

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer H. de Jonge en M. van Rijn
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum: 13 mei 2020

Betreft: transitie naar de reguliere zorg vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden

Geachte minister de Jonge en minister van Rijn,

We zijn nu 10 weken onderweg sinds de eerste covid-melding in Nederland op 27 februari 2020. In deze 10 weken heeft de gezondheidszorg in Nederland een ongekende prestatie geleverd. In korte tijd is in alle werkvelden een omschakeling gemaakt om zorg voor patiënten met covid te bieden, en tegelijk ook een deel van de normale zorg te blijven bieden. Op veel plekken is een groot deel van de reguliere zorg afgeschaald. Dit heeft veel gevraagd van alle zorgprofessionals, en in het bijzonder van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. We zijn over de eerste piek heen en langzaam wordt weer nagedacht over het opstarten van de reguliere zorg. Hierbij moeten we rekening houden met een mogelijk tweede piek die zal gaan optreden. Covid-zorg en reguliere zorg zullen voor een langere tijd naast elkaar blijven lopen. Dit roept grote vragen op daar waar het gaat over de borging van kwaliteit van zorg én kwaliteit van werken van zorgprofessionals. Nederland kent een uitstekend niveau van gezondheidszorg, verpleegkundigen en verzorgende zijn als grootste beroepsgroep in belangrijke mate verantwoordelijk voor de borging van deze kwaliteit.

Conform uw verzoek en de aankondiging in uw kamerbrief van 22 april 2020, breng ik in dit document advies uit over de transitie naar de reguliere zorg vanuit het perspectief van de bijdrage van verpleegkundigen en verzorgenden aan de borging van de kwaliteit van zorg, met daarbij in het bijzonder aandacht voor de draagkracht van beide groepen. In mijn advies zal ik ingaan op de uitgangssituatie voor de covid-pandemie, wat dit betekent voor het zowel opstarten van de reguliere zorg en het blijven bieden van zorg aan patiënten met covid. Ik betrek hierin zowel de ziekenhuiszorg, de zorg thuis en de verpleeghuiszorg. Dit omdat de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden in de verschillende domeinen niet los van elkaar gezien kan worden. Op de GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg kom ik later graag terug.

Covid-zorg en reguliere zorg

De basis voor het advies vormt figuur 1. In dit figuur staat borging van de kwaliteit van zorg aan patiënten/cliënten centraal, in het midden links de covid-zorg die mogelijk blijvend nodig is en het opstarten van de reguliere zorg (rechts). Om goed afgewogen beslissingen te kunnen nemen hoe die zorg met behoud van kwaliteit geboden kan worden, is het noodzakelijk om vanuit de keten te kijken. De ondergrens van kwaliteit is patiënt/cliëntveiligheid. Hier gaat het over het minimum aan noodzakelijke expertise én inzet om schade aan mensen die zorg nodig hebben te voorkomen. Voldoende kwaliteit van zorg op de intensive care heeft maar beperkt effect op de prognose van mensen als er niet in de keten voldoende capaciteit is voor de herstellzorg thuis en in de revalidatiecentra. Aan de voorkant van de keten kun je stellen dat, doordat huisartsen en in de huisartsenpraktijk werkzame verpleegkundigen met patiënten advance care planning gesprekken hebben gevoerd, veel covid-zorg thuis geboden kon worden. De mogelijkheden om de covid-zorg en reguliere zorg naast elkaar te bieden worden begrensd door de daadwerkelijke inzetbaarheid van verzorgenden en verpleegkundigen enerzijds en triage en het vergroten van de patiëntgebonden tijd anderzijds. Voor een goede weging van deze aspecten in het licht van de borging van kwaliteit van

zorg én kwaliteit van werken, zijn de inzichten van verpleegkundigen en verzorgenden onontbeerlijk. In dit advies wordt dit verder besproken.



Figuur 1 De samenhang tussen covid-zorg en reguliere zorg en de factoren die de mogelijkheden tot het bieden van deze zorg beïnvloeden. Centraal staat de kwaliteit van zorg aan patiënten. Om goed afgewogen keuzes te maken moet het vraagstuk moet vanuit de keten beredeneerd worden.

Arbeidsmarkt

In Nederland werken in totaal 164.400 verzorgenden, 205.400 verpleegkundigen (inclusief gespecialiseerd verpleegkundigen) en 4.815 verpleegkundig specialisten (inclusief physician assistants). Voor de covid-pandemie waren er 37.000 openstaande vacatures, waarbij 70% van de werkgevers aangeeft dat zij te maken hebben met moeilijk vervulbare vacatures. De verwachting was dat het personeelstekort verder zou gaan oplopen in de komende 5 jaar, mede door een toenemende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing en een toename van het aantal verpleegkundigen dat met pensioen gaat. Het is nu nog onbekend welke invloed de covid-pandemie heeft op de personeelstekorten.

De mogelijkheden die er zijn om covid-zorg en reguliere zorg naast elkaar te bieden worden begrensd door de arbeidsmarktkrapte. Om met behoud van kwaliteit van zorg deze uitdaging in te vullen, zijn er een aantal opties:

1. *Vergroten van de instroom:* door opleiden en zij-instromers aan te trekken. De instroom is met het programma 'werken in de zorg' in de afgelopen jaren verder toegenomen. Op korte termijn zal het niet lukken om via deze route veel meer mensen aan te trekken omdat opleiden tijd kost. Het nivelleren van opleidingseisen in relatie tot inzet van verpleegkundigen en verzorgenden heeft direct impact op de kwaliteit van zorg. Voor de lange termijn is het essentieel dat blijvend in opleiden wordt geïnvesteerd. Zowel in het initieel opleiden, als ook het opleiden voor specialisaties.

2. *Combinatiebanen:* hierbij gaat het om het bieden van mogelijkheden voor verzorgenden en verpleegkundigen die het vak zijn uitgegaan en nu tijdens de crisis zijn teruggekeerd in de zorg om in combinatiebanen te werken. Dit houdt in dat ze met goedkeuring van de eigen werkgever aan de slag zijn gegaan in de zorg. Via extra handen voor de zorg hebben ruim 22.500 mensen zich aangemeld om tijdelijk vrijwillig bij te springen daar waar de nood hoog is. Momenteel wordt momenteel geïnventariseerd of zij ook voor de komende periode beschikbaar zijn, of dat hun eigen werkgever weer verlangt dat ze terugkeren. Ook binnen organisaties zelf zijn op deze manier veel verzorgenden en verpleegkundigen teruggekeerd naar de zorg. Op het inzetten van deze twee groepen kan nog meer dan nu worden ingezet, door hen bijvoorbeeld combinatiebanen aan te bieden en hen zo te behouden voor de zorg.

3. *Verkleinen van de uitstroom*: door te focussen op behoud van verpleegkundigen kan uitstroom worden verminderd. De crisis maakt duidelijk dat een herwaardering van de publieke sector noodzakelijk is en die herwaardering moet gematerialiseerd worden. Verkleinen van de uitstroom is de meest effectieve manier om op korte en lange termijn te zorgen dat verzorgenden en verpleegkundigen voor het vak behouden blijven. In het evaluatierapport van het programma 'Werken in de Zorg' van eind december 2019 wordt aangegeven dit te bereiken is door goed werkgeverschap: meer aandacht voor verminderen van de werkdruk, zorgen voor uitdaging in het werk, meer tijd voor de patiënten en cliënten, goede loopbaanpaden, zeggenschap en salaris. Hier moet *nog meer dan* nu op worden ingezet.

Naast de arbeidsmarktkrapte, zijn voor de langdurige inzetbaarheid ook de psychische belasting, ziekteverzuim en verlofuren van belang. Uitval van ervaren verpleegkundigen en verzorgenden zet de kwaliteit van zorg sterk onder druk. Voor het leveren van effectieve en efficiënte zorg is contextgebonden kennis en ervaring nodig. Oproepkrachten en flexibele medewerkers kunnen dat niet een-op-een opvangen.

Psychische belasting, ziekteverzuim en verlofuren

In de afgelopen jaren was de werkdruk hoog. Vijftig procent van de verzorgenden en verpleegkundigen gaf in het afgelopen jaar aan dat zij bijna altijd snel moesten werken en weinig mogelijkheden hadden om hun werk zelf in te delen. In totaal had 20% maandelijks klachten van burnout. Een klein deel van deze groep ontwikkeld daadwerkelijk een burnout. In de afgelopen 10 weken hebben verzorgenden en verpleegkundigen dagelijkse zorg en begeleiding gegeven aan patiënten in moeilijk omstandigheden. Dit betreft onder andere zorgen hebben over zelf besmet raken of familie of patiënten besmetten, onzekerheid over de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen, vraagstukken over leven en dood en familieleden die niet aanwezig konden zijn, zorgen over het borgen dan wel het los moeten laten van hun professionele normen over patiënt veiligheid en kwaliteit van zorg. De eerste cijfers uit het buitenland laten zien dat vooral verzorgenden en verpleegkundigen een groot risico lopen op het ontwikkelen van klachten van depressie, angst, slapeloosheid. In een peiling van V&VN onder 10.000 leden van 1 mei 2020 is zichtbaar dat 70% een extra psychische belasting ervaart in vergelijking met voor de covid-pandemie. De meeste verpleegkundigen ervaren klachten van vermoeidheid, stress, rusteloosheid en onzekerheid. In de verpleeghuizen en GGZ wordt daarnaast nog machteloosheid ervaren. Positief is dat 70% van de verzorgenden en verpleegkundigen aangeeft dat de werkgever goede psychische begeleiding heeft georganiseerd. In de Vernet-ziekteverzuimcijfers van maart is een absolute stijging van het ziekteverzuim ten opzichte van 2019 zichtbaar voor alle werkvelden. Voor de VVT lag het ziekteverzuimpercentage op 9,2%, gevolgd door de gehandicaptenzorg (8,5%), de GGZ (8,2%) en ziekenhuizen (7,2%). In de eerste vier weken van april zien we dat er meer mensen worden beter gemeld dan dat er worden ziekgemeld. Naar verwachting is het ziekteverzuim in april dus gedaald, maar het is nog de vraag is hoe snel dit gaat. We hebben nu ook te maken met uitgestelde vakanties en extra gewerkte uren die nog opgenomen moeten worden, waarbij druk op de collega's kan stijgen. Het vraagt dat we ons bewust zijn van het verhoogde risico dat verzorgenden en verpleegkundigen lopen om als gevolg van de toegenomen werkdruk en psychische belasting ziek te worden. Daarom is monitoring van ziekteverzuim en psychische belasting en goede begeleiding nu en in de toekomst belangrijk. Een goed inzicht hierin is een noodzakelijke voorwaarde om de transitie richting de reguliere zorg op een verantwoorde wijze te maken. Aandacht voor het voorkomen ziekteverzuim kan niet genoeg benadrukt worden. De uitvoering en kwaliteit van zorg staat of valt met voldoende beschikbaarheid van zorgprofessionals. Voorkomen is beter dan genezen. Nu te weinig aandacht hiervoor, leidt tot grotere problemen in de nabije toekomst.

Advies

Met de beroepsvereniging (V&VN) werkgevers (NFU, NVZ, Actiz, GGZ-NL en VGN), en de bonden (NU'91, FNV, CNV) moet een plan gemaakt worden dat zich richt op de langdurige inzetbaarheid van

verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten bij de transitie richting de reguliere zorg. Bij dit plan moeten uitdrukkelijk praktiserende verpleegkundigen en verzorgenden vanuit alle velden van de zorg meedenken. Door hen aan tafel te zetten kan gericht besproken worden wat de minimale eisen aan kwaliteit van zorg zijn, wat vanuit patiënten- en zorgverlenersperspectief noodzakelijke zorg is, hoe administratieve lasten verminderd kunnen worden en op welke manier betere ondersteuning van facilitaire diensten kan leiden tot meer patiëntgebonden tijd. Wat betreft de arbeidsmarktkrapte zitten de grootste mogelijkheden in inzetten op het bieden van combinatiebanen voor verzorgenden en verpleegkundigen die tijdens de covid-pandemie zijn teruggekeerd naar de zorg. Zij zijn mogelijk bereid voor een langere periode terug te keren. Daarnaast is het inzetten op het behoud van verzorgenden en verpleegkundigen essentieel. De manier waarop hier invulling aan gegeven wordt moet in het plan terugkomen.

Daarnaast hebben verzorgenden en verpleegkundigen afgelopen maanden extra gewerkt, geen vakantie op kunnen nemen, langere diensten gedraaid. Het is noodzakelijk dat zij voldoende hersteltijd hebben, zodat de impact van deze crisisperiode niet leidt tot een toename van uitval (door ziekte of door uitstroom) bij de beroepsgroep. Het vraagt dat er beter inzicht komt in de opgebouwde verlofuren via de werkgevers en een blijvende monitoring van het ziekteverzuim, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen uitval door fysieke en psychische oorzaken. Dit kan nu niet afgeleid worden uit de ziekteverzuimcijfers, waardoor tijdig anticiperen niet mogelijk is. De vraag is op welke manier hier landelijk inzicht in verkregen kan worden.

Naast het registreren van het ziekteverzuim is het wenselijk om proactief te monitoren op het ontstaan van klachten van burnout, post-traumatische stressklachten en depressie als gevolg de covid-pandemie. Mijn advies is om een opdracht voor uit te zetten voor het opzetten van een landelijk monitoringssysteem en hier deskundigen uit de psychologie, traumabegeleiding, arbeidsgeneeskunde, ministerie van defensie, verpleegkunde en geneeskunde bij te betrekken. De meeste werkgevers bieden al psychische begeleiding aan medewerkers. Dit zal op de langere termijn noodzakelijk blijven. Naast proactieve monitoring vraagt dit ook het blijvend aanbieden van goede begeleiding en behandeling. Als ministerie investeert u mede in Zorg na Werk in Coronazorg (ZWIC). Het richt zich nu op zorgverleners die zelf besmet zijn geraakt met covid. Het is wenselijk de vergoeding van de behandeling van zorgverleners die als gevolg van psychische klachten uitvallen hierin mee te nemen en verpleegkundigen in het bestuur van de stichting zitting te laten nemen.

Samenhang tussen ziekenhuiszorg, zorg thuis en verpleeghuiszorg

In de ziekenhuizen is in de afgelopen maanden de gehele organisatie ingericht op het verlenen van zorg aan patiënten met covid. Daartoe is een heel groot deel van de reguliere zorg afgeschaald, zijn covid-verpleegafdelingen ingericht en is de IC-capaciteit vaak meer dan verdubbeld. In de wijkverpleging zijn covid-routes en covid-hotels opgezet, vaak in samenwerking tussen verschillende organisaties en is tegelijk een deel van de reguliere zorg stopgezet. Dit laatste geldt ook voor de huisartsenpraktijk. Er is contact gehouden met patiënten middels telefoontjes en indien noodzakelijk is de zorg thuis geleverd. Door goede triage is het gelukt om een groot deel van deze covid-zorg thuis te leveren. Voor de verpleeghuiszorg geldt dat de huizen ongekend geraakt zijn, door het grote aantal besmettingen, overlijdens en het instellen van het bezoekverbod, waardoor de focus minder op kwaliteit van leven heeft kunnen liggen.

In de keuzes die in de komende maanden gemaakt worden zijn een aantal dingen van belang. Ten eerste worden we bij het maken van de keuzes begrensd door de arbeidsmarktkrapte. Dit betekent dat een structurele verhoging van capaciteit op 1 plek doorwerkt op andere plekken. Dit kan een keuze zijn, maar het is dan belangrijk dat de impact hiervan inzichtelijk wordt gemaakt en dat de verzorgenden en verpleegkundigen vanaf de start hierbij betrokken worden. Ten tweede zal het vraagstuk vanuit de totale keten moeten worden beschouwd.

Als voorbeeld kan het opschalen van de IC-capaciteit worden genomen. U heeft in uw persconferentie aangekondigd dat de IC-capaciteit door moet groeien naar 1700 bedden om voor langere tijd covid-zorg en reguliere zorg naast elkaar te bieden. Dit betekent een groei van 550 extra IC-bedden. Voor de covid-pandemie werd op de Intensive Care gewerkt met een verpleegkundige-patiënt ratio van 1:2. Deze zorg werd geleverd door 3800 FTE IC-verpleegkundige. Het blijvend werken op deze manier vraagt investering in het opleiden. De opleiding duurt 18 maanden. Dit maakt dat een snelle structurele ophoging niet mogelijk is. Het zou een 50% groei betekenen van de opleidingscapaciteit.

Advies

De keus om het aantal IC-bedden blijvend uit te breiden heeft impact op de acute zorg en de capaciteit van verpleegkundigen in de gehele keten. In het plan wat nu gemaakt wordt voor het opschalen van de IC-capaciteit moet allereerst geëxploreerd worden welke impact dit heeft op de zorg op andere afdelingen, binnen en buiten het ziekenhuis. Met de beroepsgroepen in de gehele keten moet besproken worden welke zorg noodzakelijk is en waar prioriteiten gelegd worden om kwaliteit van zorg te kunnen garanderen.

Voor de korte termijn zal een plan gemaakt moeten worden op welke manier een tweede covid-golf opgevangen kan worden. Een optie die geëxploreerd kan worden is om tijdens piekmomenten anders te werken, bijvoorbeeld in een constructie waarbij 1 verpleegkundige voor 3 patiënten zorgt. Dat betekent werken in hetzelfde model waar tijdens de crisis mee is gewerkt. Voor dit model zijn ondersteunende verpleegkundigen nodig. De afgelopen tijd kwamen deze zowel van de operatiekamers (anesthesiemedewerkers, operatie-assistenten), als van de verpleegafdelingen. Zoals hierboven aangegeven is, kan een dergelijke beslissing alleen genomen worden als dit met de verpleegkundigen lokaal in de ziekenhuizen en de regio vanaf de start is overlegd en zij zich hierin kunnen vinden. Hierbij moet, zoals eerder aangegeven, ook worden meegenomen welke administratieve lasten verminderd kunnen worden en op welke manier zij ondersteund kunnen worden. Mochten verpleegkundigen dit willen en het qua capaciteit mogelijk is, dan vraag het met de regionale opleidingsinstituten scholing te ontwikkelen voor de zorg die overgenomen kan worden. De mensen die zich hebben aangemeld voor *extra handen voor de zorg* zouden mogelijk ook nog effectiever ingezet kunnen worden. Een tweede mogelijkheid is nog om sterker in te zetten op de samenwerking met Duitsland zodat een deel van de zorg daar geboden kan worden.

Er loopt momenteel een peiling bij de IC-verpleegkundigen en IC-artsen waarin wordt teruggekeken op de afgelopen periode en vooruit wordt gekeken richting de toekomst. De resultaten ervan worden 20 mei verwacht en geven handvatten voor de inrichting voor de toekomst. Een dergelijk peiling met betrekking tot combineren van covid-zorg en reguliere zorg en de impact op de kwaliteit van zorg en vakinhoud zou uitgebreid kunnen worden naar verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis, wijk, ouderenzorg, operatie-assistenten en anesthesiemedewerkers. Op deze manier kan integraal en vanuit ketenperspectief naar het vraagstuk van transitie naar de reguliere zorg gekeken worden.

Triage en nazorg

Naast de focus op het uitbreiden van de IC-capaciteit is een andere stap die gezet moet worden een reflectie op de uitkomsten van de covid-zorg van de afgelopen maanden. Er hebben ruim 11400 patiënten in het ziekenhuis gelegen en 2800 patiënten op de intensive care gelegen. Het is nog niet bekend wat de uitkomsten van deze patiënten is. Dit vraagt evaluatie van de kenmerken van de patiënten die de opname hebben overleefd en zijn overleden, maar ook wat de ervaringen zijn van deze patiënten. Wat betekent het voor herstel, welke zorg hebben zij nodig? Met deze kennis kan met de huisartsen, praktijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, klinisch geriaters, specialisten

ouderengeneeskunde en IC-artsen gewerkt worden aan een richtlijn voor triage, behandeling en nazorg.

Als geëxploreerd wordt welke extra IC-capaciteit structureel noodzakelijk is, dan betekent dit ook dat er meer capaciteit voor revalidatiezorg en herstelzorg noodzakelijk is, zowel in de medisch-specialistische revalidatie, de geriatrische revalidatiezorg als binnen de wijkverpleging. Er moet dan gewerkt worden aan een opleiding voor verzorgenden en verpleegkundigen betrokken bij de covid-revalidatie. Deze vraagstukken moeten door Actiz, Verenso en V&VN verder worden opgepakt.

Structureel opleiden

Voor de lange termijn is meer structureel opleiden noodzakelijk voor diverse specialismen, zoals afgesproken in de hoofdlijnakkorden. Er wordt nu gewerkt aan modulair onderwijs via de zogenaamde CZO-flexlevel, waarbij op basis van aanwezige competenties wordt nagegaan welke scholing noodzakelijk is. Hiermee kan sneller en in betere aansluiting op de competenties worden opgeleid. Dit is echter nog niet gereed. De NFU en NVZ werken samen met de V&VN om dit proces te versnellen. Het implementeren van de CZO-flexlevel zou versneld ingezet moeten worden. Het geeft verpleegkundigen met een specialisatie de mogelijkheid om sneller de competenties te verwerven die noodzakelijk zijn om over te stappen naar andere specialisatie en sluit daarbij aan bij de wens voor betere en flexibelere loopbaanpaden.

Langdurige zorg

Het laatste onderdeel van dit advies betreft de langdurige zorg, waaronder de wijkverpleging en de verpleeghuizen. Ik zal niet ingaan op de besmettingen in de verpleeghuizen en het opstarten van de bezoeksregeling. Daar wordt momenteel onderzoek naar gedaan en deze resultaten worden eind mei verwacht. Op basis daarvan kunnen keuzes gemaakt worden met betrekking tot het optimaliseren van het gebruik van persoonlijke beschermingsmaatregelen en het verder openstellen van de verpleeghuizen. Het feit dat er een groot aantal infecties is geweest in de verpleeghuizen, maakt echter wel dat er een trend zichtbaar is dat het huidige aantal intramuraal beschikbare lege bedden toeneemt, terwijl we voor de covid-pandemie te maken hadden met grote wachtlijsten. Het is nog onbekend of dit een tijdelijke observatie is, of dat dit een blijvend patroon is. Voor de korte termijn betekent het echter dat een groter deel van de mensen met een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (WLZ) thuis blijft wonen. Dit kan de druk op de mantelzorger, de wijkverpleging en de huisartsenpraktijk verder doen toenemen.

Hoe dit beeld eruitziet is echter nog onbekend. Vooral de wijkverpleging is in de afgelopen tijd nog onderbelicht geweest. Een inventarisatie die ik met meerdere collega-onderzoekers heb uitgevoerd onder wijkverpleegkundigen verspreid over Nederland laat zien dat er een aantal punten zijn, die voor wijkverpleegkundigen relevant zijn voor de uitoefening van hun vak en de kwaliteit van de geleverde zorg. Ten eerste signaleren zij inderdaad dat er meer mensen zijn met een WLZ-indicatie zijn die thuis blijven wonen en dat dit de druk op de mantelzorger doet toenemen. Veel van deze mensen gingen voorheen naar de dagbesteding/behandeling, maar die is momenteel noodgedwongen dicht. Hoe groot deze groep is en wat de impact is van langer thuisblijven is echter nog onvoldoende in beeld. Dit beeld is noodzakelijk om de juiste zorg in te kunnen zetten.

Ten tweede is in de wijkverpleging in overleg met cliënten en hun naasten overlegd op welke manier zorg geboden moest blijven worden. Sommige cliënten hebben zelf hun zorg stopgezet, omdat zij bang waren voor besmetting, bij andere cliënten werd ingeschat dat de zorg tijdelijk verminderd kon worden. Ook bij deze groep geldt dat nog onvoldoende zicht is op de effecten die dit heeft gehad voor cliënten en hun mantelzorgers.

Ten derde zijn in veel regio's covid-teams opgezet, waarbij samenwerking was tussen verschillende aanbieders. Deze teams zijn opgezet los van de reguliere zorg en konden in acute situaties zorg bieden in de thussituaties. De wijkverpleegkundigen die op deze manier hebben gewerkt, en wij gesproken hebben, ervaren dit als zeer positief. Al voor de crisis werd nagedacht hoe acute wijkverpleging ingezet kon worden. De covid-wijkteams hebben hier nu nieuwe ervaringen mee opgedaan. Ook hebben deze teams palliatieve zorg thuis geleverd in samenwerking met de huisarts.

Advies

Om een beter beeld te krijgen van de besmettingen binnen de wijkverpleging en de impact die niet geleverde zorg heeft op cliënten adviseer ik om een landelijk monitoringssysteem op te zetten conform de huidige registratie in de verpleeghuizen en in de huisartsenpraktijk. Op deze manier kan het aantal infecties beter gemonitord, waardoor beschermingsmaatregelen adequaat ingezet kunnen worden, maar ook inzicht verkregen kan worden wat de impact is van (tijdelijk) stopzetten van zorg. Een dergelijke monitoring zou door V&VN, Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap, stichting OMAHA, Actiz en onderzoekers opgezet moeten worden.

Ten tweede is een beter beeld nodig van de verschuiving van WLZ-zorg richting de wijk. Om dit te verkrijgen, is een verkenning met de directie Langdurige Zorg nodig, in samenwerking met experts uit de wijkverpleging, ouderengeneeskunde/zorg en huisartsenzorg. Indien er een toename is van mensen met een WLZ-indicatie die thuis wonen, dan is het inzetten van de specifieke expertise van de casemanager dementie, specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialist in de wijk nodig om cliënten en hun mantelzorgers goed te begeleiden en crisissituaties te voorkomen. Het is daarnaast goed om op korte termijn de dagbesteding en dagbehandeling weer te kunnen openen. Deze faciliteiten zorgen voor een goede invulling van de dagstructuur en ontlasting van de mantelzorger.

Ten derde is een belangrijke vraag hoe voor de langere termijn reguliere en covid-zorg naast elkaar blijven lopen. Dit geldt zowel voor de kortdurende zorg in verpleeghuizen (eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg), de langdurige intramurale zorg als ook de wijkverpleging die noodzakelijk is. Als er blijvende opschaling is van IC-zorg, dan is het bijvoorbeeld aannemelijk dat er ook meer vraag zal zijn naar covid-revalidatiezorg en nazorgprogramma's thuis. Daar is specifieke expertise voor nodig en refereerde ik al aan in de paragraaf over de intensive care. Daarnaast zijn er nu stappen gezet om acute wijkteams in te richten en de vraag is of deze team meerwaarde bieden voor de toekomst.

Punt 2 en 3 van dit gedeelte van het advies vragen om een omvangrijkere toekomstverkenning van de ontwikkelingen van de langdurige zorg, die de basis kunnen vormen voor de transitie van richting de reguliere zorg. De aanbevelingen uit het rapport van de commissie Bos zouden hierbij gebruikt en aangescherpt kunnen worden. De NZA zal hier in ieder geval een rol in spelen, daar waar het gaat om het inzichtelijk maken van de niet geleverde zorg. V&VN, NHG en Verenso zouden samen met de LHV en Actiz en cliënten/ouderenorganisaties deze toekomstverkenning moeten uitvoeren. Ook hier geldt weer dat het essentieel is om ook verpleegkundigen en verzorgenden uit de praktijk hierbij te betrekken omdat zij kunnen formuleren op welke manier dit mogelijk is, waardoor kwaliteit van zorg zo optimaal mogelijk is.

Ik hoop u hiermee voldoende aangrijpingspunten te hebben geboden voor verdere stappen.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Bianca Buurman, Chief Nursing Officer

