

Bijlagen

Bijlage 1: Lijst van afkortingen

CDC	Centers for Disease Control and Prevention (richtlijnen Verenigde Staten)
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ELV	Eerstelijnsverblijf
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
HA	Huisarts
HIP	Hygiëne en Infectie Preventie
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
PBM	Persoonlijke beschermingsmaatregelen
PG	Psychogeriatrische zorg
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
Verenso	Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg

Bijlage 2: vragenlijst onderdelen

Algemene gegevens

- Het aantal bewoners van uw instelling
- Het aantal kleinst afsluitbare eenheden van uw instelling (afdelingen/units zie uitleg hierboven)
- Het aantal medewerkers (inclusief ZZP-ers en externen zoals een schoonmaakbedrijf). Dit hoeft niet exact, maar is aan te geven in een van de volgende categorieën: <75, 75-150, 150-225, >225.
- Het aantal medewerkers en bewoners met een positieve SARS-CoV-2 test sinds 15 september
- Het aantal uitbraken in uw verpleeghuis sinds 15 september. (zie uitleg bij uitbraak hierboven)
- Was er in het voorjaar of de zomer een uitbraak op uw locatie?

Gegevens van de meest recente uitbraak

- Op welke type afdeling is de uitbraak begonnen en zijn de bewoners instrueerbaar in infectiepreventiemaatregelen op deze afdeling?
- Hoeveel bewoners en medewerkers zijn er in totaal getest bij de meest recente uitbraak
- Hoeveel bewoners en medewerkers hadden een positieve PCR-test?
- Hoeveel bewoners zijn overleden aan SARS-CoV-2?
- Op hoeveel kleinst afsluitbare eenheden was de uitbraak?
- Wat was het testbeleid: wie werden er getest en hoe vaak?
- Wanneer was de eerste en laatste positieve test van deze uitbraak?
- Werd er gebruik gemaakt van de antigeen test (snelttest die binnen 15 minuten af te lezen is) en zo ja, in welke situatie?

Infectiepreventiebeleid

- Werden bewoners gescreend door middel van temperatuur of saturatiemeting of het uitvragen van symptomen?
- Wanneer dragen medewerkers mondneusmasker?
- Waren er tekorten van PBM?
- Op welke wijze werden medewerkers getraind in het dragen van PBM?

Indeling van gebouw

- Delen bewoners slaapkamer of sanitair?
- Waren er andere gezamenlijke ruimtes in gebruik door personeel of bewoners?
- Waar vond isolatie plaats van een SARS-COV-2 positieve bewoner? Was er een cohort en zo ja, waar bevond zich dit? (uitgebreide vragenlijst)
- Ventilatiesysteem: wanneer bekend welk type filter is aanwezig op uw locatie? Dit kan een MERV categorie zijn of een epM categorie (ISO 16890 of EN799:2012). (open vraag, alleen bij uitgebreide vragenlijst)

Personeel

- Waren er personeelstekorten en waren deze structureel danwel door ziekmeldingen bij de uitbraak?

- Wat was het beleid als personeel onbeschermd contact had gehad met een *vermoede* of *bevestigde* SARS-CoV-2 besmette bewoner? (uitgebreide vragenlijst)

Bezoek

- Welk beleid was van toepassing voor het toelaten van bezoek?

Belemmerende en ondersteunende factoren in beheersen uitbraak

Twee open vragen, niet verplicht: (uitgebreide vragenlijst)

- Welke belemmerende factoren waren er om de uitbraak te beheersen?
- Welke ondersteunende factoren waren er om de uitbraak te beheersen?

Bijlage 3: interviewguide telefonische interviews

1. Wat voor organisatie?
 - a. Type zorg dat geleverd wordt
 - b. Hoe ziet gebouw er uit?
 - i. Klassiek?
 - ii. Kleinere woongroepen?
 - c. Hielp bouw wel/niet in bestrijding?
2. Kunt u het verloop van de uitbraak beschrijven
 - a. Was er verspreiding naar meerdere afdelingen en zo ja, op welk moment?
 - b. Hoe denken jullie dat die verspreiding is gegaan?
3. Testbeleid: waarom gekozen voor wel/niet testen ongeacht symptomen?
 - a. Waarom gekozen voor eenmalig/wekelijks?
 - b. Ervaring (wekelijks) testen: haalbaar, wat heeft opgeleverd? Praktische bezwaren?
 - c. Antigeeen gebruikt: gecontroleerd met een PCR? Ervaring met antigeentest?
4. Screening:
 - a. Waren er basiswaardes
 - b. Waarom gekozen voor wel of geen screening?
 - c. Is screening temp/saturatie haalbaar, hoe reageren bewoners hierop, wat heeft het gebracht
5. Wel/geen cohortafdeling:
 - a. Waarom hiervoor wel/niet gekozen?
 - b. Waar bevond cohort zich? Moesten bewoners verplaatst worden?
 - c. Hoe ging het met de toegang en stromen van medewerkers en bezoek naar de afdeling?
 - d. Hoe was cohortafdeling afgesloten: konden bewoners zich tussen cohort/niet cohort verplaatsen?
 - e. (voor managers) waren er financiële/operationele consequenties inrichten van een cohort?
 - f. Voor huizen die wel bewoners verplaatst hebben: Zouden jullie in volgende uitbraak op zelfde wijze handelen? Effect kwaliteit van leven?
 - g. Wanneer niet gedaan: zouden jullie bij volgende uitbraak wel mogelijkheid hebben voor losse cohortafdeling?
6. Isolatie nieuwe opname: praktisch haalbaar, ervaring bewoner/personeel
7. Inzet personeel:
 - a. In hoeverre waren medewerkers werkzaam op verschillende afdelingen?
 - b. Lunchen/overdrachten → hoe georganiseerd, hoeveel mensen komen samen?
8. Ziekmeldingen/verzuim: alleen als dit is dit in vragenlijst is aangegeven
9. Bezoek toegestaan gedurende uitbraak?
10. Na uitbraak
 - a. Hoe is het na de uitbraak?
 - b. Zijn er restverschijnselen in bepaalde facetten van de zorg/personeel/bewoners?
11. Aanvullende vragen nav belemmerend/ondersteunend op vragenlijst

Afsluitende vraag: wat is het belangrijkste om uitbraak onder controle brengen. Welke factoren essentieel?

Bijlage 4: Focusgroep design

Doel

Het doel van deze kwalitatieve studie is het krijgen van diepere inzichten in de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van het nieuwe beleid voor PBM en testen tijdens een uitbraak zoals geadviseerd op 5 september in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland.

Hoofdvraag: Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren medewerkers en bestuurders van verpleeg- en verzorgingshuizen met de implementatie van het PBM- en testbeleid zoals geadviseerd op 5 september?

Subvragen

1. Hoe komt het dat er uitbraken zijn ongeacht de beschikbaarheid van PBM en testcapaciteit?
2. Wat is nodig om een uitbraak onder controle te krijgen in het verpleeghuis?
3. Hoe sluit het nieuwe testbeleid zoals geadviseerd op 5 september daar bij aan?
 - a. Organisatorisch niveau
 - b. Patient niveau
 - c. Werknemer niveau

Methode

Digitale focusgroepen met verschillende zorgmedewerkers uit de verpleeghuiszorg, waaronder; artsen, verpleegkundigen, verzorgende, en managers en (zorg)bestuurders, die nauw betrokken zijn geweest bij de zorg voor cliënten gedurende een uitbraak. De focusgroepen worden per beroepsgroep gehouden met medewerkers werkzaam uit andere verpleeghuizen.

Facilitator: [redacted] 5.1.2e
 Observator [redacted] 5.1.2e / [redacted] 5.1.2e

Duur: 2 uur

Benodigheden

Digitale focusgroep:

- **Laptop**
- **Opname via Skype**
- **Presentatie introductie project**
- **Draiboek**
- **Van te voren digitaal ondertekenen informed consent**

Deelnemers

- SO, verpleegkundigen, verzorgenden, managers
- Moderator: [redacted] 5.1.2e
- Observator/technische ondersteuning [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e

Vorbereiding

Voor de focusgroep een brief opsturen met voorbereiding voor de zorgmedewerkers

Link voor skype aanmaken om focusgroep te kunnen houden
 Controleren van ondertekende informed consent formulieren
 Draiboek en presentielijst printen/openen op laptop
 Opname apparatuur testen

Menti meter testen
Presentatie testen, klaarzetten

Tijdschema

12.00-14.00

Tijd	Duur	Inhoud
12:00	15 min	Inloop van de deelnemers Menti meter alvast klaarzetten
12:15	10 min	Start focusgroep: introductie en voorstellen, programma toelichten
12:25	10 min	Voorstelrondje deelnemers
12:35	25	Thema 1 – Uitbraak verklaren ondanks maatregelen
13:00	10	Pauze
13:10	25	Thema 2 – Wat is er voor nodig om uitbraak onder controle te krijgen
13:35	25	Thema 3 – Belemmerende en ondersteunende factoren
14:00		Afsluiting

Kernwoorden verloop van de focusgroep

12.00-12.15 Inloop van de deelnemers

12.15-12.25 uiterlijk beginnen: Introductie, voorstellen, programma toelichten

Welkom heten (slide 1)

Welkom allemaal bij deze focusgroep, leuk dat jullie er zijn. Ik ben 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e verder voorstellen); ik zal vandaag de focusgroep modereren. Verder zijn mijn collega's 5.1.2e en 5.1.2e aanwezig (even zelf voorstellen), zij zullen observeren. Allereerst willen wij u hartelijk bedanken voor uw komst, en heel fijn dat jullie tijd hebben gemaakt ondanks de grote drukte nu rondom uitbraken en vaccinatie. Eerst zal ik wat vertellen over het onderzoek zelf, en vervolgens het programma van vandaag toelichten.

Het onderzoek

Net als in de eerste golf weer veel verpleeghuizen aangedaan in dit najaar. Richtlijnen zijn frequent gewijzigd. In eerste golf zijn signalen uit het veld onvoldoende vertaald naar beleid (zoals het gebruik van PBM of het meer en laagdrempeliger kunnen testen in de VVT).

Het is onbekend wat in de tweede golf de omvang en duur van uitbraken is. Daarnaast weten we niet wat huidige richtlijnen voor effect hebben en of ze aansluiten bij wat praktijk nodig heeft.

Overige slides met het programma

Informed consent slide

Wanneer geen bezwaar/vragen: start opname.

12.25-12.35 Voorstelronde deelnemers

Zou iedereen zich om de beurt voor kunnen stellen en daarbij uw functie (wanneer verschillende beroepen aanwezig zijn), werkervaring en kort uw rol tijdens de uitbraak benoemen.

12.35-13.00 Thema 1

We zouden nu graag willen beginnen met ons eerste thema. Ondanks de beschikbaarheid van PBM en de uitgebreide testcapaciteit zijn de verpleeghuizen in de tweede golf weer hard getroffen.

Waarom zijn er nog steeds zoveel uitbraken in de verpleeghuizen?

Probing questions

- Welke rol heeft het gebouw hier in?
 - o Welke rol speelt de mogelijkheid tot het creëren van een cohort hier in?
- Welke rol speelt PBM hier in?
- Welke rol spelen (snel)testen hier in?
- Welke rol speelt scholing hier in?
- Welke rol hebben de bewoners hier in?
- Welke rol heeft het bezoek hier in?
- Welke rol hebben zorgmedewerkers hier in?
- Welke rol heeft het management hier in?

13.00-13.10 PAUZE (wanneer eerder straten eventueel thema 2 introduceren en de mentimeter alvast laten invullen/ bij pauze betrekken)**13.10-13.35 Thema 2**

Wat is er nodig om een uitbraak van Covid-19 onder controle te krijgen?

Mentimeter gebruiken> deelnemers krijgen de tijd om open antwoorden in te vullen zodat er een wordcloud ontstaat.

Hiervan uitlichten en vragen of iemand toelichting kan geven.

Organisatorisch: zorgprocessen, personeel, faciliteiten structuren

- Welke processen moeten goed ingericht zijn?
 - o Communicatie
 - o Infectiepreventie
 - Schone/vuile looproutes
 - o testen
- Wat heb je nodig van personeel?
- Welke faciliteiten heb je o locatie nodig?
 - o Cohort
 - Ethische dilemma's
 - o PBM
 - Hoe ervaren jullie het gebruik van PBM?
 - Hoe ervaren jullie de invloed van PBM op het uitvoeren van het werk?
 - Voel je je beschermd met de huidige PBM?
 - o Testen

Individueel: bekendheid, kennis, opvattingen, motivatie tot verandering, routines

- Welke kennis is er nodig?
 - o Hebben jullie het idee dat je genoeg kennis hebt om juist te kunnen handelen?
- Collega's: opvattingen/motivatie/routines

Innovatie: voordelen van bepaalde werkwijze, wat is haalbaar, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid

- Welke richtlijnen zijn niet haalbaar
 - o Zijn er richtlijnen die jullie niet naleven vanwege praktische haalbaarheid?
- Materialen/testen toegankelijk

Patiënt: kennis, vaardigheden, opvattingen, compliance

- Rol cliënten en bezoek in uitbraak
- Hoe reageren bewoners op maatregelen
- Dilemma's kwaliteit van leven tov bescherming bewoners?

Sociale context: meningen van collega's, cultuur, samenwerking, leiderschap

Economisch en politiek: financieel, regulaties, beleid.

- hoe was de samenwerking met de GGD

13.35-14.00 Vraag 3

We zouden nu graag verdiepen op een van de nieuwe beleidsregels/richtlijnen:

Sinds september is het advies om in het geval van 1 bewoner die positief op SARS-CoV-2 ringonderzoek/kleinst afsluitbare eenheid te testen ongeacht symptomen. Dit geldt voor bewoners en personeel. Daarnaast advies om testen welke week te herhalen totdat uitbraak onder controle is.

Wat zijn jullie ervaringen met het testen van bewoners en medewerkers ongeacht symptomen?

Draagt dit beleid bij in beheersing van uitbraak?

Wat zijn de belemmerende en ondersteunende factoren voor implementatie van wekelijks testen ongeacht symptomen gedurende een uitbraak?

Probing questions

- Hebben jullie wekelijks getest ongeacht symptomen? Waarom wel, waarom niet?
- Hoe reageerde jullie/het personeel op het nieuwe beleid? Evt: Welke factoren hielpen bij het motiveren van personeel?
- Hoe reageerde het bewoners op het nieuwe beleid? Welke factoren hielpen bij het motiveren/belemmerend van/voor bewoners?
- Hoe reageerde het bezoek/familie/naasten op het nieuwe beleid?
- Hoe was het verzuim gedurende een uitbraak? Hoe werd daar op gereageerd? Hoe stonden jullie persoonlijk tegenover het nieuwe beleid?
- Wanneer werd er gestopt met het wekelijks testen?

Organisatorisch

- Hoe verliep de implementatie van het nieuwe beleid vanuit organisatorisch oogpunt?
- Hoe toepasbaar/realistisch was het nieuwe beleid?
- Hoe verliep de organisatie rondom het testen?
- Hoe hielden jullie het administratief bij? Ging dat wel/niet goed?

SO/verpleegkundigen/verzorgenden

- Was er voldoende support vanuit het management?
- Hoe ging de communicatie omtrent het beleid? Denk aan snelheid, duidelijkheid (ander interpretatie mogelijk?), motief aangegeven.
Kon je de beleidsveranderingen bijhouden?

Individuele factoren

- Wat is je ervaring met getest worden als medewerker gedurende een uitbraak?
- In praktische zin ; hoe gaat het uitvoeren van de maatregelen?
- In gevoelsmatige zin ; hoe staan jullie er gevoelsmatig tegenover?

Innovatie

- Zijn er voor- of nadelen aan de nieuwe werkwijze?
- Zijn de beleidsveranderingen haalbaar? Waarom wel, waarom niet?
- Hoe hadden jullie dit graag anders gezien?

Patiënt

- Wat is de algemene mening van de patiënten wat betreft de maatregelen?
- Kunnen de patiënten het beleid volgen? Snappen ze het? Hoe doen jullie dit, wanneer dit niet lukt? (Hoe werken jullie om spontane momenten zoals knuffelreflexen bij ouderen tegen te gaan?)
- In hoeverre is dit emotioneel/mentaal zwaar om vol te houden?

Sociale context

- Hoe is de algehele tendens op de werkvloer richting de maatregelen?

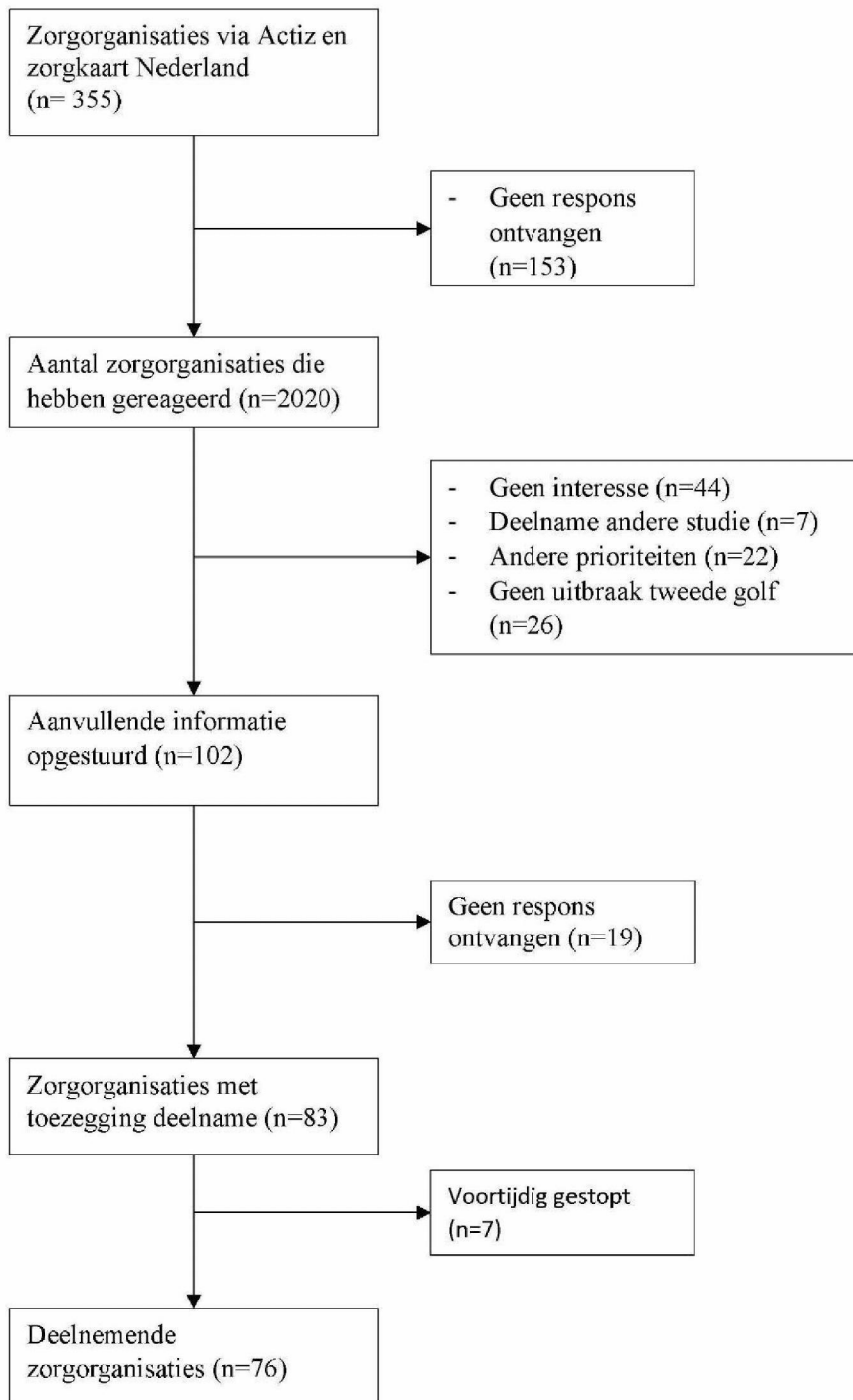
14.00 afsluiting

Hartelijk dank voor deelname.

Openbaar rapport in maart/april

Focusgroepen met vpk, verzorgenden en bestuurders.

Bijlage 5: flowchart van deelnemersselectie



Bijlage 6: deelnemende verpleeghuizen vragenlijsten

Deelnemende zorglocaties met een uitbraak in de tweede golf	N=117
<u>Vragenlijst, N(%)</u>	
Beknopt	90 (76.9)
Uitgebreid	27 (23.1)
<u>Aantal bewoners, N(%)</u>	
≤60	39 (33.3)
61-120	47 (40.2)
≥121	31 (26.5)
Aantal kleinst afsluitbare eenheden ^a , mediaan (IQR)	5 (3,10)
Totaal aantal bewoners met positieve test ^b voor SARS-CoV-2 vanaf 15 september 2020, mediaan (IQR)	14 (7,29)
<u>Aantal medewerkers, N(%)</u>	
<75	30 (25.6)
75-150	43 (36.8)
150-225	21 (17.9)
>225	23 (19.7)
Totaal aantal medewerkers met positieve test ^b voor SARS-CoV-2 vanaf 15 september 2020, mediaan (IQR) ^c	15 (7,30)
Aantal uitbraken sinds 15 september 2020, mediaan (IQR)	1 (1,2)
Aantal zorglocaties met uitbraak in lente of zomer 2020, N(%)	45 (38.5)
<u>Aantal locaties per provincie, N(%)</u>	
Friesland	1 (0.9)
Groningen	4 (3.4)
Drenthe	5 (4.3)
Flevoland	3 (2.6)
Overijssel	16 (13.7)
Gelderland	15 (12.8)
Utrecht	9 (7.7)
Noord-Holland	18 (15.4)
Zuid-Holland	24 (20.5)
Noord-Brabant	12 (10.3)
Zeeland	2 (1.7)
Limburg	8 (6.8)

a. 1 missing

b. PCR en/of antigeen-test

c. 6 missing

Bijlage 7: deelnemers focusgroepen en interviews

De interviews duurde tussen 30 minuten en 60 minuten. De focusgroepen duurden 2,5 uur. Van de 26 interviews zijn er 24 afgenomen naar aanleiding van een uitgebreide vragenlijst. Verder zijn er nog twee groepsinterviews met verzorgenden gedaan in aanvulling op de focusgroep om een goede representatie van de verschillende beroepsgroepen te krijgen die betrokken zijn bij het inzetten en uitvoeren van beleid gedurende een uitbraak van SARS-CoV-2. Deze groepsinterviews volgde het format van de interviews van de lange vragenlijsten, omdat de deelnemers van dezelfde organisatie waren. Hierdoor was het format van de focusgroep minder geschikt.

Interviews		N=26
Deelnemers (N)		31
Geslacht	Man	7
	Vrouw	24
Functie	Specialist Ouderengeneeskunde	6
	Manager	6
	Bestuurder	4
	Beleidsmedewerker	3
	Verpleegkundigen	6
	Verzorgenden	4
	Overig*	2
Werkervaring	Gemiddeld**	17 jaar

*bestuurssecretaris en adviseur zorgtechnologie

**Bij 6 deelnemers niet uitgevraagd, missende waarde.

5.1.2e

Focusgroepen		N=4
Deelnemers (N)		21
Geslacht	Man	3
	Vrouw	19
Functie	Specialist Ouderengeneeskunde	5
	Manager	8
	Verpleegkundigen	4
	Verzorgenden	6
Werkervaring	Gemiddeld*	12 jaar

*Bij 4 deelnemers niet expliciet genoemd, missende waarde

Bijlage 8: tabellen met antwoorden van vragenlijsten

	N=117
Training medewerkers gebruik PBM(meerdere antwoorden mogelijk)	
Live demonstratie of practicum	70 (59.8)
Video instructies	82 (70.1)
Geschreven instructies met afbeeldingen	106 (90.6)
Enkel geschreven instructies	7 (6.0)
Mondneusmasker beleid medewerkers (meerdere antwoorden mogelijk)	
Ongeacht omgevingsprevalentie	106 (90.6)
Omgevingsprevalentie zorgelijk	9 (7.7)
Bij een uitbraak	9 (7.7)
Bij onbeschermd contact met bewoner (vermoeden) SARS-CoV-2	7 (6.0)
Screening temperatuur, N (%)	N= 95
Minder dan 1x/week	8 (8.4)
Eenmaal per week	3 (3.2)
Meerdere keren per week	6 (6.3)
Eenmaal per dag	37 (38.9)
Meerdere keren per dag	41 (43.2)
Screening saturatie, N(%)	N= 82
Minder dan 1x/week	8 (9.8)
Eenmaal per week	2 (2.4)
Meerdere keren per week	6 (7.3)
Eenmaal per dag	28 (34.1)
Meerdere keren per dag	38 (46.3)
Screening gestandaardiseerde uitvraag van symptomen, N(%)	N= 61
Minder dan 1x/week	5 (8.2)
Eenmaal per week	2 (3.3)
Meerdere keren per week	8 (13.1)
Eenmaal per dag	26 (42.6)
Meerdere keren per dag	20 (32.8)
Wanneer vindt een van bovenstaande screening plaats? (meerdere antwoorden mogelijk), N(%)	N=103
Ongeacht omgevingsprevalentie	29 (28.2)
Bij omgevingsprevalentie 'zorgelijk'	27 (26.2)
Wanneer een medebewoner positief test op SARS-CoV-2	66 (64.1)
Wanneer een medewerker positief test op SARS-CoV2	56 (54.4)
Wanneer bezoek positief test op SARS-CoV-2	52 (50.5)
Wanneer bewoner in quarantaine is	56 (54.4)
Beleid bezoek (meerdere antwoorden mogelijk), N(%)	
Controle temperatuur	14 (12.0)
Uitvragen klachten	90 (76.9)
Mondneusmasker gedragen door bezoek	116 (99.1)
Mondneusmasker gedragen door bewoner	5 (4.3)
1.5m afstand bewaren	117 (100.0)
Maximaal aantal bezoekers per dag per bewoner	115 (98.3)
Desinfectie van handen	117 (100.0)
Registratie van bezoek	116 (99.1)
Wij geven bezoek zoveel mogelijk de ruimte	16 (13.7)

	Bewoners N=117	Medewerkers N=117
<u>Testbeleid (meerdere antwoorden mogelijk), N (%)</u>		
Alleen bij symptomen	38 (32.5)	48 (41.0)
Wanneer onbeschermd contact met besmette bewoners/medewerker	33 (28.2)	24 (20.5)
Kleinst afsluitbare eenheid ongeacht symptomen	84 (71.8)	64 (54.7)
Hele verpleeghuis ongeacht symptomen	27 (23.1)	30 (25.6)
<u>Frequentie testen kleinst afsluitbare eenheid, N(%)</u>	N= 84	N=64
Eenmalig	18 (21.4)	20 (31.3)
Minder dan eenmaal per week	5 (6.0)	4 (6.3)
Eenmaal per week	42 (50.0)	24 (37.5)
Meer dan eenmaal per week	19 (22.6)	16 (25.0)
<u>Frequentie testen hele verpleeghuis, N(%)</u>	N=27	N=30
Eenmalig	5 (18.5)	8 (26.7)
Minder dan eenmaal per week	6 (22.2)	4 (13.3)
Eenmaal per week	12 (44.4)	14 (46.7)
Meer dan eenmaal per week	4 (14.8)	4 (13.3)
<u>Gebruik antigeentest, N(%)</u>		
Nee	91 (77.8)	81 (69.2)
Ja	26 (22.2)	36 (30.8)
<u>Wanneer gebruik antigeentest (meerdere antwoorden mogelijk), N(%)</u>	N=21	N=32
Alleen bij symptomen	19 (90.5)	26 (81.3)
Wanneer onbeschermd contact met besmette bewoners/medewerker	13 (61.9)	16 (50.0)
Ongeacht symptomen gedurende uitbraak	12 (57.1)	19 (59.4)
Anders	3 (14.3)*	8 (25.0)**
<u>Door wie werden medewerkers getest (meerdere antwoorden mogelijk), N (%)</u>	N.A.	
Eigen test-team organisatie		87 (74.4)
GGD		49 (41.9)
Externe organisatie anders dan GGD		9 (7.7)

*Klachten bij bewoner die niet geïsoleerd kan worden op kamer, 2 anderen geen toelichting

**toelichting in tekstvak: bij klachten en op korte termijn werken (3x), op eigen verzoek, bij wekelijkse testronde van personeel, klinisch verklaarbare reden om deze test dagelijks in te zetten, 2 leeg

Bijlage 9: quotes

Bouw

“Interviewer: En hebben jullie toen ook de hele afdeling ook getest?”

Respondent: Aan het eind van de quarantaine periode. Het was een somatisch afdeling, dus het was ook mogelijk toen het besluit viel om mensen te instrueren op hun eigen appartement te blijven. En toen hebben we er dus voor gekozen om pas aan het eind van de quarantaine periode, iedereen te testen voor het opheffen van de quarantaine. Want het had voor ons, voor mij had het geen aanvullende waarde, bij het instellen van de quarantaine iedereen te gaan testen. We vertelden toch iedereen dat ze op hun eigen appartement moesten blijven en bij tussenliggende klachten, hebben we mensen getest. Er waren wel wat mensen die klachten hadden, maar die bleken negatief. En aan het eind hebben we iedereen opnieuw getest, iedereen die nog niet positief was, dat ook niet te zijn geworden.” (specialist ouderengeneeskunde, interview 16)

“Het was al snel, mensen hebben hier betrekkelijk kleine ruimten hier, smalle gangen, en dan hebben ze een woonkamertje midden in de gang en dan hebben ze een tafel waar ze met z'n allen om heen zitten en daar zijn vermoedelijk de besmettingen geweest, in het voorbijgaan, bij elkaar zitten en in een hele korte tijd waren er 6/7 besmettingen waar wij zelf in eerste instantie hebben gemeten, ook met snel testen. Daarna ook gelijk de PCR-test gedaan, om het helemaal officieel te maken. Toen die omgekeerde isolatie gekozen maar dat ook al met een dag of twee dagen of een halve dag, dat het duidelijk was dat dat niet ging werken. Toen bleken die andere gelijk erachter aan ook besmet te zijn. Dat ging echt in een aantal dagen, en dan heb je het over twee afdelingen.” (verpleegkundige, interview 2)

Angst voor personeelstekorten

“Net als voor de bewoners hebben we er ook nooit voor gekozen om alle medewerkers in een keer door een test te halen om, een beetje pragmatisch argument is denk ik, stel dat er 10 positief uitkomen, waar haal ik dan ooit die medewerkers vandaan die het werk moeten doen. Want krapte in medewerkers heeft wel altijd ook een rol gespeeld, uiteraard gingen we altijd voor veiligheid en mensen niet onnodig laten werken als ze een risico vormen. Maar ja soms zit je wel een beetje krap in wat nog mogelijk is. (locatiemanager, interview 10)

Benodigd personeel voor cohortafdeling

“dan heb je wel een team bij elkaar wat helemaal ingesteld is op corona die dus allemaal helemaal ingesteld zijn op goed de controles te doen, vochtlijsten, weten exact wanneer ze allerlei extra voeding in moeten zetten, welke beweging belangrijk is, dus ik heb juist het idee dat doordat cohorteren mensen er lichamelijk, ook in mensen met covid, beter doorheen gekomen zijn [...] Dexamethason bekend, fraxiparine bekend is, je kan er echt vol voor gaan en dat vind ik ook wel kwaliteit van leven.” (SO5, Focusgroep SO)

Kenmerken bewoners

“soms, nou met PG heb je net wat meer uitleg nodig natuurlijk en ook wat meer geduld, dat is zeker. Maar ook binnen de Korsakov merkte je wel dat er mensen die zeiden 'oh daar doe ik niet aan mee hoor' en dan was er een medebewoner en die zei dan 'ah joh doe niet moeilijk je wilt toch weten of je ziek bent of niet, nou schiet op doe die stok in je neus'. Dus soms motiveerde ze elkaar ook.” (manager, interview 13)

“heel veel weerstand bij sommige bewoners. En we hadden ook wel agressie, en wild om zich heen slaan, schoppen, bijten, knijpen. Dat soort gedrag lieten sommige bewoners zien en ook heel expliciet zeiden 'ik wil dit niet'. Wij hebben hier toch wel het welzijn van de bewoners hoog in het vaandel staan, en als het bewoners betroffen die toch al op een covid, toch al op een cohort zaten, hadden we ook zo iets van dan laten we het zo en beschouwen we di bewoner gewoon als besmet.”
(Verpleegkundige 1, focusgroep VPK)

“Wat ik, ik heb ook heel veel negatieve gevolgen van isolatie is, cohortering, de enkeling die we wel verhuisd hebben en diskwalificeer ik aan de ene kant maar het fysiek functioneren, er zijn veel mensen met gewichtsverlies, veel mensen met mobiliteitsachteruitgang, stemmingsstoornissen.”
(SO3, focusgroep SO)

“zoals de vorige keer in jullie rapportage, juist die PG moet je elke week testen, structureel, er moesten soms mensen gesedeerd worden om getest te worden. Dan kun je echt nadenken, is dat echt de bedoeling. Het zijn mensen die eigenlijk in de laatste levensfase zitten, kies je dan voor leven toevoegen aan de dagen of dagen aan het leven, dat is een hele grote discussie bij onze organisatie geweest, die eh, en die is hartstikke moeilijk want iedereen heeft daar andere waarden en normen over en de een kan daar 100% achter staan en de ander kan daar heel moeilijk meer leven. Dus dat is echt wel heel moeilijk.” (manager 7, focusgroep managers)

“We hebben niet één gang de bewoners opgepakt en die in iemand anders kamer neergezet want dat kan gewoon niet. Iemand is al dementerend en als je dan ook nog eens uit zijn vaste omgeving haalt, dat is extra lastig. Dat je iemand zomaar tussen iemand anders zijn spulletjes zet.”
(bestuurssecretaris, Interview 12)

“Ik denk dat met name het cohort een hele belangrijke is. Als je een vaste cohort hebt, dat dat essentieel is om controle te krijgen over de uitbraak. Het goed en veelvuldig, ruimhartig testen dat dat zeker ook helpt. Dat zijn voor mij wel de twee belangrijkste dingen” (voorzitter HIP-commissie, Interview 13)

Kenmerken uitbraak

“Want we hebben eigenlijk nooit gedaan dat we het hele huis hebben getest, daar was nooit aanleiding voor omdat we steeds heel gespikkeld, hier en daar, wat bewoners hadden. Maar nooit aanleiding zagen dat we denken dat er wel 40 bewoners besmet waren. Dus dat hebben we nooit gedaan. Maar wat we wel een paar keer hebben gedaan, dat als er op 1 of 2 etages, 2 of 3 bewoners besmet waren dat we dan de hele etage hebben getest om te kijken hoe het ervoor staat.” (locatiemanager, interview 10)

“Moderator: als het klein en beperkt is, levert het meer op bedoel je dan als wanneer er een hoop zijn dan is het eigenlijk al te laat
Manager 7: Ja dat als we er 1 of 2 hadden dan lukt het vaak wel om klein te houden, maar we hadden er 20 in een keer en die hadden ook allemaal rond gelopen en werden tegelijk ziek, dus dan heb je zo een andere uitgangssituatie en ik denk ook dat als je ervoor kiest met PG om mensen vrij door het gebouw te laten lopen dat je dan ook het risico heb dat er veel besmet worden
Moderator: en dan met je visie en met je gebouw dan heeft het weinig toegevoegde waarde om te blijven testen?
Manager 7: Ja” (focusgroep managers)

Individueel niveau medewerkers

“Moderator: en heeft dat naar jullie idee bij gedragen aan het beheersen van de uitbraak?”

Verzorgende 1: ja en nee denk ik. Het is gewoon moeilijk dat je het ook over kan brengen zonder symptomen.

Moderator: ja, maar door het testen weet je dan wel wie er ziek is

Verzorgende 1: ja dat klopt, maar ik vind het wel ook gewoon onder persoon, kijk je kan je mondkapje op hebben en je handschoenen maar als jij geen klachten vertoont en je bent gewoon aan het werk dan besmet je dus wel al gewoon doelgroep die al oud is en meestal ook onderliggend lijden heeft

Moderator: dus je vindt het wel goed dat iemand dan ongeacht klachten gewoon getest wordt als er een positieve bewoner is

Verzorgende 1: ja, ja zeker” (focusgroep verzorgenden)

“ja ik denk ook wel naar je families toe. Net als rond de kerst, dat er dan, als je vader op bezoek kwam en dat is dan al een ouder iemand zeg maar en je werkt tussen de corona bewoners. Dus de kans dat je het zelf krijgt wordt soms toch gezien als groter. Dus ik denk dat mensen zich voor die veiligheid voor het thuisfront ook lieten testen” (verzorgende 6, focusgroep verzorgenden)

“En we hebben nu ook weer nieuwe opnames ook en ik weet dat ze preventief worden getest voor de opname, maar er is nog steeds bezoek. Dus zelf wel je kringetje klein houden maar als je dan hoort wat familieleden doen, ja dat is heel moeilijk.” (verzorgende 1, focusgroep verzorgenden)

“Het zit ‘m ook heel erg in het gedrag van de medewerkers. Gelijk een bewoner in druppel-isolatie zetten, afsluiten van de rest. En testen zodat je weet wie het allemaal hebben.” (adviseur zorg technologie, interview 5)

“Maar dan nog, we staan nu na die golf, nog dat er op een gegeven moment iemand kwam 'ja, ik voel me niet lekker kan ik een test krijgen?' Maar die had wel de hele nacht gewerkt. En dan nog dat besef niet. Zo van 'ik heb een verantwoordelijkheid, ook naar m'n bewoners toe, naar m'n collega's toe'. Dat stukje dat mis ik wel heel erg moet ik zeggen. toen ben ik daar ook best wel, toen zijn we ook best even heel stevig geweest, de manager en ik. Het lijkt nu te landen.” (verpleegkundige 4, focusgroep verpleegkundigen)

Visie organisatorisch

“Maar ook je visie en soms loop je dan achter de feiten aan wat je visie is. Dat is wel wat wij toen op een gegeven moment naar buiten wilde brengen en wat ik, wat ik SO4 ook hoorde zeggen, over kwaliteit van leven. Ja, kies je daarvoor, dan maak je andere afwegingen dan dat je voor maximale risicoreductie op besmetting gaat. Dat je dan nu ook weer leest, dat er stukken in de media dat mensen dat er elke deur iemand zit te posten dat er niemand naar buiten komt. En, dat iemand in hongerstaking gaat, daar komt dan zo weinig reactie op, dat je denkt, waar kies je voor als organisatie. Ja en de vraag is of dat allemaal in de richtlijnen is.” (SO3, focusgroep SO)

Ervaring organisatorisch

Interviewer: “er waren 2 uitbraken in de tweede golf. Deze die we nu bespreken was niet zo groot, waren die andere groot, of waren die ook vrij klein?”

Respondent: “nee die was ook klein. Het was met name tijdens de eerste golf een stuk groter. En als we retrospectief terug kijken denk ik wat ons in de tweede golf heeft geholpen dat we veel eerder ook zijn gaan testen. Helemaal in de begin fase waren we kritischer, van welke klachten horen nou wel bij corona en welke niet. Wanneer ga je wel of niet testen. En bij de tweede golf zijn we eigenlijk iedereen gaan testen bij maar de minste klacht. En zijn we ook veel meer preventief gaan testen. Omdat onze ervaring heeft geleerd dat zodra er op een woongroep een besmetting is, dan weten we

eigenlijk dat die besmetting zich al zodanig heeft verspreidt, omdat zo'n woongroep zo nauw met elkaar samen leeft, dat die uitbraak al veel groter is. En dat je niet moet wachten totdat de eerste volgende ziekte gaat worden en klachten ontwikkeld. Dus dat heeft geholpen door veel sneller te testen en veel meer preventief te gaan testen." (Verpleegkundige, interview 7)

"Het is dus ook heel sterk locatie-afhankelijk. We hebben kleine locaties waar dat beleid prima op gaat, maar we hebben soms ook locaties met meer dan 300 of 400 bewoners waarbij je dus heel erg moet opletten dat het niet van de ene afdeling naar de andere gaat, en dan is dus niet 1 afspraak geldend, we hebben wel steeds gekeken als er 1 positief is wie er dan in het ringonderzoek naar voren komt, maar als er twee of meer waren hebben we dat natuurlijk uitgebreid en zijn we ook afdelingen gaan testen. Situationeel en soms levert het je wel heel veel op, maar soms heeft het ook helemaal geen zin. Maar ik heb wel het voorbeeld van een kleinschalige locatie daar werkte ze nog met een ouderwetse omloop, ja, ik zie iedereen al zuchten, voordat je dan, dus dan is testen echt echt een must en zeker dus in die eerste fase en ook eh ja om nou te zeggen dat er 1 aanpak is of dat het niet zoveel oplevert dat hangt heel erg af van waar je je in bevindt" (manager 4, focusgroep managers)

"Ik ben inderdaad helemaal mee eens hoor, dat de zekerheid voor alles gaat. Maar de situatie, dat één medewerker positief is getest terwijl die echt met, met mondneusmasker heeft gewerkt, ook al heb je nauw contact met cliënten, ja, we hebben dat meerdere malen hier meegemaakt en dan toch cliënten allemaal negatief getest. Dat kleurt natuurlijk wel een beetje je blik. We hebben hier wel kleine uitbraakjes gehad maar nooit zo massaal als wat er in andere huizen is geweest dus dan ben je misschien ook geneigd om je rijk te rekenen. En dan wegen voor mij, ja, de, de nadelen van het testen momenteel misschien zwaarder dan dat ik de voordelen ervan heb ervaren." (SO 4, focusgroep SO)

"Zo was er iemand positief, dan werden snel alle mensen die geen klachten hadden, werden snel naar een andere plek, de ELV, naartoe verplaatst. En toen bleek dat die mensen ook allemaal positief waren, dus in het begin hebben we zelf voor heel veel besmettingen gezorgd door de hele locatie heen. Dus daarvan hebben we heel snel geleerd, van we gaan mensen niet verplaatsen als een afdeling positieve mensen heeft en als dat er minder dan 2 of 2 zijn, gaan die mensen in isolatie, als dat kan, in druppelisolatie. Als dat voor hun kwaliteit van leven ook enigszins kan. Kan dat niet, dan gaat de hele woning in cohort." (SO1, Focusgroep SO)

Kennis manager/SO

"Wij hebben de afspraak gemaakt, bij 1 bewoner of medewerker doen we het nog niet, pas bij 2 als er mensen met klachten of positief zijn dan gaan we iedereen testen, omdat de ervaring is dan wel, dat er dan fout negatieve testen tussen zitten, dan waren mensen zich veilig en dan blijkt toch na een aantal dagen dat iemand toch corona heeft, dus het heeft ons niet veel opgeleverd" (Manager 2, focusgroep managers)

"Moderator: Omdat je het gevoel hebt dat als je die eerste besmette positieve gevonden hebt, dat je dan denkt van, ben je dan niet te vroeg als je gelijk dan gaat testen?"

SO1: Ja, heb je dan niet teveel fout negatieven testen waarbij je uiteindelijk die mensen toch gaat testen omdat ze dan klachten krijgen bijvoorbeeld?"

Moderator : Ja precies.

SO1: Ja en omdat je toch denkt, dit moet toch, die mensen moeten toch positief worden en dat je ze dan nog een keer gaat testen. Dan kun je ze beter één keer testen. (SO1, focusgroep SO)

“Maar het tweede belangrijke argument is ja je kan het vandaag meten en denken dat iedereen onbesmet is, en morgen is het weer anders. Dus de waarde ervan vonden we niet zo geweldig, en de impact die het heeft is wel heel groot. Dus we hebben dat eigenlijk nooit gedaan

I: en de impact is dan eigenlijk de werkdruk die dan ook verhoogd wordt, want was is de impact

A: ja, de impact is is dat het een heel belastend onderzoek is, en een hoop werk om het af te nemen ,een hoop werk voor het lab. Ja, en dan weten we het voor vandaag en morgen is de boel weer anders. Dus dat weet je niet” (locatiemanager, interview 10)

“Interviewer: door al die asymptomaten wilde jullie niet vaker testen of meer gaan testen uit preventie?

R: Daar heb ik het met de arts over gehad, en ook medewerkers vroegen daar om, maar de arts zei tegen mij, dan kan je elke dag testen want je kan vandaag negatief zijn en morgen positief dan moet je elke dag testen om daar een goed beeld van te krijgen dus daarom hebben we dat niet gedaan.” (manager, interview 15)

“en ook alle medewerkers zijn wel een stuk of 2-3x getest. Want als er positieve uitkomsten dan blijven we gewoon doortesten. Want ja, de vorige keer, bij de vorige test ronden had die persoon het niet , en nu wel. Dus het gaat nog ergens rond”(voorzitter HIP-commissie, interview 13)

“Als jij op een woongroep ook even wat drinkt of wat eet, het mondkapje gaat af, er komt toch een bewoner achter je langs geschuifeld of die even een knuffel wil. Dat is de praktijk. Dat medewerkers besmet raken, we weten dan ook niet of dat door de bewoner komt of door degene die ze in de winkel zijn tegengekomen, dat kan net zo goed. Maar we moeten wel eerlijk zijn, en het risico is wel groter als jij intensieve zorg levert aan iemand die besmet is.” (Verpleegkundige, interview 7)

“Want het is natuurlijk als je een keer aan dat neusmondmasker zit en je zit aan je gezicht, covid is zo gemeen. Wij zeggen ook van 'Weetje dat kan gebeuren, wees eerlijk, ook als er iets gedaan of iets fout is, maakt niet uit' en ze worden allemaal getest. De medewerkers. In het begin was het wel een beetje van dat ze zeiden 'moet dat nu weer' 'ja dat moet nu weer' want het is toch wel belangrijk, en elke keer viste je toch wel weer een medewerker er uit die toch wel positief was. En dan smoor je 'm wel in de kiem want diegene ging dan meteen in quarantaine. Geen klachten, maar toch wel positief getest.” (verpleegkundige 4, focusgroep verpleegkundigen)

“Want wij dachten 'ja wat voegt het toe op het moment dat je weet dat mensen al dan niet opnieuw besmet zijn of nog besmet zijn'. Wij hebben gewoon als het volgende geredeneerd. Zodra er meerdere besmettingen op een woning zijn dan moeten we er gewoon van uitgaan dat alle mensen op dat moment besmet zijn. En daar hebben we naar gehandeld. Dus het was met name, ja het doorslaggevende argument daarin was wel de belasting voor deze bewoners groep te beperken. Ik denk dat als het een andere bewonersgroep was geweest hadden we daar wellicht anders in besloten.” (bestuurder, interview 9)

En dat als je, dit is allemaal PG, dus op het moment dat wij wisten dat er een positieve bewoner was, of een positieve medewerker was, dan gingen we, na een aantal dagen, de hele woning testen en dan was het 9 van de 10 keer was de hele woning al besmet. (SO1, focusgroep SO)

“Manager 7: ik vond nu, de richtlijn is nu bijna weergegeven als een verplichting om structureel te testen ik zou daar absoluut maatwerk van willen maken, wij hebben dat toch geprobeerd, de SO's zeggen dan van: ja maar het staat daar toch, je hebt daar al heel veel gesprekken over en dat is met

de bezoeksregeling ook, het maatwerk geeft zoveel ruimte, als je iets collectief wilt doen dan doe je zoveel verdriet of doe je dingen die helemaal niet nodig zijn

Moderator : denken anderen daar ook zo over?

Manager 2: Daar ben ik het ook wel mee eens hoor dat het echt maatwerk moet zijn, elke locatie is anders, elke populatie is anders, elke besmetting is anders, dus het is fijn dat er een leidraad is maar het blijft maatwerk” (Focusgroep managers)

“Manager 7: zoals de vorige keer in jullie rapportage, juist die PG moet je elke week testen, structureel, er moesten soms mensen gesedeerd worden om getest te worden. Dan kun je echt nadenken, is dat echt de bedoeling. Het zijn mensen die eigenlijk in de laatste levensfase zitten, kies je dan voor leven toevoegen aan de dagen of dagen aan het leven, dat is een hele grote discussie bij onze organisatie geweest, die eh, en die is hartstikke moeilijk want iedereen heeft daar andere waarden en normen over en de een kan daar 100% achter staan en de ander kan daar heel moeilijk meer leven. Dus dat is echt wel heel moeilijk.” (Focusgroep managers)

“We hebben veel met de GGD overlegd en ook met de IGJ over onze aanpak en uiteindelijk niet gesproken over een richtlijn maar over een aantal criteria om ons te helpen om de juiste keuze en afweging te maken, hoe is de gezondheid van mensen, is er loopdrang, somatisch of pg, hoe ziet het gebouw er uit, is er makkelijk een sluis te maken, hoe staat familie er in, we hebben een lijstje van criteria opgesteld dat werkt beter dan een blauwdruk je moet toch op basis van je eigen setting keuzes maken [...]” (manager 6, focusgroep managers)

Samenwerking extern

“Mensen die geen klachten hadden maar die zich wel wilde laten testen omdat ze zich gewoon zorgen maakte, omdat er op hun afdeling een besmetting was, die lieten we via de GGD testen of als de GGD zei, dat doen we niet in dit geval, dan deden we het zelf. In die zin, de ruimhartigheid.” (specialist ouderengeneeskunde, interview 16)

“ja, het was prima, goed genoeg, ook niet te veel bemoeienis daar houden we ook niet helemaal van, omdat advies soms ook tegenstrijdig kan zijn zelfs van een organisatie uit. Maar het was goed om wel, want het was voor ons allemaal nieuw, dus het was fijn als je ook bij artsen en bij GGD-organisatie te raden kan voor hulp om zo met elkaar je beleid te vormen” (locatiemanager, interview 10)

Interviewer: “en het is ook niet zo dat de GGD een bepaald beleid naar jullie uitdroeg, van ‘oke we zouden graag zien dat jullie het testen op deze manier aanpakken’ of ‘let op deze richtlijn’..... er was dus geen input van de GGD?”

A: “ja nee we hebben dat wel gemist en hebben dat ook als feedback teruggekoppeld. Dat het ons verbaasde dat het vaak uit de media zelf moesten opmerken dat er een richtlijn was veranderd of een advies anders luidde. Dat vonden wij heel raar, en gelukkig waren wij in onze crisis team daar heel alert op, en is er 1 persoon die al die kanalen in de gaten houdt. Maar ja dat was onze verwachting ook naar de GGD en dat hebben we ook uitgesproken, van ‘goh kunnen jullie dat niet voor ons doen?’. Het is natuurlijk heel gek, dat een week geleden de richtlijn in eens veranderd was, we weten van niks. Maar ja daar is ook geen respons op gekomen van ‘ja sorry, dat kunnen we niet verzorgen’ dat moeten we toch zelf actief in zijn. Dat heeft ook geen problemen opgeleverd. En gelukkig hebben we dan iemand in het crisisteam die die functie oppakt.” (verpleegkundige, interview 7)

interviewer: waren er nog specifieke afspraken gemaakt met het laboratorium, dat bijvoorbeeld de uitslagen snel binnen zouden komen?

Respondent: ja we hebben hen er natuurlijk meteen bij betrokken, van 'goh we gaan nu inderdaad een grote groep preventief testen, dit is er aan de hand.' En daar hebben we ook goede medewerking in gekregen. (bestuurder, interview 9)

"Interviewer: Maar er zijn geen afspraken gemaakt met het lab dat jullie voorrang krijgen?"

Respondent: Nee dat kan ook bijna niet, want wij hebben in die zin geen bijzondere positie tov de collega-zorginstellingen

Interviewer: Maar het is niet dat zorginstellingen überhaupt voorrang krijgen?

Resondent: Nee. Nu is de capaciteit van het lab ook wel voldoende om alles aan te kunnen. Het kost gewoon tijd, alles moet er naartoe, het moet verwerkt worden, het moet in de systemen. Dat kost ook gewoon wat tijd." (manager, interview 1)