

Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19

Naam: AJ Arends

Functie: klinisch geriater

Organisatie: NVKG

Datum (uiterlijk 4 augustus): 11-8-2020

Onderwerp expert-tafel: **Langdurige zorg**

Wat is het perspectief van waaruit u kijkt (bijvoorbeeld, wetenschap, praktijkdeskundige, en welke achtergrond)?

Ik ben als klinisch geriater werkzaam in het ziekenhuis en werk in de acute zorg voor kwetsbare ouderen. Verder ben ik voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

Ik ben dus maar zijdelings betrokken bij de langdurige zorg en het perspectief is vooral de aansluiting op de ziekenhuiszorg.

Wat zou u, met de kennis van nu, het kabinet adviseren om, vanuit het oogpunt van langdurige zorg, precies weer zo te doen dit najaar om een opleving te voorkomen of, mocht hij komen, snel in te dammen? Welke elementen in de aanpak zijn wat u betreft waard om vast te houden, te herhalen of uit te bouwen, vanuit het perspectief van de langdurige zorg? En waarom?

De lockdown is van groot belang geweest om het aantal besmettingen in te dammen. Ook het sluiten van instellingen voor ouderenzorg was verstandig, echter dit moet een volgende keer op een meer intelligente manier gebeuren.

Hoewel het relatief laat gebeurde is het fijn dat op aangeven van VWS experts vanuit de ouderengeneeskunde zijn toegevoegd als adviseur aan het OMT.

Dat de regeldruk tijdelijk opgeschort werd, heeft ons laten zien dat professionals goed in staat zijn goede zorg te leveren, zonder een woud van indicatoren voor transparantie en toezicht.

Wat zou u, met de kennis van nu, vanuit het perspectief van de langdurige zorg, het kabinet adviseren om dit najaar anders, of nieuw te doen in het voorkomen of indammen van een opleving van het virus? En waarom?

Het doel van de maatregelen is niet altijd even duidelijk en consequent geweest. Was het niet overschrijden van de IC-capaciteit het doel, was een geleidelijke introductie van het virus het doel, of is het doel om zo min mogelijk mensen besmet te laten raken. Doordat het zwaartepunt op het eerste doel (leek) te liggen, is er onvoldoende aandacht geweest voor de ouderenzorg terwijl COVID-19 bij uitstek een ziekte is van de (kwetsbare) ouderen.

Doordat de verdeling nu geregeld wordt via ROAZ en landelijk coördinatiecentrum, waarbij er nauwelijks expertise is van acute ouderengeneeskunde, laat staan de ouderenzorg, is er weer een groot risico dat de aandacht eenzijdig zal zijn. Er moet daarom niet alleen goede vertegenwoordiging in de ROAZ komen van de eerste lijn en de ouderenzorg, maar ook de acute ouderenzorg/ geriatrie in de tweede lijn.

Er is onvoldoende aandacht geweest zowel in de thuissituatie als in de instellingen voor ouderenzorg voor PBM. Dit heeft naast alle ander leed voor patiënten ook geleid tot een aanvankelijk snelle

toeloop van patiënten naar het ziekenhuis, terwijl dat niet altijd nodig en wenselijk was. Laagdrempeliger testen, maar wel gericht (gbezondheidsmedewerkers en bewoners in de ouderenzorg), is ook van belang.

Er is vooral in de thuissituatie onvoldoende aandacht geweest voor zorg die mensen wel nodig hadden, zoals dagbehandeling bij dementie, of maaltijdvoorziening bij eenzame ouderen. Dit leidt niet alleen tot eenzaamheid, maar ook tot ernstige lichamelijke problemen, zoals ondervoeding met vatbaarheid voor infecties, ernstige gedragsproblemen met opnames in verpleeghuis.

Zowel bij patiënten in het verpleeghuis als bij ouderen thuis moet het mogelijk blijven om een beperkt aantal (1 of 2) vaste bezoekers te houden. Dit is vanuit gezondheidsperspectief van vitaal belang. Naast medische zorg is het juist in dit soort situaties ook van belang goede existentiële zorg/ pastorale zorg te kunnen blijven bieden, daar juist in crisistijd existentiële vragen spelen. Daarbij moet ook gedacht worden aan mantelzorgers/ nabestaanden.

Er moeten nagedacht worden over “slimme” oplossingen, zodat er zonder een te groot risico voor de infectiepreventie wel zo goed mogelijk afscheid genomen kan worden en aandacht is voor rouwen.

Er is onvoldoende aandacht geweest voor het voortzetten van reguliere zorg, juist ook bij ptn in het verpleeghuis, wat kan leiden tot snellere toename van functionele beperkingen (vb oogheelkundige behandelingen die uitgesteld zijn en leiden tot blindheid). semi-acute zorg en “electieve” zorg in de ouderengeneeskunde, worden bij uitstel vanzelf acuut, waarbij de prognose, zowel qua levensverwachting, maar met name zelfredzaamheid en kwaliteit van leven snel afnemen.

Hoewel er veel goede voorbeelden zijn van samenwerking (meestal tussen individuele professionals) tussen cure en care is er (ook door de discussie over pbm, onduidelijkheid en verschillende richtlijnen over niet besmettelijkheid) zijn goed lopende ketens in de crisis vaak verstoord. Anderzijds zijn er zeker ook goede voorbeelden, die beter gedeeld moeten worden.

Crisis heeft nieuwe mogelijkheden over het voetlicht gebracht om innovatieve vormen van zorg te integreren in de huidige zorg. Het is jammer dat de druk op professionals, die toch al flink overbelast zijn, nu wordt opgevoerd om dit direct toe te passen met nadruk op efficiëntie. Zeker in de ouderenzorg, zijn dit hulpmiddelen om de zorg te verbeteren, maart de meerwaarde moet nadrukkelijk nog bewezen worden èn nieuwe digitale vormen van zorg leiden niet tot efficiëntere zorg in de zin dat er minder tijd nodig is per patiënt.