

Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19

Naam: Jan Hamers

Functie: Hoogleraar Ouderenzorg

Organisatie: Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg

Datum (uiterlijk 4 augustus): 31 juli 2020

Onderwerp expert-tafel: **Langdurige zorg**

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

Wetenschap: ouderen zorg en verplegingswetenschap

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 kennis van nu is op bepaalde gebieden nog steeds beperkt. Hoewel we al veel meer weten dan bij

de aanvang van de Corona-pandemie, zijn er nog steeds veel onbeantwoorde vragen over het virus, de aard van besmetting, de transmissie, uitingsvormen én de effectiviteit van maatregelen gericht op

het voorkomen besmetting en verdere verspreiding van het virus.

1. De kracht van het beleid is de voortdurende afstemming daarvan op wetenschappelijke inzichten aangeleverd door experts. Die inzichten vergroten de kans op effectief beleid exponentieel. Ik zou die aanpak zeker aanhouden. Wel is het belangrijk de wetenschappelijke expertise uit te breiden met

andere vakgebieden dan virologie en epidemiologie.

2. Daarnaast zijn besluiten van het kabinet naar burgers regelmatig en goed gecommuniceerd en gemotiveerd. Daarmee wordt draagvlak gecreëerd voor maatregelen. Ik zou dat zeker aanhouden. In aanvulling is het wel goed na te gaan hoe verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren) beter kunnen worden bereikt.

3. Tenslotte is een belangrijk vertrekpunt in het beleid dat vrijheid en autonomie van burgers leidend

zijn. Het opvolgen van (preventieve) maatregelen is daarmee ook een gezamenlijke

verantwoordelijkheid van individuele burgers. Dit past bij de Nederlandse cultuur, zorgt voor

discussie, maar vooral voor draagvlak. Ik zou zeker aan dit uitgangspunt blijven vasthouden.

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?

Ook in de langdurige zorg is de kennis over het virus nog steeds beperkt. Toch weten we al veel meer

dan in maart 2020. We hebben nu bijvoorbeeld inzicht in besmettingscijfers in verpleeghuizen.

Daaruit komt bijvoorbeeld naar voren dat er sprake is van relatief veel asymptomatische besmettingen, maar ook dat ruim de helft van 'verdachte' bewoners niet besmet blijkt met het virus; ze zijn overigens wel zo behandeld (quarantaine, speciale zorg). Verder weten we dat 30-40% van de bewoners met een COVID-19 besmetting overlijdt; in sommige buitenlandse landen is dat percentage hoger.

Wat we ook weten is dat de impact van COVID-19 en maatregelen groot is op bewoners, familie en medewerkers.

Het meest ingrijpende besluit tijdens de COVID-19 pandemie is zonder twijfel het bezoekverbod geweest. Met het ontbreken van vrijwel iedere kennis over besmetting en mortaliteit, is dit besluit in maart 2020 heel verdedigbaar. Met de kennis van nu kan zo'n besluit in het najaar echter niet meer worden genomen. Daarvoor zijn een aantal redenen:

- Hoewel de mortaliteit hoog is, geldt ook dat ongeveer 60% van de besmette verpleeghuisbewoners het virus heeft overleefd. Dat percentage kan ook als hoog worden bestempeld, wetende dat bewoners in verpleeghuizen zeer oud en kwetsbaar zijn met een korte levensverwachting;
- Onomstotelijk bewijs voor het effect van het bezoekverbod op het voorkomen en verspreiden van besmettingen ontbreekt;
- De negatieve impact (psychisch, sociaal en fysiek) van het bezoekverbod op bewoners, familie en medewerkers is evident. Creatieve methoden (zoals raambezoeken of beeldbellen) zijn geen vervanging voor fysiek bezoek.

Terwijl het algemene advies was om thuis te blijven met klachten, moesten verzorgenden en verpleegkundigen in verpleeghuizen gewoon werken. Daarbij waren er onvoldoende beschermingsmiddelen beschikbaar en voldoende testcapaciteit was er evenmin. Ten slotte hebben sommige zorgverleners te maken gehad met veel overlijdens waarbij ze vaak niet de noodzakelijke zorg konden verlenen. Dit alles heeft geleid tot enorme stress bij zorgmedewerkers met uitval en demotivatie als ongewenst gevolg. Daarom is nazorg (en voorzorg bij een mogelijke tweede golf)

voor medewerkers noodzakelijk.

De algemene maatregelen (houd afstand, hygiëneafspraken etc) gelden ook in verpleeghuizen. Dat moet in het najaar ook gelden voor de maatregelen voor werknemers: blijf thuis bij klachten en laat je testen! Daarnaast moet er geen enkele discussie meer zijn over beschikbare testcapaciteit (bewoners, bezoekers, vrijwilligers, medewerkers) of over persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorgpersoneel.

Zorgorganisaties zouden kunnen overwegen om bij een nieuwe uitbraak tijdelijke units in te richten waar besmette bewoners verblijven. Op zo'n units werken vaste teams van medewerkers (die zelf al besmet zijn geweest). Hier zouden ook mogelijkheden kunnen worden gecreëerd voor het beademen

van bewoners, zodat ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen.

De complexiteit is dat verpleeghuizen de balans moeten vinden tussen het belang van het individu en

dat van een groep. Dit vergt maatwerk, creativiteit en leiderschap. Om daar invulling aan te geven hebben we professionele zorgverleners (zoals verpleegkundigen, psychologen en artsen) en bestuurders. De COVID-19 crisis benadrukt het belang om verder te investeren in de kwaliteit van medewerkers (betere teammix, hogere opleidingsniveaus) en te leren en verbeteren in verpleeghuizen. Dat is deels voortborduren op reeds ingezet beleid.

Het verpleeghuis is een plaats waar bewoners de laatste jaren van hun leven wonen. Daarom is het afgelopen decennium fors geïnvesteerd in meer aandacht voor welzijn en kwaliteit van leven. Het behoud van autonomie van bewoners hoort daarbij voorop te staan. VWS duidde dit onder andere met de titel 'Thuis in het verpleeghuis'.

De grootste fout die nu gemaakt kan worden is dat COVID-19, door de vrijwel eenzijdige focus op voorkomen van besmettingen, leidt tot een nieuwe medicalisering van de verpleeghuiszorg!
Ouderen

moeten kunnen rekenen op zorg die zo veilig is als mogelijk. Maar ze moeten ook autonomie houden over beslissingen zoals het risico lopen besmet te raken door hun partner of (klein)kinderen te ontmoeten en te overlijden!

Bronnen

- Gordon et al. (2020). COVID in care homes – challenges and dilemmas in healthcare delivery. *Age and Ageing* 2020; 1-5.

- Koopmans et al. (2020). Factsheet: verruiming van de bezoeksregeling in verpleeghuizen:

bevindingen van de dieptemonitoring na 3 weken. Nijmegen: UKON/SANO

- Li et al. (2020). COVID-19 infections and deaths among Connecticut nursing home residents: facility correlates. JAGS DOI: 10.1111/jgs.16689

- Loon van, et al. (2020). COVID-19 bij verpleeghuisbewoners. Facsheet 1: symptomen en beloop. Amsterdam: UNO-VUmc

-McGilton et al. (2020). Uncovering the devaluation of nursing home staff during COVID-19: are we fuelling the next health care crises? JAMDA 21: 962-965.

- Verbeek et a. (2020). Allowing visitors back in the nursing home during the Covid-19 crises: a Dutch national study into first experiences and impact on well-being. JAMDA 21: 900-904.