnenkwamen. Op de muur hingen twee kaarten van Italië waar wél en waar géén corona was. In het prille begin ging het om bergdorpjes. Deze kaart werd vrijwel dagelijks aangepast omdat het RIVM de casusdefinitie elke keer aanpaste. Brabant en de carnavalsperiode hebben overigens nooit onder de casusdefinitie gevallen. Deze week, op 6 mei, maakte het RIVM bekend dat het BCO niet moet starten op de eerste ziektedag, maar twee dagen vóór iemand klachten krijgt. Dat moeten wij dan weer vertalen naar de rest van de organisatie en al onze processen. Zo moest ook eerst iemand 24 uur klachten hebben voordat hij of zij getest kon worden; nu wil het RIVM zo snel mogelijk testen. De veranderingen in beleid volgen elkaar vrijwel dagelijks op. Ook zijn we deze week druk met het opschalen van de testfaciliteiten en het BCO omdat de verwachting is dat iedereen met klachten vanaf 1 juni getest mag worden. Het is wachten op het registratiesysteem CoronIT die dit grootschalig kan faciliteren. Dit systeem moet onder andere de triage, agendasetting, planning en de uitslagen gaan bijhouden.’

**Week
9 t/m 15 mei**

Kinderdagverblijven en het speciaal onderwijs zijn weer open vanaf 11 mei. De basisscholen voor de helft van de tijd. Contactberoepen als kappers, schoonheidsspecialisten en tandartsen mogen op gepaste afstand weer aan de slag. Zij kunnen zich laten testen.



**Jeugdverpleegkundige
Marjon van Klaveren:**

'Kinderen die chronisch verkouden zijn, mogen sinds deze week weer komen voor hun vaccinaties. Dat

leverde veel telefoontjes en gesprekken met ouders op. Best wat ouders leefden met hun pasgeboren kindje in een cocon. Dat snap ik, maar we weten nu dat kinderen vrijwel geen corona oplopen. Sommige ouders vonden het heel spannend, anderen waren best hysterisch. Die vonden bijvoorbeeld dat ik te dichtbij kwam. Dan legde ik uit dat ik volgens de RIVM-regel vijf minuten binnen de 1,5 meter mag zijn om een prik te geven. Deze week stond ook de vaccinatie tegen meningokokken bij 14-jarigen op het programma. De jongeren kwamen één voor één binnen en er mochten geen ouders mee. Er was

'Bij jongeren is corona naar de achtergrond verdwenen'

een perfect tijdschema gemaakt door de GGD. We werkten overigens niet met mondkapjes en handschoenen en als het nodig was, plakten we op het einde een pleister. Het verliep eigenlijk heel rustig. Bij jongeren is sowieso corona wat naar de achtergrond verdwenen. Mijn wekelijks chatsessies gaan bijna ouderwets over verliefdheid, seks, soa's en daten. En niet meer over de angst om oma te besmetten of dat ze zich dood vervelen tijdens de lockdown. Het werk op de basis- en vo-scholen is lastig op te starten. Via het basistakenpakket JGZ zijn wij verantwoordelijk voor het welbevinden van de kinderen. Dat hebben we op dit moment niet zo scherp, hoe goed we ook ons best doen. Een aantal klassen bleven liggen, simpelweg omdat de scholen dicht waren. Gelukkig hebben we wel korte lijnen met de basisscholen. Kinderen met ouders in schuldenproblemen, kinderen die geen veilige thuisbasis hebben en kinderen die nu in een kleine ruimte moesten zitten met hun grote familie, waren goed in beeld. Op de vo-scholen is dat lastiger. De organisatie van schoolmaatschappelijk werk heeft laten weten dat zij tot 1 juni nog niet fysiek aan de slag gaan op de basisscholen. Samen met de jeugdarts bekijk ik welke dossiers we doorschuiven naar september en welke we nu oppakken, een flinke klus.'



**Dementieverpleegkundige
Gerben Jansen:**

'We zijn de afgelopen week weer begonnen met de huisbezoeken.

Sommige mensen hebben je echt

gemist. Anderen zijn bang, die blijven liever beeldbellen. Maar dat is niet altijd even goed voor ze. Laatst had ik een man aan de telefoon, een tachtiger, die nu met zijn vrouw alleen woont. Deze man is gewend om te werken, thuis te komen waar zijn vrouw zijn prakkie heeft klaarstaan. Die man kan nog geen ei koken. Zijn vrouw is dement geworden, dus dat vraagt heel veel van hem. Ik belde ze laatst: "Ja ja, het gaat heel goed hoor", zei hij. Maar ik hoorde aan zijn stem dat dat niet zo was. De dagbegeleiding is weggefallen, hun kinderen komen niet meer langs. Toen heb ik eerst een triage gedaan via de telefoon: heeft u koorts, hoest u? Wij zijn niet verplicht om op huisbezoek te gaan, onze organisatie laat dat over aan onze professionaliteit. Bij deze mensen dacht ik: ik ga langs. Het was ook wel grappig, want die vrouw denkt dat ik de oude schoolvriend van haar zoon ben. Ze wil altijd knuffelen. Tsja, die snapt niks van corona. Zegt ze: "Oh Gerben, het is zo stil op straat. Is het zondag?" "Nee, zeg ik: het is corona..." "Corona, wat is dat?" Ik heb haar gewoon geknuffeld. Dat kan niet

'Sommige mensen hebben je gemist, anderen blijven liever beeldbellen'

anders. De dagbegeleiding gaat, na zes weken, weer opstarten. Dat geeft kopzorgen. Want er is een groep die we er moeilijk heen kregen. Vaak "verleiden" we die door te zeggen dat ze vrijwilligerswerk gaan doen; koffie schenken et cetera. Dan voelen ze zich nuttig. Het kostte voor corona veel overredingskracht om ze daar te krijgen. Nu moeten we weer van vooraf aan beginnen. Overigens kunnen wij onszelf sinds deze week testen wanneer we willen. Dat geeft rust.'



**Infectieverpleegkundige
Paulien Meijers:**

‘De grote paniek bij mensen is vrijwel weg en het aantal telefoontjes neemt flink af. Dat is fijn. Het is soms

heel moeilijk mensen te woord te staan als je hun angst begrijpt, maar toch het landelijke beleid moet volgen. Wie mag wel getest worden en wie niet. Gelukkig hebben we redelijk wat testcapaciteit zodat we daar nog iets soepeler mee om kunnen gaan dan in andere delen van Nederland. We hadden veel ongeruste burgers die belden. Sommigen waren echt heel boos, niet voor rede vatbaar en scholden ons soms de huid vol. Wij konden alleen maar een luisterend oor bieden en ze soms geruststellen, wat helaas niet altijd lukte. Ik slaap al tijden slecht. De adrenaline gierde wekenlang door mijn lijf. Ik draaide sinds eind januari extra uren waardoor mijn hoofd enorm vol zat. Iets meer rust is erg prettig. Deze week was het grootste aandachtspunt een uitbraak van 22 positieven in het AZC in Sneek. Op 8 mei om 8.15 uur was er een crisissamenleg. Wat te doen? In het AZC kan er helaas geen 1,5 meter afstand gehouden worden; de gangen zijn simpelweg maar 90 centimeter breed. Ik vond het meteen heel interessant! Hoe houden we overzicht? Hoe brengen we in kaart wie wie heeft besmet en wie mogelijk is besmet? Hoe laten we het BCO verlopen? Het was heel moeilijk de juiste informa-

tie te krijgen omdat bewoners bang zijn voor consequenties. Voor hun asielprocedure en die van vrienden en familie. Ook speelt het cultuur- en taalverschil een rol. We schakelden onze collega's van de afdeling Publieke Gezondheid Asielzoekers in om het BCO te ondersteunen en werkten samen met het COA. In het begin was er in en rondom het AZC veel onrust, maar uiteindelijk overheerst begrip. We zetten acuut een soort

‘Deze week was er een uitbraak bij een AZC. In het weekend werden 500 mensen getest’

mega-operatie op, waarbij in het weekend alle 500 bewoners en medewerkers getest werden. We hielden allemaal ons hart vast, maar de verspreiding viel gelukkig mee. Mijn directe collega-verpleegkundige beet zich in deze “casus” vast en bezoekt vaak het AZC en later in de week tevens de isolatie-faciliteit in Zoutkamp, waar de besmette mensen heen zijn gegaan. We proberen het als infectieverpleegkundigen op deze manier te verdelen zodat een ieder zijn hoofd weer kan buigen over andere problematiek.’

**Week
16 t/m 22 mei**

Kinderdagverblijven en het speciaal onderwijs zijn weer open vanaf 11 mei. Kinderen op de basisschool gaan voor de helft van de tijd naar school. Contactberoepen als kappers, schoonheidsspecialisten en tandartsen mogen op gepaste afstand weer aan de slag en kunnen zich laten testen.



**Jeugdverpleegkundige
Marjon van Klaveren:**

‘De spreekuren van de kinderen van zes maanden en de 2-jarigen zijn weer opgestart op het consultatie-

bureau. Het is hard doorwerken. Uitlopen is er niet meer bij, dat kan gewoon niet. Ik moet het spreekuur nu in twintig minuten per kind doen, dat geeft meer druk. Soms voel ik me opgejaagd, vooral als ouders nog veel vragen hebben. Dan moet ik ze vertellen een andere afspraak te maken. Daar moet ik nog een weg in vinden. Mijn werk op de basis- en vo-scholen mis ik echt. Ik verheug me op de puberverhalen en -vragen, die zijn toch anders dan babykrampjes en tandjes die doorkomen. Ik hoop dat ik de leerlingen van drie VMBO-3-klassen nog kan zien voor 13 juli. Anders zijn het examenleerlingen en dan is het veel lastiger om ze te

spreken te krijgen. In de piek van de corona heb ik met de zorgcoördinator van de scholen gelukkig vrij snel de aandachtsdossiers bekeken. Regelmatig belde ik met sommige gezinnen, waar ik al contact mee had, om een vinger aan de pols te houden.’



**Dementieverpleegkundige
Gerben Jansen:**

‘Het is echt ontzettend druk nu, omdat we van alles aan het opstarten zijn. Onder meer de verplaatsingen van

huis naar de verpleeghuizen. Dat is lastig. Mensen moeten daar nu vaak wel echt naartoe omdat het thuis niet meer te doen is. Maar juist in verpleegtehuizen hier in Brabant zijn er recentelijk uitbraken van besmettingen. En dat maakt vooral de kinderen angstig;

"Ik lever mijn vader af en ik zie hem misschien nooit meer terug", zo denken ze. En je mag in verpleeghuizen natuurlijk ook niet zomaar op bezoek. En tsja, die coronaregels vallen dus niet uit te leggen aan mensen met dementie. Het is moeilijk om de 1,5 meter te houden, zeker als je bij mensen thuiskomt. De partner snapt het, die gaat netjes opzij, maar de cliënt met dementie komt met uitgestoken hand naar je toe. Gisteren ook zo'n mevrouw. In eerste instantie stak ik mijn hand weg. Daar reageerde ze boos op. "Jij bent ook niet netjes opgevoed", zei ze in plat Brabants. Dat is ook wel deels waar (lacht), maar het is wel vervelend. Vaak geef ik die mensen daarom maar gewoon een hand. En ja, dat kan tricky zijn. Kijk, wij kunnen testen en dat doe ik ook regelmatig. Maar je weet nooit 100 procent zeker of je het wel of niet hebt. We bellen wel altijd van

'Demente mensen snappen niets van de 1,5 meter afstand. Vaak geef ik maar gewoon een hand'

tevorens. Gisteren nog sprak ik een man aan de telefoon waarbij ik vandaag op huisbezoek zou gaan. Hij zei: "Ik heb geen corona hoor, maar ik hoest wel een beetje". Waarop ik hem flink hoorde kuchen. Ik zei: 'Doe maar eerst een test'. Dat heeft hij gedaan en die bleek negatief, dus toen kon ik vanochtend op bezoek.

Ik merk dat mantelzorgers vaak overbelast zijn. Voorheen konden mensen naar de dagbegeleiding, dat gaf mantelzorgers even lucht. Maar nu met corona zijn ze continu aan het zorgen. Dat is zwaar. Vorige week werd bekend dat de dagbegeleiding per 15 mei weer open ging. Daar leefden mantelzorgers naartoe. Vandaag bleek dat het gaat om slechts een dag per week. Ik heb vandaag zeker vier mensen in huilen zien uitbarsten.'



**Infectieverpleegkundige
Paulien Meijers:**

'Naast corona gaat ook het reguliere werk door. Op vrijdag om 15.15 uur komen de lab-uitslagen binnen en als verpleegkundige van dienst moet ik sommigen dingen toch echt oppakken voor het weekend. Zo ging ik nog in actie voor een casus met Leptospirose (ziekte van Weil). Voor de afwisseling wel weer eens prettig. Ook is er deze week weer een uitbraak in de thuiszorg; meerdere medewerkers en mensen die zorg ontvangen, zijn positief getest. Ik had contact met de teammanagers en

'Leuk nieuws! We mogen een cursus basishygiëne geven in verpleeghuizen'

betrokkenen. Hoe lopen de processen binnen hun organisatie en waar kunnen we nog in adviseren of ondersteunen? Ik merk dat ze het fijn vinden om alles nog even met me door te lopen en dat ik met ze meedenk. Ik - op mijn beurt - kreeg weer even het echte gevoel terug waarom ik voor dit vak gekozen heb. Deze week is er ook iets moois ontstaan. Al tijdens signaleren we dat het in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg schort aan kennis en kunde rondom basishygiëne. In deze periode is dat juist extra van belang! In de paniek van de corona vergeet men soms het juiste te doen. We hebben een voorstel uitgewerkt voor het organiseren van scholing en legden dat deze week voor aan het Regionale Overleg Niet-Acute Zorg (RONAZ). Zij zeiden toe dat wij deze trainingen mogen gaan organiseren én geven. Dat is echt top!'

Week 23 t/m 31 mei

Kwetsbare mensen mogen vanaf 25 mei weer thuis op gepaste afstand van 1,5 meter, bezoek ontvangen. Vanaf 1 juni kunnen alle Nederlanders zich laten testen. Op 1 juni gaat de dagbesteding weer helemaal open, op 2 juni gaan de vo-scholen gedeeltelijk open.



**Jeugdverpleegkundige
Marjon van Klaveren:**

'Deze week heb ik veel werk gehad aan een suïcidale moeder van een tweeling van vier weken oud. Bij de

jeugdarts liet ze deze week ontvallen dat ze helemaal geen kinderen had gewild en ze gek van ze werd. Ik had in de weken ervoor alleen telefonisch contact met haar gehad omdat ik niet mocht langskomen op huisbezoek. Als dat wel had gemogen, weet ik zeker dat ik veel meer

uit de moeder had gekregen. Gelukkig stemde ze deze keer wel in met een huisbezoek. Ze vertelde me dat ze niets met haar kinderen had, ze het als moeder vernakd had en dat ze er finaal doorheen zat. Ik kon haar toen uitleggen dat de hechting met haar kinderen tot het tweede levensjaar doorgaat en dat ze nog lang niet gefaald heeft. Dat gaf haar veel rust. We hebben het nu zo geregeld dat de kinderen om en om naar het kinder-

'Deze week druk geweest met een suïcidale moeder van een tweeling van vier weken oud'

dagverblijf gaan, de vader er meer bij betrokken is en ze twee uur thuisbegeleiding en acht uur gezinsondersteuning krijgt. Na dit allemaal geregeld te hebben, wist ik weer waarom ik zo'n mooi vak heb. We zijn nu bij de GGD aan het kijken hoe we zaken efficiënter kunnen regelen na de coronaperiode. Niet alles hoeft meer fysiek, maar we moeten er wel voor zorgen dat we gezinnen en kinderen niet kwijtraken. Zo ben ik er een groot voorstander van om gezinnen met een eerste kind echt thuis te bezoeken. Dan zie je zoveel meer. Daar is deze casus een goed voorbeeld van.'



**Dementieverpleegkundige
Gerben Jansen:**

'Ik merk steeds meer, en ik hoor dat ook van andere casemanagers dementie, dat mensen veel hebben ingeleverd de afgelopen weken. Dat baart zorgen. Mensen herstellen moeilijk van die lockdown. Sommigen zitten er nog steeds in, leggen zichzelf een lockdown op. Die komen niet verder dan de brievenbus. Het

'Ouderen herstellen slecht van de lockdown. Het sociaal isolement is nog steeds groot'

sociaal isolement is groot. En als we zeggen: "Ga even een boodschapje doen in de supermarkt", dan gaan ze wel, maar snappen ze de regels niet. Regelmatig krijgen ze dan opmerkingen van het winkelpersoneel dat ze zich niet aan de coronaregels houden. En dan blijven ze daarna maar weer thuis. En dat geeft dan weer moeilijkheden voor de mantelzorgers. Want die zitten er steeds

meer doorheen. Ze worden bloedzenuwachtig van al die regeltjes, weten niet goed waar ze zich aan moeten houden. Lastig is tevens dat ze ons vaak als de "corona-expert" zien, terwijl ik ook niet alle regels kan uitleggen.'



**Infectieverpleegkundige
Paulien Meijers:**

Paulien laat weten dat ze in overleg met haar teamregisseur naar huis is gegaan en niet kan bellen. Ze heeft rust

nodig. Twee weken later vertelt ze het volgende: 'Op die vrijdag ervoor was er een groot coördinatorenoverleg dat ik plots moest voorzitten. Jeugdartsen, dokters-assistenten, verpleegkundigen BCO en ga zo maar door, waren daarbij. Alle vragen en klachten kwamen bij mij terecht en ik voelde me overal verantwoordelijk voor, terwijl ik dat niet voor alles ben. Mailboxen waren vol of werkten niet, CoronIT werkte niet naar behoren en uitslagen waren zoek. Niet veel later die dag was er ook nog een uitbraak bij een thuiszorgorganisatie waar ik nog lang mee bezig was. Toen ik die dinsdag daarop weer op mijn werk was en iemand met een simpele

'We besloten dat ik even rust moest nemen. De laatste tijd heeft me gesloopt'

vraag kwam, brak ik en begon enorm te huilen. Mijn teamregisseur nam me apart en samen besloten we dat ik even rust moest nemen. De laatste tijd heeft me gesloopt. Het constant opschalen van alle processen betekent veel extra werk voor ons. Ook al komen er extra verpleegkundigen en artsen ons helpen en zijn er nieuwe procesleiders aangesteld. De complexe casussen en vragen komen toch bij ons op de Infectieziektepreventie terecht. Alle ballen hooghouden thuis en intensief werk: het is pittig, maar het blijft het mooiste vak dat er is. Gelukkig kon ik na twee weken bijkomen weer aan de slag.' 🍷

*Hellen
Kooijman is
eindredacteur
van Tijdschrift
M&G en
freelance
journalist*

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

Dirk De Wachter:

'Als de woorden wegvallen, wordt de huid weer noodzakelijk'

Tekst:
Hellen
Kooijman

In deze rubriek komen professionals die inspireren aan het woord. Niet alleen hun functie, maar ook lef, enthousiasme en visie zijn aanleiding voor een interview. Deze keer een gesprek met de Vlaamse Dirk De Wachter, hoogleraar aan de KU-Leuven en psychiater-psychotherapeut aan het Universitair Psychiatrisch Centrum van Kortenberg en inmiddels ook in Nederland bekend vanwege zijn optredens in de media en zijn boeken. In tijden van afstand vanwege het coronavirus benadrukt De Wachter hoe belangrijk aanraking is. Voor de – hoogbejaarde – mens, maar ook de verpleegkundige. 'Het geheugen van de mens is kort en daarom denk ik dat we onderwerpen als nabijheid, samen zijn, zorgend zijn, aanraking goed onder de aandacht moeten houden.'



Hoe cruciaal is aanraking en stijgt het belang ervan naarmate mensen ouder worden?

‘Het is wetenschappelijk aangetoond dat aanraking cruciaal is bij pasgeborenen. Aanraking bij premature kindjes maakt een groot verschil in de ontwikkeling. In het volwassen leven raakt die aanraking wat op de achtergrond. Maar als mensen ouder worden en niet meer geheel beschikken over hun geheugen zien we die aanraking terug als de mogelijkheid van contact. Of het tijdens het volwassen leven belangrijker wordt, dat weet ik niet. Ik heb daar geen bewijsmateriaal voor. Maar ik denk dat veel mensen nood hebben aan aanraking. Ik zie er geen leeftijdsverschil in, al zie ik wel dat als de woorden wegvallen, de huid weer noodzakelijk wordt. De mens heeft nood aan verbinding, die verbinding manifesteert zich via de taal en via de aanraking, maar als de taal wegvalt, blijft de aanraking de enige manier tot verbinding.’

Het lijkt wel alsof de coronacrisis ons leert hoe belangrijk lichamelijk contact is.

‘Nu we fysieke afstand noodzakelijkerwijs krijgen opgelegd, voelen we hoezeer we aanraking missen. We voelen het vooral als het moeilijk is. Als het allemaal vrolijk verder dendert dan gaat het wel, maar als mensen sterven, als het gaat om verdriet en de lastigheden van het leven, hebben we nood aan fysieke aanraking. Als psychiater en gezinstherapeut weet ik dat kinderen vastpakken, koesteren, op schoot nemen, dat dit voor hun ontwikkeling en psychologische groei heel belangrijk is. Voor ouderen met dementie is die fysieke aanraking cruciaal, omdat de woorden vaak zijn weggefallen. Je ziet het als deze ouderen bezoek krijgen: aanraken, strelen, daar genieten die mensen echt van. Dat is een duidelijke zichtbare behoefte. Bij de volwassen mens daarentegen is die behoefte moeilijker in te schatten. De volwassen mens rationaliseert de nood aan aanraking eerder weg: het is allemaal niet zo nodig. Maar de hoogbejaarde mens kan die nood niet meer maskeren.’

In sommige culturen wordt meer aangeraakt dan in de ‘onze’.

‘Wel, ik zie inderdaad dat in zuidelijke landen en culturen de lichamelijke aanraking, het vastpakken en knuffelen meer tot de cultuur behoort. En dat wij, de mensen in de noordelijke landen, wat gereserveerder en meer op afstand met elkaar omgaan. Het fysiek aanraken gebeurt in de noordelijke landen wel wat meer in de familiale context, al zie ik dat binnen gereformeerde structuren mensen ook binnen de familie soms zeer gereserveerd met elkaar omgaan. Ik heb daar overigens geen moreel

oordeel over. Een psychiater zegt niet dat mag niet of dat moet. Nee, ik constateer en ik denk dan dat de aanraking in deze landen meer een punt van aandacht is, iets om over na te denken.’

Ook zorgmedewerkers en verpleegkundigen willen heel graag nabij zijn, vooral bij mensen die zich niet meer op een andere manier kunnen uiten, maar dat kan en mag niet. Hoe kun je wel echt contact maken, zonder dat je fysiek aanraakt, knuffelt. Is dat überhaupt mogelijk?

‘Het is natuurlijk goed dat zorgkundigen die nood ook voelen bij de cliënt. Tegelijkertijd is het ook een behoefte van de zorgkundige; de zorg en verbinding tussen mensen gaat ook een stukje via de lichamelijke aanraking, en dat niet kunnen doen frustrereert. Ik heb niet de ultieme oplossing. Maar het is wel goed om hierover na te denken. Ik denk dat we nu moeten kijken hoe we, viraal veilig, die aanraking voorop zetten. Dat kan misschien wel met bescherming: als we goed onze handen wassen voor en na het contact bijvoorbeeld. En de mens kan erg creatief zijn. We zien dat er via de nieuwe media wegen gevonden worden om elkaar te spreken. Laten we dan die nieuwe technologie ook proberen aan te wenden om elkaar op afstand aan te

‘Een aanraking kun je natuurlijk niet bij ministerieel besluit opleggen’

raken. Ik heb geen concrete suggestie voor de technici. Maar ik zie hoe ze onwaarschijnlijk creatief zijn in het ontwikkelen van games en andere toestanden. Laat ze eens diep nadenken over aanraking, ik ben benieuwd. Er is altijd meer mogelijk dan we denken. En wat mij betreft toch altijd liever een goede handdruk met een handschoen dan geen handdruk.’

Denkt u niet dat nu de regels weer losser worden en we weer teruggaan naar het ‘normale leven’ die aandacht voor het belang van aanraking gaat verslappen?

‘Ik denk dat we inderdaad snel teruggaan naar normale zaken. En dat we de crisis vergeten. Het geheugen van de mens is kort en daarom denk ik dat we onderwerpen als nabijheid, samen zijn, zorgend zijn, aanraking goed onder de aandacht moeten houden. Wat hebben we geleerd van die lastige tijd? Wat nemen we mee? Men mocht de bejaarde mens niet bezoeken. En dat was verschrikkelijk, maar de eenzaamheid is er ook na corona. Nadenken over de zorg voor de hoogbejaarde

mens is ook los van de virale maatregelen belangrijk. Hoe kunnen we die verbinding, dat contact goed behouden. Want die verbinding en ook de aanraking overstijgt het virus, vind ik. Die zijn uiteindelijk toch belangrijker.'

Moeten we aanraking vastleggen in richtlijnen en protocollen?

Lacht: 'Ja, richtlijnen en protocollen, daar zijn jullie Nederlanders goed in. Ik wil die cultuur van richtlijnen overigens niet weglachen. Deze cultuur heeft zijn voor- en nadelen natuurlijk. Kijk, laten we het verder trekken. Als de richtlijn zegt dat we in de bejaardenzorg vijf minuutjes hebben om een mens te wassen, vijf minuten om te voeden, vijf minuten om naar het toilet

'Nu we fysieke afstand noodzakelijkerwijs krijgen opgelegd, voelen we hoezeer we aanraking missen'

te gaan. Dan zou ik in die richtlijn durven zetten: en hoeveel minuten aanraking willen we dan? Hoeveel tijd mag worden genomen om eventjes te zitten en te vragen: hoe gaat het? Ik zou dat soort waarden en noodzaken ook in die richtlijnen opnemen. Tegelijkertijd is het denk ik ook een beetje raar dat daar richtlijnen voor moeten zijn. Ik zie dat in goede zorg non-specifieke factoren meedoen: een glimlach, een streling, een aanraking, de tijd nemen, een beetje zitten, hoe gaat het. Helaas gebeurt dit niet altijd. En dat is begrijpelijk in een zorgsysteem dat met weinig personeel en met beperkt budget heel veel zorg moet dragen, het is absoluut geen verwijt aan de zorgkundige. Het is wellicht eerder een vraag aan deze samenleving: hoe gaan wij als vrolijke doordrammende samenleving om met de hoogbejaarde mens? Daar moeten we over nadenken, ook na de coronaperiode.'

Stel dat aanraking een onderdeel gaat worden van de wat we nu even de 'vijf minuten richtlijnen' noemen. Is een oudere daarbij gebaat, als het opgelegd is en niet spontaan?

'Nee, een aanraking kun je natuurlijk niet opleggen, dat moet ook bij de oudere mens in wederkerigheid gebeuren. En het gaat natuurlijk vooral over de geliefden en de familie en de nabije vrienden in de eerste plaats. Pas op de tweede plaats komt de zorgkundige. We kunnen geen ministerieel besluit uitvaardigen waarbij we elkaar elke dag tien minuten moeten

Bio

Dirk De Wachter (België, 1960) verwierf bekendheid in zowel België als Nederland met zijn boeken *Borderline Times* (2012), waarin De Wachter de westerse wereld langs de lat legt van de negen criteria van borderline. In zijn boek *Liefde. Een onmogelijk verlangen?* (2015) betoogt De Wachter dat in zijn ogen de liefde in de westerse maatschappij een consumptiegoed geworden is en *De kunst van het ongelukkig zijn* (2019) waarin hij betoogt dat het streven naar het geluk als levensdoel een vergissing is en dat het leven draait om het streven naar zin en betekenis. De Wachter verschijnt regelmatig in de media als spreker of als gast. Op sociale media en YouTube geeft hij commentaar op complexe thema's in de huidige samenleving. In het alledaagse leven is Dirk De Wachter psychiater-psychotherapeut en diensthoofd systeem- en gezinstherapie aan het Universitair Psychiatrisch Centrum van de KU Leuven, campus Kortenberg. Hij is opleider en supervisor in de gezinstherapie in verschillende centra in binnen- en buitenland.

aanraken. Wat we wel kunnen doen, en daarom geef ik ook dit interview, is dat we er aandacht voor vragen. Zodat de mensen die hier rechtstreeks bij betrokken zijn, familie, vrienden maar ook eventueel zorgkundigen, zich afvragen: hoe kan dit nu hier bij mijn moeder, vader of cliënt? Wat betekent dit in dit specifieke geval? Een bejaarde heeft familie, waar veel geknuffeld wordt. Prima. Maar een andere mens zit helemaal alleen, daar komt niemand, hoe gaan we dat dan doen? Dat specifieke maakt de zorg moeilijk, maar ook erg boeiend, juist omdat het niet in vaste sjablonen te gieten is.'

Heeft u nog een persoonlijk advies aan verpleegkundigen M&G?

'Ik zou iedereen uit willen nodigen om altijd heel persoonlijk per casus na te denken wat er van belang is en op welke manier fysieke aanraking mogelijk zou kunnen zijn, wetende dat aanraking voor de mens een cruciaal en noodzakelijk gegeven is om de menselijkheid te bewaren.' 🍷

Hellen
Kooijman is
eindredacteur
van Tijdschrift
M&G en
freelance
journalist

Dementieverpleegkundige Melanie Smit

'Ik kijk eerst naar de mens, dan naar zijn dementie'

In de rubriek *Vers bloed* komen beginnende verpleegkundigen Maatschappij & Gezondheid aan het woord. Ditmaal Melanie Smit (30), werkzaam als dementieverpleegkundige bij AxionContinu in de Utrechtse wijk Leidsche Rijn. In maart van dit jaar voltooide ze de post-hbo-opleiding tot dementieverpleegkundige. 'Ik hoop op meer collega's. Want het is een prachtvak!'

Waarom heb je de overstap gemaakt van ziekenhuis naar wijk?

'Ik zocht meer diversiteit en een baan waarin ik meer kon netwerken. In het ziekenhuis heb je natuurlijk contact met de fysio en de ergo en andere afdelingen, maar in de wijk gaat het verder. Daar heb je ook te maken met de gemeente, de woningbouwvereniging, de mensen van de dagbesteding en ga zo maar door. Daarnaast wilde ik meer naar buiten. Als je in het ziekenhuis werkt, zit je letterlijk de hele dag binnen. Dat past niet bij me. Ik houd heel erg van de natuur.'

Wat is er zo mooi aan het vak dementieverpleegkundige?

'Ik vind het fijn dat je echt de tijd kan nemen om na te gaan hoe iemand zich voelt die (beginnende) dementie heeft. Gewoon iemands verhaal aanhoren neemt vaak al veel onrust weg. Dat geldt ook voor de mantelzorgers. Als je tegen de partner zegt: "Het is wel pittig wat u moet meemaken," maakt dat veel los en creëert begrip van beide zijden. Als ik dan vertel dat het helemaal niet gek is dat zij hun vrouw of man soms best een paar dagen per week uit huis willen hebben, zie ik opluchting alom. Maar waar ik het meest van geniet is netwerken. Daar kunnen mooie samenwerkingsverbanden uit voortkomen.'

Kun je een voorbeeld geven?

'Ik heb nu een vrouw in behandeling met beginnende dementie. Zij is heel haar leven juf geweest en miste prikkelingen in haar leven. Na diverse goede gesprekken heb ik contact opgenomen met het kinderdagverblijf om de hoek. Daar leest ze nu voor aan dreumesen en peuters. Ze loopt er zelf met de rollator naartoe. Die mevrouw is helemaal opgebloeid.'

Jij bent het jonkie van het team. Wat leerde jij van je oudere collega's?

'Mijn collega die bijna met pensioen gaat, is altijd de rust zelve. Zij leerde me dat je niet altijd meteen alles

kan oplossen bij deze ziekte. Je moet eerst vertrouwen winnen bij een cliënt met (beginnende) dementie en hem of haar en de mantelzorgers echt leren kennen, voordat je gerichte zorg kan aanbieden die helemaal bij hem of haar past. Dat is een wijze les waar ik nog elke dag profijt van heb.'



Waar sta jij over vijf jaar?

'Dat ben ik nog steeds dementieverpleegkundige en hoop dat ik dan nog meer collega's heb die er ook achter zijn gekomen dat het vak van de dementieverpleegkundige een prachtvak is. Ik heb wel een droom; ik zou graag mijn eigen dagbesteding willen beginnen, dagbesteding waar echt goed gekeken wordt naar wat iemand nodig heeft om de laatste periode van zijn leven zo aangenaam mogelijk te maken. Houdt diegene van muziek? Zoek dan een vrijwilliger die muziek met hem gaat luisteren. Wil iemand erop uit? Ga daar dan mee wandelen of laat ze met de handen in de tuin wroeten. Ofwel: bied zorg op maat.' [B](#)

Bio

Naam: Melanie Smit

Werkt bij: Axion Continu

Is goed in? 'Netwerken. Collega's zeggen dat ik vrij snel wist wie ik moest hebben in de wijk'

Minder goed in? 'Loslaten. Als een cliënt naar het verpleeghuis moet, dan heb ik daar echt last van.'

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Schuivers in de wijk

In de piek van de corona waren honderden verpleegkundigen op een andere plek aan het werk om hun collega-verpleegkundigen op de IC of in de infectiebestrijding te ondersteunen. Ook diverse verpleegkundigen M&G schoten hun collega's te hulp. Welke keuzes maakten zij en wat heeft het meeste indruk gemaakt? We spraken er drie.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

Van JGZ naar bron- en contactonderzoek en corona-afdeling ziekenhuis

'Je kon niet op de klinische blik vertrouwen'

Marijke de Boer (26) was nog maar net begonnen met haar nieuwe werk als jeugdverpleegkundige 12+ toen de coronacrisis uitbrak. 'Van het ene op het andere moment viel de inwerkperiode stil omdat de middelbare scholen dichtgingen. De verwachting is dat ik in het nieuwe schooljaar mijn werk als jeugdverpleegkundige pas weer op kan pakken.' Ze meldde zich binnen GGD Fryslân voor de scholing over bron- en contactonderzoek. 'We leerden in korte tijd hoe je een goed gesprek voert, de juiste vragen stelt en om te gaan met de emoties van cliënten. Ik vond het meteen hartstikke leuk en leerde in korte tijd enorm veel.'

Ze voelde zich soms net een detective. 'Je bent de hele dag aan het doorvragen om de puzzel compleet te krijgen. De een kan het op een briefje meegeven waar ze zich twee weken geleden bevonden, bij de ander moet je graven en linksom of rechtsom de informatie naar boven krijgen. Ook waren er complexe situaties. Ik herinner me nog een paar samengestelde gezinnen. Wie was waar wanneer? Dat was soms flink zoeken.'

Volgens de Boer waren mensen soms in paniek als ze hoorde dat ze positief waren getest. 'Vooral op het hoogtepunt van de crisis waren mensen best angstig. Iemand verbrak dan wel eens de verbinding tijdens een telefoongesprek. Je probeert dan op een andere manier contact te leggen. Bijvoorbeeld via de huisarts. Samen kom je dan wel weer een stap verder.'

De meeste indruk maakte toch het werk op de corona-afdeling in het Antoniusziekenhuis in Sneek waar De Boer nog in de flexpool zat. Daar lagen de mensen met bewezen corona die niet op de IC hoefden. 'Vooral de onvoorspelbaarheid van de ziekte en hoe ziek en angstig

'We wisten niets van deze nieuwe ziekte! De onvoorspelbaarheid was heftig'

de mensen waren, was heel heftig. Je kon eigenlijk niet op je klinische blik vertrouwen. Er ging heel veel heel anders. Van het een op de andere moment kon iemand plots heel benauwd worden en snel achteruit gaan. Dat



Links in actie bij BCO, rechts op de corona-afdeling in het ziekenhuis. Marijke de Boer is tweede van links

zag je vaak niet aankomen. We wisten niets van deze nieuwe ziekte! Het was een heel andere manier van verplegen omdat je telkens keek wat de patiënt nog kon en wat niet. Je verzorgde de patiënt stapje voor stapje.' Deze periode zal De Boer zich altijd blijven herinneren. 'Ik heb op 26-jarige leeftijd de kans gekregen in korte tijd veel te leren. Ook heb ik heel rap heel wat collega's en de manier van werken binnen de GGD leren kennen. Deze ervaring neem ik de rest van mijn leven mee.'

Van de wijk naar de IC

'Nu echt doorpakken met Advance Care Planning!'

'Wat mensen zich goed moeten realiseren is dat patiënten op de IC niet beter worden, ze overleven het.' Dit zegt gespecialiseerd verpleegkundige Frank Ootes (50) van het specialistisch team thuiszorg bij Icare. Dat werk doet hij al drie jaar. Voor die tijd werkte hij als ventilation practitioner op de IC. 'Pas na de IC beginnen patiënten met herstellen en wordt duidelijk hoe ze eruit komen. In het begin van de coronacrisis werden heel wat oudere risicopatiënten naar het ziekenhuis gebracht waarna ze op de IC belandden, met vaak geen goede afloop. Naarmate de weken vorderden, merkten we dat deze mensen minder vaak binnen kwamen. Ik hoop en denk doordat thuis duidelijker de keuze werd gemaakt voor wel of niet ziekenhuisopname en beademing.' Dat vindt Ootes een goede ontwikkeling. 'Als wijk- of dementieverpleegkundige moet je echt het gesprek aangaan over wat een cliënt nog wil aan het einde van zijn leven. Nog een ziekenhuisopname? Nog aan de beademing? Deze beslissingen kun je in alle rust thuis met je cliënt maken, zodat dit in crisissituaties helder is. Ofwel: pak nu echt goed door met Advance Care Planning!'

Ootes wist aan het begin van de coronapiekt meteen dat hij zijn oud-collega's op de IC moest gaan ondersteunen. 'Noem het een morele plicht. Niet eens zozeer voor de patiënten, maar meer zodat alles goed op de rit kwam. Want ik hoorde dat mijn ex-collega's in plaats van gemiddeld twee, maar liefst vier patiënten onder zich hadden en zich de benen uit het lijf liepen. Het tekort aan mensen die echt kennis hadden van IC en beademings-apparatuur was vooral in het begin erg groot. Ze konden me met mijn zeventien jaar IC-ervaring dus goed gebruiken.' Hij keerde terug naar ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk.

De ventilation practitioner nam vijf weken onbetaald verlof bij zijn thuiszorgorganisatie en zijn collega's vingen zijn uren op. 'Mijn collega's daar waren het helemaal eens met mijn beslissing. Zij hebben zonder



Frank Ootes in actie op de IC

morren extra diensten gedraaid. Heel bijzonder en fijn!' Wat bij Ootes de meeste indruk heeft gemaakt is dat hij als wildvreemde regelmatig de hand van een patiënt vasthield, omdat de familie er niet bij mocht zijn. 'Vaak zag je de paniek in de ogen van de patiënt als hij na weken aan de beademing, bijkwam. Hij zag dan opeens mensen ingepakt in schorten en beschermingsmaskers voor zich. Mijn hand was op dat moment zeer welkom, omdat hij op die manier wist dat hij niet alleen was.'

'Ik nam onbetaald verlof om op de IC te gaan werken'

Soms zag Ootes het mogelijke overlijden eerder aankomen dan de familie. 'Vaak al beneden op de SEH. Een vrouw kon dan bijvoorbeeld nog druk zijn met of ze de toiletpullen van haar man moest gaan halen thuis. Dan zei ik: nee! Nu goed afscheid nemen en elkaar nog even goed knuffelen. Wetende dat ze niet op de IC mocht komen. Gelukkig zijn deze strenge regels na een paar weken versoepeld.'

Na vijf weken zat de tijdelijke klus van Ootes erop. 'Een heel goede tijdsplanning bleek achteraf. Want toen ik wegging, werden de eerste tijdelijke IC-bedden alweer

afgeschaald en kregen de IC-collega's even wat meer lucht. Wat ik nu merk is dat ik thuis mensen met een traumatische stressstoornis na een IC-opname goed kan begeleiden. Deze mensen zijn vaak hele stukken kwijt in hun geheugen. Als ze me dan vertellen dat ze in hun slaap steeds een zoemend geluid hoorden, kan ik ze uitleggen dat dit het geluid was van de beademing. Door met ze te praten vallen er vaak stukjes op hun plek. Ook bespreek ik met ze om nog eens langs te gaan op de IC waar ze gelegen hebben. Veel IC's organiseren terugkomdagen, dat kan voor sommige patiënten heel helend zijn.'

Van JGZ naar bemonstering

'De eerste die positief werd bevonden, heb ik getest'

'Ik moest gewoon een beetje afkicken toen ik weer terug ging naar mijn normale werk.' Dat zegt jeugdverpleegkundige Chris Martijn (33). 'Het was zo'n intensieve tijd; ik leefde er zo'n beetje voor. Ik werkte heel onregelmatig, ook in het weekend en met de feestdagen. In de hoogtijdagen merkte ik dat mijn sociale contacten begonnen af te zeggen omdat ze bang waren voor besmetting. Ik kwam daardoor een beetje in een sociaal isolement terecht. Ook ben ik zelf twee keer getest. Dat is best heftig.'

Toch zou Martijn het zo weer doen. 'Dat hoort bij je verpleegkundig vak, vind ik. Bijspringen in crisissituaties daar waar het nodig is.' Martijn meldde zich aanvankelijk

'Ik moest afkicken toen ik weer terugging naar mijn normale werk'

bij de GGD Zuid-Limburg voor een training hoe hij bij mensen thuis moest bemonsteren. Voor het geval het virus echt om zich heen zou gaan slaan. 'Dat bleek snel achterhaald. In no-time was ik fulltime mensen thuis aan het testen. Altijd samen met een andere collega.' Het was in de begintijd echt pionieren. 'Ik vond het meteen heel leuk en een uitdaging om te doen. Zo brachten we in die eerste tijd de tests nog zelf naar het lab van Maastricht UMC en het was soms passen en meten omdat er nauwelijks beschermingsmiddelen waren. Dat werd na verloop van tijd natuurlijk allemaal anders.'

In de beginperiode ondervond Martijn ook onbegrip. 'Dat merkten we in verpleeghuizen. Als we dan verpakt in beschermingsmiddelen binnenkwamen, vonden zowel de ouderen als de verzorging dat erg overdreven. "Wat een gedoe", hoorden we vaak. Maar ik vond het



Chris Martijn aan het werk in de teststraat van Heerlen

schokkend te zien dat medewerkers daar onbeschermd en vaak ook nog met ziekteverschijnselen hun werk moesten doen.'

Martijn testte degene die als eerste positief werd bevonden in Limburg. 'Niet iets om trots op te zijn, maar we hadden wel zoiets van: "Yes, de eerste is gevonden!" Ik ben samen met een collega nog terug geweest omdat de partner ook getest moest worden. Ze waren vrij rustig, maar hadden wel veel vragen. Mochten ze naar buiten? Hoe lang moesten ze in quarantaine en hoe ging dat dan met boodschappen doen? Daar konden wij ze mee helpen.'

Martijn moest ook een kindje van vier maanden testen. 'Dat was afschuwelijk, maar het hele gezin moest getest worden om te achterhalen wie het nu had en wie niet. Het kindje zat op moeders schoot en gilde het uit.' Of het positief getest is, weet Martijn niet. 'Er waren momenten dat je de uitslag niet meer hoorde in verband met de drukte en hectiek.'

Martijn stond ook bij de teststraat in Heerlen. 'Dat was meer lopendebandwerk en daardoor iets minder uitdagend. Naar mensen thuis was meer aan mij besteed.'

Wat Martijn leuk vond is dat hij altijd met z'n tweeën op pad was en hij in een hecht team terecht kwam. Als jeugdverpleegkundige ben je veel solistischer aan het werk. 'Als ik nu door het pand loop, ken ik veel meer collega's dan voorheen. Dat is iets positiefs dat de coronacrisis teweeg heeft gebracht.' 🧡

Marieke
Rijsbergen
is hoofd-
redacteur van
Tijdschrift
M&G en
freelance
journalist.
Zie ook [www.
bladritme.nl](http://www.bladritme.nl)

NUTRILON

MET PRONUTRA™ ADVANCE FORMULE

ONDERSTEUNT HET IMMUUNSISTEEM VANUIT DE DARM¹⁻⁹

Met
Human Milk
Oligosaccharides
HMO 3'GL



**DARMMICROBIOTA
MEER GELIJK AAN
DAT VAN BORST-
GEVOEDE BABY'S^{10,11}**



**BESCHERMEND
EFFECT OP DE
DARMBARRIÈRE^{1,12}**



**VEILIG, WORDT GOED
VERDRAGEN EN
ONDERSTEUNT EEN
NORMALE GROEI^{13,14}**

Dankzij:

- ✓ Prebiotische Oligosacchariden **GOS:lcFOS 9:1**
- ✓ **Human Milk Oligosaccharide (HMO) 3'GL**
- ✓ **Postbiotica**, verkregen vanuit ons unieke Lactofidus™ fermentatieproces

Referenties: 1. Varasteh S, et al. (2019) J Pediatr Gastroenterol Nutr 68(S1):N-P-016:1049. 2. Roberfroid M, et al. (2010) British Journal of Nutrition 104(S2):S1-S63. 3. Boehm G, et al. (2002) Arch. Dis Child 86:F178-81. 4. Bruzzese E, et al. (2009) Clin Nutr 28(2):156-61. 5. Knol J, et al. (2003) J Pediatr Gastroenterol Nutr 36:566-32. 6. Knol J, et al. (2005) British Journal of Nutrition 94:783-90. 7. Tims S, et al. (2018) J Pediatr Gastroenterol Nutr 66(S2):1-1177. 8. Mora G, et al. (2002) J Pediatr Gastroenterol Nutr 34:291-5. 9. Knol J, et al. (2005) Acta Paediatr Suppl 94(449):31-3. 10. Tims S, et al. (2018) poster presentation on 12 May 2018 at the 51st Annual Meeting ESPGHAN in Geneva. 11. Rodriguez-Herrera A, et al. (2018) Presented on 10 May 2018 at the 51st Annual Meeting ESPGHAN in Geneva. 12. Renes, et al. (2018) Accepted for oral presentation at the ESPGHAN conference in Geneva, Switzerland. 13. Rodriguez-Herrera A, et al. (2019) Nutrients 11(7), 1530. 14. Huet F, et al. (2016) J Pediatr Gastroenterol Nutr 63(4):e43-53. Borstvoeding is de beste voeding voor een kind. Deze informatie is uitsluitend bestemd voor (para)medici.

www.nutriciavoorprofessionals.nl

Blijf up to date!



**NUTRICIA
NUTRILON**

4 tips om stress de baas te blijven

‘De wijk heeft topsport geleverd!’

Stress en burn-out; het ligt altijd op de loer bij verpleegkundigen M&G. In coronatijden piekten we er met z’n allen flink op los. Maar hoe houden we het hoofd koel en hoe zorgen we goed voor onszelf? Bedrijfsmaatschappelijk werker en mental coach Marjan Luteijn van Praktijk Luteijn deed tijdens de coronacrisis de opvang voor het personeel van diverse zorgorganisaties waaronder Rivas, Vecht en IJssel en Amerpoort. Ze geeft 5 praktische tips hoe stress het hoofd te bieden.

Tekst:
Marieke
Rijsbergen

1 Accepteer dat je stress hebt

‘Er tegen knokken heeft geen zin.’ Dat zegt bedrijfsmaatschappelijk werker en mental coach Marjan Luteijn van Praktijk Luteijn. ‘De situatie verandert namelijk niet. Als je accepteert dat je stress hebt, komt er lucht en kun je gaan opruimen.’ Luteijn merkt dit altijd weer. ‘Bij het eerste gesprek benoem ik vrijwel meteen dat de situatie waarin bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige zich bevindt “kut met peren” is. Door die erkenning durft ze zich kwetsbaar op te stellen. Eerst komt de shit eruit, dat mag en moet. Want vaak heeft iemand met flinke stressklachten al heel lang alles opgepropt en te horen gekregen van zichzelf en wellicht ook van haar leidinggevende, dat ze door moet en niet zo moet zeuren.’

Tijdens de eerste coronatijd speelde vooral angst. ‘Besmet ik mijn kwetsbare moeder of mijn zieke echtgenoot niet als ik blijf werken in de wijk? Die angst speelde bij heel veel thuiszorgmedewerkers. Vooral omdat er nauwelijks beschermingsmiddelen voor handen waren. Ze waren meestal niet bang voor zichzelf maar voor anderen. Een wijkverpleegkundige waarvan haar man net een zwaar auto-ongeluk had gehad, wilde met een zelfgemaakt mondkapje aan het werk. Haar manager weigerde. Die heb ik gebeld en gezegd: “Als zij dit nu nodig heeft? Wat maakt dat dan uit?” Toen accepteerde hij het en kon de wijkverpleegkundige haar werk weer doen en de angst en stress verdween naar de achtergrond.’

2 Ga op zoek naar wat jij nodig hebt om van de stress af te komen

Na acceptatie moet er gekeken worden wat jij nodig hebt om van de stress af te komen. ‘Vaak hebben zorgmedewerkers met burn-outklachten het idee dat het allemaal aan hun ligt en dat ze niets mogen vragen. Terwijl er regelmatig maar iets kleins hoeft te veranderen waardoor de verpleegkundige weer aan de slag kan. Het gaat voor het overgrote deel over de werkdruk. Mijn

Visualiseer angst versus fijn

Een tip die Marjan Luteijn haar cliënten altijd geeft is de volgende. ‘Je linkerhand staat symbool voor je angstige gevoelens en stress. In je rechterhand visualiseer je dierbare herinneringen waar je blij van wordt. Houd in nare situaties je linkerhand heel hard vast en maak een vuist. Druk al die stress fijn, laat na een minuut je vuist los, schud je hand heen en weer en laat al die stress symbolisch van je af glijden. Maak nu een losse vuist van je rechterhand en denk aan al die mooie herinneringen. En stel jezelf een vraag waar je mee zit. Bijvoorbeeld: wat gebeurt er als ik bij mijn manager aangeef dat ik te weinig tijd heb voor een specifieke cliënt? Vaak merk je dan dat dit niet erg is. Laat daarna ook je rechterhand los en je zult merken dat de rust terugkomt en dat je weer verder kunt. Deze oefening werkt ook heel goed als je in drukke tijden van de ene naar de andere cliënt gaat. Even afsluiten en stress opruimen.’

tip is altijd: kijk binnen je team waar je goed in bent. Waar ligt ieders kracht. De een vindt wondverzorging top, de ander kan goed omgaan met cliënten met psychische klachten. Maak daar gebruik van en spreek dit naar elkaar uit. Dan komt er lucht en gaan je collega’s vaak ook praten, komen jullie samen tot mooie werkafspraken en loopt de boel binnen de kortste keren weer als een tierelier. Blijf in ieder geval niet te lang met stressklachten rondlopen die niet vanzelf weggaan. Dat is een teken dat er echt iets aan gedaan moet worden.’

Tijdens de coronapiek kwamen bij Luteijn voornamelijk klachten van zorgmedewerkers binnen over de werkdruk en het feit dat cliënten naast zorg vooral een luisterend oor nodig hadden. ‘De wijkverpleegkundige of de verzorgende waren vaak de enige mensen die de cliënt zag in die periode. Dan is het vrijwel onmogelijk om na tien



minuten naar de volgende klant te gaan. Dus liep de tijd van de wijkverpleegkundige uit, nam de stress toe en eindigde ze de dag met een onbevredigend gevoel. Ik adviseerde dan: word wat lossier, doe het hoogst noodzakelijke en neem de tijd voor de cliënt. De rest komt na corona wel weer. Ga daarnaast in gesprek met je leidinggevende. Die kan de routes herverdelen. Als jij niets zegt, weet de manager niet dat jij geen adem meer kunt halen tijdens je werk. Hij of zij moet zorgen voor lucht.'



3 Denk na over wat je zelf kunt veranderen

Bij deze tip past de *Cirkel van betrokkenheid* van Stephen Covey. 'Alles waar jij mee bezig bent, valt binnen deze cirkel. De promotie op je werk, de coronapandemie, de gezondheid van je familie en ga zo maar door. Alles waar jij tijd en aandacht aan geeft, zit in de *Cirkel van betrokkenheid*. Ook zaken waar je niets aan kunt doen of veranderen. Binnen deze cirkel zit weer een cirkel en dat is de *Cirkel van Invloed*. Daar bevinden zich dingen waar je wél invloed op kan uitoefenen. Neem mijn cliënte Els die een nieuwe baan kreeg als ouderenverpleegkundige. Ze was nog maar net begonnen toen haar vader overleed en de coronacrisis uitbrak. Ze kon

niet goed worden ingewerkt terwijl er wel veel van haar werd verwacht. Van de een op de andere dag besloot Els haar baan op te zeggen. Ze reageerde uit emotie en had totaal niet gekeken naar haar cirkel van invloed. Gelukkig zei haar leidinggevende: "Jij krijgt een time-out van drie weken om tot rust te komen." In de tussentijd bleef Els bij mij komen. Als snel bleek dat Els graag heldere afspraken wilde maken over wat er van haar verwacht werd. Bovendien had ze behoefte aan een rustigere inwerkperiode. Allemaal punten die in haar *Cirkel van invloed* lagen en geregeld konden worden.



Nu werkt Els weer naar tevredenheid. Vraag jezelf dus geregeld af waar je invloed op hebt en waar niet. Tekende twee cirkels op een vel papier. Dat maakt het visueel, wat veel mensen helpt. Laat de ballast los waar je niets aan kunt doen en focus je op de dingen waar je wel wat aan kunt doen.'

Tijdens de coronapiek nam zorgmedewerker Brigitte contact op met Luteijn. 'Brigitte was zo bang voor corona dat ze niet meer naar haar werk wilde. Vooral omdat haar cliënten toch met haar wilden knuffelen en te dichtbij kwamen. Dat zat in haar Cirkel van betrokkenheid. Haar manager wuifde de gevoelens weg met: daar hebben we allemaal last van. Uiteindelijk hebben we het samen met die manager zo kunnen regelen dat Brigitte enkel pillen kwam brengen. Zo hield ze de cliënten op afstand. Dat lag wel in haar Cirkel van invloed. Voor de rest van de tijd werkte ze op het zorgkantoor bij de administratie. Brigitte voorkwam een burn-out en de manager behield zijn medewerker.'

4

Laat die adrenaline zakken!

'Bij gezonde stress piek je', legt Luteijn uit.

'De adrenaline zit dan hoog. Daar werk je vaak heerlijk op. Maar die adrenaline moet ook weer zakken. Als dat niet gebeurt, krijg je overspannenheidsklachten die uiteindelijk kunnen leiden tot een heftige burn-out waar je zeker een half jaar zoet mee bent. Bij een burn-out maakt je lichaam te weinig serotonine, het 'gelukshormoon' aan. Ga daarom op zoek naar hoe je

Enkele interessante boeken

- *Van uitgeblust naar energiek*, Annita Rogier, uitgeverij Boom
- *Voluit leven*, Bohlmeijer en Hulsbergen, uitgeverij Boom
- *Een beter leven, hoe dan?* F. Bannink, uitgeverij Boom
- *Gek op stress, maar niet altijd*. S. Kuijsten en C. Hamming, uitgeverij Drukwerk

kunt ontspannen zodat je die burn-out voor blijft en de adrenaline kan zakken. De een gaat hardlopen, de ander wordt rustig van een trui breien en weer een ander gaat graag de sauna in.'

In het begin van de coronatijd leverde de wijk topsport, vindt Luteijn. In de vorm van al die extra uren en gezien de angst om het tekort aan beschermingsmiddelen. Daarna kwam de acceptatie. 'Cliënten konden gemakkelijker zeggen: "Corona is er en ik moet ermee leven." Toen gingen de gesprekken veel meer over: hoe verhoud ik me hiertoe. Medewerkers kwamen veel meer voor zichzelf op. Zo hingen heel wat wijkverpleegkundigen de administratieve rompslomp tijdelijk aan de wilgen. "Die tijd steek ik liever in mijn cliënten", zeiden ze dan. Daarop gaf ik ze een enorm compliment. Op deze manier hadden ze aan zichzelf gedacht, maar zeer zeker ook aan hun cliënten. En nu vasthouden zei ik dan. Ook na coronatijd!' 🧡

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

Jacqueline de Vries over het JGZ Crisis Adviesteam

Elke dag om 9.00 uur online!

Vrij snel nadat de coronacrisis uitbrak, trad Jacqueline de Vries van V&VN vakgroep Jeugd wekenlang elke ochtend om 9 uur op als host van het JGZ Crisis Adviesteam. Daarin zaten onder andere ook het Kenniscentrum NCJ, de beroepsvereniging voor jeugdartsen AJN, koepelorganisaties GGDGHOR en ActiZ jeugd. Welke meerwaarde biedt zij dit team als jeugdverpleegkundige?

Hoe heb jij de jeugdverpleegkundigen kunnen betrekken bij het crisisteam?

‘Meteen na het opstarten heb ik een WhatsAppgroep aangemaakt met bestuursleden van de vakgroep, ambassadeurs en andere geïnteresseerde jeugdverpleegkundigen. Die voeden mij met informatie uit de praktijk. Zo wist ik al snel dat er zorgen waren over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Maar ook: hoe zit het met besmettingsgevaar bij het vaccineren, op huisbezoek en bij lichamelijk onderzoek? Dat zijn momenten waarop je dicht bij ouders en kinderen komt. Die vraag was lastig te beantwoorden. Veel was en is onduidelijk. Het RIVM past haar richtlijnen regelmatig aan. Op dit moment (juli) gaat het RIVM uit van maximaal 15 minuten en 1,5 meter afstand.’

Met welke vragen zaten jeugdverpleegkundigen nog meer in de beginperiode?

‘Welke manier van beeldbellen is veilig? Het team gaf daarop het volgende advies: beeldbellen via WhatsApp is mogelijk, mits ouders erop gewezen worden dat Whatsapp mogelijk niet goed beveiligd is voor persoonlijke gesprekken. Als ouders dat akkoord vinden, mag het gebruikt worden. Dat scheelde veel gedoe. De meeste ouders en jongeren hebben immers WhatsApp.’

Hoe heb je aandacht voor de jeugdverpleegkundigen kunnen krijgen bij de andere partners van het crisisteam?

‘Binnen het team ben ik de enige jeugdverpleegkundige. Ik moest mijn collega's er regelmatig op wijzen dat jeugdverpleegkundigen behalve consulten zoals jeugdartsen, ook bij kwetsbare gezinnen op huisbezoek komen, inloopspreekuren draaien en groepsgesprekken begeleiden zoals centering parenting.’

Wat is je het meest opgefallen tijdens deze periode?

‘De grote betrokkenheid en flexibiliteit van de jeugdverpleegkundigen bij de uitvoering van hun vak. Er zijn veel innovatieve manieren gevonden om toch contact te

houden met gezinnen. Beeldbellen natuurlijk, zowel met individuele ouders als met groepen maar ook huisbezoeken in de tuin op anderhalve meter. Of het bedenken van looproutes binnen locaties zodat kinderen toch onderzocht konden worden. Ook de constructieve samenwerking van alle partijen binnen het crisisteam is uniek. Landelijk adviezen over onder andere veilig uitvoeren van de jeugdgezondheidszorg en het opstarten van het basis- en voortgezet onderwijs moesten snel opgesteld worden. Tegelijkertijd moeten alle partijen zich erin kunnen vinden. Dat is ons goed gelukt!’

Hoe kijk je terug op deze periode?

‘Ik ben er trots op dat ik als jeugdverpleegkundige invloed heb gehad op de uitvoering van de JGZ in deze rare tijd. Het Landelijk Professioneel Kader biedt de JGZ-professional, in samenspraak met ouders, de ruimte om zorg op maat te bieden. De coronacrisis heeft laten zien dat variatie in de vorm goed mogelijk is.’

Is het crisisteam nu opgeheven?

‘We gaan door, maar nu twee keer per week en met iets meer rust en overzicht. Het coronavirus is namelijk niet verdwenen, we moeten alert blijven en voorkomen dat jeugdverpleegkundigen te nonchalant worden met de regels.’



Tekst:
Bente Allesie

Bente Allesie
is stafverpleegkundige bij GGD IJsselland en redacteur bij Tijdschrift M&G

Hoe een model het won van de overdrijving en de emotie

Soms denk je: ah een mooie theorie. Maar hoe zat het nu ook alweer precies? Huub Sibbing behandelt in de nieuwe rubriek *De klepel en de klok* elke keer een theorie die eigenlijk iedereen zou moeten kennen, maar waar velen niet genoeg of geen weet van hebben. Deze keer: het Outbreak-managementmodel.

Tekst:
Huub Sibbing

Dit voorjaar werden we overweldigd met cijfers die de ernst van het coronavirus benadrukten of juist relativeerden met vaak heel tegenstrijdige berichten. Ook menig M&G-verpleegkundige zal in de coronacrisis het spoor in de cijfers bijster zijn geraakt. Zo werd op 1 april door het RIVM in de technische briefing aan de Tweede Kamercommissie Volksgezondheid gemeld dat de door de regering genomen maatregelen effect hadden en dat we de goede kant op gingen, terwijl het RIVM diezelfde dag meldde dat er de dag ervoor 175 patiënten waren overleden, het hoogste aantal tot dan. Hoe valt dit te rijmen? Om dat te snappen moeten we het Outbreak-managementmodel leren begrijpen.

Outbreak-managementtheorie

Corona is niet de eerste epidemie of pandemie in de geschiedenis. De afgelopen eeuwen kenden we onder meer de pest, de Spaanse griep en meer recent aids en de Mexicaanse griep. De kennis over het verloop van deze epidemieën en pandemieën is samengevat in het Outbreak-managementmodel.

Fase 1: Containment: Indammen

Wanneer een besmettelijke ziekte uitbreekt is de klassieke standaardbenadering containment (indammen). Bij de constatering van een besmettingsgeval wordt zo spoedig mogelijk gestart met bron- en contactopsporingsonderzoek. De besmette persoon wordt vervolgens geïsoleerd (quarantaine) en mogelijke contacten worden vervolgens wederom getest en bij positieve testing worden ook deze contacten geïsoleerd, hun netwerk in kaart gebracht et cetera. Deze werkwijze waarin de GGD en met name GGD-verpleegkundigen een cruciale rol spelen is de afgelopen decennia vaak succesvol gebleken bij onder meer TBC en soa's. Ook bij corona bleek deze strategie succesvol.

Kritieke fase: Geen bron

Zolang we een besmetting tot een bron kunnen herleiden is de containmentbenadering afdoende. Maar wanneer er ziektegevallen opduiken waarvan de bron

niet bekend is betekent dit dat het virus buiten de bekende gevallen aan het rondwaren is en dan weten we letterlijk en figuurlijk niet waar we het moeten zoeken. Zo bleek volgens het dagblad AD uit onderzoek van medewerkers van het Amphiaziekenhuis in Breda, dat niet op 27 februari, het eerste officiële coronageval in Nederland, het virus rondwaarde in Nederland maar al weken eerder; voor of tijdens carnaval in Brabant. Als we met zo'n "dark horse" te maken krijgen, komen we in de mitigatiefase.

Fase 2: Mitigatie

Bij mitigatie gaat het erom de effecten van de verspreiding af te vlakken: "flatten the curve". In deze fase vormen de epidemiologische modellen de basis voor besluitvorming.

R(reproductie)factor

De kern van deze modellen is de reproductiefactor, dat wil zeggen, hoeveel mensen worden door een besmet persoon geïnfecteerd. Uit gegevens uit China en vanuit de World Health Organisation werd deze R-factor ingeschat op tussen de 2 en 3. Laten we de ondergrens nemen, 2: dan besmet elke besmette coronapatiënt twee anderen, en die weer twee anderen (dat wordt vier) en vervolgens weer twee (dus acht). Daarna gaat het hard: 16, 32, 64, 128, 256, 512, 1024 et cetera. Het verdubbelt zich elke anderhalve dag, de zogenaamde exponentiële groei. Die groei moet er dus uit, het R-getal moet naar 1 of liever nog daaronder. Alle genomen maatregelen tussen 6 en 10 maart (Brabant) en 12-15 maart (heel Nederland) waren er daarom op gericht om het contact tussen mensen te verminderen.

In kaart brengen van de effecten

Willen we voorspellen wat het effect is van maatregelen dan moeten we een aantal zaken weten, zoals het verloop van de ziekte:

Uit China en Italië had het RIVM de volgende gegevens als basis voor onze rekenmodellen doorgekregen:

- 80 procent heeft geen of milde klachten



- 15 procent heeft ernstige klachten en moet mogelijkwerwijs opgenomen worden in ziekenhuis
 - 5 procent overlijdt
- Als snel bleek uit Nederlands onderzoek uit Brabant,

de eerste broeihaard in Nederland, dat de data in Nederland minder dramatisch waren.

Aangepaste info Brabant

- 90 procent heeft geen of milde klachten
- 7 procent heeft ernstige klachten en moet mogelijkwerwijs opgenomen worden in ziekenhuis
- 2-3 procent overlijdt

Aangezien corona nieuw is en er vooralsnog geen vaccin of medicijn beschikbaar is stuurt het model aan op terugdringing van het aantal besmettingen en daaruit voortvloeiende ziekenhuisopname, IC-bezetting en sterfte.

Incubatietijd: Hoe lang duurt het na blootstelling waarbij iemand besmet is totdat hij/zij ook (vaak milde) klachten krijgt en anderen kan besmetten? In de RIVM-modellen van de corona-outbreak werd uitgegaan van circa zes dagen met uitlopers naar 10-12 dagen. Daarom werd bij quarantainemaatregelen voor de zekerheid de grens van 14 dagen aangehouden

Indicator 1: Positieve testing op besmetting corona

Je zou volgens het model verwachten dat pas circa 12 dagen na de genomen maatregelen de eerste effecten meetbaar zijn in de cijfers van de positief geteste gevallen. In de beginfase van de Coronacrisis werden alleen cliënten met ernstige zorgklachten getest naast medewerkers uit de ziekenhuizen met milde klachten. Verwacht werd dat het percentage daadwerkelijke besmettingen relatief hoog zou zijn. Later,

na 6 april, is het testbeleid verruimd. Naar verwachting zou het percentage dat ook daadwerkelijk corona heeft, langzaam dalen. En dat gebeurde. In maart was gemiddeld 25-30 procent van de geteste personen met ernstige klachten ook daadwerkelijk met het coronavirus besmet, na 6 april daalde dat percentage naar 10 procent om begin mei onder de 10 procent te zakken.

Indicator 2: Ziekenhuisopname

De tweede indicator van het outbreak-management-model zijn ziekenhuisopnames. Volgens de gegevens uit China en Italië zou dit 1-2 dagen na de positieve testing moeten plaatsvinden dus zo'n 13-14 dagen na besmetting. In de eerste weken waarin alleen gevallen met ernstige klachten getest werden was 35-45 procent er

Het gebeurde precies zoals we het volgens het model mochten verwachten

zo ernstig aan toe dat opname in een ziekenhuis noodzakelijk was. Later, toen het testbeleid veel ruimer was daalde dit percentage en stabiliseerde rond de 10 procent.

Het beleid in de coronacrisis stuurde vooral op deze indicator en de daaruit voortvloeiende IC-opname en mogelijke sterfte.

Indicator 3: Sterfte en oversterfte

De meeste mensen overlijden niet direct na ziekenhuisopname maar na 2 dagen is de sterfte al wel meetbaar aanwezig. Net zoals ziekenhuisopname is sterfte een hardere indicator dan besmetting, omdat alle overlijdensgevallen in Nederland geregistreerd worden. Uit China, Iran, Italië en via de WHO hadden we begin

De klepel en de klok

maart sterftepercentages doorgekregen van 3,5 - 6,5 procent van het aantal besmette gevallen. Al heel snel bleken deze percentage in Nederland fors hoger te liggen: op of boven de 10 procent van het aantal registreerde besmettingen. Waardoor dit veroorzaakt is, moet later uit onderzoek blijken.

Echter: in de officiële statistieken komen alleen degenen in beeld die getest zijn op het coronavirus. Maar ook buiten de ziekenhuizen sterven mensen: In de verpleeghuizen en gewoon thuis. Veel van deze sterfte wordt nooit gerelateerd aan corona, maar kunnen we er achteraf wel aan relateren. Dat verschijnsel heet “oversterfte”.

Toegevoegd: Indicator 4: Opname IC

Mensen die opgenomen zijn in het ziekenhuis kunnen zodanig verslechteren dat opname op de IC noodzakelijk is. Vaak treedt dit al bij opname of binnen enkele dagen op. Naarmate de coronacrisis vorderde bleek dat circa 25 procent van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten ook daadwerkelijk op de IC belandden, een heel constant percentage.

Ook dit zijn veel hardere cijfers dan geregistreerde besmettingen omdat elke IC-opname geregistreerd wordt. Het coronabeleid stuurde naast ziekenhuis-opname ook op deze indicator.

Het Outbreakmanagement-model in de praktijk

Als we kijken naar de effecten van de maatregelen zien we dat deze gaan precies zoals we dat volgens het model mochten verwachten.

Besmettingen in Brabant

De eerste maatregelen zijn op 10 maart genomen. De effecten zien we na 12 dagen terug in de cijfers. Vanaf 22 maart dalen de percentages. In de week ervoor steeg het aantal besmettingen met percentages tussen de 15-20 procent. Na 22 daalt het na circa 10 procent en daarna steeds verder.

Nederland besmettingen

De belangrijkste maatregelen zijn genomen op 14-15 maart: Thuiswerken, afstandhouden, binnen blijven, horeca dicht. De effecten zien we na 12 dagen terug in de cijfers. Vanaf 27 maart daalt het percentage drastisch van 16 naar 13 procent en is na 29 maart nooit meer boven de 10 procent geweest. Vanaf 3 april dalen de cijfers qua aantal nieuwe besmettingen. Na weken met dagelijkse aantallen tussen de 1000-1200 zien we nieuwe aantallen onder de 1000 zakken en zijn daarna behoudens enkele uitzonderingen niet meer boven de 1000 uitgekomen.

Ziekenhuisopnames

Met een vertraging van 1-2 dagen gebeurde hetzelfde met de ziekenhuisopnames. Vanaf 28 maart dalen de percentages. In de week ervoor hadden we dagelijks percentages tussen de 20-30 procent. Op 28 maart daalt het percentage spectaculair van 15 naar 7 procent en is daarna continu verder blijven dalen.

Sterfte

Met een vertraging van 2 dagen gebeurt hetzelfde met de sterftcijfers. Vanaf 30 maart daalt het groeipercantage spectaculair van 18 naar 12 procent, daalt verder naar onder de 10 procent op 3 april en is daar nooit meer boven geweest. Vanaf 5 april dalen ook het aantal nieuwe sterfgevallen.

IC-opnames

Met een vertraging van 1-2 dagen na de daling van de ziekenhuisopnames gebeurde hetzelfde met de toestroom naar de IC. Vanaf 1 april zakken ook de aantallen nieuwe IC-opnames definitief naar onder 100 om daar vervolgens nooit meer bovenuit te komen.

Evaluatie en nuancering

Samenvattend is, ondanks gebreken, het Outbreakmanagementmodel uitstekend in staat geweest de ontwikkelingen te voorspellen en bij te sturen. Wel moeten enkele kritische kanttekeningen gemaakt worden:

- een model als dit staat of valt bij de nauwkeurigheid van de registraties. Kloppen de data niet, dan wankelt het hele model
- de eenzijdige fixatie op cijfers als ziekenhuisopname en met name de IC-bezetting vertroebelde aanvankelijk het zicht op wat er buiten de ziekenhuizen gebeurde, met name in de thuiszorg en verpleeghuizen. Pas op 16 april werden ook die gegevens in de analyse betrokken.

Tenslotte

Nu terug naar de inmiddels beruchte vergadering in de 2e kamer op 1 april waarmee ik het artikel begon. Jaap van Dissel van het RIVM baseerde zich bij zijn optimisme, achteraf volkomen terecht, op de afname, zowel procentueel als absoluut, van zowel het aantal besmettingen alsook de dalende ziekenhuisopnames, zoals het outbreakmanagementmodel ook had voorspeld. Het was alleen nog 1-2 dagen te vroeg om die cijfers ook al terug te zien in de IC-opnames en de sterfte. ☺

Informatiematerialen 'Goede voeding voor kinderen'

FrieslandCampina Institute heeft verschillende informatiematerialen over 'Goede voeding voor kinderen' beschikbaar: brochures om aan ouders mee te geven, een poster voor in de wacht- of spreekkamer en verschillende gesprekskaarten voor uitleg over goede voeding tijdens het consult. Hierin worden de voedingsaanbevelingen voor kinderen in de leeftijd van 1 t/m 8 en 9 t/m 18 jaar weergegeven.



Aanvragen?

Bestel deze materialen kosteloos via
www.frieslandcampinainstitute.com/nl

**Bestel
gratis**



Ben je een voeding- of gezondheidsprofessional en wil je meer weten over zuivel, voeding en gezondheid? Bezoek onze website en schrijf je in voor onze nieuwsbrief:

www.frieslandcampinainstitute.com/nl

institute.nl@frieslandcampina.com

f Facebook: /FrieslandCampina Institute

🐦 Twitter: FCInstitute_NL

Een knagend gevoel

In de zorg gaat het voortdurend om zoeken naar goede afstemming: wat is hier het goede om te doen. Want wat doe je als je op het ene moment iemand die tijdens de corona-uitbraak in Milaan is geweest, geruststelt, maar een dag later hoort dat deze meneer toch wel in besmettingsgebied is geweest.

Tekst:
Hans
van Dartel

Casus

De veranderingen en aanpassingen van het RIVM vlogen ons infectieverpleegkundigen om de oren in de piek van de coronapandemie. De ene dag werden de bergdorpen in Italië nog gezien als besmettingsgebied, de dag erna kwamen plots de steden Milaan en Bergamo erbij. Het is dus voorgekomen dat ik iemand die in Milaan was geweest geruststelde omdat hij niet in het besmettingsgebied was geweest. De dag erna meldde het RIVM dat ook de stad Milaan onder het besmettingsgebied was komen te vallen. Dit knaagt aan me. Had ik deze man, en velen met hem, terug moeten bellen?

Er knaagt iets

Mooi is het hoe je beschrijft hoe jij je verantwoordelijk voelde en jezelf de vraag stelde of je deze meneer terug had moeten bellen. Daarmee maak je duidelijk dat je in je handelen echt stil hebt gestaan bij wat goede zorg is. Zo maak je duidelijk dat goede zorg niet zonder nadenken kan. We zeggen wel vaak dat we als verpleegkundigen doe-mensen zijn, maar dat doen kan niet zonder denken. Ook mooi hoe jij je gevoelens beschrijft: het knaagt aan je, schrijf je. Als iets aan je knaagt, wil je graag een antwoord zodat je – liefst zo snel mogelijk – van dat vervelende gevoel af bent. Anders blijft het knagen. Zo maak je ook mooi duidelijk dat denken en voelen dicht bij elkaar zitten en elkaar niet hoeven uit te sluiten. Tenslotte maak je ook nog duidelijk dat ethische kwesties niet meteen allerlei grote vraagstukken betreft. De morele vraag die in jouw casus naar voren komt is heel simpel: had ik die meneer terug moeten bellen?

Jij weet het antwoord

Hoe simpel ook, het antwoord is niet meteen te geven. Tenminste niet door mij als buitenstaander. Daarvoor ontbreekt de nodige informatie. Met name over de aard van het zorgcontact van jou met die meneer en over de verantwoordelijkheden die jij daarin ervoer. Jij had met deze meneer een contact vanuit jouw verantwoordelijk-

heid als infectieverpleegkundige. Waarschijnlijk was het iemand die belde met de vraag of hij risico heeft gelopen omdat hij in Milaan was geweest. En wat hij daarom zou moeten doen. Op het moment dat jij hem informeerde, deed je dat op grond van de kennis die je toen had. Als situaties veranderen en er nieuwe kennis komt, is het verleidelijk om vanuit die nieuwe situatie te oordelen over de oude. Daarom dat knagende gevoel en de vraag of je hem niet terug had moeten bellen. Toch moet je voor jezelf daaruit niet de conclusie trekken dat je hem verkeerd geïnformeerd hebt. Je hebt hem goed geïnformeerd. Op basis van de toen geldende kennis. Dat de feiten een dag later anders lagen, doet daar geen afbreuk aan. Wel stelden die nieuwe feiten jou voor een nieuwe vraag.

Complicatie

Complicerend in jouw situatie is dat die vraag niet beperkt bleef tot het terugbellen van die ene man, maar dat het om veel meer mensen ging die door de nieuwe feiten ineens in een risicogroep waren gaan vallen. Als het om een enkel individu gaat, is het een andere vraag dan wanneer het om een groep gaat. Als infectieverpleegkundige draag je met name een verantwoordelijkheid voor het collectief. Die gaat verder dan de gezondheid van een individuele burger: hoe draag je – onder andere door informatie en contacten met individuele burgers – bij aan het bestrijden en voorkomen van infecties onder de bevolking? Die functionele verantwoordelijkheid bepaalt mede het antwoord op jouw vraag of je die meneer terug had moeten bellen: als het doel om infecties te bestrijden beter gediend was met het terugbellen van de mensen die bij jou om informatie hadden gevraagd, dan gewoon doorgaan met de activiteiten waar je de dag erna feitelijk mee bezig was, dan zou het een goede zaak zijn geweest om dat terugbellen voorop te zetten.

Achteraf oordelen

Maar achteraf blijft dat lastig oordelen. Met de kennis van nu had je zo iemand waarschijnlijk zeker teruggebeld met het dringende advies om zich te laten testen en in afwachting van de uitslag in ieder geval in quarantaine te gaan. Maar toen het incident zich voordeed, ontbrak het nog simpelweg aan testcapaciteit en was het beleid anders: pas bij klachten bleef je thuis en testen waren op een uitzondering na alleen maar weggelegd voor zorgmedewerkers. Je verantwoordelijk-



Foto: Kristijan Arsov, Unsplash

Galleria Vittorio Emanuele in Milaan.

heden worden altijd ingeperkt door wat er in een bepaalde context mogelijk is en hoe de verantwoordelijkheden worden gereguleerd. Dus is jouw vraag eigenlijk alleen maar goed te beantwoorden uitgaande van de situatie zoals die toen was: de toen geldende condities, de toen

‘We zeggen wel vaak dat we als verpleegkundigen doe-mensen zijn, maar dat doen kan niet zonder denken’

geldende regels. Daarbij mag je er ook van uitgaan dat iemand die in die periode in Milaan is geweest en jou daarom belt, het nieuws waarschijnlijk ook wel zal hebben gevolgd en op grond daarvan kennis kan hebben gehad van de veranderde situatie. In die zin ligt er ook een verantwoordelijkheid bij burgers zelf om zich op de hoogte te stellen van voor hen relevante informatie. Zeker in deze tijden van corona. Niet voor niets wordt iedere burger (nog steeds) verondersteld weet te

hebben van de geldende wettelijke regels en zich daaraan te houden. En bij onduidelijkheid is er de plicht en ook altijd de mogelijkheid om zich opnieuw te laten informeren.

Persoonlijke verantwoordelijkheid

Die meneer had jou dus ook kunnen bellen. Of een collega. De zaak verandert wanneer jij, terugkijkend het gevoel zou hebben gehad, dat juist deze mijnheer extra zorg nodig had. Omdat hij een zeer gespannen indruk maakte. Bijvoorbeeld omdat zijn partner bijzonder kwetsbaar was. En dat hij zich daar extra zorgen over maakte. In zo'n situatie wordt jouw verantwoordelijkheid als infectieverpleegkundige meer persoonlijk ingekleurd. Dan gaat het niet meer alleen over jouw functionele rol in de infectiebestrijding maar ook om jouw persoonlijke verantwoordelijkheid in reactie op het bijzondere appel van deze mijnheer. Dat had je er mogelijk toe kunnen brengen om zelf het voortouw te nemen en zelf te bellen. Maar of dat ook je plicht zou zijn geweest, dat kun je alleen maar goed zelf beoordelen. Uitgaande van de kennis van toen. 🧐

Hans van Dartel was voorzitter van V&VN Commissie Ethiek en verpleegkundige, niet praktiserend

WAAROM IS EXTRA AANDACHT VOOR DE DARMMICROBIOTA ZO BELANGRIJK?

In de eerste 1000 dagen is een gebalanceerde opbouw van de darmmicrobiota essentieel voor de ontwikkeling van het immuunsysteem^{1,2}.

Sommige baby's hebben vanaf de start al een darmmicrobiota die uit balans is. Er is dan sprake van een dysbiose; een verminderde of ongunstige opbouw van de darmmicrobiota. Dysbiose heeft een verminderd functioneren van het immuunsysteem en een grotere kans op ontstekingen en

infecties tot gevolg^{3,4}. Ook het risico op darmproblemen en het risico op astma of een allergie worden groter bij onevenwichtige darmmicrobiota⁴⁻⁶.

Oorzaak? Bijvoorbeeld een sectio, antibiotica-gebruik of omdat er allergie voorkomt in de directe familie^{1,7-9}. Recent onderzoek heeft uitgewezen dat speciale aandacht voor een gunstige opbouw van de darmmicrobiota bij deze kinderen kan helpen^{10,11}.



Ongunstig voor de darmmicrobiota



Sectio¹



Allergieën in de eerstelijns familie¹



Antibiotica-gebruik^{2,9}

NUTRILON PROSYNEO H.A.

Voor gezonde baby's met verhoogd risico op allergie^{7,8} en dysbiose^{1,2,9}

- ✓ **Synbiotica**; een unieke combinatie van prebiotische vezels (GOS:lcFOS 9:1) en probiotica (*Bifidobacterium breve* M-16V)¹²
- ✓ **Unieke peptiden** (partieel gehydrolyseerd)⁷

Deze unieke combinatie van ingrediënten is bewezen effectief:

- Zorgt voor darmmicrobiota meer in lijn met die van borstvoede zuigelingen⁶
- Herstelt de verlate groei van bifidobacteriën in de darm⁵
- Verkleint de kans op allergische klachten, zoals atopisch eczeem^{5,6,13}
- Stimuleert de ontwikkeling van immuuntolerantie^{8,13,14}



Referenties: 1. Kim BJ (2014) *Asthma Immunol Res* 6(5):389-400. 2. Azad DM (2016) *BJOG* 123(6):983-93. 3. Schouten B et al. (2009) *J Nutr* 139:1398-403. 4. Abrahamse-Berkeveld (2016) *Journal of Nutritional Science*; 5(e42): 1-13. 5. Van Esch BCAM et al. (2011) *PAI* 22:820-826. 6. Van Esch BCAM et al. (2017) *Pharma Nutrition* 5:1-7. 7. Chua MC et al. (2017) *JPGN* 65:102-6. 8. Wopereis H et al. (2014) *Pediatr Allergy Immunol* 25(5):428-38. 9. Prescott SL (2013) *J Allergy Clin Immunol* 131(1):23-30. 10. Mullie C et al. (2004) *Pediatric research* 56:791-5. 11. Beghin L et al. (2019) *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 68(S1):N-O-039:1028. 12. Van Esch BCAM et al. (2010) *PAI* 21:e780-e786. 13. Gouw JW et al. (2018) *Clin Exp Allergy* 48(10):1345-1353. 14. Boyle R. et al. (2016) *Allergy* 71:701-10. Borstvoeding is de beste voeding voor baby's. • Deze informatie is uitsluitend bestemd voor (para)medici. Nutricia Nederland B.V. Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer • April 2020



Meer lezen?
Scan de QR-code