

To: 5.1.2e @divosa.nl[5.1.2e @divosa.nl]
Cc: 5.1.2e) [5.1.2e @minvws.nl]
From: 5.1.2e)
Sent: Mon 5/31/2021 9:41:14 AM
Subject: Gebruik en verdeling PBM
Received: Mon 5/31/2021 9:41:14 AM
[LZ-210533 A.docx](#)
[LZ-210533 B.docx](#)
[LZ-210533 C.docx](#)

Beste 5.1.2e

We hadden vorige week een goed gesprek over de lessen die we kunnen trekken uit de Covid crisis ten aanzien van beleid voor mensen met een beperking. Dank voor je bijdrage daaraan!

Op één punt van je inbreng wilde ik als 5.1.2e niet ingaan omdat het een heel aparte discussie is, namelijk je statement dat we eerder eerlijk hadden moeten vertellen dat de richtlijnen voor het gebruik van PBM op schaarste waren gebaseerd en dat het heel lang geduurd heeft dat beschermingsmiddelen ook beschikbaar waren voor de langdurige zorg. Zijnde nauw betrokken bij dat proces, denk ik dat het een stuk genuanceerder ligt (we komen dit beeld vaker tegen in, steeds weer met een andere achtergrond/motivering, zonder nuance, of goede hoor- en wederhoor).

Ik hou het kort en verwijst naar een kamerbrief van 22 september plus RIVM toelichting op het punt van richtlijnen. Er was in het begin een wereldwijde schaarste en de vrees over tekorten was aan de orde van de dag, en we begrijpen goed de zorgen die dat onder personeel heeft veroorzaakt. Veilig werken is immers cruciaal. De schaarste maakte het ook belangrijk dat PBM passend werden gebruikt, namelijk o.b.v. besmettingsrisico, maar dat is iets anders dan stellen dat schaarste de richtlijnen bepaalde. Uiteraard was er ten aanzien van passend gebruik ook voortschrijdend inzicht bij steeds meer kennis over (de transmissie van) het virus en wat wel en niet praktisch was (en dat passend gebruik minder belangrijk wordt als je meer voorraden hebt). De brief bevat ook toelichting over het totstandkomen van de richtlijnen (of beter: uitgangspunten). Hier wreekte zich overigens wel het feit (geen verwijt) dat het "hygiëne-denken" in langdurige zorg voor de crisis op achtergrond was geraakt (dat bleek heel goed daar waar we Defensie-personeel inzette die allereerst met ingrijpende verbeter suggesties kwamen op dit punt). Dat wilden we samen ook, het moest gaan om persoonlijke, liefdevolle zorg, maar in de crisis moest opnieuw een goede balans worden gevonden, dat kostte tijd in de sector, en werd er ook erg naar overheid gekeken (het bezoekverbod was op nadrukkelijk advies van Verenso).

De crisis deed zich aanvankelijk het meest voelen in de acute zorg in ziekenhuizen. De beelden kennen we allemaal nog. Vervolgens bleek dat de situaties in verpleeghuizen en soms ook in gehandicaptenzorg zich lieten vergelijken met die in ziekenhuizen, zeker daar waar het aerosolvormende handelingen betrof zoals intuberen bij Covid19-patiënten. We hebben daartoe de verdeling van PBM aangepast obv die vergelijkbaarheid en de hierboven genoemde richtlijnen (die in derde week van maart werden opgesteld). Dat hebben we eind maart gedaan, de verdeling was eind maart/begin april al een stuk gelijkjer, iets dat we in de weken daarna geformaliseerd en verbeterd hebben. Hier wreekte zich overigens een tweede punt: de aansluiting van sommige partijen op het regionale verband en de organiseerbaarheid van de sector maakte de verdeling niet eenvoudig, wat vooral in de wijkverpleging speelde. Ons stelsel is te gefragmenteerd.

En ja natuurlijk hadden we eerder meer PBM willen hebben en die meteen naar verwacht gebruik zorgbreed willen verspreiden. Aan die intentie zul je ook niet twijfelen, vond het wel nuttig je nog wat mee te geven, in wetenschap dat je daarin geïnteresseerd bent.

Tot een volgende keer!

Groet, 5.1.2e

Brief aan de Voorzitter van de TK,
Onderwerp: Commissiebrief Tweede Kamer inzake verzoek om reactie op bericht mondkapjesrichtlijn RIVM voor ouderenzorg toch gebaseerd op schaarste,
Verzonden d.d. 22 september 2020.