

Interview aanvullend op Expert tafel Lessons Learned – Thema Reguliere Zorg

Telefonisch interview op dinsdag 18 augustus 2020 met:

Bianca Buurman - Hoogleraar Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC, Chief nursing officer VWS

Interviewer: Koen Weber (Kessels & Smit)

Het interview was opgebouwd aan de hand van twee hoofdvragen:

- Wat zou u, *met de kennis van nu*, het kabinet adviseren om precies weer zo te doen dit najaar om een opleving te voorkomen of, mocht hij komen, snel in te dammen? Welke elementen op het gebied van Reguliere Zorg zijn wat u betreft waard om vast te houden, te herhalen of uit te bouwen en waarom?
- Wat zou u, *met de kennis van nu*, adviseren om – op het gebied van Reguliere Zorg anders, of nieuw te doen – om een opleving te voorkomen of, mocht hij komen, snel in te dammen? En waarom?

Lessons Learned: vasthouden

Beslissingen voor te voeren beleid ouderenzorg in gezamenlijkheid afstemmen

Positief is naar mijn mening dat dat er een goede samenwerking was tussen de bracheorganisaties zoals Actiz, V&VN, Verenso en cliëntenraden. De belangen zijn daarbij goed gewogen en er is ook samenwerking gezocht met onderzoekers. Er was bij alle partijen een duidelijke focus op de kwaliteit van leven voor de bewoners en het onder controle krijgen van het virus.

Blijven inzetten op de signalerende functie van de eerstelijnszorg

In vergelijking met andere landen hebben we in Nederland een eerstelijnszorg die goed functioneert als het gaat om signaleren van klachten maar ook als het gaat om het voeren van gesprekken met cliënten over welke behandeling men wil indien er ziekte optreedt (advance care planning). Dit heeft er in Nederland voor gezorgd dat veel zorg thuis geboden kon worden, ook in de laatste levensfase

Lessons Learned: anders of nieuw

Overschakelen naar een 'Better Safe than Sorry' -beleid in de ouderenzorg

We hebben in de afgelopen maanden verder onderzoek naar gedaan de rol die presymptomatische besmettingen spelen. De resultaten bevestigen dat er een groot risico is op presymptomatische of niet-herkend symptomatische besmettingen in verpleeghuizen. Dit betekent dat we enerzijds moeten voorkomen dat het virus binnenkomt en vervolgens als er een uitbraak is, we het virus effectief moeten indammen. Wat de insteek zou moeten zijn is dat we in het geval van een hoge omgevingsprevalentie preventieve maatregelen inzetten (gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen) en nog sneller in kaart brengen welke besmettingen er in huis rondgaan. Dit kun je doen door steekproefsgewijs bijvoorbeeld 10% van de mensen te testen. Bij een uitbraak betekent dit wekelijks testen van medewerkers en bewoners, totdat het virus weg is. Daarbij is het ook belangrijk om de tijd te verkorten tussen het optreden van de klachten en de testuitslag, bij voorkeur binnen 24 uur. Aandachtspunten zijn verder het maken van een goede vertaling van het landelijke beleid naar het beleid van de instellingen, de herkenning van symptomen en daarnaast de snelheid van communicatie tussen de verzorgende en de specialist ouderengeneeskunde.

Gevolg is dat het tot nu toe gevoerde corona-beleid in de ouderenzorg lokaal strikter zal moeten worden gevoerd, met aandacht voor kwaliteit van leven. Dit is nu ook daadwerkelijk veranderd.

Als CNO heb ik daarnaast de volgende zaken gesignaleerd

Goed zicht houden op en indammen van uitbraken in thuiszorg door in te zetten op tijdige communicatie tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen

In de thuiszorg zijn 500.000 cliënten die zorg ontvangen en die vaak behoren tot één of meerdere risicogroepen. Het is van groot belang dat de wijkverpleegkundigen klachten van hun cliënten tijdig signaleren en doorgeven aan de betreffende huisarts om verspreiding in de omgeving te voorkomen. De wijkverpleging heeft over de hele linie te weinig aandacht gehad, terwijl de zorg daar start. Verbeterpunt is de registratie van verspreiding van het virus in de thuiszorg. Daarnaast is het van belang om meer duidelijkheid te geven over bezoeksregeling bij besmette cliënten en gebruik van PBM.

Meer en beter betrekken van mensen uit de werkpraktijk (verpleegkundigen en verzorgenden) in het OMT en crisisoverleggen van instellingen

Ik maak me zorgen over de geringe betrokkenheid van verpleegkundigen en verzorgenden bij het beleid in hun eigen organisatie als ook het beleid op landelijk niveau bijv. beleid PBM en plannen opschaling IC-capaciteit. Het was een gemis dat er niemand met een verpleegkundige achtergrond in het landelijke OMT deelnam, waardoor juist naast de wetenschappelijke kennis ook de link gemaakt kan worden wat maatregelen in de praktijk betekenen. Op deze manier had een snellere vertaling gemaakt kunnen worden van onderzoek naar beleid. Dit patroon was ook zichtbaar in instellingen. Zelfde gold voor de technische briefings, die kunnen ook gaan over hoe het voor zorgverleners is om in de crisis zorg te leveren, hoe ze begeleid moeten worden, welke veranderingen in beleid ze kunnen verwachten.

Vanuit mijn ervaring moet er veel gebeuren om deze beroepsgroep aan tafel te krijgen en ook de regie te geven en dit vervolgens tot uitvoer te brengen. Er wordt nog veel voor ze beslist ipv mét ze beslist. Voorbeeld hiervan is de 1,5 meter maatregel die voor mensen in de zorg niet hanteerbaar is omdat ze dan geen zorg kunnen verlenen, maar ook onder welke omstandigheden opschaling van zorg mogelijk is. Daar waar het vraagstukken betreft over de verpleegkundige zorg, moet het vanzelfsprekend worden dat verpleegkundigen en verzorgenden vanaf de start aan tafel zitten.

Verder heb ik in mei een advies uitgebracht mbt transitie richting de reguliere zorg vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/14/kamerbrief-advies-chief-nursing-officer-over-draagkracht-van-verpleegkundigen>