



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Verpleging, verzorging en thuiszorg tijdens de coronacrisis

Sectorrapportage van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

INHOUDSOPGAVE

- I. Inleiding – *een schets van de sector V&V tijdens de eerste golf*
- II. Huidige staat van de sector
 - 2.1. Impact van de uitbraak
 - 2.1.1. Besmettingen onder personeel
 - 2.1.2. Ziekteverzuim personeel
 - 2.1.3. Besmettingen onder cliënten
 - 2.2. Impact van de maatregelen voor de sector verpleging en verzorging
 - 2.2.1. Gevolgen voor de kwaliteit van de zorg
 - 2.2.2. Bezoekregeling
 - 2.2.3. Uitgestelde en afgestelde hulp
 - 2.2.4. Gevolgen voor de doelgroep
 - 2.2.5. Gevolgen voor de financiële situatie
 - 2.3. Nazorg
 - 2.4. Opstarten zorg
- III. Geleerde lessen
 - 3.1. Successen en aandachtspunten
 - 3.1.1. Zorgaanbieders
 - 3.1.2. In de regio
 - 3.2. Wat is de belangrijkste les?
 - 3.2.1. Zorgaanbieder
 - 3.2.2. In de regio
 - 3.2.3. Landelijk
- IV. Voorbereiding op de tweede golf
 - 4.1. Governance/goed bestuur
 - 4.2. Infectiepreventie- en bestrijding
 - 4.2.1. Deskundigheid
 - 4.2.2. Scholing infectiepreventie en persoonlijke beschermingsmiddelen
 - 4.2.3. Persoonlijke beschermingsmiddelen
 - 4.2.4. Medische producten
 - 4.2.5. Regionale samenwerking
 - 4.3. Personeel
 - 4.4. Cliëntenparticipatie
- V. Conclusie
- VI. Aanbevelingen

LEESWIJZER

De sectorrapportage is gebaseerd op ruim 1700 gesprekken die de inspectie in de periode maart tot en met augustus voerde met zorgaanbieders in de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Deze sectorrapportage is opgebouwd uit een aantal delen. Hoofdstuk I informeert de lezer kort over de wijze waarop de IGJ haar rol als toezichthouder op de sector invulde ten tijde van de eerste golf. Daarnaast bevat hoofdstuk I een korte schets van de sector VVT tijdens de eerste golf. Hoofdstuk II geeft op de belangrijkste onderwerpen een beeld van de huidige staat van de sector. Hoofdstuk III beschrijft de geleerde lessen waarbij zowel successen als aandachtspunten worden benoemd. Hoofdstuk IV gaat in op de voorbereiding van de zorgaanbieders op een tweede golf en waar kwetsbaarheden liggen. In hoofdstuk V staan de belangrijkste conclusies en in hoofdstuk VI aanbevelingen.

I. INLEIDING

De afdeling V & V voerde in de afgelopen maanden ruim 1700 gesprekken met de meeste zorgaanbieders in de VVT-sector. In deze gesprekken kwam een breed scala aan onderwerpen aan bod. Zo vroeg de inspectie bijvoorbeeld naar beschikbaarheid van PBM, dilemma's, werkdruk, persoonsgerichte zorg en knelpunten. Zij organiseerde gesprekken met organisaties die verpleeghuiszorg en wijkverpleging leveren. Daarnaast organiseerde zij ook belrondes onder hospices, kraamzorg en afdelingen voor geriatrische revalidatie.

Daarnaast maakte de inspectie de gevolgen van COVID-19 voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg tot integraal onderdeel van haar toezicht. De inspectie ontwikkelde toezichtstrategieën en toetsingskaders op outbreakmanagement en gevolgen van de bezoekregeling. Zij paste bestaande toetsingskaders aan en maakte het tot onderdeel van alle inspectiebezoeken. Ook gaf de inspectie aan dat zorgaanbieders actief moeten melden wanneer een uitbraak van COVID-19 leidt tot risico's voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De inspectie acteert versneld op deze meldingen.

Ook voerde de inspectie thematisch toezicht uit naar outbreakmanagement en de gevolgen van de bezoekregeling. Hierbij spraken zij uitgebreid met veertig zorgaanbieders over de dilemma's, knelpunten, geleerde lessen en voorbereiding op een tweede golf. Met tien zorgaanbieders besprak de inspectie uitgebreid de gevolgen van de bezoekregeling. De inspectie sprak daarbij niet alleen met bestuurders maar ook met cliëntenraden, zorgmedewerkers en behandelaren.

Door middel van ruim 1700 gesprekken met zorgaanbieders kreeg de inspectie een goed beeld van de dilemma's en geleerde lessen uit de sector V & V. Met behulp van aangepaste toezichtstrategieën en toetsingskaders maakte de inspectie de gevolgen van COVID-19 voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg tot integraal onderdeel van haar toezicht.

Een schets van de sector V&V tijdens de eerste golf

De VVT sector is zwaar getroffen bij de uitbraak van COVID-19. In deze sector wordt zorg geboden aan de mensen die vanwege fysieke gesteldheid en ouderdom het meest kwetsbaar zijn. Dit maakt deze groep mensen meer vatbaar voor het virus en maakt daarnaast dat de fysieke gevolgen al snel zwaarder zijn. Daarnaast speelt ook een rol dat in de eerste fase van de uitbraak van COVID-19 de focus van landelijk beleid zich richtte op de cure en specifiek de ziekenhuizen. In de VVT-sector kampte men op dat moment met een grote schaarste aan PBM, zorgverleners mochten pas thuisblijven bij een stapeling van symptomen en er waren nog nauwelijks mogelijkheden om te testen.

Nog voor het bezoekverbod officieel van kracht werd, meldde een eerste verpleeghuis in Limburg haar deuren te sluiten voor bezoek vanwege een uitbraak. Ook andere verpleeghuizen volgden dit voorbeeld. Toen het bezoekverbod werd afgekondigd heeft de sector zich daar grotendeels naar geschikt. Zorgaanbieders geven daarover terug dát er ook veel onwetendheid was over de wijze waarop het virus zich verspreidde en over de ernst van de gevolgen. De afweging tussen veiligheid en kwaliteit van leven is, als je onvoldoende informatie hierover hebt, moeilijk te maken. Onderzoek van het TRIMBOS laat zien dat de bewoners zelf en familie het meest moeite hebben gehad met het

bezoekverbod. Zorgmedewerkers konden zich er meer in vinden dan familie en mantelzorgers, maar maakten zich wel zorgen of zij geen bewoners besmetten.

Toen het bezoekverbod werd afgekondigd, heeft de sector zich daar grotendeels naar geschikt. De afweging tussen veiligheid en kwaliteit van leven is, als je onvoldoende informatie hierover hebt, moeilijk te maken.

Het gebruiken van PBM zoals mondkapjes en schorten geeft de medewerkers ook een veilig gevoel alles te doen wat in hun vermogen ligt om verspreiding van het virus te voorkomen. In de sector werden tijdens deze eerste fase daarom creatieve oplossingen bedacht zoals het gebruiken van regenponcho's om schorten te maken. Dat dit verspreiding van het virus niet kon voorkomen maar wel een gevoel van veiligheid gaf, leidde tot de nodige discussies.

In de eerste weken lukte het de sector onvoldoende om aan te sluiten bij regionale en landelijke afstemming en bij regionale distributie van PBM. Zorgaanbieders gaven aan dat de ROAZ-structuur onvoldoende kennis had van en oog voor de VVT. De focus van het ROAZ lag bij de acute zorg. In Brabant organiseerden een groot aantal zorgaanbieders zich in het RONAZ (Regionaal Overleg Niet Acute Zorg). Dit is een samenwerking tussen zorgaanbieders in de niet-acute zorg die zo, beter georganiseerd, wel kon aansluiten bij regionale en landelijke overleggen en distributie van beschermingsmiddelen. Na Brabant organiseerden ook zorgaanbieders in andere regio's zich in een regionaal samenwerkingsverband. Wel bleef een zorgpunt dat kleinere zorgaanbieders buiten de randstad en kleinere thuiszorgorganisaties de weg naar regionale en landelijke structuren moeilijker konden vinden.

Een groot aantal zorgaanbieders organiseerde zich in een regionaal samenwerkingsverband. Een samenwerking tussen zorgaanbieders in de niet-acute zorg die zo, beter georganiseerd, wel kon aansluiten bij regionale en landelijke overleggen en distributie van beschermingsmiddelen.

Binnen de regio's kwamen er allerlei samenwerkingsverbanden tot stand en samenwerking in bestaande samenwerkingsverbanden werd geïntensiveerd. Zo ontstonden er samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders over bijvoorbeeld het gezamenlijk oprichten van een cohortafdeling of een gezamenlijke corona thuiszorgroute. Ook voor het sneller kunnen laten testen werden contacten in de regio aangeboord.

Zorgaanbieders gaven aan dat de richtlijnen en protocollen van bijvoorbeeld Verenso, RIVM en de GGD van elkaar verschilden en ook steeds veranderden. Dit maakte het voor veel zorgaanbieders ingewikkeld om hun beleid hierop (steeds) aan te passen.

Zorgaanbieders waren binnen een regionaal overleg zoals een RONAZ beter georganiseerd. Naarmate ook de nood met betrekking tot PBM minder hoog was, werden de discussies over wat kwaliteit van leven is steeds vaker publiek gevoerd. Schrijnende situaties en de noodzaak en gevolgen van de bezoekenregeling werden besproken. Zorgaanbieders meldden ook bij de inspectie de dilemma's. Regelmatig hoorde de inspectie van zorgaanbieders bijvoorbeeld dat er op de pg-

afdelingen juist meer rust heerste dan voorheen en dat cliënten hier baat bij hadden. Dit terwijl op de somatische afdelingen juist meer onrust heerste.

Naarmate de nood met betrekking tot PBM minder hoog was, werden de discussies over wat kwaliteit van leven is steeds vaker publiek gevoerd. Schrijnende situaties en de noodzaak en gevolgen van de bezoeksregeling werden besproken.

De creatieve aanpassingen zoals beeldbellen waren relevant voor een deel van de cliënten. Niet voor alle ouderen was het echter helpend en begrijpelijk. Door families werd wisselend gereageerd. Naast begrip van sommigen, was er ook onbegrip en boosheid bij anderen. Meerdere keren hoorde de inspectie dat familieleden door het raam of de achterdeur naar binnen gingen en dat personeel zich soms ook bedreigd voelde. De discrepantie tussen personeel dat wel naar binnen mocht en familie die dit niet mocht, ging steeds meer wringen.

Ook in de wijkverpleging ontstonden creatieve ideeën om contact te blijven houden met cliënten die de zorg weigeren of waarbij eenzaamheid de kop op dreigt te steken. Zo ging een aantal thuiszorgorganisaties bijvoorbeeld buiten de indicatie om, extra taken uitvoeren die vanuit de WMO werden afgeschaald.

Als het gaat om verzuim onder zorgverleners waren de verschillen tussen organisaties groot. Aan de ene kant was de motivatie bij veel zorgverleners groot, soms groter dan voor de crisis. Anderzijds hadden organisaties met grote uitbraken ook onder medewerkers, enorme moeite om voldoende personeel in te zetten. Een aantal zorgaanbieders kreeg ondersteuning vanuit Defensie.

Steeds indringender werd de roep om de impact van de maatregelen op de kwaliteit van leven beter af te wegen tegen het voorkomen van verspreiding van het virus. En de sector drong aan op sneller versoepelen van de maatregelen, meer maatwerk en weer meer verantwoordelijkheden terugleggen bij de sector.

Dit neemt niet weg dat een deel van de zorgaanbieders zich overvallen heeft gevoeld door de versnelde openstelling per 25 mei 2020 en het heel lastig vond om de nieuwe bezoeksregeling in goede banen te leiden.

Steeds indringender werd de roep om de impact van de maatregelen op de kwaliteit van leven beter af te wegen tegen het voorkomen van besmetting. Toch voelde een deel van de zorgaanbieders zich overvallen door de versnelde openstelling.

In de loop van de maanden begonnen zorgaanbieders zich steeds meer zorgen te maken over de financiële gevolgen van de crisis. Zo werd men geconfronteerd met leegstand, afschaling van de zorg, extra kosten die werden gemaakt voor bijvoorbeeld de inkoop van steeds duurder wordende PBM en het laten testen van medewerkers. De roep om financiële compensatie werd steeds groter. De inmiddels door de overheid gecreëerde regelingen hebben de zorgen hierover niet (volledig) weg kunnen nemen.

II. HUIDIGE STAAT VAN DE SECTOR

2.1 Impact van de uitbraak

2.1.1 *Besmettingen onder personeel*

In de maanden juli en augustus 2020 hebben de meeste zorgaanbieders waarmee de inspectie spreekt geen personeelsleden die besmet zijn met COVID-19. Bij de zorgaanbieders waar wel personeelsleden besmet zijn met COVID-19 gaat dit om relatief kleine aantallen van het volledige personeelsbestand. Doordat in de afgelopen twee maanden meer testen beschikbaar waren en laagdrempeliger getest werd, lag het aantal medewerkers dat zich liet testen aanzienlijk hoger dan in de maanden maart, april en mei. De medewerkers die besmet zijn, werken vooral in Noord-Holland, Zuid-Holland en Brabant Zuid-Oost.

Een aantal grote zorgaanbieders heeft, al dan niet in samenwerking met andere zorgaanbieders, eigen testmogelijkheden om personeelsleden direct te laten testen in plaats van door de GGD. Dit helpt om het verzuim in te perken omdat de uitslag binnen uiterlijk 12 uren bekend is in plaats van binnen de uiterlijk 48 uren via het testen door de GGD. Omdat het merendeel van de geteste medewerkers geen COVID-19 heeft, kunnen zij eerder weer aan het werk. Dat is gemiddeld drie dagen sneller dan via het testen door de GGD.

2.1.2 *Ziekteverzuim personeel en ervaren (psychosociale) werkdruk*

De inspectie sprak met 40 zorgaanbieders over outbreakmanagement. Voor de meeste van deze zorgaanbieders geldt dat zij in de zomer van 2020 tussen 0 en 2% meer verzuim benoemen, in vergelijking met de zomer van 2019. Alle zorgaanbieders geven aan dat zorgverleners op vakantie moeten kunnen. Zorgaanbieders willen daarmee zorgdragen dat hun medewerkers tot rust kunnen komen na de eerste periode besmettingen met COVID-19. Zorgaanbieders geven aan daarbij, over het algemeen, geen grote problemen te ondervinden bij het invullen van de diensten.

Meer dan de helft van deze zorgaanbieders met wie de inspectie in juli en augustus spreekt, benoemt dat de werkdruk vergelijkbaar is met de periode voor COVID-19. Wel geven zij aan dat zij het lastig vinden hier een goed antwoord op te geven. Dit komt omdat naast feitelijke werkdruk ook ervaren werkdruk een rol speelt. Bij een aantal van de zorgaanbieders lopen nog evaluaties onder zorgverleners. De meeste zorgaanbieders leiden de werkdruk af van het aantal zorgverleners dat uitvalt door overbelasting. Een klein aantal thuiszorgaanbieders benoemt dat de feitelijke werkdruk lager is omdat nog niet alle cliënten die tijdens de periode met COVID-19 zelf de wijkverpleging stopzetten, terug in zorg zijn. De zorgaanbieders waar het verzuim in de zomer hoger ligt dan in de zomer van 2019 benoemen dat door de combinatie van verzuim en verlof dat zorgverleners opnemen de werkdruk hoger ligt.

De feitelijke werkdruk van zorgmedewerkers lijkt op dit moment niet hoger te liggen dan anders. Zorgaanbieders onderzoeken nog bij hun medewerkers of dit ook geldt voor de ervaren werkdruk.

Zorgverleners blijven zich zorgen maken dat zij besmet raken met COVID-19. Vooral omdat zij bang zijn dat zij dan ook cliënten besmetten. Familieleden van cliënten geven zorgverleners soms de

schuld als een cliënt (mogelijk) besmet is. Een uitgebreide nieuwsuitzending in juli over dit onderwerp bevestigt en versterkt dit beeld. Vooral de zorgaanbieders in gebieden waar veel besmettingen zijn geweest of nu besmettingen zijn, benoemen een hogere psychische belasting van zorgverleners. Zorgaanbieders benoemen verscheidene manieren waarop zij hun zorgverleners steunen en ondersteunen. Binnen de zorgteams is er aandacht voor en veel zorgaanbieders bieden de zorgverleners ondersteuning door bijvoorbeeld gesprekken met een geestelijk verzorger, een psycholoog of maatschappelijk werker, naast de steun vanuit het team.

Zorgverleners maken zich zorgen dat zij besmet raken met COVID-19 en hun cliënten besmetten. Zorgaanbieders ondersteunen hun medewerkers door bijvoorbeeld het bieden van gesprekken met een geestelijk verzorger, psycholoog of maatschappelijk werker.

2.1.3. Besmettingen onder cliënten

Sinds medio maart 2020 registreren specialisten oudergeneeskunde in verschillende EPD-systemen vermoedens van besmettingen. Veel cliënten werden niet getest dus exacte gegevens zijn niet beschikbaar. De gegevens zijn verzameld vanuit verschillende EPD-systemen en niet op verschillen tussen regio's onderzocht.

De cijfers in verpleeghuizen lieten sinds juni 2020 twee maanden een stabiel laag beeld zien. Nu nemen besmettingen weer toe. In totaal zijn er sinds maart in de verschillende EPD-systemen 11.090 patiënten geregistreerd met (mogelijk) COVID-19 in verpleeghuizen (Verenso, 18 augustus 2020). Dit zijn vrijwel allemaal verdenkingen op COVID-19. De cijfers laten verder vooral een toename zien in het aantal mensen dat negatief is getest op COVID-19. Dit komt doordat er meer getest kan worden. Zorgaanbieders benoemen dat er lokale uitbraken zijn die zij op dit moment kunnen opvangen.

Tussen 21 juli en 24 augustus 2020 raakten in 94 verpleeghuizen cliënten besmet. Dit getal is een inschatting van het aantal nieuwe verpleeghuislocaties waar sprake is van tenminste één COVID-19-besmetting op basis van een positieve test. Een verpleeghuis wordt meegeteld als 'nieuwe locatie' wanneer er tenminste 28 dagen, dit is twee keer de incubatietijd, geen nieuwe patiënten zijn geweest.

Registraties van besmettingen door specialisten oudergeneeskunde in verschillende EPD-systemen lieten sinds juni een stabiel laag beeld zien. De besmettingen nemen nu weer toe.

2.2. Impact van de maatregelen voor sector verpleging en verzorging

2.2.1 Gevolgen voor de kwaliteit van de zorg

Tijdens de eerste golf komt de persoonsgerichte zorg onder druk te staan. Binnen de sector worden maatwerkoplossingen bedacht. Al bieden deze oplossingen niet altijd het gewenste resultaat. Cliënten met dementie konden bijvoorbeeld niet naar de dagopvang. En hoewel er wel individuele begeleiding mogelijk was, betekende de situatie een zwaardere belasting van mantelzorgers. Door de grote schaarste aan PBM hebben veel zorgverleners zich zorgen gemaakt of zij voldoende beschermd konden werken. De regelmatig veranderende richtlijnen vanuit bijvoorbeeld het RIVM brachten veel

onrust. Daarbij beschikten niet alle zorgverleners over voldoende actuele kennis over infectiepreventie. Ook kwam het multidisciplinair werken onder druk te staan doordat bijvoorbeeld specialisten oudergeneeskunde en andere paramedici vooral op afstand werkten. Na de openstelling van verpleeghuizen voor bezoek starten de (para)medici weer met het bezoeken van cliënten. Een deel van de zorgaanbieders vertelt dat zij gedurende de periode met COVID-19 het scholingsprogramma en de implementatie van de Wet zorg en dwang (Wzd) tijdelijk hebben stilgezet. Nu gaan zorgaanbieders scholingsprogramma's en implementatie van de Wzd weer opstarten. Volgens de bestuurders waarmee de inspectie sprak, bleven de zorgverleners wel bevoegd en bekwaam zodat voorbehouden handelingen uitgevoerd konden blijven worden.

Tijdens de eerste golf kwam de persoonsgerichte zorg onder druk te staan en voelden mantelzorgers zich zwaarder belast. Niet alle zorgaanbieders hadden de kennis over infectiepreventie up-to-date en multidisciplinair werken kwam onder druk te staan.

2.2.2. Bezoekregeling

Uit alle gesprekken die de inspectie met zorgaanbieders voert blijkt dat de landelijke noodverordening waarbij in verpleeghuizen geen bezoek meer wordt toegelaten, een grote impact heeft op de sector.

De inspectie spreekt aanvullend in de maanden juli en augustus met tien zorgaanbieders uit verschillende regio's specifiek over de impact van de bezoekregeling. Alle tien zorgaanbieders geven aan dat de bezoekregeling hen regelmatig voor ingewikkelde dilemma's stelde. Zij vertellen dat persoonsgerichte zorg en maatwerk onder druk kwam te staan.

Een aantal gesprekspartners geeft aan dat zij vinden dat de sector zich te gemakkelijk schikte naar de noodverordening. Alle zorgaanbieders geven aan dat zij bij een eventuele tweede golf geen voorstander zijn voor landelijke maatregelen. Zij willen zorg op maat kunnen leveren en vinden dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg weer teruggelegd moet worden bij de zorgaanbieder.

Transparante en eenduidige communicatie naar cliënten, familie en medewerkers zorgde voor meer begrip. Het werken met digitale middelen voor communicatie werd in sommige situaties als helpend ervaren. Zo werden er vaker multidisciplinaire overleggen gehouden met behulp van digitale middelen. Tegelijkertijd bleken digitale middelen niet altijd goed te werken voor cliënten bij het onderhouden van contact met hun familie. Met name cliënten met dementie begrepen niet altijd hoe het werkte en hadden moeite met het herkennen van familieleden.

2.2.3 Uitgestelde en afgestelde hulp

Afhankelijk van het aantal besmette cliënten en/of zorgverleners tijdens de periode met COVID-19 hebben zorgaanbieders de zorg zelf afgeschaald naar het niveau van noodzakelijke zorg of basiszorg. Vooral in de wijkverpleging stopten cliënten zelf de wijkverpleging of wilden minder uren zorg. Dit was vooral in de periode dat er voor zorgverleners in de wijkverpleging onvoldoende PBM voorhanden was. De voorschriften over het wanneer wel of niet dragen van PBM, werden als niet eenduidig ervaren. Cliënten en een deel van de zorgverleners wilden dat zorgverleners preventief PBM droegen.

In de verpleeghuizen stopten tijdens de lock-down de groepsactiviteiten. Vaak kwam daar individuele begeleiding voor in de plaats. Alleen was het aantal uren individuele begeleiding niet vergelijkbaar met de uren groepsactiviteiten.

Vooraf in de wijkverpleging stopten cliënten zelf de zorg of wilden minder uren zorg. Schaarste aan PBM en angst besmet te raken speelde hierbij een rol.

Verpleeghuiszorg

In de maanden juli en augustus 2020 hoort de inspectie dat alle dagactiviteiten, zoals aangeboden in de periode voor COVID-19, weer zijn opgestart. Vanwege de 1.5 meter afstand zijn alleen de groepen kleiner.

De hoeveelheid zorg is volgens zorgaanbieders vergelijkbaar met de verzorging die cliënten kregen tijdens en voor de periode met COVID-19.

Thuiszorg

Niet alle cliënten willen al gebruik maken van de hoeveelheid zorg die zij hadden voor de periode met COVID-19. Hierbij speelt angst voor besmetting een belangrijke rol. Daarbij merken zorgaanbieders dat het aantal mantelzorgers dat overbelast is, toeneemt. Mogelijk hangt dit met elkaar samen.

2.2.4 Gevolgen voor de doelgroep

Enzaamheid

Cliënten met somatische problemen die voor de periode met COVID-19 vaak bezoek kregen, geven aan dat zij blij zijn dat zij hun familie en vrienden weer kunnen zien. Op de PG-afdelingen was minder goed zichtbaar wat het weer mogen ontvangen van bezoek met cliënten deed. Wel waren familieleden blij de cliënten weer te zien. Maar er was ook verdriet. De inspectie hoorde van schrijnende situaties waarbij cliënten hun familieleden niet meer herkenden. Op de PG-afdelingen bracht het wegvallen van bezoek de cliënten soms ook rust.

Zorgaanbieders geven aan dat zij (agressie)incidenten op deze afdelingen weer zien toenemen en verklaren dit vanuit de veranderingen voor de cliënten doordat instellingen weer opengaan voor bezoek.

Cliënten met somatische problemen gaven aan blij te zijn dat zij hun familie en vrienden weer konden zien. Op PG-afdelingen was minder goed zichtbaar wat het weer mogen ontvangen van bezoek met cliënten deed. De inspectie hoorde van schrijnende situaties maar ook dat het wegvallen van bezoek op de PG-afdelingen soms meer rust bracht.

Fysiek welbevinden

Nu cliënten weer meer kunnen wandelen en de fysiotherapie weer is gestart, benoemt een aantal zorgaanbieders dat cliënten weer fitter worden. Er zijn ook zorgaanbieders die geen verschil zien in de fysieke gesteldheid van cliënten tussen de periode met COVID-19 en nu.

Positieve gevolgen

Bestuurders benoemen dat zij van zorgverleners horen dat het voor familie erg fijn is dat zij weer op bezoek kunnen komen. Ook geven bestuurders aan dat sociale teruggetrokkenheid en somberheid bij cliënten wat lijkt af te nemen. Als een van de redenen benoemen zorgaanbieders dat cliënten weer meer hun routines kunnen oppakken en bijvoorbeeld een boodschap kunnen gaan doen.

Activiteiten

Bij alle gesproken zorgaanbieders zijn de activiteiten weer opgestart en is de dagopvang voor de cliënten in de thuiszorg gestart. Maar omdat de groepen vanwege de 1.5 meter afstand kleiner zijn dan voorheen, kunnen niet alle cliënten in de thuiszorg het gewenste aantal dagen naar de dagopvang. Sommige zorgaanbieders proberen bijvoorbeeld wel om op meerdere dagen of dagdelen, ook in het weekeinde, dagopvang aan te bieden. Maar deze uitbreiding van locaties en dagdelen is onvoldoende om alle cliënten de dagopvang te bieden die zij nodig hebben.

Activiteiten en dagopvang zijn weer opgestart. Omdat de groepen vanwege de anderhalve meter afstand kleiner zijn dan voorheen, kunnen niet alle cliënten in de wijkverpleging het gewenste aantal dagen naar de opvang.

2.2.5 Gevolgen voor de financiële situatie

De meeste zorgaanbieders benoemen dat de compensatieregeling nog niet volledig is geëffectueerd. Dat geldt ook voor PGB-gefinancierde kleinschalige woonzorgvoorzieningen. Ook geven zorgaanbieders aan nog onvoldoende duidelijkheid te hebben over de lege bedden vanaf september 2020. Wel komt de instroom weer op gang. Daarnaast geven zorgaanbieder in heel Nederland aan dat de doorverwijzingen vanuit huisartsen en instroom vanuit ziekenhuizen nog achter blijven. Er is en wordt fors geïnvesteerd om de zorg goed te organiseren binnen de COVID-19-maatregelen. Als gevolg van de maatregelen zijn extra kosten gemaakt. Bijvoorbeeld voor het inrichten van gezamenlijke cohortafdelingen in de regio of COVID-19-routes in de thuiszorg.

Veel zorgaanbieders maken zich zorgen of het in 2021 zal lukken financieel gezond te blijven. De extra kosten in 2020 en de onzekerheid over de komende periode kunnen invloed hebben op investeringen en daarmee gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg.

2.3. Nazorg

Verschillende zorgorganisaties geven aan goed te willen communiceren met cliënten en hun familie over volgende stappen en afwegingen die zij daarin maken. Dit doen organisaties op verschillende

manieren; door nieuwsbrieven, filmpjes, online bijeenkomsten etc. Voor de nazorg aan cliënten zetten zorgaanbieders bijvoorbeeld geestelijk verzorgers en psychologen in.

De zorgaanbieders zorgen ook voor goede informatievoorziening voor zorgverleners. Zorgverleners helpen elkaar, worden ondersteund door direct leidinggevenden en kunnen ondersteund worden door behandelaren. Zorgmedewerkers vertellen de inspectie dat zij relatief weinig gebruik maken van nazorg door behandelaren en vooral de steun bij elkaar zoeken.

Helpend is dat in verschillende regio's de samenwerking tussen zorgaanbieders is versterkt. Meerdere zorgaanbieders geven aan dit vast te willen houden en deze samenwerking te benutten voor bijvoorbeeld het uitwisselen van ideeën met betrekking tot nazorg.

Onderzoeken wijzen uit dat adequate nazorg negatieve langetermijneffecten zoals burn-out en depressie kan voorkomen.

Samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio dragen bij aan het bieden van adequate nazorg aan zorgverleners. Zorgaanbieders wisselen ideeën met elkaar uit.

2.4. Opstarten zorg

Verpleeghuiszorg

Zorgaanbieders benoemen dat wachtlijsten vergelijkbaar zijn met de periode voor COVID-19. In Brabant-Zuidoost (regio Eindhoven) hebben zorgaanbieders een gezamenlijke wachtlijst waardoor cliënten snel geplaatst kunnen worden op de meest passende plek in combinatie met de gewenste plek van de cliënt. Cliënten die moeten wachten totdat zij inhuizen, krijgen bij een aantal thuiszorgaanbieders thuiszorg in de vorm van Volledig Pakket Thuis (VPT). Nieuwe cliënten worden meestal getest op COVID-19 vlak voordat zij in een verpleeghuis komen wonen. Zo hoeven zij niet 14 dagen in quarantaine als zij naar een verpleeghuis zijn verhuisd. Niet alle huisartsen en GGD'en willen meewerken aan een COVID-19 test. Uit onderzoek blijkt dat het voor met name PG-clieënten erg belastend is om bij een opname in een verpleeghuis 14 dagen in quarantaine te moeten.

Wachtlijsten in verpleeghuiszorg zijn niet langer dan in de periode voor COVID-19. Sommige zorgaanbieders voeren gezamenlijke wachtlijsten waardoor cliënten sneller terecht kunnen op een passende plek.

De zorgaanbieders met een GRZ-afdeling hebben nog steeds lege bedden. Dit komt vooral doordat de zorg in ziekenhuizen nog niet terug is op het oude niveau en ziekenhuizen daardoor nog minder mensen doorverwijzen naar de GRZ-afdelingen.

In de regio's Noord-Holland, Drenthe, Brabant Zuidoost en Limburg hebben alle ondervraagde zorgaanbieders 20 tot 40 lege bedden die nu weer bezet gaan worden. Wel merken zorgaanbieders dat familie en/of cliënten terughoudend zijn ten aanzien van een verhuizing naar een verpleeghuis. Als reden wordt aangegeven de angst bij cliënten en familie voor een volgende lockdown en de angst voor besmetting met COVID-19.

Door uitgestelde zorg in de ziekenhuizen hebben afdelingen voor geriatrische revalidatie nog steeds lege bedden.

Doordat mensen langer (te lang) wachten met verhuizing naar een verpleeghuis krijgen de verpleeghuizen vaker te maken met crisisplaatsingen van cliënten die echt niet langer thuis kunnen blijven wonen. Hierbij moet een huisarts en/of wijkverpleegkundige vaker ingrijpen omdat de situatie thuis niet meer houdbaar is. Onderzoek van Verenso wijst uit dat cliënten hierdoor minder makkelijk kunnen wennen in een verpleeghuis. Dit kan leiden tot meer stress bij de cliënt, de mantelzorger en familie.

Verpleeghuizen krijgen vaker te maken met crisisplaatsingen van cliënten die niet langer thuis kunnen blijven wonen.

Wijkverpleging

Alle gesproken thuiszorgaanbieders geven aan dat zij geen problemen ondervinden bij het opstarten van zorg. Een groot deel van de cliënten is weer terug in zorg. Met de cliënten die nog niet terug willen in zorg houden zij wekelijks contact. Ook in de wijkverpleging blijft de instroom van nieuwe cliënten achter. Een van de oorzaken hiervan is dat de zorg in ziekenhuizen nog niet terug was op het oude niveau.

De hoeveelheid wijkverpleging is bij de meeste thuiszorgaanbieders (bijna) weer terug op het niveau van voor de periode met COVID-19. Thuiszorgaanbieders merken dat cliënten en hun mantelzorgers/familie voorzichtig blijven.

Sommige thuiszorgaanbieders gebruiken de periode na COVID-19 om opnieuw te kijken of de zorg die zij boden altijd nodig was. Dit doen zij in samenspraak met de zorgverzekeraar. Een wijkverpleegkundige bepaalt dan in samenspraak met cliënten wat zij echt aan zorg nodig hebben.

Bij bijna alle thuiszorgaanbieders kunnen nieuwe cliënten direct instromen. De thuiszorgaanbieders werken soms samen. Dan start de ene thuiszorgaanbieder eerst op totdat er ruimte is in een route van de thuiszorgaanbieder die de cliënt gekozen heeft. Ook is in sommige thuiszorgregio's een app in gebruik waarmee transferverpleegkundigen van ziekenhuizen werken. Met behulp van deze app weten zij welke thuiszorgaanbieder plek heeft. Ook is zichtbaar welke zorg deze aanbieder kan leveren en of die past bij de wensen van de cliënt.

De hoeveelheid wijkverpleging is bij de meeste thuiszorgaanbieders (bijna) weer terug op het niveau van voor COVID-19. Wel merken thuiszorgaanbieders dat cliënten en hun mantelzorgers/familie voorzichtig blijven.

Handhaven 1,5 meter

Cliënten (m.n. met dementie) in verpleeghuizen kunnen moeilijk afstand houden. Zorgaanbieders benoemen dat psychogeriatrische cliënten daarop onvoldoende te begeleiden zijn. Dit levert dilemma's op bij het bieden van zorg. Zo vertelt een zorgaanbieder dat bij zijn organisatie in

samenspraak met een specialist ouderenzorg en de cliëntenraad besloten is dat als er op een PG-afdeling waar cliënten besmet zijn met COVID-19, de hele afdeling gezien wordt als een cohort-afdeling. Zorgaanbieders doen dit om te voorkomen dat cliënten moeten worden opgesloten op hun kamer. Zorgaanbieders zijn terughoudend met het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo vertelt een zorgaanbieder dat hij een cliënt, besmet met COVID-19, en met loopdrang geen sederende medicatie wil geven.

Een SO verduidelijkt dit als volgt: "Zodra een cliënt positief getest is op een PG-afdeling heeft hij andere cliënten al besmet. Deze besmetting is niet te voorkomen. Wel kunnen wij als artsen proberen het aantal besmettingen te beperken binnen een locatie door met cohorten te werken". De SO vertelt daarbij dat dergelijke risico's besproken zijn met mantelzorgers en familie van cliënten waarbij gezocht wordt naar maatwerk per cliënt en welbevinden een belangrijke plek in blijft nemen.

Bewoners van een PG-afdeling zijn vaak minder goed te begeleiden op het houden van anderhalve meter afstand tot elkaar.

De cliënten en hun familie hebben behoefte om elkaar aan te raken. Zorgaanbieders vertellen dat het steeds moeilijker wordt om de afstand van 1.5 meter te handhaven tussen de cliënten en hun familie. Zorgverleners vinden het lastig om familie aan te spreken als zij te dicht bij cliënten komen. Daarbij speelt mee dat zorgverleners zelf wel dicht bij cliënten komen om de benodigde zorg te kunnen bieden. Verschillende zorgaanbieders worstelen met het vraagstuk hoe zij de afstand tussen cliënten en hun familie kunnen handhaven zonder dat de agressie bij met name familie toeneemt. Zorgaanbieders ervaren dilemma's rond het gebruik van PBM. Als zorgverleners altijd een mondkapje dragen worden sommige cliënten onrustig en willen niet geholpen worden. Ook herkennen cliënten zorgverleners en hun familie soms niet als zij een mondkapje dragen. Bovendien geven zorgverleners aan dat het werken met PBM zwaarder is. Een belangrijke zorg van veel zorgaanbieders is of er genoeg PBM zal zijn tijdens een volgende uitbraak van COVID-19. Ook maken zij zich zorgen of zorgverleners voldoende hersteld zijn na de eerste crisis en of er opnieuw een landelijke lockdown zal komen. Alle gesproken zorgaanbieders geven aan geen landelijke lockdown meer te willen in de VVT-sector. Zij willen zelf kunnen beslissen of en wanneer een locatie of afdeling tijdelijk gesloten wordt. De nadelige gevolgen voor alle cliënten zijn bij een totale lockdown te groot.

Zorgaanbieders willen geen landelijke lockdown meer bij een volgende uitbraak. Zij willen zelf beslissen over wat nodig is om verspreiding van het virus tegen te gaan en de kwaliteit van zorg te borgen.

In verouderde panden is het nog moeilijker om de anderhalve meter afstand te houden. Zo zijn liften vaak te klein en de gangen smal. Ondanks looproutes en instructies bij liften met een instructie dat er maximaal één of twee personen in een lift mogen, houden cliënten en hun familie zich daar niet aan. Het is voor zorgaanbieders niet haalbaar om alle dagen op alle verdiepingen het gebruik van bijvoorbeeld de lift te controleren.

Ook in de wijkverpleging ervaren zorgaanbieders dat het moeilijk is om de anderhalve meter afstand te houden. De inrichting en de grootte van de huizen van een deel van de cliënten speelt daarbij een rol.

In verouderde panden is het moeilijker om anderhalve meter afstand te houden. Liftten zijn vaak klein en gangen smal.

III. Geleerde lessen

Reflectie binnen instellingen op de afgelopen periode is al bezig of komt op gang. Veel instellingen hebben crisisteam en/of infectiepreventieteam ingericht (dan wel geïntensiveerd). Een deel van de zorgaanbieders heeft binnen de veiligheidsregio geëvalueerd. Niet alle zorgaanbieders weten of er al een evaluatie in de regio is geweest. Meerdere kleine zorgaanbieders vertellen dat zij geen afstemming hebben binnen een regionaal overleg. Wel kunnen zij nieuwsbrieven ontvangen en aankloppen voor een noodpakket PBM. De zorgaanbieders die bijvoorbeeld verpleeghuizen in verschillende veiligheidsregio's hebben vertellen dat het ondoenlijk is om met alle regio's goed contact te houden. Wel zien zij de aansluiting op de veiligheidsregio's als een grote meerwaarde.

Zorgaanbieders evalueren binnen hun organisatie. Ook binnen de regio komt evaluatie op gang.

3.1. Successen en aandachtspunten

3.1.1. Zorgaanbieders

Successen

Als belangrijkste succes noemen de meeste zorgaanbieders dat in de periode met COVID-19 de snelheid van onderling communicatie en implementeren van gewenste aanpassingen sterk verbeterd is. Zo zijn er snel afspraken gemaakt om corona-routes in de wijkverpleging samen op te pakken. Ook hebben zij gezamenlijk COVID-19-afdelingen opgezet. Een aantal zorgaanbieders heeft gezamenlijk PBM ingekocht en onderling verdeeld.

De snelheid van communicatie tussen zorgaanbieders en implementeren van gewenste aanpassingen is sterk verbeterd.

Aandachtspunten

Zorgaanbieders geven aan dat zij het belangrijk vinden, bij een eventuele tweede golf, te allen tijde ruimte te hebben om maatwerk te leveren. Dan kunnen zij het welzijn van individuele cliënten voorop zetten. Activiteiten zouden waar mogelijk door moeten blijven gaan. Ook dagbesteding moet op grotere schaal door blijven gaan om zo mantelzorgers te blijven ontzien.

In verpleeghuizen en kleinschalige woonvoorzieningen wordt onderzocht wat een goede balans is tussen prikkels en prikkelarm op afdelingen voor cliënten met een psychogeriatrische problematiek. Een aantal zorgaanbieders geeft aan nu geen familie meer toe te laten tijdens de maaltijden en in de

woonkamer. Wel mogen familieleden met de cliënt naar het eigen appartement/kamer of samen naar buiten.

Een deel van de zorgaanbieders evalueert het aantal contactmomenten tussen cliënten, familie en medewerkers.

Uit de belronde met de cliëntenraden komt naar voren dat de meeste cliënten en familie tevreden zijn met de kwaliteit van de informatie. Zij zoeken, ter voorbereiding op een eventuele volgende crisis, naar een goede balans van het aantal informatiemomenten en de hoeveelheid informatie. Zij stemmen hierbij af met o.a. de cliëntenraad.

Zorgaanbieders willen meer ruimte om maatwerk te kunnen leveren. Activiteiten moeten door kunnen blijven gaan.

Een behandelaar noemt dat zorgverleners geen 'halers van informatie' zijn en dat veel digitale informatie niet werd gelezen. In zijn organisatie gingen behandelaren daarom naar de locaties toe om informatie te delen met zorgverleners. Een aantal zorgaanbieders bedacht manieren om alle zorgverleners en huishoudelijk medewerkers snel te scholen in bijvoorbeeld het gebruik van PBM en infectiepreventie. Zij hebben hun medewerkers ondersteund door een combinatie van verschillende vormen van informatie te bieden. Zoals uitleg ondersteund met pictogrammen en foto's, video's, uitleg op locatie, Q en A's.

Een klein aantal zorgaanbieders benoemt dat een kleine groep zorgverleners weer moet wennen aan het werken met de hoeveelheid eigen verantwoordelijkheden zoals zij die hadden voor de periode met COVID-19. Tijdens de crisis was de aansturing top-down waardoor zij minder verantwoordelijkheden hadden. Dat vonden zij prettig.

Zorgaanbieders investeerden in de wijze waarop zij informatie met hun medewerkers deelden.

3.1.2. In de regio

Successen

Meerdere zorgaanbieders die verpleeghuiszorg en wijkverpleging leveren, geven aan dat zij zeer snel onderling konden schakelen. Zij hebben daarbij goede afspraken gemaakt over o.a. het opschalen en verdelen van voorraden.

Aandachtspunten

Een aantal kleine zorgaanbieders voelde zich onvoldoende aangesloten bij het ROAZ. Dit speelde in verschillende veiligheidsregio's. Zij gaven aan wel contact te hebben met het ROAZ bij PBM-tekort. Zorgaanbieders geven echter aan dat zij beperkt PBM toebedeeld kregen vanuit het ROAZ.

In de regio schakelden zorgaanbieders snel met elkaar binnen het ROAZ en andere regionale overleggen. Een aantal kleine zorgaanbieders voelde zich echter onvoldoende aangesloten.

3.2. Wat is de belangrijkste les?

3.2.1. Zorgaanbieders

De belangrijkste les die zorgaanbieders hebben geleerd is dat zij een (ijzeren) voorraad van PBM moeten hebben. Zorgaanbieders bedoelen met een ijzeren voorraad een minimale hoeveelheid PBM die aanwezig moet zijn om ongeveer twee weken vooruit te kunnen. Wel maken zij zich zorgen over de houdbaarheid van PBM. De kosten zijn hoog en producten die over de houdbare datum zijn mogen niet meer worden gebruikt. Maar zorgaanbieders in de VVT-sector geven aan dat zij niet meer te maken willen krijgen met (dreigende) schaarste/tekorten aan PBM en de stress die dit geeft. Kleinere zorgaanbieders hebben niet altijd de middelen en de ruimte om ijzeren voorraden aan te leggen. De huidige marktprijzen van PBM, en de onzekerheid over of meerkosten vergoed worden, maakt dat het buiten de koopkracht ligt van een aantal kleinere aanbieders.

Zorgaanbieders willen zorgen voor een 'ijzeren' voorraad PBM bij een eventuele volgende uitbraak.

3.2.2. In de regio

Zorgaanbieders kunnen nog niet goed aangeven wat de belangrijkste lessen zijn voor de regio. Dit komt onder andere doordat er nog niet in alle veiligheidsregio's evaluaties zijn geweest. Het kleine aantal zorgaanbieders dat wel de inhoud van de evaluatie in de veiligheidsregio kent, noemt drie belangrijke lessen. Deze drie lessen zijn gezamenlijk optrekken met collega-zorgaanbieders, de GGD direct betrekken bij regionale overleggen en alle (kleine) zorgaanbieders direct aan laten haken.

Drie belangrijke lessen voor de regio zijn gezamenlijk optrekken met collega-zorgaanbieders, de GGD direct betrekken bij regionale overleggen en alle (kleine) zorgaanbieders direct aanhaken.

3.2.3. Landelijk

Zorgaanbieders geven aan dat er ook landelijk belangrijke lessen te trekken zijn uit de eerste golf. Zo heeft de VVT-sector gevoeld dat de acute zorg voorrang kreeg met betrekking tot onder andere de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zorgaanbieders in de sector hebben ervaren dat het niet makkelijk was aan te sluiten bij regionale samenwerkingsverbanden zoals het ROAZ. De schrijnende situatie die zich afspeelde in verpleeghuizen en de thuiszorg is volgens zorgaanbieders lange tijd onvoldoende in beeld geweest.

IV. VOORBEREIDING OP TWEEDE GOLF

4.1. Governance/goed bestuur

Vorbereiding

Iedere zorgaanbieder dient te beschikken over een actueel protocol/handboek voor outbreakmanagement. Niet alle zorgaanbieders hebben dit. Bij het updaten betrekken veel zorgaanbieders hun adviesgremia (OR, CR) en/of personeelsleden en voegen geleerde lessen toe aan het draaiboek/protocol dat zij tijdens een crisissituatie gebruiken. De meeste zorgaanbieders hebben een plan om personeel snel uit te kunnen breiden bij een nieuwe uitbraak.

Alle zorgaanbieders zijn transparant over het aantal besmettingen en zijn bereid om alle relevante informatie met stakeholders waaronder de GGD op één plek te leveren.

De meeste zorgaanbieders hebben in hun draaiboek/protocol hun crisisorganisatie vastgelegd. Zij hebben dit ook gebruikt tijdens de periode met COVID-19. Hierbij werken veel zorgaanbieders tijdens een crisis direct samen met andere zorgaanbieders en ketenpartners.

Zorgaanbieders moeten beschikken over een actueel protocol/handboek voor outbreakmanagement.

Communicatie

Bij de meeste zorgaanbieders ligt de communicatiestrategie naar cliënten, mantelzorgers, familie en medewerkers klaar mocht er een volgende crisis komen. Zo worden cliënten, hun naasten en medewerkers zo snel mogelijk op gepaste wijze geïnformeerd en krijgen zij uitleg wat een uitbraak voor hen betekent. Een zorgaanbieder geeft aan samen met alle cliënten hun eerste contactpersoon te hebben gebeld na aankondiging van de lockdown. De zorgverleners maakten samen met de eerste contactpersoon en de cliënt afspraken over de wijze waarop ze het contact in deze periode vorm zouden geven. Dit was intensief maar werd erg goed ontvangen door zowel cliënten als hun familie. De meeste zorgaanbieders evalueren met de cliëntenraad de wijze van communiceren tijdens de periode met COVID-19 gedurende de maanden maart tot en met mei 2020. Een deel van de zorgaanbieders heeft versneld cliëntvertegenwoordigers toegang gegeven tot het dossier van de cliënt die zij vertegenwoordigen.

Veel zorgaanbieders geven aan dat zij de aandacht van de media als belastend hebben ervaren.

Zorgaanbieders ontwikkelen voor hun organisatie een communicatiestrategie zodat zij hun cliënten, familie en medewerkers goed kunnen informeren.

4.2. Infectiepreventie- en bestrijding

4.2.1 Deskundigheid

Een groot deel van de zorgaanbieders geeft aan dat de deskundigheid over infectiepreventie intern belegd is bij (een team van) deskundigen infectiepreventie. Dit zijn vooral de grote zorgaanbieders en enkele kleine zorgaanbieders. Een klein aantal zorgaanbieders heeft deze kennis extern belegd.

Ongeveer de helft van de zorgaanbieders met wie de inspectie in juli en augustus spreekt, heeft tijdens de crisis aanvullend kennis opgehaald bij de GGD, een microbioloog, een infectiedeskundige van een ziekenhuis of een bureau infectiepreventie. Bij vooral kleine (thuis)zorgaanbieders is de deskundigheid niet belegd in de organisatie.

De meeste zorgaanbieders willen graag dat relevante informatie over infectiepreventie tijdens de uitbraak van een onbekende ziekte op één plek vindbaar is. Ten tijde van de eerste golf gaven organisaties waaronder Verenso, Actiz, RIVM en sommige andere (branche)organisaties veel en steeds veranderende informatie. Sommige zorgaanbieders zagen door de bomen het bos niet meer.

Zorgaanbieders willen graag dat relevante informatie over infectiepreventie op één plek vindbaar is.

4.2.2 Scholing infectiepreventie en gebruik PBM

Iets meer dan de helft van de zorgaanbieders die de inspectie sprak in juli en augustus schoolt alle zorgverleners en huishoudelijk medewerkers periodiek over infectiepreventie, inmiddels aangevuld met training over gebruik van PBM. De andere zorgaanbieders scholen niet periodiek. Een deel van deze zorgaanbieders die niet periodiek hun medewerkers scholen over infectiepreventie en gebruik van PBM ervaren niet allemaal de noodzaak om dat wel periodiek te gaan doen. Zij geven aan dat zij, mocht dat nodig zijn, hun kennis ophalen via informatie op het internet en bij andere organisaties. En dat zij filmpjes op YouTube gebruiken voor instructie over gebruik van PBM.

De inspectie hoorde in de afgelopen maanden van zorgaanbieders dat het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen niet altijd op de juiste manier gebeurde. Zo werden persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt in situaties waar het niet noodzakelijk was. En werden ze regelmatig niet gebruikt in situaties waar het wel noodzakelijk was. Een voorbeeld hiervan is het verschonen van een cliënt zonder handschoenen. Bij een deel van de zorgaanbieders in deze sector is de kennis over wanneer persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt moeten worden en op welke wijze beperkt.

Deskundigheid met betrekking tot cohortverpleging om verspreiding van het virus tegen te gaan was bij een deel van de zorgaanbieders onvoldoende aanwezig. Daardoor werden cliënten soms toch onnodig geïsoleerd op hun kamer, werden hygiënemaatregelen onvoldoende in acht genomen en was het zorgpersoneel niet altijd alleen werkzaam op de cohortafdeling.

Organisaties als Vilans voorzien zorgaanbieders van informatie over infectiepreventie, bijvoorbeeld door middel van elearnings. Ook heeft Vilans de KICK-protocollen (zorgprotocollen voor voorbehouden, risicovolle en overige handelingen) vrij ter beschikking gesteld.

Actuele kennis over persoonlijke beschermingsmiddelen en cohortverpleging is niet altijd voldoende aanwezig.

4.2.3 *Persoonlijke beschermingsmiddelen*

Alle zorgaanbieders hebben op het moment dat zij contact hebben met de inspectie voldoende PBM. Wel geven zorgaanbieders aan dat zij een tekort aan vooral handschoenen en schorten met lange mouwen verwachten omdat daar in de maanden juli en augustus lastig aan te komen is. Een klein deel van de zorgaanbieders vertelt dat zij via erkende leveranciers niet-goedgekeurd PBM geleverd hebben gekregen. Vaak op het laatste moment hebben de meeste zorgaanbieders toch voldoende PBM gehad. Veel zorgaanbieders benoemen dat het prettig zou zijn als bij een volgende periode met COVID-19 vanuit één centrale plek PBM besteld en geleverd kan worden zonder angst voor tekorten.

Zorgaanbieders geven aan dat zij zorgen hadden of er genoeg PBM zou zijn. Zij willen graag dat er bij een tweede golf één centrale plek is waar PBM besteld kan worden.

4.2.4 *Medische producten*

Tijdens de maanden juli en augustus 2020 vertellen de zorgaanbieders die de inspectie spreekt dat alle apotheken waar zij mee samenwerken, psychofarmaca op tijd kunnen leveren. Hetzelfde geldt voor de leveranciers van flessen zuurstof. Wel heeft een klein aantal grote zorgaanbieders van verpleeghuiszorg zelf zuurstofconcentratoren gekocht. Zo voorkomen zij tijdens een eventuele volgende crisis met COVID-19 dat zij een tekort aan zuurstof krijgen.

Psychofarmaca en zuurstof werden door apothekers op tijd geleverd. Wel kochten een aantal zorgaanbieders zelf zuurstofconcentratoren.

4.2.5 *Regionale samenwerking*

Voor de grote zorgaanbieders benoemen dat de regionale samenwerking met bijvoorbeeld andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en huisartsen, prima gaat. Een aantal kleine zorgaanbieders benoemen dat zij geen regionale samenwerking hebben. In de regio Brabant-Zuidoost en Zeeland lag er al een regionaal plan van samenwerking.

(Nieuwe) samenwerkingsafspraken in de regio

In een aantal veiligheidsregio's is al bepaald waar het coronacrisiscentrum met bedden voor de regio komt (o.a. in Friesland en Brabant-Zuidoost). Binnen 24 uur kunnen de zorgaanbieders in deze veiligheidsregio's ook de COVID-19-routes in de wijkverpleging starten.

Samenwerking met de GGD

Ongeveer de helft van de zorgaanbieders die de inspectie in juli en augustus spreekt, benoemt dat de samenwerking met de GGD goed was en goed is. Vooral zorgaanbieders in de regio's Brabant Zuidoost, Hart van Brabant en Kennemerland noemen de samenwerking met de GGD goed. 14 zorgaanbieders, vooral in de regio Utrecht, noemen de samenwerking met de GGD niet goed. Zij ervaren dat de informatie niet eenduidig is (RIVM, GGD) en dat zorgverleners en cliënten niet snel genoeg worden getest. Ook geven zij aan dat testresultaten te lang op zich laten wachten.

Zorgaanbieders ervaren de samenwerking met de GGD wisselend. Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat informatie niet eenduidig is en cliënten en vooral zorgverleners niet snel genoeg worden getest. En dat de testresultaten te lang op zich laten wachten.

4.3. Personeel

Beschikbaarheid

Bij de meeste zorgaanbieders is de beschikbaarheid van zorgverleners vergelijkbaar met de periode voor COVID-19.

Beschikbaarheid bij een volgende golf

De meeste zorgaanbieders geven aan dat het lastig is om te bepalen hoeveel zorgverleners extra nodig zijn bij een eventuele volgende golf. Veel zorgaanbieders geven aan dat zij verwachten dat er voldoende zorgverleners beschikbaar zijn bij een eventuele volgende golf met COVID-19, mits deze golf vergelijkbaar is met de vorige. Zorgaanbieders benoemen wel de zorg om zorgverleners opnieuw te moeten belasten tijdens een volgende golf met COVID-19. Een klein aantal zorgaanbieders geeft aan dat zij in hun regio afspraken hebben gemaakt over het uitwisselen van personeel om zo de continuïteit van de zorg te kunnen borgen.

Zorgaanbieders benoemen de zorg om zorgverleners opnieuw te moeten belasten tijdens een tweede golf.

4.4. Cliëntenparticipatie

Tijdens de periode met COVID-19 hebben de meeste zorgaanbieders vanuit de crisisorganisatie de voorzitter van de cliëntenraad geïnformeerd. Bestuurders vertellen dat het vanuit een crisisorganisatie met een commandostructuur zoeken is naar het betrekken van bijvoorbeeld cliëntenraden tijdens de besluitvorming omdat besluiten snel genomen moeten worden. Tijdens de themabezoeken over de knelpunten en verbeterpunten met betrekking tot het opstarten van bezoek spreekt de inspectie ook met een afvaardiging van de cliëntenraden. Een aantal cliëntenraden die de inspectie spreekt willen graag meer mogelijkheden voor inspraak tijdens een crisis waarin vanuit een commandostructuur wordt gestuurd. De meeste zorgaanbieders betrekken de cliëntenraden bij hun interne evaluatie over de periode met COVID-19. Cliëntenraden geven aan dat het voor hen belangrijk is om contact te houden met cliënten, ook tijdens een crisissituatie. Sommige zorgaanbieders hebben geprobeerd hier tijdens de crisis voor te zorgen. Nu (na de lockdown) kunnen cliëntenraden weer meer contact hebben met cliënten.

Omdat besluiten soms snel genomen moesten worden, lukte het niet alle zorgaanbieders even goed cliëntenraden te betrekken.

V. CONCLUSIE

De uitbraken onder kwetsbare ouderen heeft een groot deel van de VVT-sector verrast. Met name in de regio's waar veel besmettingen waren, geven zorgaanbieders aan dat zij snel hebben moeten handelen. Er was daardoor in de eerste weken weinig ruimte voor contemplatie. Toch is de sector in staat geweest in de loop van maart en april zich te herpakken en veelal adequaat te handelen. De sector geeft aan dat het aantal besmettingen (op dit moment vooral in Noord-Holland, Zuid-Holland en Brabant Zuidoost) beheersbaar is. Zij krijgen ook in deze vakantietijd de zorg georganiseerd. Een aanzienlijk deel van de grote zorgaanbieders die verpleeghuiszorg en wijkverpleging leveren, heeft zeer snel met elkaar geschakeld en goede afspraken gemaakt over onder andere het opschalen en verdelen van voorraden. Er is op dit moment voldoende PBM beschikbaar. Een aantal zorgaanbieders geeft aan een voorraad PBM in te slaan om bij een volgende uitbraak beter voorbereid te zijn. In sommige regio's, zoals Brabant-Zuidoost en Drenthe hebben zorgaanbieders een gezamenlijke wachtlijst waardoor cliënten direct geplaatst kunnen worden op de meest passende plek in combinatie met de gewenste plek van de cliënt. Een aantal zorgaanbieders benoemt dat er in de regio al is bepaald waar het coronacrisiscentrum met bedden voor de regio komt (o.a. in Friesland en Brabant-Zuidoost). Binnen 24 uur kunnen deze zorgaanbieders ook de coronaroutes in de wijkverpleging starten. Ook leent een aantal zorgaanbieders onderling personeel uit om de continuïteit van de zorg te borgen.

Veel zorgaanbieders geven aan het draaiboek te hebben benut waardoor zij zich beter voorbereid voelden. De helft van de zorgaanbieders met wie de inspectie in juli en augustus spreekt, geeft aan dat zij de deskundigheid over infectiepreventie intern belegd bij (een team van) deskundigen. Ook hebben zorgaanbieders tijdens de crisis aanvullend kennis opgehaald bij de GGD, microbioloog, een infectiedeskundige van een ziekenhuis of een infectiepreventiebureau.

Een knelpunt is dat het testen van zorgmedewerkers en (aankomende) bewoners nog te lang duurt. Dit belemmert de zorg en opname van nieuwe cliënten. Daarbij is familie van nieuwe cliënten afwachterend met opnames omdat zij bang zijn voor een volgende lockdown. Verschillende zorgaanbieders geven aan dat het achterblijven van doorverwijzingen, de beperkte instroom vanuit ziekenhuizen en terughoudendheid van familieleden aangaande opnames leidt tot meer crisisplaatsingen. Ook zijn er zorgen over een aantal kleinere organisaties of zij voldoende deskundigheid in huis hebben over cohortverpleging en infectiepreventie. Daarbij zijn niet alle organisaties, ook dit betreft met name kleinere organisaties, even goed aangesloten op grotere samenwerkingsverbanden, kennisnetwerken en distributie van PBM.

Het handhaven van de 1.5 meter blijkt daarnaast een knelpunt. Niet alleen bouwtechnisch is het niet altijd haalbaar. Bewoners, met name op PG-afdelingen, begrijpen het niet altijd en zijn daarmee moeilijk te begeleiden om 1.5 meter afstand te houden. Het ontbreekt in de sector nog aan visie en differentiatie van beleid op 1.5 meter.

Dagbesteding is fors afgeschaald en nog niet terug op oude niveau. Dit vergroot de druk op de zorg en de mantelzorg.

VI. AANBEVELINGEN

De sector VVT heeft in de afgelopen maanden laten zien dat zij veerkrachtig is, dat zij in staat is snel te kunnen vernieuwen en dat zij in gezamenlijkheid kan optrekken wanneer dat nodig is. De inspectie doet een aantal aanbevelingen zodat de sector nog beter voorbereid is op een eventuele tweede golf. Het zijn aanbevelingen aan de zorgaanbieders, de bestuurders zelf. Maar ook aan de betrokken branches en landelijke beleidsmakers.

1. Zet maatregelen niet meer alleen landelijk in maar regionaal/lokaal

De landelijke maatregelen zoals het sluiten van verpleeghuizen voor bezoek hebben druk gelegd op het bieden van persoonsgerichte zorg en de kwaliteit van leven van cliënten. Regionale maatregelen bieden meer mogelijkheden tot maatwerk. Daarbij is het belangrijk dat er meer verantwoordelijkheid teruggelegd wordt bij de zorgaanbieder. Zij zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en zijn ook in staat daarin zorgvuldig afwegingen te maken. Persoonsgerichte zorg moet daarbij voorop staan. Randvoorwaardelijk is dat de prevalentie van COVID-19 in de regio goed wordt gemonitord, er snel getest kan worden en bron- en contactonderzoek wordt uitgevoerd. Daarnaast is samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio ten aanzien van cohortverpleging nodig.

2. Investeer blijvend in actuele kennis van cohortverpleging en infectiepreventie

Het is noodzakelijk om te blijven investeren in actuele kennis over cohortverpleging en infectiepreventie om adequaat te kunnen handelen bij een eventuele uitbraak. En daar waar nodig moet worden geïnvesteerd om de kennis te vergroten. Eenduidige en toegankelijke richtlijnen vanuit de branches, het RIVM en de GGD op deze onderwerpen zijn hierbij belangrijk.

3. Transparant en duidelijk communiceren

Uit de analyse blijkt dat transparant en duidelijk communiceren van zorgaanbieders naar cliënten, familie en personeel noodzakelijk is om onrust weg te nemen. Het is belangrijk personeel voortdurend te informeren over en betrekken bij de laatste ontwikkelingen. Daarnaast is het belangrijk met personeel te spreken over zaken waar zij zich zorgen over maken en transparant te zijn over waar de organisatie staat. Een voorbeeld daarvan is het informeren van personeel over de voorraad PBM. Informeer personeel niet alleen via informatiestukken maar blijf in contact. Communiceer als bestuurder niet alleen digitaal over mogelijkheden tot nazorg maar ga in gesprek met personeel. Bespreek binnen de organisatie ook de onderwerpen waarover medewerkers zich zorgen maken. Een voorbeeld daarvan is de angst onder personeel dat zij bewoners besmetten.

Informeel en betrek cliënten en hun familieleden. De inspectie heeft goede voorbeelden gehoord zoals samen met cliënten bellen met familie om afspraken te maken. Dit vraagt een tijdsinvestering maar levert op termijn begrip en samenwerking op.

4. Snel en laagdrempelig testen

Het is belangrijk dat kwetsbare ouderen zich laagdrempelig kunnen laten testen en dat de GGD en de huisarts hieraan meewerken. Test bijvoorbeeld kwetsbare ouderen in hun thuissituatie. Daarnaast is het belangrijk dat ook medewerkers zich snel en laagdrempelig kunnen laten testen.

5. Dagbesteding niet afschalen

Het is belangrijk dat dagbesteding waar mogelijk in stand wordt gehouden bij een tweede golf. Tijdens de eerste golf is dagbesteding vrijwel helemaal afgeschaald. Bij een tweede golf is het belangrijk dat de sector heeft nagedacht over mogelijkheden om volledig afschalen te voorkomen. Mede door het afschalen van dagbesteding was de druk op mantelzorgers extra groot.

6. Behoud samenwerkingsverbanden in de regio

Zorgaanbieders moeten aangesloten blijven bij het ROAZ en andere regionale samenwerkingsverbanden zoals het RONAZ. Het betrekken van zorgaanbieders die tijdens de eerste golf niet of minder goed waren aangesloten is belangrijk. Tijdens de eerste golf was de GGD niet bij elk regionaal samenwerkingsverband betrokken. Het is belangrijk dat dit nu wel georganiseerd wordt binnen de sector.

Behoud de samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders in de regio om zo informatie te delen, van elkaar te leren en zo nodig de zorg anders te organiseren. Zo zijn samenwerkingsafspraken met apotheken belangrijk ten aanzien van onder andere het verstrekken van palliatieve medicatie, zuurstof(apparatuur) en psychofarmaca.

Verder is een betere aansluiting van de VVT-sector op regionale en landelijke overleggen en distributie van PBM noodzakelijk.

7. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen

Zorgaanbieders willen voorkomen dat er bij een eventuele tweede golf een tekort is aan PBM. Zorgaanbieders willen als voorbereiding op een tweede golf beschikken over een voorraad PBM voor twee of drie weken en de zekerheid van tijdige aanlevering. Het is belangrijk dat zorgaanbieders aangesloten zijn bij samenwerkingsverbanden binnen de sector en bij distributiestructuren.

8. Behoud digitale middelen

Tijdens de eerste golf is de inzet van digitale middelen in een stroomversnelling gekomen. Er zijn mooie voorbeelden van apps waarbij voor een verwijzer direct inzichtelijk is welk verpleeghuis en/of welke thuiszorgorganisatie snel zorg kan bieden. Behoud de digitale middelen die tijdens de eerste golf zijn ontwikkeld om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren.

Ook zijn digitale middelen benut om (para)medische consulten op afstand te doen, om cliënten met familie te laten communiceren, om efficiënt te vergaderen en snel samen te komen in samenwerkingsverbanden. Niet in alle situaties was het de meest wenselijke vorm van communiceren. Maar daar waar het bijdroeg aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg, is het belangrijk dat de sector dit vasthoudt.

9. Visie op het houden van anderhalve meter afstand in de zorg

Het houden van 1.5 meter afstand binnen de zorg is niet overal even goed haalbaar. De discrepantie tussen familieleden die afstand moeten houden en zorgverleners die wel dichterbij mogen komen (om de benodigde zorg te kunnen geven) leidt tot onrust, verdriet en boosheid. Zorgaanbieders geven aan dat op deze wijze werken niet uit te leggen valt aan familie en cliënten. Meer visie en differentiatie in beleid is nodig.

Op PG-afdelingen waar cliënten besmet zijn geraakt, ontstaan soms schrijnende situaties waarbij vrijheidsbeperkende middelen zoals opsluiting of sederende middelen worden ingezet om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Om deze schrijnende situaties zoveel als mogelijk te voorkomen, is het nodig dat zorgorganisaties met elkaar en intern onderzoeken of er alternatieve mogelijkheden zijn.

10. Belang van inspraak en heldere verantwoordelijkheidsverdeling

Het betrekken van gremia als cliëntenraden bij besluitvorming is ook in crisissituaties noodzakelijk. Meerdere zorgaanbieders organiseerden na afkondiging van de noodverordening, vaak noodgedwongen, een 'commandostructuur'. Hierbij werden adviesorganen niet of beperkt betrokken.

Daarnaast is het belangrijk dat zorgaanbieders binnen hun organisatie een heldere structuur organiseren waarin duidelijk is wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft. Ook communicatie hierover naar medewerkers, bewoners en contactpersonen is belangrijk.