

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Utrecht, 30 juni 2020
Betreft: Position Paper ActiZ, V&VN, Vereniso en Zorgthuisnl

Position paper ActiZ, V&VN, Vereniso en Zorgthuisnl – geleerde lessen langdurige zorg Covid-19 (zowel verpleeghuiszorg, kleinschalige woonvoorziening als wijkverpleging)

Geachte leden van de Tweede Kamer,

Tijdens het debat in de Tweede Kamer van 3 juni jl. over COVID-19 is onder andere de motie-Marijnissen/Bergkamp aangenomen over het formuleren van lessen over de genomen maatregelen en het te voeren beleid met betrekking tot verpleeghuizen in coronatijd. Ook vraagt de motie de Kamer voor het zomerreces te informeren. Het ministerie van VWS heeft ons de afgelopen periode afzonderlijk gevraagd input aan te leveren. Ofschoon wij begrijpen dat de korte tijdslijnen tot keuzes noopt, voelden wij als vier belangrijke partijen in de verpleeghuiszorg (incl. kleinschalige woonvormen) ook de behoefte om gezamenlijk via een position paper naar u te reageren.

Onderstaand brengen wij u de volgende belangrijke lessen onder de aandacht.

1. Zorg ervoor dat de verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen niet meer achteraan staat bij de verdeling van persoonlijk beschermende middelen (PBM) en toegang tot tests.

Het verpleeghuis is de plek waar de meest kwetsbare mensen, met de meest complexe zorgvragen, samen wonen, leven en zorg en behandeling ontvangen. Kwaliteit van leven staat centraal. De specifieke setting maakt dat naast welzijn en persoonsgerichte zorg extra aandacht nodig is voor infectiepreventie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de gekozen huiselijke setting en het samenleven in kleine hechte groepen. Of aan de onmogelijkheid om altijd anderhalve meter afstand te houden in kleine kamers of bijvoorbeeld in oudere panden. Of vanwege het feit dat niet alle bewoners goed instrueerbaar zijn. Ook is het lastiger om de ziekte tijdig te onderkennen vanwege de atypische presentatie van de ziekte bij deze doelgroep; zelf signaleren van de ziekte is door bijvoorbeeld problemen in communicatie door cognitieve stoornissen ook lastiger.

De consequentie van de ziekte heeft bovendien grote gevolgen in verpleeghuizen, niet alleen door de hogere mortaliteit, maar ook door de grote gevolgen op het algemeen welbevinden na het doormaken van de ziekte. En dit alles heeft het personeel niet onberoerd gelaten.

Het is daarom onbegrijpelijk dat de langdurige zorg lange tijd achteraan stond bij het verdelen van PBM en tests. Dit mag nooit meer gebeuren. Ofschoon we nog weinig wetenschappelijke informatie hebben over de verspreiding van het virus, ligt het voor de hand dat de afwezigheid van PBM en tests heeft bijgedragen aan de verspreiding van COVID-19 binnen de verpleeghuizen. Pas na de gewijzigde verdeling van de PBM (april) en de start van het LCH, kwamen er ook meer middelen naar de langdurige zorg. Hierbij bleven bepaalde middelen tot een paar weken geleden lastig om te bemachtigen (schorten, handschoenen).

Advies

Wij adviseren de minister bij de verdeling van beschermende middelen te kijken naar de kwetsbaarheid van de doelgroep en naar het risico op besmetting per handeling. Ook adviseren wij het LCH voorlopig te laten bestaan om snel te kunnen bijspringen mocht er nog een tweede Covid-19 golf komen; hierbij adviseren we te zorgen voor een afdoende ijzeren voorraad PBM voor de zorg in de breedte.

Vraag

- Erkent de minister dat de verdeling van PBM vanaf de start van Covid-19 had moeten plaatsvinden op basis van het risico op besmetting?
- Kan de minister garanderen dat het LCH voorlopig blijft bestaan en dat zij zal zorgen voor een afdoende ijzeren voorraad voor de zorg in de breedte?

2. De verpleegsector VVT (verpleeghuiszorg, verzorging en thuiszorg) is een integraal onderdeel van de gezondheidszorg: de care-sector kan en mag niet los gezien worden van de cure, ook niet in crisis.

De langdurige zorg was te lang niet in beeld en (is) onvoldoende aangesloten bij de crisisorganisatie zoals, LNAZ, ROAZ en OMT. Hierdoor kon onvoldoende worden gestuurd op wat er in die specifieke setting nodig was en werden schaarse middelen niet gelijkwaardig verdeeld over de verschillende sectoren.

Ook de organisatie van VWS zelf met 3 verschillende kolommen intern hielp niet mee aan het creëren van urgentiebesef. Overlegvormen als het Bestuurlijk Afstemming Overleg (BAO) gaan inmiddels weer verder zonder Care aan tafel; wij vinden dit onbegrijpelijk en teleurstellend.

Het OMT kende voor de crisis een samenstelling zonder vertegenwoordiging uit de care. Pas later tijdens de crisis werden experts uit de ouderenzorg toegevoegd. Of deze deelname blijvend is, is de vraag. Meer transparantie over de advisering van het OMT is wenselijk.

Ook is een betere aansluiting van RIVM/LCI met beroepsverenigingen is noodzakelijk; regelmatig bestond onduidelijkheid over gegeven adviezen van RIVM en de status daarvan. Bij de totstandkoming van de adviezen waren zorgprofessionals onvoldoende betrokken. De toegang tot de expertise van het RIVM was niet georganiseerd. Bovendien was het onduidelijk in hoeverre de behandeladviezen van het RIVM leidend waren en in hoeverre daar door beroepsverenigingen van kon worden afgeweken. De adviezen rondom het gebruik van PBM vanuit het RIVM wisselden regelmatig en waren niet altijd logisch uitlegbaar. E.e.a. leek te zijn ingegeven door schaarste van de betreffende PBM. Indien dat het geval was, is het van belang helder te communiceren dat schaarste de reden is dat de RIVM soms iets anders adviseert dan wellicht logisch lijkt.

De Covid-19 pandemie heeft pijnlijk duidelijk gemaakt dat er nog steeds niet overal een goede verbinding tussen care en cure is. Dat de langdurige zorg, ondanks veelvuldig lobbyen, pas laat op

de radar kwam bij het verdelen van PBM, is onder meer gelegen in het feit dat de langdurige zorg nog steeds niet de aandacht krijgt in het totale zorgveld die het verdient.

In de voorbereiding op een eventuele tweede golf moet de focus niet alleen gericht zijn op voldoende ic-bedden maar ook op het zorglandschap buiten ziekenhuizen. Bescherming van de kwetsbaarste mensen moet meer prioriteit krijgen; ongeacht waar ze verblijven.

Sturen op het aantal bezette IC-bedden is te laat voor de bescherming van de kwetsbaarste mensen. De mate van overdracht, de lange incubatietijd en het feit dat uit recent wetenschappelijke onderzoek de grootste besmettelijkheid is vlak voor of op de eerste dag van ziekte, maakt dat transmissie snel gaat. Zeker in verpleeghuizen en andere plekken waar mensen dicht op elkaar wonen.

Voordat mensen op de IC worden opgenomen zijn er waarschijnlijk al vele mensen ziek en zijn de risico's voor verpleeghuisbewoners groot. Verpleeghuisbewoners worden, mede dankzij Advance Care Planning, voor het overgrote deel niet ingestuurd naar het ziekenhuis maar ontvangen zorg en behandeling in het verpleeghuis. Dat geldt ook voor kwetsbare mensen thuis. Dit heeft een belangrijke rol gespeeld in het voorkomen van overbelasting van ziekenhuizen. Het sturen op infecties in de algemene populatie, in verpleeghuizen en het reproductiegetal kan voor verpleeghuizen en de meest kwetsbare mensen een betere maat zijn. In ieder geval als het doel is besmetting in die groep zoveel mogelijk te voorkomen.

Advies

Zorg voor structurele positie van de langdurige zorg in de regionale samenwerking en aan de belangrijkste tafels van de zorg, landelijk en regionaal (ROAZ, LNAZ, LCH). Zorg structureel voor afvaardiging van de langdurige zorg in het BAO of vergelijkbaar overleg. Zorg voor een structurele afvaardiging van de langdurige zorg in het OMT; zorg voor transparantie in besluitvorming van het OMT en transparantie in en de betrokkenheid van professionals bij de adviezen van het RIVM en heldere communicatie alsmede toegang tot expertise.

Vragen

- Kan de minister aangeven hoe hij de positie van de langdurige zorg organisatorisch wil gaan borgen in de acute zorg?
- Kan de minister aangeven hoe hij monitoring van de algemene populatie ziet als vroegsignalering voor kwetsbare ouderen?
- Kan de minister aangeven hoe hij de toekomst ziet van het OMT en BAO?
- Kan de minister aangeven wat de status is van de adviezen van het RIVM/LCI?

3. Randvoorwaarden voor het op maat bieden van kwaliteit van leven en veiligheid ten tijde van Covid moeten zijn ingevuld.

a. Monitoring prevalentie Covid in de regio:

Van belang is heel goed te monitoren wat het virus doet, zowel in de regio als in de verpleeghuizen zelf. Al in een vroeg stadium hebben we zelf landelijke cijfers kunnen delen met VWS en het RIVM om het beleid in verpleeghuizen aan te passen. Van belang is nu dat regionale informatie beschikbaar komt vanuit RIVM en GGD. Verpleeghuizen kunnen immers niet los worden gezien van de ontwikkelingen in de omgeving waarin ze staan. Hoe meer besmettingen in de regio, hoe groter de kans dat medewerkers, vrijwilligers of bezoek, die immers veelal in de regio wonen, het virus onbewust met zich mee naar binnen brengen. Voor medewerkers is dit de grootste nachtmerrie gebleken: dat zij onbewust anderen hebben besmet.

Benodigd is een interactief systeem waarin verschillende gegevens door het RIVM op regioniveau worden gedeeld. Op die wijze kan ingespeeld worden op veranderingen, (preventieve) maatregelen worden ingezet die zijn afgestemd op de regio. Denk aan een combinatie van prevalentiecijfers (aantal getest, verdacht, overleden, hersteld) van verpleeghuizen en gegevens uit de regio (toename besmettingscijfers uit riool en ziekenhuis gegevens). Alleen dan kan proactief gehandeld worden.

b. Cohortering en vrije bedden

Bij infectiepreventie zijn cohortering en quarantaine een belangrijk middel om verspreiding tegen te gaan. De quarantaine- en cohorterings periode kan bij Covid-19 vrij lang zijn; 14 dagen quarantaine en soms 4 weken cohort zijn geen uitzondering. Het is aan het multidisciplinaire team om de medisch ethische aspecten mee te nemen in de behandeling en zorg voor mensen met (een verdenking op) Covid19 in het verpleeghuis.

In sommige situaties is het noodzakelijk cohortering of quarantaine buiten de afdeling of woonvorm te organiseren. Deze mogelijkheden moeten er dan wel zijn, met name daar waar het gaat om opvang van mensen met dementie. Financiering van die mogelijkheden moet zijn geregeld. Dat geldt überhaupt voor het financieren van vrij te houden bedden i.v.m. de opvang van patiënten in een mogelijk tweede golf. Vooralsnog is er zelfs geen zekerheid over de toegezegde compensatie van de Covid effecten tot nu toe.

c. bron en contactonderzoek

De organisatie van bron- en contactonderzoek in verpleeghuizen verdient aandacht. Als het gaat om besmette bezoekers en zorgpersoneel buiten de instelling, hoort dit een taak te zijn van de GGD. Van belang is afstemming hierover goed vorm te geven.

Advies: Zorg via RIVM en GGD voor regionale inzichten om pro-actief te kunnen handelen bij dreigende uitbraken. Laat bron- en contactonderzoek in verpleeghuizen (bezoekers en personeel (contacten buiten de instelling) via de GGD organiseren. Financiering om bedden vrij te kunnen houden voor cohortering moet worden geregeld.

Vragen

- Wanneer denkt de minister dat regionale inzichten zoals geschetst beschikbaar zijn?
- Heeft de minister de besluitvorming over en de financiering van de "vrij te houden bedden" voor Covid patiënten bij een uitbraak georganiseerd?
- Is de minister van mening dat bron- en contactonderzoek in verpleeghuizen voor bezoekers en personeel (contacten buiten de instelling) thuishoort bij de GGD?

4. Maatwerk rond tijdelijke beperking bezoek e.d.: luister naar het veld

Met betrekking tot het bezoek in de verpleeghuizen, is het besluit om de huizen in maart te sluiten een duivels dilemma geweest. Heftige uitbraken in verpleeghuizen in Brabant in combinatie met gebrek aan PBM en tests maakten dat dit besluit niet anders genomen kon worden. Een dergelijk besluit wil niemand op deze manier nog een keer nemen. Alleen met maatwerk per locatie kan een verantwoorde afweging worden gemaakt tussen veiligheid en kwaliteit van leven.

Cliënten, professionals en zorgorganisaties hebben samen een notitie opgesteld voor een intelligente openstelling van de huizen. De notitie laat ruimte om, afhankelijk van de lokale situatie, op-of af te schalen qua bezoek. Van belang is dat verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskundigen, andere professionals en clientvertegenwoordigers samen om tafel zitten met de bestuurder van de instelling. Aan tafel worden kwaliteit van leven en veiligheid in balans besproken. Medisch ethische aspecten worden meegewogen. Beslissingen en risico's worden samen genomen. Ondanks de nu betere randvoorwaarden is het, gezien de aard van het virus, bijna

onmogelijk het virus buiten de deur te houden. Dat is belangrijk om met elkaar te erkennen en daarvoor gezamenlijk de verantwoordelijkheid te dragen.

Advies

Laat de bezoeksregeling en maatwerk zijn per locatie, waarbij cliënten(-vertegenwoordigers), zorgprofessionals en zorgorganisaties samen keuzes maken aan de hand van de gezamenlijke handreiking om op- of af te schalen. Hierbij worden kwaliteit van leven en veiligheid in balans besproken. Medisch-ethische aspecten worden meegewogen.

Vragen

- Kan de minister aangeven hoe hij aankijkt tegen maatwerk in de bezoeksregeling en regie hierin door de sector zelf?

5. Faciliteer en stimuleer een extra impuls verdere verbetering van infectiepreventie

Kennis rondom infectiepreventie is belangrijk. Regio's waar verpleeg- en thuiszorgorganisaties een nauwe samenwerking kennen met ziekenhuizen geven aan dat zij gemakkelijker aan zowel PBM als aan kennis konden komen rondom infectiepreventie. Ofschoon ook verpleeghuizen met veel kennis van infectiepreventie getroffen kunnen worden door Covid-19, helpt deze kennis bij onder meer preventie en organisatie van zorg bij een uitbraak. Waar ziekenhuizen de mogelijkheid hebben een eigen arts-microbioloog en infectiepreventiedeskundige in te zetten, is dit in verpleeghuizen of wijkverpleging niet aan de orde. Verpleeghuizen moeten hun eigen expertise kunnen managen en niet afhankelijk hoeven zijn van externe publieke organisaties. Investeren in kennis en kunde op dit gebied verkleint de impact en de risico's van volgende uitbraken of pandemieën.

De afgelopen jaren is geïnvesteerd in bijvoorbeeld infectiepreventie via het ABR programma (Antibioticaresistentie). Dit initiatief verdient een vervolg en leent zich om daarop voort te bouwen. Veldpartijen kunnen en zullen dit zelf oppakken als daar (financiële) ruimte voor ontstaat.

Advies

Wij adviseren een door het veld te leiden aanpak rond infectiepreventie (gebruik makend van de ABR netwerken), waarbij in VWS financiële ruimte voorziet voor de inzet van regionale arts-microbiologen en lokale deskundigen infectiepreventie.

Vragen

- Kan de minister aangeven hoe hij aankijkt tegen een door en in het veld te organiseren aanpak ter verdere verbetering van infectiepreventie in de langdurige zorg?