

Lessons learned COVID-19 langdurige zorg

Notitie opgesteld door de LCI/RIVM, met input van brancheorganisaties (Actiz, VGN, Zorgthuis.nl), beroepsverenigingen (Verenso, NVAVG, V&VN) in de langdurige zorg en VWS

definitieve versie d.d. 24.08.20

Inleiding

Begin maart werd de eerste bewoner van een verpleeghuis gediagnosticeerd met COVID-19. Binnen enkele weken breidde het aantal besmettingen binnen de verpleeghuizen zich fors uit wat leidde tot (extra) sterfte onder de (kwetsbare) bewoners. Daarom besloot de minister alle verpleeghuizen in Nederland vanaf 20 maart te sluiten voor bezoek. Deze maatregelen zijn half juni geleidelijk teruggedraaid op geleide van de epidemiologie.

Binnen de gehandicaptenzorg is samen met de vertegenwoordigers van cliënten een bezoekregeling vastgesteld die uitging van het “nee -tenzij” principe. Deze maatregel is op 19 mei aangepast met een switch naar een regeling vanuit een “ja – tenzij” principe. Binnen de gehandicaptenzorg dient hiernaast ook rekening gehouden te worden met de zeer uiteenlopende doelgroepen, zowel qua leeftijd als qua problematiek en zorgintensiteit.

Er wordt momenteel nagedacht op welke wijze het sluiten van instellingen voor bezoek tijdens een tweede golf voorkomen kan worden.

Lessons learned (voortschrijdend inzicht)

Terugkijkend naar de effecten van COVID-19 binnen de langdurige zorg vallen de volgende punten in het bijzonder op:

Aansluiting op het domein Langdurige zorg

Het RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) richt zich op de epidemiologie, diagnostiek en bestrijding van infectieziekten die van belang zijn voor de volksgezondheid. Binnen het Cib coördineert de LCI de bestrijding van infectieziekte-uitbraken. De LCI heeft van oudsher een medisch inhoudelijke insteek en heeft met name contacten in de publieke gezondheidszorg, de medische microbiologie en de curatieve sector (huisartsen, infectiologen). Binnen de langdurige zorg is er contact op specifieke onderwerpen (zoals influenza en antibioticaresistentie) met Verenso, maar slechts beperkt met andere beroepsverenigingen of brancheorganisaties. De contacten met de V&VN, zijn beperkt tot de afdeling Infectieziekten bestrijding verpleegkundigen.

De LCI-richtlijnen voor de infectieziektebestrijding zijn primair gericht op gebruik in de publieke gezondheidszorg en worden door de IGJ als veldnorm gezien voor de betrokkenen. Met betrekking tot infectiepreventie participeert de LCI in het in oprichting zijnde Samenwerkingsverband Richtlijn Infectiepreventie (SRI) samen met de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ¹).

In de COVID-19 crisissituatie -en zeker in het begin - werden de informatie en uitgangspunten uit de LCI-richtlijn veel breder gebruikt, ook als basis voor specifieke richtlijnen in de diverse zorgsettings.

¹ SKILZ is een samenwerkingsverband tussen V&VN, NVAVG en Verenso.

Tijdens de COVID-19-epidemie zijn de contacten met de langdurige zorg substantieel uitgebreid. Zo is, met enige vertraging, de afstemming met de brancheorganisaties VGN, Zorgthuisnl en ActiZ geïntensiveerd en verliepen de contacten vervolgens goed en snel. Met een aantal beroepsorganisaties binnen de langdurige zorg (Verenso en NVAVG) is inhoudelijk afstemming over de specifieke richtlijnen die zij hebben opgesteld voor hun werkgebied. Met de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen werkzaam in instellingen en in de thuiszorg/wijkverpleging (V&VN) was dit nog onvoldoende ingericht. Door hen werd aansluiting van de richtlijnen op de praktijk gemist en een goede afstemming van de richtlijnen tussen cure en care, zodat e.e.a. uitlegbaar bleef voor alle zorgprofessionals en cliënten.

Onbekendheid over het virus

Er was over het nieuwe coronavirus nog veel niet bekend, zeker niet in de beginfase. In de loop van de tijd werd er steeds meer bekend over het virus, over de pathogenese, over de besmettelijkheid, over de symptomatologie, enz. De richtlijnen zijn regelmatig aangepast aan de nieuwe inzichten. Wij hebben regelmatig verzoeken vanuit het veld ontvangen om de aanpassingen van een heldere onderbouwing te voorzien en bij voorkeur vooraf aan te kondigen.

Crisissituatie

In zeer korte tijd nam de uitbraak van COVID-19 exponentieel toe. Daarbij waren er tekorten aan testcapaciteit en persoonlijke beschermingsmiddelen. De VVT-sector werd hard getroffen en daar was de noodzaak voor aanvullende adviezen groot, mede omdat er landelijk geen standaard (WIP-) richtlijnen zijn voor typen isolatie zoals die voor de ziekenhuizen wel aanwezig zijn. Deze adviezen zijn onder hoge tijdsdruk tot stand gekomen en aanpassingen volgden elkaar snel op, wat soms tot onduidelijkheid heeft geleid in het veld. Zorgvuldige afstemming met alle beroepsverenigingen en/of brancheorganisaties was niet altijd haalbaar. Voor hen was niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk was voor de vertaling van de richtlijnen en wanneer de richtlijnen werden gepubliceerd. In het beloop van de crisis kwam er steeds meer aandacht voor de intramurale langdurige zorg. Voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie bleef dit nog achter.

Zorgcontinuïteit onder druk

Juist in zo'n drukke periode stond de zorgcontinuïteit extra onder druk. Niet alleen waren veel bewoners/cliënten ziek, ook het ziekteverzuim onder medewerkers nam toe. Om te voorkomen dat noodzakelijke zorg niet meer geleverd kon worden, lag de focus op de zorgcontinuïteit. In de eerste versies van de richtlijnen is daarbij -in overleg met VWS en de brancheorganisaties- toegewerkt naar maximale inzetbaarheid op basis van de toenmalige kennis over symptomen en besmettelijkheid. Later is het adagium 'blijf thuis bij klachten (en laat je testen)' de maatstaf geworden. Snelle testmogelijkheid en snelle uitslag zijn belangrijke randvoorwaarden hierbij.

Testbeleid

In de beginperiode was er een evident gebrek aan testcapaciteit. In de richtlijnen voor inzet van medewerkers werd uitgegaan van de aan- of afwezigheid van klachten en de ernst daarvan. Voldoende testcapaciteit voor medewerkers in de langdurige zorg heeft vrij lang op zich laten wachten. Ook de testcapaciteit voor patiënten/bewoners was aanvankelijk beperkt. In eerste

instantie werd in verpleeghuizen alleen getest bij de eerste twee bewoners/cliënten om een uitbraak in een instelling vast te stellen zodat daarna cohortverpleging gestart kon worden. Mogelijk heeft de beperkte testmogelijkheid van medewerkers en cliënten bijgedragen aan de verspreiding van COVID-19 binnen langdurige-zorginstellingen. Pas later werden alle bewoners/cliënten met klachten getest. Cliënten in de thuissituatie werden in eerste instantie alleen getest als dit consequenties had voor de behandeling of verpleging.

Pre- en asymptomatische besmettelijkheid

Hoewel er nog geen duidelijkheid bestaat over de bijdrage van pre- en asymptomatisch geïnfecteerde personen aan de totale omvang van de verspreiding van het coronavirus is het niet uit te sluiten dat dit een rol heeft gespeeld in de verspreiding van het virus binnen instellingen. Gezien de concentratie van kwetsbare bewoners die bovendien een atypisch beloop van de infectie kunnen hebben is het mogelijk dat introductie in een instelling niet direct wordt opgemerkt.

Gebruik PBM

Het was evident in welke situaties altijd PBM gebruikt moest worden en dat is ook altijd in de richtlijn opgenomen. Ook was er voldoende onderbouwing dat het gebruik van een chirurgisch mondneusmasker voldoende bescherming bood (OMT-advies 18-03-20). Er is in de beginfase met name gezocht naar situaties waarbij het werken zonder PBM mogelijk zou zijn, zodat de beschikbare PBM gebruikt kon worden voor de hoogerisico-situaties. Hier is toen bijvoorbeeld aangegeven dat werken op meer dan 1,5 m van de patiënt en bij vluchtig contact binnen de 1,5 m door het RIVM ingeschat werd als een laag-risico situatie. De beroepsverenigingen en brancheorganisaties hebben in hun richtlijnen verwezen naar de uitgangspunten van het RIVM over PBM gebruik buiten het ziekenhuis. Hun concept-richtlijnen zijn voorgelegd aan het RIVM, die deze mee beoordeeld heeft. Voor de thuiszorg heeft het RIVM een richtlijn en een aantal Q&A's opgesteld omdat centrale informatie voor die groep toen nauwelijks voorhanden was. Het preventief gebruik van mondmaskers werd ontraden (OMT-advies 14-04-20). Na het veranderen van de verdeelsleutel voor PBM -waarbij de aard en intensiteit van de blootstelling leidend werd ongeacht de sector waar men werkzaam is – is de beschikbaarheid van PBM voor de langdurige zorg toegenomen en kon de richtlijn daarop worden aangepast.

Basiskennis infectiepreventie

Adequate handhygiëne is een van de belangrijkste pijlers van het voorkómen van overdracht van het virus van mens naar mens. De kennis en vaardigheden m.b.t. handhygiëne en andere infectiepreventiemaatregelen vergt continue aandacht. Daarbij heeft de angst om besmet te raken en om bewoners/cliënten te besmetten, zorgmedewerkers onzeker gemaakt. Het juiste gebruik van PBM is geen vanzelfsprekendheid, zeker niet als deze in de reguliere zorg weinig gebruikt worden. Mondneusmaskers die niet goed gebruikt worden en het vervangen van handhygiëne door handschoenen, kunnen de overdracht van het virus bevorderen i.p.v. belemmeren. De vele vragen die over dit onderwerp bij het RIVM binnen kwamen laten zien dat deze kennis niet overal voldoende aanwezig was.

De toekomst: voorbereiding tweede golf

Om een nieuwe uitbraak in de verpleeghuizen en andere instellingen voor langdurige zorg te mitigeren, is een gedifferentieerd beleid noodzakelijk. Naast de infectiepreventiemaatregelen, dienen ook andere maatregelen getroffen of in stand gehouden te worden. Hier valt te denken aan goede landelijke en regionale informatie en interventie, samenwerking tussen de verschillende instellingen, voldoende capaciteit voor COVID-19-patiënten, voldoende financiële middelen, enz.

In deze notitie beperken we ons tot de infectiepreventiemaatregelen in brede zin. Hieronder de meest belangrijke elementen hierin.

1. Basiskennis over infectiepreventie waarborgen

Binnen de langdurige zorg bestaan al enige jaren diverse instanties die scholing van infectiepreventie en implementatie van richtlijnen ondersteunen, zoals Vilans, Zorg voor Beter, Waardigheid en Trots, Kennisplein Gehandicaptensector. Daarnaast zijn er, ook openbaar toegankelijke, e-learnings beschikbaar voor organisaties en zorgmedewerkers. Extra scholing voor (algemene) infectiepreventie verdient op korte termijn aandacht binnen de langdurige zorg.

Actie: Brancheorganisaties en beroepsverenigingen brengen dit onder aandacht van hun leden.

2. Deskundigheid op het gebied van infectiepreventie beschikbaar houden of maken

Het 70-20-10-model van effectief leren is zeker in de langdurige zorg een belangrijk gegeven, gelet op het lagere opleidingsniveau van de professionals in vergelijking met de cure. Het belangrijkste deel, 70%, van wat je leert, leer je in de praktijk. Dit betekent dat er deskundigheid op het gebied van infectiepreventie dicht bij de zorgmedewerkers moet zijn om dat leren te begeleiden. Hier is een grote rol weggelegd voor de deskundigen infectiepreventie (DIP-er), in het bijzonder degenen met specifieke deskundigheid binnen de langdurige zorg. Het verdient derhalve aanbeveling dat elke langdurige-zorgorganisatie een DIP-er tot zijn beschikking heeft. Dit is over het algemeen mogelijk via het ziekenhuis in de regio, via zelfstandig werkende DIP-ers of via de regionale GGD. Ook de ABR-Zorgnetwerken, die vorig jaar zijn opgericht, stellen DIP-ers ter beschikking.

Daarnaast blijft op regionaal niveau een goede samenwerking tussen DIP-er, arts-microbioloog, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, zorgverleners en arts-infectieziekten van belang.

Actie: Brancheorganisaties brengen dit onder aandacht van hun leden.

3. Zorgcontinuïteit waarborgen

Om goede zorg te kunnen leveren is het van belang dat er voldoende personeel is. Met de toename van respiratoire infecties in het najaar ligt het gevaar op de loer dat er onvoldoende personeel beschikbaar is om te kunnen werken. Deze zorgmedewerkers moeten snel getest kunnen worden, waarna zij vervolgens binnen 24 uur de testuitslag krijgen, zodat zij bij een negatieve testuitslag weer snel inzetbaar zijn in de zorg.

Acties:

Inzet – en testbeleid van zorgmedewerkers up-to-date houden (actie RIVM) en door de beroepsverenigingen en brancheorganisaties laten vertalen naar eigen richtlijnen/werkwijze.

Griepvaccinatie stimuleren om minder uitval van werknemers (door influenza) te krijgen en de kans op onterechte verdenking op COVID-19 te verkleinen (actie VWS, beroepsverenigingen, brancheorganisaties).

Zorgen voor voldoende toegankelijke en snelle testmogelijkheden (actie VWS/GGDGHOR).

4. Beschikbaarheid PBM /ondersteuning rationeel gebruik

Om een sluitend infectiepreventiebeleid mogelijk te maken, dienen de zorgmedewerkers voor elke risicovolle handeling en situatie PBM ter beschikking te hebben. In de richtlijnen moet ook voldoende duidelijk zijn welke handelingen en situaties dit betreft.

Gelet op de ernstige situatie in de langdurige zorg in de eerste golf moet uitbreiding van de indicaties, ook voor het preventief gebruik van PBM in de langdurige zorg, worden overwogen. Hier zal zowel aandacht moeten zijn voor de (wetenschappelijke) onderbouwing, het effectief gebruik van PBM als de reductie van angst. Dit vraagt nadere uitwerking.

Actie: PBM beleid tegen het licht houden waarin helder verwoord wordt in welke situaties het gebruik van PBM noodzakelijk is, in samenspraak met de beroepsverenigingen en brancheorganisaties (actie RIVM).

5. Nieuwe introducties voorkomen

Om nieuwe introducties in instellingen te voorkomen moeten maatregelen worden getroffen. Het opnieuw sluiten van deze instellingen is vanuit sociaal oogpunt zeer onwenselijk. Welke maatregelen wel effectief en proportioneel zijn moet verder uitgewerkt worden. Hierbij kan de rol van preventief gebruik van mondneusmasker voor medewerkers en/ of bezoekers meegenomen worden. Ook een bezoekersregeling (niet zijnde een bezoekverbod) kan helpen bij het beperken van introducties in de instelling. Een handreiking, bedoeld voor arts- en infectieziektenbestrijding werkzaam bij GGD'en, voor maatregelen bij clusters of (lokale) verheffing van COVID-19 is inmiddels gepubliceerd (5 augustus).

Actie: Uitgangspunten opstellen samen met de beroepsverenigingen en brancheorganisaties over te treffen maatregelen om nieuwe introducties te voorkomen (actie RIVM).

6. Testbeleid patiënten/ cliënten

Vanaf 1 juni kan iedereen met klachten laagdrempelig getest worden. Echter, zoals hierboven geconstateerd, is de rol van pre- en asymptomatische infecties nog onvoldoende duidelijk. Daarnaast kan er bij deze kwetsbare groep sprake zijn van atypische klachten. Een overweging is om bij verheffingen patiënten en cliënten zonder klachten te testen om introductie in de instelling tijdig vast te stellen. Er zal verder uitgewerkt moeten worden wie er al dan niet steekproefsgewijs getest moeten worden en onder welke omstandigheden.

Actie: Uitgangspunten voor testen van personen zonder klachten bij verheffingen opstellen en door beroepsverenigingen laten vertalen naar eigen richtlijnen/werkwijze (actie RIVM).

7. Protocol voor de instellingen over bron- en contactonderzoek

De GGD is vanuit de wet Publieke Gezondheid verantwoordelijke voor bron- en contactonderzoek, echter binnen een instelling is het vaak de instelling zelf die dit bron- en contactonderzoek uitvoert. Goede afstemming en een heldere taakverdeling tussen beide partijen is noodzakelijk.

Actie: Een protocol opstellen voor de instellingen over bron- en contactonderzoek (actie RIVM) en door beroepsverenigingen en brancheorganisaties laten vertalen naar eigen richtlijnen/werkwijze met behoud van de GGD-verantwoordelijkheid (GGDGHOR).