

Tussentijds overzicht Inspectie Covid-19 toezicht (beelden, standpunten en aanbevelingen)

1. Algemeen

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (verder: inspectie) is de toezichhouder op de kwaliteit, beschikbaarheid en veiligheid van zorg, farmaceutische en medisch-technologische producten en jeugdhulp. De inspecteurs hebben dagelijks contact met zorgverleners, producenten, leveranciers en andere zorgorganisaties over de effecten van het Covid-19-virus op (het werk in) de zorg. Door dit contact hebben we een actueel beeld van de kwaliteit van de zorg binnen de verschillende sectoren en van mogelijke problemen die deze zorg in de weg staan.

In de eerste periode van de Covid-19-crisis heeft de inspectie haar werkwijze aangepast. Zorgaanbieders, zorgprofessionals en ondersteunende diensten werkten hard om patiënten/ cliënten met Covid-19-virus goede zorg te bieden. Als inspectie wilden we hen niet voor de voeten lopen, maar juist ruimte bieden. We hielden wel degelijk toezicht, maar op een andere manier. Door een bezoek te brengen als het moest, maar vooral door contact te onderhouden per telefoon en andere (moderne) communicatiemiddelen. Door na te gaan waar vragen of knelpunten waren. Om die vragen vervolgens te beantwoorden en knelpunten op te lossen en door problemen op het juiste niveau te signaleren en adresseren met het oog op oplossingen of kortcyclische verbeteringen. Daarnaast is er regelmatig contact geweest met patiënten- en cliëntenorganisaties.

De laatste maanden is de inspectie, naast de telefonische / digitale contacten weer volop in het veld te vinden en zijn bezoeken afgelegd. Op deze wijze hebben we in kaart gebracht:

- of het zorgveld breed in staat is om op het juiste niveau te kunnen blijven functioneren;
- welke risico's er als gevolg van de eerste golf zijn geïdentificeerd voor de patiëntveiligheid, de kwaliteit van de zorg en de productveiligheid;
- welke kansen er onder druk zijn gecreëerd en vastgehouden kunnen worden voor de toekomst;
- wat heeft bijgedragen aan het inperken van de risico's en welke ontwikkelingen juist ten goede zijn gekomen aan de kwaliteit van de zorg en de productveiligheid;
- wat ervoor nodig is om de sector in de goede beweging te houden om op het juiste niveau te handelen bij een eventuele volgende virusuitbraak teneinde de kwaliteit van de zorg en de beschikbaarheid en veiligheid van producten te waarborgen.

Per sector zijn en worden er beelden opgehaald over knelpunten en de geleerde lessen uit de eerste golf. Veel van deze signalen zijn al gedeeld binnen en buiten de Inspectie door middel van de [signalen uit het zorglandschap op internet](#).

Wat mogelijk tot nu toe minder belicht is geweest is onze toezichtsrol ten aanzien van producten. Gedurende de crisis hebben we herhaaldelijk gezien dat producten of therapieën rondom Covid-19 worden aanbevolen met valse of onbewezen claims. Hiertegen hebben we publiek gewaarschuwd en waar nodig handhavend opgetreden. Dit wordt, indien nodig, gecontinueerd.

Door de opleving van het virus en de beleidskeuzes die dat met zich meebrengt is het zinvol om een tussentijds overzicht van de belangrijkste bevindingen te geven op basis van de tot nu toe verzamelde gegevens. Het betreft de opgehaalde actualiteiten en de good practices. Daarbij is de keuze gemaakt om op thema te rapporteren.

Deze tussenrapportage geeft **geen volledig beeld** over de zorg en de jeugdhulp in Covid-19-tijd. Er is een eerste selectie gemaakt. Terreinen waar niet of nauwelijks problemen waren, worden niet benoemd. Ook kan nu nog geen uitgebalanceerde evaluatie worden gegeven over bijvoorbeeld de verschillende landelijke voorzieningen (bestaand en nieuw) die zijn ingericht om de zorg te ondersteunen, al komen die hier en daar wel aan de orde.

Uiterlijk eind september 2020 volgt het eindrapport met conclusies en aanbevelingen die verzameld zijn over de zorg, de jeugdhulp en de voorzieningen voor verschillende producten/medicijnen tijdens de Covid-19-crisis sinds maart 2020.

2. Continuïteit van zorg

Door het ingezette landelijke beleid met de intelligente lockdown kwam de reguliere zorg onder druk en soms praktisch tot stilstand. De beschikbaarheid van medische hulpmiddelen kwam in de knel. Ook voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen dreigde op sommige momenten tekorten, dit gold in het bijzonder voor enkele veel gebruikte geneesmiddelen op de intensive care. Van patiënten en mantelzorgers en ook uit de verschillende sectoren is het geluid gekomen dat de nadruk teveel is komen te liggen op de beschikbaarheid van de intensive care bedden voor Covid-patiënten. Hierdoor is te weinig aandacht geweest voor de voortzetting van de reguliere zorg en de gevolgen daarvan voor de betrokken patiënten, hun familie en de betrokken zorgverleners/instellingen.

Enkele voorbeelden:

- Vanuit de patiëntenorganisaties kwam het signaal dat veel zorg is afgezegd en uitgesteld zonder dat er perspectief is gegeven van wat wel mogelijk was en op welke termijn.
- Bij driekwart van de gebelde en bezochte zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg was sprake van uitgestelde zorg tijdens de Covid-19-tijd. Zo geven zorgaanbieders aan dat hun cliënten bewegingsproblemen kregen doordat de fysiotherapie was stopgezet.
- Het aantal doorverwijzingen door de huisarts is teruggelopen (GGZ en V&V) en is nog niet terug op het oude peil. Hierdoor bestaat het risico dat kwetsbare mensen van hulp verstoken blijven.
- De huisartsen hadden minder consulten en hebben waar mogelijk gebruik gemaakt van andere middelen en methoden, zoals beeldbellen.
- De zorgaanbieders met een geriatrische revalidatiezorg-afdeling (GRZ) hebben nog steeds lege bedden. Dit komt vooral doordat de zorg in ziekenhuizen nog niet terug is op het oude niveau en mede daardoor minder mensen doorverwijzen naar de GRZ-afdelingen.
- In de regio's Noord-Holland, Drenthe, Brabant Zuidoost en Limburg hebben alle ondervraagde zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg 20 tot 40 lege bedden die nu weer langzaam gevuld worden. Wel merken zorgaanbieders dat familie en/of cliënten afwachtend zijn alvorens te verhuizen 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.
- Zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg geven aan dat het aantal crisisplaatsingen in Nederland toeneemt vanwege de uitgestelde zorg. Twee zorgaanbieders uit de regio Rotterdam benoemen dat cliënten die te lang thuis wonen, worden opgesloten en/of vastgebonden door familie vanwege onbegrepen gedrag en agressie. De wijkverpleegkundigen en huisarts hebben in deze situaties ingegrepen.
- In de jeugdhulp werden bij de start van de Covid-maatregelen logeeropvang, dagbehandeling, diagnostiek, intakes en de uitvoering van werk- en taakstraffen grotendeels stopgezet. Als belangrijkste reden werd gegeven dat het onmogelijk was om deze hulp op anderhalve (1.5m) meter afstand te bieden, zowel op locatie als bij het vervoer van jongeren. De JGZ-aanbieders geven over het algemeen aan minder preventieve hulp te hebben kunnen bieden. Vaccinaties zijn tijdens de beginperiode van de lockdown uitgesteld en later weer opgepakt.
- De TBC-bus kwam gedurende de lockdown niet meer naar de justitiële inrichtingen, proefverlof van gedetineerden werd uitgesteld, waardoor leermomenten verloren zijn gegaan.
- De beschikbaarheid van het veelgebruikte geneesmiddel propofol op de intensive care stond op enig moment onder druk. Dit geneesmiddel wordt ook buiten ziekenhuizen gebruikt (zoals in verpleeghuizen). De Inspectie heeft daarom toestemming gegeven om een voor veterinaire toepassing bestemd propofolproduct te gebruiken voor humane toepassingen.
- Vanuit de ziekenhuizen werd aangegeven dat in alle regio's de electieve (niet acute) zorg in de ziekenhuizen werd afgeschaald. En dat ruimtes in de ziekenhuizen werden klaargemaakt om COVID-patiënten op te vangen (bijvoorbeeld de verkoeverkamers en

cohortafdelingen). Ook werden zorgprofessionals, vanuit allerlei afdelingen in het ziekenhuis en vanuit de particuliere klinieken, ingezet op de intensive care of de COVID-afdelingen om de zorgverleners aldaar te ondersteunen.

- Ziekenhuizen en ook zorgverleners uit de eerste lijn geven aan dat er mogelijk groepen patiënten zijn die zich in de aankomende maanden zullen presenteren met de gevolgen van uitgestelde zorg.
- Kleinere zorgaanbieders hebben grote moeite gehad om de zorg door te laten gaan en anders te organiseren. Zij moesten vaak zelf het wiel uitvinden, en zelf op zoek naar richtlijnen, protocollen, geneesmiddelen en PBM.

Om te voorkomen dat een tweede golf net zo ingrijpend wordt, zien we ook dat in het veld wordt geanticipeerd op een mogelijke tweede golf. Hieronder enkele voorbeelden:

- In de ziekenhuiszorg is een belangrijk aspect op welke manier de zorg voor COVID-19-patiënten zoveel als nodig kan worden opgeschaald terwijl de reguliere zorg zoveel als nodig én mogelijk doorgang kan vinden. Deels kan dit worden gerealiseerd door regionale samenwerking waarbij bijvoorbeeld de grotere (topklinische en academische) ziekenhuizen ook Covid-19-zorg leveren en kleinere ziekenhuizen dat niet of slechts beperkt doen, waardoor daar bijvoorbeeld de laagcomplexere spoedzorg en operatieve zorg mogelijk blijft. Ook particuliere klinieken kunnen hierbij een rol spelen door electieve/planbare zorg te blijven leveren. Voorwaarden hiervoor zijn de beschikbaarheid van hulpmiddelen en personeel. Vooral dat laatste dreigt een knelpunt te zijn.
- Er zijn in de eerste lijn met behulp van digitale middelen (app) afspraken gemaakt zodat snel heel inzichtelijk is waar Covid-zorg in de tweede lijn geboden kan worden: welke locaties en welke bedden beschikbaar zijn.
- In de eerstelijns zorg is het voornemen om bij een opleving van het virus de reguliere zorg zo goed als mogelijk te blijven continueren. Er zijn wel zorgen omdat de 1,5m-maatregel dit voornemen beïnvloedt. De 1,5m-maatregel maakt dat organisaties hun zorg anders dienen in te richten. Bijvoorbeeld minder patiënten in de wachtkamer, waardoor langere werkdagen nodig zijn met gevolgen voor de capaciteit.
- Door de enorme vlucht van digitalisering is het mogelijk om patiënten zorg te kunnen blijven leveren zonder dat ze naar de zorgaanbieder hoeven te komen, denk hierbij aan beeldbellen en telefonische consulten. Hiervoor komen steeds meer middelen beschikbaar.
- In alle sectoren hebben de meeste zorgaanbieders protocollen opgezet, crisismanagement ingesteld, maar ook voorraden persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) aangelegd.
- In de GGZ staan de cohortafdelingen stand-by, ze zijn niet opgeheven en in korte tijd weer gebruiksklaar. Het personeel is weer terug naar de eigen afdelingen maar teams blijven op papier bestaan.
- Vanuit de geneesmiddelensector vindt continue monitoring van de beschikbaarheid van geneesmiddelen en werkzame stoffen plaats. Op dit moment lijkt er geen sprake meer van dreigende tekorten aan geneesmiddelen gerelateerd aan de Covid-19-pandemie. Echter, omdat de productie van geneesmiddelen en werkzame stoffen wereldwijd is, en het virus op verschillende plekken op de wereld weer opflakkert, blijft continue monitoring van groot belang.
- De zorg voor patiënten uit de eerste Covid-golf vragen nog geruime tijd specifieke behandeling: fysiotherapie en longzorg. Zorg dat de zorg voor hen niet stagneert.

Resumerend: het afschalen van de reguliere zorg heeft grote consequenties gehad die nu nog steeds actueel zijn en het opschalen van de reguliere zorg verloopt moeizaam. De capaciteit is niet in alle gevallen op het niveau van voor de crisis. Aan de andere kant is ook zichtbaar dat het veld heeft geanticipeerd op een mogelijk tweede golf en dat er structuren zijn ingericht, protocollen gemaakt en werkwijzen ontwikkeld om een tweede golf op te kunnen vangen. Dit leidt tot de volgende aanbevelingen.

Aanbevelingen

- Bestendig de reguliere zorg bij een eventuele tweede golf. Maak hiervoor gebruik van maatwerkoplossingen en geef ruimte voor regionale verschillen.
- Wees als zorgaanbieder/verlener alert op patiënten die vanwege hun angst voor besmetting zorg hebben afgezegd (zorgmijders). Zoek proactief contact met cliënten/patiënten.
- Bestendig crisisstructuren en zorg dat hieraan wordt vastgehouden bij een tweede golf.
- Essentieel is de beschikbaarheid van voldoende toegerust personeel. Denk daarbij na over een flexibele schil. Daarmee wordt bedoeld dat er een team van zorgpersoneel beschikbaar is om bij te springen indien er in bepaalde regio's een uitbraak is dan wel uitval van zorgpersoneel. Dit om zowel de Covid-19-zorg als de reguliere zorg te bestendigen.
- Houd structuren voor monitoring van de beschikbaarheid van geneesmiddelen overeind, waaronder de samenwerking met het LCG (zie verder onder 3).
- Draag zorg voor meer voorraden voor cruciale hulpmiddelen waaronder PBM, apparatuur en geneesmiddelen.

3. Samenwerking in netwerken en ketens

Door de Covid-19-crisis werd het belang van samenwerking in netwerken nog duidelijker. In onzekere tijden is de communicatie niet altijd duidelijk, verandert er veel en moeten partijen snel schakelen. Onderdeel zijn van een netwerk en de betrokken ketenpartners kennen is altijd van belang, maar essentieel in een crisissituatie. Wat opvalt is dat de samenwerking niet beperkt bleef tot het eigen netwerk en keten maar dat ook andere domeinen zijn aangehaakt. Vanuit het veld is teruggegeven dat de samenwerking met de ketenpartners veel heeft opgeleverd. Door de crisis is de drempel om met concurrenten en partijen uit andere zorgdomeinen samen te werken fors lager geworden.

Het testbeleid is een goed voorbeeld van samenwerking, dit is de afgelopen periode voortdurend veranderd. GGD'en moeten hier voortdurend op inspelen, samen met bijvoorbeeld een callcenter en andere betrokken partijen zoals het Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Ketens (LCDK) en de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT). Van richtlijn tot implementatie, van afspraak tot start van het bron- en contactonderzoek (BCO), er zijn veel verschillende partijen die in hun werkzaamheden op elkaar moeten aansluiten om tot een soepel werkende keten te komen.

Een tweede goed voorbeeld van samenwerking betreft de samenwerking gericht op de monitoring en beschikbaarheid van geneesmiddelen. Bovenop de al bestaande samenwerking tussen overheidspartijen en het veld, is op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) een coördinatiepunt ingericht met als doel veelgebruikte IC-geneesmiddelen beschikbaar te houden/krijgen. De samenwerking met dit Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) met overheidspartijen, groothandels, bereidende apotheken en bedrijven is succesvol geweest: echte tekorten hebben zich ook in het dieptepunt van de crisis gelukkig niet voorgedaan.

Een derde goed voorbeeld is het versneld op de markt brengen van beademingsapparatuur (in relatie tot IC-capaciteit). Vanuit de landelijke expertgroep VWS in samenwerking met de IGG en een Nederlandse Notified Body is voldoende reservevoorraad beademingsapparatuur (minimaal 500 stuks) van het Nederlandse bedrijf Demcon georganiseerd. Voorraad in opslag is gereed, net als eventuele distributie vanuit VWS. De kwaliteitsborging is vanuit de IGG geborgd.

Uit het veld hebben we bevindingen van een aantal succesvolle samenwerkingsverbanden.

- Vanuit huisartsenpost (HAP) Cohesie in Limburg zijn pilots gedaan met het overnemen van de telefoon van lokale huisartsenpraktijken door de HAP. Dit voor het geval deze praktijken vanwege beperkte capaciteit genoodzaakt zouden zijn hun deuren te sluiten. De HAP kan dan inspringen voor de telefoon en zo de bereikbaarheid van zorg voor de aangesloten patiënten continueren. Dit scenario is niet voorgekomen in de afgelopen periode, maar kan indien nodig ingezet worden bij een tweede golf.
- De revalidatie van Covid-19-patiënten in ziekenhuizen kwam stil te liggen vanwege de prioriteit voor Covid-19-patiënten op de intensive care. Daarop heeft een

gezondheidscentrum in Brabant een ruimte ter beschikking gesteld om revalidatie daar voort te zetten.

- Een zorgaanbieder in de gehandicaptenzorg heeft gekozen voor een cirkelmethode. Dit betekent dat zorgverleners van wonen, zorgverleners van de dagbesteding en stagiaires én vaste vrijwilligers gekoppeld zijn om het rooster van 24 uur rond te maken. Dit gebeurt ook voor de invalkrachten vanuit de flexpool. De zorgaanbieder heeft dit gedaan voor tien regio's en hoopt hiermee kruisbesmetting te voorkomen, maar ook zijn er minder vervoersbewegingen nodig. De zorgaanbieder kan ook gericht PBM inzetten. Het maakt mogelijk bij besmetting lokaal maatregelen op te leggen en niet voor de hele organisatie. Cliënten zien nu vaker dezelfde gezichten.
- In St. Oedenrode hebben de huisartsen een huisartsenpraktijk voor COVID-19 ingericht. De andere praktijken waren voor de reguliere patiënten.
- In Zuid-Holland hebben vier grote zorgorganisaties afspraken gemaakt over cohortverpleging. Hierdoor kunnen zij bij een tweede uitbraak snel opschalen naar 200 bedden voor verpleging bij besmetting met het Covid-19-virus.
- Verpleeghuizen die al adequaat samenwerkten en hun bestaande netwerk inzetten tijdens de crisis, voelden zich tijdens de uitbraak ondersteund en konden slagvaardiger handelen. Netwerken met huisartsen, GGD, ziekenhuis, andere verpleeghuizen en de GHOR hebben bijvoorbeeld ondersteuning geboden in kennis over infectiebestrijding, inzet van zorgverleners, testen en het gezamenlijk opzetten van cohortafdelingen.
- Ook bij zorgaanbieders in bijvoorbeeld de GGZ heeft de bestaande samenwerking geholpen bij bijvoorbeeld het opzetten van gezamenlijke cohortafdelingen.
- De particuliere klinieken hebben nauw samengewerkt met de ziekenhuizen (inzet van medewerkers en middelen).
- Vanuit de ziekenhuizen werd aangegeven dat de inrichting van een centraal luchtwegklachten spreekuur voor/door huisartsen bij de HAP/annex SEH, om patiënten met verdenking Covid-19 aldaar te ontvangen, opgezet was om huisartsenlocaties te ontlasten en indien noodzakelijk opname op de Covid-19-afdeling van het ziekenhuis plaats laten vinden. 24/7 samenwerking en opvang was mogelijk. Tegen een achtergrond van voortdurende schaarste aan testmaterialen is de capaciteit voor het uitvoeren van coronatesten de afgelopen maanden steeds verder uitgebreid. Om dit op landelijke schaal zo efficiënt mogelijk te organiseren en de kwaliteit van deze testen zo goed mogelijk te borgen wordt inmiddels samengewerkt door meer dan 60 laboratoria en andere ketenpartners.

De inspectie heeft daarnaast gezien dat de samenwerking op een aantal punten niet goed verliep en kan worden verbeterd.

- Kleinere zorgorganisaties hadden moeite om contact te leggen met de GGD en RONAZ. Zij waren vaak nog geen (actief) onderdeel van de bestaande kennis- en samenwerkingsnetwerken. Soms hadden/hebben zij ook geen crisisorganisatie.
- Daar waar samenwerkingsverbanden er nog niet waren of broos, duurde het langer noodzakelijke zorgketens sluitend te maken.
- Kwetsbare risicogroepen achter de voordeur waarbij niet evident is welke zorgorganisatie voor hen in the lead is, zijn laat in beeld gekomen.
- Aanvankelijke stokte de samenwerking van de ziekenhuizen bij de noodzakelijke opschaling van IC bedden. Mede dankzij interventie van de IGJ is dit alsnog voortvarend opgepakt door de ziekenhuizen.
- Hoewel over het algemeen de samenwerking met de ROAZ goed liep, hebben een aantal klinieken aangegeven dat samenwerking/communicatie met de ROAZ niet in alle gevallen goed verliep. Verder werd door een aantal klinieken aangegeven dat de opstelling van het ROAZ naar de regionale klinieken niet als positief werd ervaren. Een positief punt was de aansluiting van één contactpersoon voor alle regionale klinieken bij dit ROAZ.

Resumerend: de eerste golf heeft een impuls gegeven aan de intensivering van de samenwerking in ketens en netwerken. Hierbij is veel creativiteit en innovatiekracht gebruikt. De samenwerking heeft veel opgeleverd, het is van belang dat vast te houden en verder uit te bouwen.

Aanbevelingen

- Kijk naar wat goed ging en welke aanpassingen in de ROAZ/RONAZ-en samenwerking nodig zijn om de volgende golf op te vangen.
- Ga actief op zoek naar best practices en maak deze inzichtelijk voor het veld. Zodat geleerd kan worden van elkaar. De koepels moeten hierin een nog actievere rol pakken. Betrek ook de kleinere zorginstellingen hierbij.
- Maak gebruik van elkaars expertise en mogelijkheden en breng hiermee de ketenzorg verder, bijvoorbeeld in de zorgverlening aan post-intensive care COVID-patiënten zowel in het ziekenhuis, de geriatische en medisch specialistische revalidatiezorg als de eerste lijn.
- Maak regionale afspraken voor kwetsbare groepen achter de voordeur.

4. Regionale verschillen; maatwerk moet mogelijk zijn

Tijdens de eerste golf met besmettingen ontstonden er in het land verschillen in het aantal besmettingen per regio. Per regio is ook anders samengewerkt om de crisis te bestrijden. Hier doet de inspectie in enkele regio's uitgebreid onderzoek naar. In algemene zin kan al wel worden gesteld dat voor het opvangen van de tweede golf maatwerk gestimuleerd moet worden en dat landelijke ingrepen zoveel mogelijk achterwege moeten blijven, tenzij het virus zodanig oplaait dat alleen landelijke maatregelen nog soelaas kunnen bieden. Verder wordt in iedere veiligheidsregio de samenwerking met zorgaanbieders gezamenlijk geëvalueerd. Het is hierbij van belang dat de lessen met elkaar worden gedeeld.

Enkele goede voorbeelden die de inspectie alvast wil delen:

- In Brabant, de regio die vooroplep in de ontwikkelingen van de Corona crisis, werd het dagelijks bestuur ROAZ aan het begin van de COVID-19 uitbraak uitgebreid met bestuurlijke afvaardiging vanuit de huisartsenzorg, RAV, GGZ, VVT en zorgverzekeraars. Op basis van de input van de sectoren vond op slagvaardige wijze regionale besluitvorming plaats (en konden ervaringen worden gedeeld ten behoeve van het LCPS).
- Het regionale Utrechtse Covid-dashboard dat in juni al is opgestart door de lokale GGD.
- Het organiseren van een bijeenkomst met de huisartsen in de regio om de doorverwijzingen weer op gang te brengen.
- In Friesland zijn de Covid-19-routes voor de thuiszorg al vastgelegd, ook is vastgelegd waar een cohortafdeling wordt opgestart bij een toenemend aantal besmettingsgevallen.
- Wachtlijstbeheer V&V in Eindhoven en omstreken. Een cliënt meldt zich op één plek aan en wordt op basis van beschikbaarheid en wensen ergens geplaatst. Dit gaat wachtlijstvervuiling tegen.
- Een aantal zorgaanbieders benoemt dat er in de regio al is bepaald waar het Covid-19-crisiscentrum met bedden voor de regio komt (o.a. in Friesland en Brabant-Zuidoost).
- Een aantal zorgaanbieders heeft in hun regio afspraken gemaakt over het uitlenen van personeel
- In een aantal regio's werken transferverpleegkundigen van ziekenhuizen met een app waarin zij onmiddellijk kunnen zien welke thuiszorgaanbieder plek heeft. Ook is zichtbaar welke zorg deze aanbieder kan leveren en of die past bij de wensen van de cliënt.

Resumerend: in elke regio zijn andere oplossingen gevonden en afspraken gemaakt passend bij de eigen situatie en omstandigheden. Landelijke ingrepen waren niet altijd passend en hebben verstrend kunnen werken omdat er te weinig differentiatie was.

Aanbevelingen

- Draag zorg voor een heldere balans tussen landelijke afspraken en regionaal en lokaal maatwerk. Heb daarbij aandacht voor het gegeven van regionale en lokale verschillen. Uitgangspunt: regionaal/lokaal waar het kan en alleen landelijk als het moet. Aan de landelijke regie moeten dan voorwaarden worden gesteld en goede communicatie worden verbonden zodat het voor iedereen duidelijk is wat wordt bedoeld.
- Maak duidelijk waar ROAZ/RONAZ verantwoordelijk voor zijn en faciliteer hen hierin.

5. Risico's kwetsbare groepen

De Covid-19-crisis en de intelligente lockdown hebben met name gevolgen gehad voor de kwetsbare groepen. Dit zijn de mensen die ook veelal langdurige zorg ontvangen. Door de inzet op de bescherming van de kwetsbare groepen en dus te kiezen voor lichamelijke gezondheid, verloren cliënten een deel van de kwaliteit van leven.

Veel behandelingen werden vervangen door beeldbellen maar dat kon en werkte niet voor iedereen. Ook vormen van dagbesteding, huisbezoeken, school en thuiszorg vielen weg. De problemen voor de cliënt/patiënt waren groot door gemis aan structuur en sociale contacten, eenzaamheid. Mantelzorgers kwamen in de knel door het sluiten van dagvoorzieningen e.d.. Ze werden overgevraagd, voelden zich niet gezien en niet ondersteund.

Het sluiten van de deuren voor bezoek in instellingen heeft ook grote impact gehad op de cliënten. Dit heeft geleid tot eenzaamheid en verlies van kwaliteit van leven. Ook ziekenhuizen waren zeer terughoudend met bezoek (hooguit waren er uitzonderingen voor terminale patiënten en kinderen) waardoor het verblijf in het ziekenhuis vaak eenzaam en soms zelfs traumatiserend was.

Tijdens de periode met COVID-19 kwam de persoonsgerichte zorg in de verpleeghuizen onder druk te staan. Binnen de sector zijn en worden maatwerkoplossingen bedacht. Al bieden deze oplossingen niet altijd het gewenste resultaat. Zo brengt bijvoorbeeld individuele begeleiding van een cliënt met dementie in de thuissituatie een mantelzorgers minder ontlasting dan wanneer een cliënt naar de dagopvang kan. Doordat er voor de sector verpleging en verzorging te weinig persoonlijke beschermingsmiddelen waren, moesten zorgverleners te vaak onbeschermd werken. De te snel wisselende adviezen vanuit bijvoorbeeld het RIVM brachten veel onrust. Daarbij hadden niet alle zorgaanbieders de kennis over infectiepreventie up to date. 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.

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 dichtter 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.

De zorgaanbieders waar cliënten in verouderde panden wonen benoemen dat de 1.5 meter maatregel logistiek nauwelijks te organiseren is. De liften zijn bijvoorbeeld te klein en de gangen te 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.

Echter, ook is opgehaald dat bijvoorbeeld op een groot deel van de psychogeriatrische afdelingen de rust voor de cliënten tijdens de lockdown beter was dan daarvoor. Een aantal zorgaanbieders ziet met de verruiming het aantal (agressie)incidenten weer toenemen. In een aantal verpleeghuizen en kleinschalige woonvoorzieningen wordt nu nader onderzocht wat een goede balans is tussen prikkels en prikkelarm op afdelingen voor cliënten met een psychogeriatrische problematiek. Ook laten sommige zorgaanbieders geen familie meer toe tijdens de maaltijden en in de woonkamer.

Ook in de gehandicaptenzorg ervaren sommige cliënten meer rust en regelmaat toen de dagbesteding wegviel. Weinig wisselingen van omgeving, een vaste groep zorgverleners om zich heen en veel nabijheid van zorgverleners. Hun kwaliteit van leven nam toe en in een aantal gevallen namen gezondheidsproblemen zelfs af.

De Forensisch Psychiatische centra benoemden dat door het alternatief om te videobellen patiënten soms ook anderen zagen die normaliter niet mee komen op bezoek of dat ze hun huis zagen dat ze al lange tijd niet hadden gezien.

In de GGZ, VVT-sector, GZ en de Jeugdzorg vinden veel aanbieders een tweede lockdown (met algemeen geldende, landelijke regels over sluitingen en bezoekerregelingen) niet wenselijk. Een aantal van hen geeft aan dat het in strijd is met de Wet zorg en dwang (Wzd). Men pleit voor meer mogelijkheden voor maatwerk. Dus niet alleen maatwerk naar regio, maar ook maatwerk binnen sectoren.

Resumerend: er moet meer balans komen tussen de keuze voor gezondheid en de kwaliteit van leven. Zorgaanbieders en cliënten moeten hier meer verantwoordelijkheid in krijgen.

Aanbevelingen

- Geen volledige lockdown meer.
- Meer verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieders en hen ruimte geven om meer te differentiëren in de aangeboden zorg en in de gehanteerde beperkingen.
- Patiënten en cliëntenraden betrekken bij de te maken keuzes.

6. Testen en bron- en contactonderzoek / GGD

Per 1 juni 2020 zijn de GGD'en verantwoordelijk voor het testen op het Covid-19-virus van iedereen die zich meldt met klachten. Maar ook voor de opvolging middels het bron- en contactonderzoek, bij een 'positieve' testuitslag. Alle GGD'en hebben deze omvangrijke opdracht opgepakt en met veel inzet uitgevoerd. De GGD maakt onderdeel uit van een keten en is afhankelijk van ketenpartners als het landelijke telefooncentrum, collega GGD'en, laboratoria en het landelijke belcentrum voor bron- en contactonderzoek.

Het is van essentieel belang dat het testen en het bron- en contactonderzoek 100% op orde zijn. Dat wordt keihard aan gewerkt en er is veel verbeterd, maar is nu nog niet overal het geval. We ontvingen (met name in de beginperiode) een aantal negatieve signalen over de snelheid van testen van met name het zorgpersoneel en de bereikbaarheid van de GGD. Daarnaast zijn er huisartsenposten die vanwege hun werkgebied met meerdere GGD-regio's te maken hebben, waarbij de verschillen in aanpak en communicatie vanuit de GGD'en problemen gaven.

Vanwege het grote belang van het testen en het bron- en contactonderzoek is de inspectie van mening dat de GGD'en ondersteuning moeten krijgen voor de uitvoering van deze belangrijke taken. Het is niet reëel om van de GGD te verwachten dat zij alles zelf moeten doen. Deze ondersteuning moet op verschillende fronten plaatsvinden:

- Gedrag van de Nederlandse burger/bedrijven
- Vergroten capaciteit bij GGD
- Hulp van andere (zorg)organisaties
- Verbeteren van de keten

Voorop staat het gedrag van het Nederlandse publiek. Het gaat om testbereidheid en bereidheid om mee te doen aan het bron- en contactonderzoek en om zich te houden aan de adviezen. Het blijft anders "dweilen met de kraan open". De Nederlandse overheid zal meer vernieuwend beleid moeten ontwikkelen en waar nodig intensiveren om eenduidig en begrijpelijk te communiceren en indien nodig te kunnen handhaven daar waar mensen zich niet aan het beleid houden. Denk in de communicatie ook aan de anderstaligen en laaggeletterden.

Er moet ook meer inzet gepleegd worden om mensen veilig te kunnen laten werken. Bedrijven hebben de zorgplicht dat medewerkers hun werk moeten kunnen doen zonder besmet te worden, denk aan bijvoorbeeld de slachterijen.

Verder is het van belang dat de GGD'en hun capaciteit op orde krijgen om alle gevraagde testen en het bron- en contactonderzoek te kunnen uitvoeren. Dat kan deels door het extra aantrekken van mensen waarbij opnieuw moet worden beoordeeld wie de test kan uitvoeren. Er zijn bijvoorbeeld tropenartsen en andere oud-zorgprofessionals beschikbaar die met weinig extra inspanning bijgeschoold kunnen worden voor GGD-taken ten tijde van Covid-19. De ervaring vanuit de oud-professionals is dat in de afgelopen periode nog te weinig gebruik gemaakt is van deze mogelijkheid. Wat helpt is dat landelijke afspraken worden gemaakt over de competenties van mensen en er moet meer pragmatisch worden gedacht (bijv. MBO'ers inzetten voor BCO).

Verder moet de uitvoering van het testen ook bij andere partijen worden neergelegd. Hier is al een aantal voorbeelden van. Een aantal zorgaanbieders waaronder veel ziekenhuizen heeft eigen teststraten opgezet voor eigen medewerkers. Bij hen duurt het tussen 4 en 24 uur voor een uitslag beschikbaar is. Mensen die negatief worden getest kunnen dan snel weer aan het werk. Dit testen zou uitgebreid kunnen worden naar de HDS'en.

Ook diagnostische centra en de eerste lijn kunnen worden benut (huisartsen en wijkverpleging) voor het testen en de ondersteuning daarvan.

Hetzelfde geldt voor de bedrijfsartsen. Zij hebben al bij zorgaanbieders en andere organisaties een rol gespeeld bij het testen van (zorg)medewerkers. Bij het testen van medewerkers kunnen zij afhankelijk van de uitkomsten ook preventieve maatregelen bevorderen op de werkvloer.

Verder moet opnieuw gekeken worden naar de bereikbaarheid van de teststraten. De inspectie ontvangt nog te vaak signalen dat de teststraten onvoldoende toegankelijk zijn voor mensen die afhankelijk zijn van het openbaar vervoer en/of een beperking hebben. Thuisafname of afname dichterbij huis zijn dan goede oplossingen.

Tenslotte levert ook betere stroomlijning tussen het landelijke telefooncentrum, GGD'en, laboratoria en het landelijke belcentrum voor bron- en contactonderzoek veel winst op in doorlooptijden. Ook verbeterde ICT-voorzieningen en een goede onderlinge afstemming, waaronder met GGD GHOR Nederland en het Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten, dragen hieraan bij.

Aanbevelingen

- Formuleer een heldere strategie voor gedragsbeïnvloeding en communiceer daar navolgbaar en eenduidig over zodat de naleving van de gedragsregels weer toeneemt en de bereidheid voor testen en BCO ook.
- Vergroot de capaciteit van de GGD'en en maak daarvoor gebruik van creatieve oplossingen, ga niet op de ondergrens zitten.
- Vraag andere ketenpartijen zoals ziekenhuizen? huisartsen, wijkverpleegkundigen, bedrijfsartsen en diagnostische centra een extra bijdrage te leveren aan het afnemen van Covid-19-testen en maak daar goede afspraken over.
- Bekijk hoe verzoeken van GGD'en en de veiligheidsregio's voor het handhaven van de Covid-19-maatregelen praktisch ingevuld kunnen worden (best practice inzet van wijkteams hiervoor).
- Het is belangrijk dat er voortdurend aandacht blijft voor de testcapaciteit in laboratoria. Testmaterialen blijven schaars, zeker in het licht van een steeds toenemende vraag. Uitbreiding van de capaciteit, ontwikkeling van innovaties in de testprocedures zoals het werken met "gepoolde samples", en een zo efficiënt mogelijke inzet van testmaterialen zijn nodig.

7. Persoonlijke beschermingsmiddelen

In nagenoeg alle sectoren wordt door zorgaanbieders aangegeven dat de aandacht vanuit de overheid in eerste instantie uitging naar de intensive care en in mindere mate naar andere zorg. Zo ook voor de verdeling van PBM's. Onder andere hierdoor waren er in het begin van de crisis bij de meeste aanbieders, waaronder ook vooral de kleinere zorgaanbieders, tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM). Ook is er veel onduidelijkheid geweest over het gebruik van PBM in verschillende sectoren.

Dit heeft geleid tot angst en onrust. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) is in korte tijd opgezet op initiatief van VWS. Via deze landelijke structuur kunnen zorgaanbieders PBM inkopen. Aangezien er minimaal CE-gemarkeerde producten voor handen waren, toetst het RIVM de kwaliteit van niet CE-gemarkeerde producten.

Meerdere zorgaanbieders – zorgveld breed – hebben aangegeven een voorraad aan te leggen. Een aantal zorgaanbieders in de care geeft aan dat zij lange termijnplannen hebben voor PBM. Ze hebben een inschatting gemaakt wat zij op de langere termijn aan PBM nodig hebben. Ze houden daarbij rekening met de afname van besmette cliënten (en mogelijk toename bij nieuwe uitbraken), de openstelling van dagbesteding en de verruiming van de bezoeksregeling. Het voldoende beschikbaar zijn van PBM blijft echter een grote zorg voor de meeste zorgaanbieders. PBM blijft kostbaar en vaak lastig verkrijgbaar.

Het zorgveld geeft aan dat er borging moet zijn voor voldoende PBM's.

Aanbevelingen

- Zorg voor borging voldoende PBM en maak scenario's bij dreigende tekorten.
- Wees duidelijk en concreet over wat er aan PBM beschikbaar is.
- Het LCH dient een juridische grondslag te krijgen. VWS en het LCH dienen duidelijk te communiceren dat zorgaanbieders in geval van tekorten via hun reguliere kanalen, PBM bij het LCH kunnen inkopen. Voor de zorgaanbieder dient het helder te zijn welk product ze bestellen, voor welke handelingen het kan worden gebruikt en hoe de kwaliteit is gegarandeerd. In deze communicatie vanuit het LCH dient te worden geïnvesteerd.

8. Innovaties

Door het fysiek afstand moeten houden zijn technische/digitale innovaties en nieuwe werkvormen geïntroduceerd of breder ingezet dan voor de Covid-19-crisis. Sommige daarvan zullen effectief blijken en blijvend worden gebruikt, ook als het Covid-19-virus t.z.t. onder controle is. Technische hulpmiddelen en alternatieve werkvormen zijn geen panacee voor alle problemen. Soms zijn ze niet geschikt voor bepaalde doelgroepen, en vaak blijft het behelpen met een noodoplossing.

Een kleine greep uit de vele voorbeelden die opgehaald zijn:

Zorgverleners hebben veel consulten waar mogelijk vervangen door beeldbellen of telefonische consulten. Dit gebeurde in diverse sectoren (huisartsen, ambulante GGZ, revalidatiezorg, verslavingszorg, medisch specialistische zorg). Apothekers hebben ingezet op afhaalcluzen en extra bezorgdiensten. Jeugdhulpaanbieders waren in staat om snel te schakelen naar een andere manier van hulp verlenen. Het repertoire aan mogelijke hulpvormen breidde snel uit (naast digitaal contact ook raamsessies, deursessies, wandelen). Veelal zijn combinaties van verschillende werkwijzen ingezet. De nieuwe werkwijzen zijn een mooie aanvulling op de standaardwerkwijzen en zijn soms ook efficiënter of beter passend voor specifieke doelgroepen. Zorgen bestaan of de veiligheid van jeugdigen met digitale middelen voldoende kon worden ingeschat. In justitiële inrichtingen worden justitiabelen bij binnenkomst geplaatst op een éénpersoonscel. De minimale plaatsing op een éénpersoonscel duurt twee weken (gelet op incubatietijd van het virus). Pas daarna is eventueel plaatsing op een meerpersoonscel mogelijk. In forensisch psychiatrische centra verving videobellen vaak het bezoek. Hierdoor zagen de patiënten soms ook anderen die normaliter niet mee komen op bezoek, of zagen ze bijvoorbeeld hun huis dat ze lange tijd niet hadden gezien. In de gehandicaptenzorg gaven sommige zorgaanbieders tablets of laptops aan de cliënten om per video contact met familie en vrienden te hebben. Veel cliënten vonden dit fijn, maar bij andere cliënten werkte dit minder of niet vanwege hun beperkingen. Ook konden cliënten, familie en vrienden elkaar vaak buiten (gecontroleerd en op 1,5 meter) of achter glas ontmoeten. Dit gebeurde ook in de ouderenzorg. Zorgaanbieders lieten een grote creativiteit zien om contact en bezoek zoveel als mogelijk toch mogelijk te maken.

Aanbevelingen

- Faciliteer en stimuleer de mogelijkheden om zorg waar mogelijk via een digitale weg te laten plaatsvinden. Voer het versneld in en leer van elkaar.

9. Code Zwart

Gelukkig is het in Nederland niet gekomen tot een "Code Zwart". Hiermee wordt bedoeld op de situatie dat er te weinig intensive care-capaciteit is om patiënten op te vangen. Toen eind maart het aantal IC-opnames opliep was het de vraag of ziekenhuizen de capaciteit op de IC's voldoende en snel genoeg konden opschalen – en ook hoe de IC-capaciteit verdeeld zou moeten worden als deze niet toereikend was. Omdat er geen landelijk protocol voor die situatie bestond en omdat dat naar het inzicht van zorgaanbieders en veldpartijen noodzakelijk was, heeft de IGJ de Federatie Medisch Specialisten en de KNMG gevraagd om regie te voeren over het opstellen van zo'n protocol.

Aanbeveling

Landelijke instanties en politiek moeten voor de uitbraak van de tweede golf consensus verkrijgen over triage bij code zwart. Diverse ziekenhuisbestuurders geven aan dat hier prioriteit aan moet worden gegeven.

10. Overig

Financiën

Vanuit praktisch alle sectoren is aangegeven dat er zorgen zijn omtrent de financiering. 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. Die kosten hadden onder meer betrekking op het opschalen van de IC-zorg, de omschakeling naar online dienstverlening, thuiswerken, persoonlijke beschermingsmiddelen, schoonmaak, het stroomlijnen van patiëntenstromen, het huren van grotere ruimtes, herinrichting van gebouwen en meer uren van medewerkers .

De extra kosten zijn er zowel binnen zorgorganisaties als in samenwerkingsverbanden. De meeste zorgaanbieders gaven aan voldoende gecompenseerd te worden of voldoende reserves in kas te hebben om het verlies op te vangen. Dit laatste gaat wel ten koste van langetermijninvesteringen en dit heeft naar verwachting gevolgen voor de kwaliteit van zorg.

In de V&V-sector noemt meer dan de helft van alle zorgaanbieders dat de compensatieregeling nog niet is geëffectueerd. Er is nog geen compensatie voor de lege bedden vanaf september 2020. Zorgaanbieders noemen dat zij, voor ze in aanmerking komen voor compensatie, eerst hun kwaliteitsgelden moeten inzetten. Zorgaanbieders geven aan dat deze gelden hier niet voor zijn bedoeld. Zij willen het geld inzetten voor het verbeteren van kwaliteit en niet ter compensatie van financiële verliezen door Covid-19. Voor cliënten met een PGB die wonen in een kleinschalige woonvoorziening is nog geen compensatieregeling. Daarnaast blijven in heel Nederland de doorverwijzingen vanuit huisartsen en de instroom vanuit ziekenhuizen achter.

Zorgaanbieders krijgen geen compensatie voor het inrichten van gezamenlijke cohortafdelingen in de regio of Covid-19-routes in de thuiszorg. Wat zorgaanbieders vooral steekt zijn de tariefskortingen voor 2021. Deze ligt tussen de 1 en 3%. Deze kortingen gelden voor zowel de verpleeghuiszorg als de thuiszorg. Zij vertellen dat de loonkosten in 2021 ook 3% stijgen. Dit was al afgesproken in de cao-onderhandelingen. Veel zorgaanbieders maken zich zorgen of het in 2021 zal lukken financieel gezond te blijven.

Diverse stakeholders geven aan dat aanbieders zijn gestopt met het bieden van bepaalde vormen van hulp of hebben moeten stoppen. Dit geldt bijvoorbeeld voor zorgboeren, voor wie de opbrengsten van andere vormen van hulp (Wlz en Wmo) groter zijn dan voor jeugdhulp.

Communicatie

Vanuit alle sectoren is aandacht gevraagd voor communicatie vanuit het rijk en het RIVM. Er zijn verschillende doelgroepen met wie moet worden gecommuniceerd. Er was veel informatie beschikbaar waarvan de inhoud continu veranderde en niet voor alle doelgroepen geschikt was. Medewerkers, patiënten en familie zijn verschillende doelgroepen, de communicatie vraagt maatwerk.

11. Tot slot

Met deze tussenrapportage geven we een eerste terugkoppeling van de beelden die we als IGJ de afgelopen periode hebben opgehaald en de aanbevelingen die we op basis daarvan hebben geformuleerd. De opleving van het virus maakt dat we nu met deze rapportage komen. Uiterlijk eind september volgt ons definitieve rapport. Daarnaast worden er per sector rapportages opgeleverd die op onze website worden geplaatst.