



## 7 DE VERPLEEGHUIZEN

### Inleiding

De doelstellingen van het kabinetsbeleid en van de OMT-advisering tijdens de coronacrisis zijn: zicht houden op verspreiding van het virus, in stand houden van acute zorgcapaciteit en het beschermen van kwetsbare groepen in de samenleving. Vanuit het buitenland kwamen vroege signalen dat ouderen de belangrijkste risicogroep vormden voor het coronavirus. Veel kwetsbare ouderen met een dagelijkse zorgbehoefte wonen in Nederland samen in een verpleeghuis. Vanaf begin maart, als verpleeghuizen in Noord-Brabant en Limburg te kampen krijgen met grootschalige uitbraken, dringt binnen de sector door hoe hard het coronavirus in verpleeghuizen kan toeslaan. De opmars van het onbekende virus leidt tot veel onzekerheid en soms zelfs paniek bij betrokkenen in verpleeghuizen. De focus van de landelijke crisisaanpak ligt vooral op infectieziektebestrijding, sturing op ziekenhuisbezetting en ic-capaciteit en het vergaren van wetenschappelijke onderbouwing van maatregelen tegen de verspreiding van het coronavirus.<sup>591</sup> Tijdens de eerste maanden van de crisis is er sprake van schaarste, onder meer aan beschermingsmiddelen en testcapaciteit. Deze situatie vraagt om prioritering van aandacht en verdeling van middelen binnen de crisisbesluitvorming. In de beginfase gaat de aandacht vooral uit naar de situatie in de acute zorg. De niet-acute zorg, zoals die onder andere geleverd wordt in verpleeghuizen en woonzorgcentra, is veel minder in beeld. In reguliere landelijke en regionale crisioverleggen wordt tot half maart 2020 alleen nog gesproken over verpleeghuizen als bufferlocaties voor de opvang van coronapatiënten, om de zorgcontinuïteit in de ziekenhuizen te kunnen garanderen.<sup>592 593 594</sup>

### *Knelpunten en dilemma's in verpleeghuizen*

Verpleeghuizen kampen in het begin van de pandemie met verschillende knelpunten en (soms ethische) dilemma's. Voorafgaand aan de crisis hebben ze beperkte voorraden beschermingsmiddelen en in de eerste weken van de crisis krijgen ze geen prioriteit bij de verdeling van de middelen. Daarnaast zijn de uitgangspunten voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis strikter dan de adviezen in de handreiking voor ziekenhuispersoneel.<sup>595</sup> Zorgmedewerkers in verpleeghuizen kunnen volgens deze uitgangspunten onbeschermd werken als het contact vluchtig of op meer dan anderhalve meter afstand is, terwijl op die afstand het verlenen van zorg niet haalbaar is. In het bijzonder de zorg voor bewoners met dementie vraagt juist nauw contact en intensieve aandacht. Deze bewoners zijn ook niet te instrueren, zodat afstand houden onmogelijk is. 'Ze blijven niet op hun plek, grijpen je vast en hoesten je van dichtbij vol in je gezicht', aldus een verpleegkundige. De behoefte aan bescherming is dus juist groot in

<sup>591</sup> OMT, 'Advies n.a.v. 56e OMT COVID-19', 24-01-2020; OMT, 'Advies n.a.v. 57e OMT COVID-19', 28-02-2020; OMT, 'Advies n.a.v. 58e OMT COVID-19', 08-03-2020; OMT, 'Advies n.a.v. 59e OMT COVID-19', 12-03-2020.

<sup>592</sup> OMT, 'Advies na 57e OMT COVID-19', 28-02-2020.

<sup>593</sup> BAO, 'Afstemmingsoverleg 28 februari', 28-02-2020.

<sup>594</sup> NCTV, 'Verslag IAO – Corona virus', 28-02-2020.

<sup>595</sup> RIVM, 'Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis', 03-03-2020

verpleeghuizen. Er wordt een vergelijking gemaakt met de richtlijn voor influenza die stelt dat zorgverlening in elk geval met een mond-neusmasker van ten minste chirurgische kwaliteit moet plaatsvinden.<sup>596</sup> Doordat het testen van bewoners en personeel beperkt mogelijk is, is het zicht op de exacte verspreiding beperkt. Zodra twee bewoners op een afdeling positief getest zijn, wordt de rest van de afdeling als positief beschouwd; hierdoor is er sprake van ongetest cohorteren van niet-(met-zekerheid-)besmette bewoners, met een groter risico op besmetting voor hen als gevolg. Daarnaast laten de uitgangspunten voor testbeleid en inzet zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis in de bijlage van de LCI-richtlijn Covid-19 toe dat zorgpersoneel met (lichte) klachten ongetest doorwerkt als dat noodzakelijk is voor de zorgcontinuïteit en in de praktijk gebeurt dit ook. Diverse medewerkers geven aan dat zij zich onveilig hebben gevoeld, maar ook bang waren voor de veiligheid van hun omgeving en de bewoners aan wie zij zorg leveren.

De beperkte beschermingsmiddelen en testmogelijkheden, en het beleid om zorgpersoneel te laten doorwerken met lichte klachten, verhogen de kans op introductie en verspreiding van het virus binnen verpleeghuizen. Door deze knelpunten, in combinatie met oplopende besmettingen en uitbraken, ziet de sector het sluiten van verpleeghuizen voor bezoek als enige optie om bewoners en medewerkers te beschermen. De overheid besluit op verzoek van en in overleg met de partijen uit de sector tot een landelijk bezoekverbod. Op dat moment wordt de ernst van de situatie in verpleeghuizen voor het eerst algemeen zichtbaar. Door de aanwijzing van de minister van VWS voor het sluiten van verpleeghuizen voor bezoek voelen de meeste bestuurders en professionals uit de verpleeghuissector geen ruimte om maatwerk te bieden in de uitvoering. In de praktijk is hier wel behoefte aan met het oog op het welzijn van de bewoners.

De situatie rond de sluiting van verpleeghuizen voor bezoek is een belangrijk maatschappelijk thema, met dilemma's tussen veiligheid vs. welzijn van de bewoners, naasten en zorgprofessionals en tussen het belang van het individu en de groep.<sup>597</sup> Verpleeghuizen zoeken naar de praktische invulling van het bezoekverbod, met de middelen die ze hebben: 'De verpleeghuizen moeten dicht, maar hoe 'dicht' moet dicht zijn? Wat als een medewerker naar buiten gaat (bijvoorbeeld met een duofiets) met een onrustige cliënt?'.<sup>598</sup> Soms moeten er per individueel geval afwegingen worden gemaakt, ook in terminale situaties.<sup>599</sup> Uit interviews blijkt dat sommige bestuurders hierbij meer vrijheid nemen dan anderen.

Hoewel de sluiting voor bezoek rust brengt in de verpleeghuizen, veroorzaakt zij ook veel emoties bij bewoners en naasten. Deze worden intenser naarmate de sluiting voor bezoek langer duurt. Vanuit familie, cliëntenraden, de branche en de politiek komen in de loop van de tijd steeds meer signalen en ontstaat meer druk om oog te hebben voor de negatieve impact van de sluiting, met als vraag wat erger is: een paar maanden langer leven in eenzaamheid, of mogelijk korter vanwege het risico op corona maar met behoud

---

<sup>596</sup> RIVM, *Bijlage Influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen* (maart 2015).

<sup>597</sup> VWS, 'Voorstel voor een gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoekregeling in verpleeghuizen', 02-05-2020.

<sup>598</sup> ROAZ Zuid-Limburg, 'Verslag bestuurlijk ketenoverleg', 19-03-2020.

<sup>599</sup> RONAZ Brabant, 'Verslag DB [dagelijks bestuur] RONAZ, 20-03-2020.

van autonomie, contact met naasten en kwaliteit van leven?<sup>600 601 602</sup> In de regio signaleert het ROAZ dat het niet mogen bezoeken van familie in verpleeghuizen als traumatisch en niet menselijk wordt ervaren, zeker als de situatie langer gaat duren en de sterfte in de verpleeghuizen hoog is. Ook durven ouderen of mensen die moeten herstellen (van COVID-19 of andere gezondheidsproblemen) niet meer naar een verpleeghuis te verhuizen, waardoor in thuissituaties meer crises voorkomen.<sup>603</sup>

#### *Dit nooit weer*

Gezien de risico's van besmetting voor de kwetsbare populatie en de schaarste aan middelen om die te beschermen, is het begrijpelijk dat de sluiting van verpleeghuizen voor bezoek op verzoek van de sector is doorgevoerd. Echter, uit vrijwel alle interviews met mensen uit de verpleeghuissector, of het nou om bestuurders, teamleiders, verplegenden, verzorgenden, specialisten ouderengeneeskunde, naasten of bewoners gaat, blijkt dat zij het op één punt eens zijn: de landelijke sluiting van verpleeghuizen voor bezoek mag in de toekomst nooit meer voorkomen. De randvoorwaarden moeten daarbij op orde zijn, zoals de beschikbaarheid van voldoende beschermingsmiddelen en testmogelijkheden.

Naar aanleiding van de motie Marijnissen/Bergkamp beschrijft de minister van VWS, na raadpleging van partijen uit de langdurige zorg, (de 'care'), de geleerde lessen met betrekking tot verpleeghuizen in de Kamerbrief van 17 juli 2020.<sup>604</sup> In de brief erkent hij de grote belasting voor verpleeghuispersoneel en bestuurders, de steun van brancheorganisaties, professionele beroepsorganisaties en cliëntenorganisaties en het dilemma tussen veiligheid enerzijds en kwaliteit van leven en menselijkheid anderzijds. Ook partijen uit de sector formuleren lessen uit de coronacrisis in een position paper.<sup>605</sup> Beide documenten benadrukken het belang van een goede landelijke en regionale positionering van verpleeghuiszorg ('care' niet los zien van 'cure'); de zorg voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en testcapaciteit; ruimte voor maatwerk bij een bezoekregeling (in overleg met zorgprofessionals); en basisveiligheid in alle verpleeghuizen, met nadruk op kwaliteit van leven en hygiëne en infectiepreventie (HIP). Daarnaast moet er volgens de Kamerbrief aandacht zijn voor de zorgcontinuïteit en moet de mogelijkheid benut worden om maatregelen te nemen naar aanleiding van signalen (belang van een goede monitoring). Ook het SCP benadrukt de noodzaak tot maatwerk voor bezoek bij een corona-uitbraak in verpleeghuizen.<sup>606</sup>

---

<sup>600</sup> LOC, 'brief aan MCCb, betreft: dringende oproep maatwerk bezoek verpleeghuizen', 31 maart 2020.

<sup>601</sup> Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 247.

<sup>602</sup> A. The, 'Dodens in verpleeghuizen: zoek niet naar schuldigen maar richt je op kwaliteit van leven', *NRC Handelsblad*, 14-04-2020.

<sup>603</sup> ROAZ Brabant, 'Verslag drukteteam GGZ 01 05 2020', 01-05-2020.

<sup>604</sup> Kamerbrief VWS, 'Lessen verpleeghuizen met het oog op een eventuele tweede golf', 16-07-2020, kenmerk 1709971-207318-LZ.

<sup>605</sup> Position paper ActiZ, V&VN, Verenso en Zorgthuisnl – geleerde lessen langdurige zorg Covid-19, 30-06-2020.

<sup>606</sup> SCP, *Het leven in een verpleeghuis: Landelijk overzicht van de leefsituatie, ervaren kwaliteit van leven en zorg van oudere verpleeghuisbewoners in 2019* (februari 2021).

Dit hoofdstuk bespreekt de drempels waar de verpleeghuissector tegenaan liep bij het agenderen van zijn knelpunten tijdens de eerste periode van de coronacrisis (paragraaf 7.1) en waar veerkracht van de sector toe heeft geleid (paragraaf 7.2). Daarnaast wordt ingegaan op de hygiëne en infectiepreventie binnen verpleeghuizen (paragraaf 7.3). Ter illustratie van de analyse zijn citaten van betrokkenen opgenomen in kaders.

## 7.1 Agendering van knelpunten moeilijk

De knelpunten en soms ethische dilemma's binnen de verpleeghuissector blijven in eerste instantie onderbelicht in de landelijke en regionale advies- en besluitvorming over de crisisaanpak. De verpleeghuissector heeft daar aanvankelijk lage prioriteit. Binnen de verpleeghuissector groeit daardoor de behoefte om zijn knelpunten binnen de crisisstructuren te agenderen. Hierbij loopt de sector tegen een aantal drempels aan.

### Gebrek aan aansluiting bij de crisisstructuur

Dat er aanvankelijk weinig aandacht is voor de problemen in de verpleeghuizen, is mede te verklaren door de crisisstructuur van VWS, de nationale crisisstructuur en de regionale crisisstructuren (veiligheidsregio met GHOR, ROAZ, etc.). Hierbinnen zijn de perspectieven en belangenvertegenwoordiging van acute zorg en ziekenhuiszorg, infectieziektebestrijding en wetenschap dominant. Dit is te zien aan de leidende positie van het OMT in de advisering, de samenstelling van het OMT, de verhoudingen binnen VWS en de verhoudingen binnen de nationale crisisstructuur. In het OMT zitten voornamelijk experts op het gebied van virologie, microbiologie, epidemiologie en de acute zorg. De verpleeghuissector is in de eerste periode niet direct vertegenwoordigd in adviserende en besluitvormende crisisgremia zoals het OMT en het BAO.<sup>607</sup>

De crisiscoördinatie binnen VWS is belegd bij de directie Publieke Gezondheid (PG), omdat crises waarvoor VWS moet opschalen altijd de volksgezondheid raken. Omdat een gezondheids crisis geassocieerd wordt met acute zorg, ziekenhuizen en ambulances, is de directie Langdurige Zorg, die over de verpleeghuissector gaat daar van origine minder bij betrokken. De directeur Langdurige Zorg nam wel deel aan het IAO. Uit interviews blijkt dat binnen de verpleeghuissector het gevoel heerst dat hun belang tussen de belangen van alle andere partijen nauwelijks in beeld komt bij de crisisstructuur.

De focus op de acute zorg is ook zichtbaar bij de regionale crisisafstemming over de patiëntenspreiding en de verdeling van middelen, die tijdens deze crisis loopt via het ROAZ. Aanvankelijk is de langdurige zorg niet in alle regio's goed aangesloten bij het ROAZ. Binnen het ROAZ gaat de aandacht van nature vooral uit naar middelenverdeling onder ziekenhuizen en ambulancediensten en naar het voorkomen en oplossen van dreigende tekorten aan ic-bedden. Dit alles heeft als gevolg dat in veel regio's de toch al schaarse beschermingsmiddelen aanvankelijk niet of nauwelijks aan verpleeghuizen worden toebedeeld.

Omdat de sector hard wordt getroffen door het virus, door de ongelijkheid in maatregelen en door de negatieve effecten hiervan, neemt de toenmalige voorzitter van

---

<sup>607</sup> Deelnemerslijsten OMT/BAO jan-half maart.

Verenso het initiatief om aan te sluiten bij het OMT.<sup>608 609</sup> Later nemen ook andere deskundigen uit de ouderenzorg deel. Vertegenwoordigers vanuit de verpleeghuissector die deelnemen (vaak eenmalig, een enkeling structureel) aan het OMT, voelen zich lange tijd niet of in beperkte mate gehoord, zo blijkt uit interviews. De brancheorganisaties ActiZ en Zorgthuisnl schuiven tijdelijk aan in het BAO en diverse koepelorganisaties uit de langdurige zorg (inclusief ActiZ en Zorgthuisnl) sluiten aan in de koepeloverleggen met VWS.<sup>610</sup> Ook overlegt VWS met cliëntenorganisaties. In tegenstelling tot het BAO is het koepeloverleg geen adviserend of besluitvormend overleg. De directie Langdurige Zorg kan binnen VWS de opgehaalde (knel)punten meenemen in de crisisbesluitvorming, maar het is bij de koepels niet altijd duidelijk of dat ook gebeurt. Op regionaal niveau zijn het ontstaan van RONAZ'en of de vertegenwoordiging van de verpleeghuizen bij het ROAZ, vaak via aansluiting van een belangenbehartiger namens alle regionale zorgorganisaties, voorbeelden van de toenemende organisatiegraad en belangenbehartiging tijdens de crisis.

Doordat de sector aansluiting vindt bij nationale en regionale crisisgremia, lukt het in de loop van de tijd om de impact van de maatregelen onder de aandacht te brengen en knelpunten met betrekking tot beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en testen te agenderen. Ook al probeert Verenso meerdere belangen uit de langdurige zorg onder de aandacht te brengen in het OMT (bijvoorbeeld ook de thuiszorg), als vertegenwoordiger van de specialisten ouderengeneeskunde blijft het medisch perspectief dominant. Hoewel er wel op is aangestuurd vanuit de sector, lukt het niet om het verpleegkundig perspectief een positie te geven in het OMT, terwijl dit wel nuttig kan zijn om de verbinding met de praktijkprofessionals te vergroten.

### Citaten

'Binnen het ROAZ ging de aandacht vooral uit naar ziekenhuizen, persoonlijke beschermingsmiddelen voor ziekenhuizen en een mogelijk tekort aan ic-bedden. Omdat de aandacht voor de verpleeghuiszorg daarbij ver achter bleef, hebben wij als verpleeghuisbestuurders aangedrongen op de oprichting van een RONAZ.' - bestuurder verpleeghuis

'De organisatiegraad van verpleeghuizen was niet altijd even goed. Het RONAZ is versneld ontstaan door de pandemie. In begin was het lastig om een aanspreekpunt voor de verpleeghuissector te bepalen. Ook kostte het tijd voordat informatie bij de juiste personen in de instellingen aankwam. [...] In plaats van met alle afzonderlijke organisaties in gesprek gaan over gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, had men daar graag [meteen] een RONAZ-vertegenwoordiger voor gebruikt. Dit werd wel steeds beter in verloop van tijd.' – betrokkene ROAZ

<sup>608</sup> Voorzorg, 'Voorzorg 08 Nienke Nieuwenhuizen', podcast, 15 september 2020.

<sup>609</sup> OMT, 'deelnemerslijst 60e OMT COVID-19', 16-03-2020; en recentere deelnemerslijsten

<sup>610</sup> BAO 'Afstemmingsoverleg 9 maart', 09-03-2020.

## Pluriformiteit

Verpleeghuizen in Nederland kennen een grote diversiteit, in de bewoners, de gebouwen, de zorg die er wordt geleverd en de manier waarop ze zijn georganiseerd. Ze zijn een thuis voor de mensen die er wonen, van mensen met licht somatische problematiek tot psychogeriatrische aandoeningen tot echtparen van wie de één wel en de ander geen zorg ontvangt. Sommige bewoners hebben een eigen voordeur en anderen verblijven op een gesloten afdeling. Er zijn organisaties met meerdere locaties met duizenden (zorg)medewerkers en een uitgebreide staf van ondersteunend personeel op het gebied van HR, kwaliteit en veiligheid, communicatie en infectiepreventie, tot organisaties die met één bestuurder en een klein zorgteam kleinschalig wonen (en zorg) aanbieden aan maximaal tien bewoners. Verschillende zorgverleners zijn er werkzaam, waaronder helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde.

De ervaren knelpunten variëren en de pluriforme verpleeghuissector kent diverse beroepsverenigingen (bijv. Verenso, V&VN, NIP, NHG, NU91), belangenverenigingen (bijv. LOC, Alzheimer Nederland) en brancheorganisaties (ActiZ, Zorgthuisnl), die geen van allen een officiële positie hebben in de crisisstructuur om belangen namens de sector te behartigen. Uit de acute zorg en de ziekenhuissector staan tijdens de crisis boegbeelden op om de belangen van de sector te behartigen. De verpleeghuissector heeft geen duidelijk boegbeeld tijdens de crisis.<sup>611</sup> Uit interviews ontstaat het beeld dat de 'care'-sector een 'bescheiden sector' is, die niet gewend is snel van zich te laten horen. ActiZ en Verenso proberen tijdens de crisis als woordvoerder namens de sector op te treden, maar vanwege de diverse belangen en meningen in de pluriforme sector is dat lastig.

Hoewel tijdens de crisis wel sprake is van meer eenduidigheid en gedeelde belangen, blijft de organisatiegraad van de sector laag en 'wordt er met meerdere tongen gesproken', volgens verschillende geïnterviewden. Een voorbeeld hiervan is de discussie over het dilemma tussen kwaliteit van leven en veiligheid van de verpleeghuisbewoners, met betrekking tot het bezoekverbod en de versoepeling daarvan. Terwijl voor sommige partijen uit de sector de ingeperkte kwaliteit van leven van bewoners voldoende aanleiding is om snel te willen versoepelen, houden anderen lange tijd vast aan veiligheid, gebrek aan beschermingsmiddelen en testcapaciteit als argumenten om het versoepelen uit te willen stellen.<sup>612 613 614 615</sup> Tijdens de eerste golf van de coronacrisis is de belangenbehartiging vanuit de sector richting advisering en crisisbesluitvorming versnipperd. Bestuurders en belangenbehartigers uit de sector geven aan dat de pluriformiteit en lage organisatiegraad van de sector de onderlinge samenwerking en het effectief inbrengen van belangen bemoeilijkt.

---

<sup>611</sup> IFV, *Lessen uit de coronacrisis: het jaar 2020* (juni 2021).

<sup>612</sup> Ministerie van VWS, verslag van overleg met patiënten en cliëntenorganisaties, 25 maart 2020.

<sup>613</sup> LOC, 'brief aan MCCb, betreft: dringende oproep maatwerk bezoek verpleeghuizen', 31 maart 2020.

<sup>614</sup> LUMC, 'Corona in verpleeghuizen: informatie via crisisteam', 25-05-2020; LUMC, 'Corona in verpleeghuizen: informatie via crisisteam', 15-06-2020.

<sup>615</sup> OMT, 'Advies na 64e OMT COVID-19', 15-04-2020; OMT, 'Advies na 65e OMT COVID-19', 22-04-2020.



## Gebrek aan inzicht

Besmettingscijfers en ic-capaciteit in ziekenhuizen zijn aanvankelijk de enige harde data waarop in de crisisbesluitvorming wordt gestuurd. Voor de langdurige zorg zijn geen volledige data beschikbaar en de verspreiding en impact van het virus in verpleeghuizen zijn daardoor niet goed in beeld bij de advies- en besluitvormingsgremia en worden daardoor onderschat. Dit is mede een gevolg van de strenge casusdefinitie om in aanmerking te komen voor een test voor bewoners en personeel, het beleid om tot maximaal twee bewoners met een positieve testuitslag per verpleeghuisafdeling te testen (en vervolgens ongetest te cohorteren) en daarmee de beperkte registratie van COVID-19-besmettingen in de verpleeghuizen bij GGD en RIVM. Ook veel voorkomende atypische verschijnselen bij bewoners (zoals vallen en een delier) en a- en presymptomatische verspreiding onder kwetsbare ouderen en het gebrek aan testcapaciteit spelen hierbij een belangrijke rol.<sup>616 617</sup>

Het verkrijgen van meer inzicht in en de onderbouwing van de knelpunten in de verpleeghuissector en het vinden van aansluiting op de crisisstructuur kost tijd. Om in beeld te komen en een urgentiebesef te realiseren bij de crisisadviseurs en besluitvormers, voelt de verpleeghuissector zich genooddaakt om de impact van de crisis, problemen en maatregelen cijfermatig te onderbouwen. Binnen enkele weken na het starten van een eigen registratie door specialisten ouderengeneeskunde wordt de onderschatting van de mate waarin het virus zich verspreidt en slachtoffers maakt in de verpleeghuizen duidelijk. Naarmate de tijd verstrijkt, wordt naast de besmettingen en COVID-19-gerelateerde sterfte onder bewoners en de veiligheid van medewerkers ook de impact op kwaliteit van leven en het welzijn van bewoners van de maatregelen steeds meer duidelijk. De sector gebruikt de verkregen inzichten om de knelpunten in verpleeghuizen binnen de crisisstructuur te onderbouwen. Ook lukt het om hiermee aandacht te krijgen van de politiek en van diverse media, die in eerste instantie ook voornamelijk op de cure waren gericht.

Hierdoor krijgen de knelpunten binnen de verpleeghuissector op landelijk en regionaal niveau meer aandacht en worden zijn belangen meegewogen in de advisering en crisisbesluitvorming. Dit resulteert onder meer in de gelijkstelling van testmogelijkheden en de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen op basis van het risico op besmetting van handelingen in plaats van op basis van sectoren.<sup>618</sup> Een ander voorbeeld van onderbouwing van knelpunten is het onderzoek door Amsterdam UMC, Erasmus UMC en GGD Amsterdam naar de verspreiding van COVID-19 in verpleeghuizen. Dit bevestigt het vermoeden van besmettingen met atypische verschijnselen en de hoge mate van a- en presymptomatische verspreiding binnen verpleeghuizen.<sup>619</sup> De resultaten van dit onderzoek hebben, na bespreking en advisering in het OMT, bijgedragen aan het besluit om preventief mond-neus-maskers te gebruiken in verpleeghuizen.<sup>620</sup>

---

<sup>616</sup> A. Kimball, et al., 'Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility — King County, Washington, March 2020', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 03-04-2020.

<sup>617</sup> J.J.S. Rutten, et al., 'Covid-19 in verpleeghuizen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 20-07-2020.

<sup>618</sup> Kamerstukken II 2019/20, 25 295, nr. 249, p. 3 en p. 12-14.

<sup>619</sup> B. Buurman en C. Hertogh, *COVID-19 studie in verpleeghuizen* (augustus 2020).

<sup>620</sup> OMT, 'Advies na 76e OMT COVID-19 advies, 27-08-2020.

### Citaat

'We waren genoodzaakt om de media te gebruiken om gehoord te worden. Dat lukte pas met de besmettings- en sterftcijfers in de verpleeghuizen, daar sloegen de media op aan. Terwijl we vooral de bescherming van de zorgmedewerkers onder de aandacht wilden brengen.' - Een belangenbehartiger uit een koepelorganisatie

## 7.2 Veerkracht van de sector

Het omgaan met de impact van de crisis in de verpleeghuissector vraagt om aanpassingsvermogen van bestuurders en medewerkers van verpleeghuizen om acuut in te spelen op knelpunten en te anticiperen op wat komen gaat. De flexibiliteit die daarvoor nodig is, wordt in de crisisliteratuur aangeduid met de term (institutionele) veerkracht.<sup>621 622</sup> Voorbeelden van veerkracht zijn in de verpleeghuissector op tal van plekken te herkennen, bijvoorbeeld in (regionale) samenwerking en structuren, het verkrijgen van persoonlijke beschermingsmiddelen via allerlei alternatieve wegen, het organiseren van testcapaciteit en het omgaan met de bezoeksregeling bij sluiting en heropening van de verpleeghuizen voor bezoek.

### Samenwerking en structuren

Een vorm van veerkracht en zelforganisatie is dat bestaande structuren nieuwe taken oppakken om zo de bijzondere situatie aan te kunnen.<sup>623</sup> Zo worden bestaande regionale bestuurlijke overlegstructuren en netwerken van zorgorganisaties bijvoorbeeld opgeschaald tot wekelijks of zelfs dagelijks overleg om onderling af te stemmen over de aanpak van de knelpunten die spelen binnen de verpleeghuizen, waaronder de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen. Ook het opzetten van nieuwe structuren voor nieuwe taken is een vorm van zelforganisatie. De IGJ rapporteert dat de ROAZ-structuur onvoldoende kennis had van en oog voor de VVT-sector.<sup>624</sup> In vijf regio's richten langdurige zorgpartijen een RONAZ op om zo als niet-acute zorg verbinding te maken met het ROAZ. Een ander voorbeeld van nieuwe structuren zijn de corona-crisisteam in de verpleeghuizen, zowel centraal als lokaal, afhankelijk van de grootte van de organisatie. Daarnaast stellen sommige organisaties ook een ethische commissie in, omdat er al heel snel veel vragen komen over ethische kwesties. Deze commissie houdt zich bezig met alle vragen rondom ethiek, dilemma's en uitzonderingen voor individuele bewoners.

<sup>621</sup> IFV, *Versterken van veerkracht. Naar een gezamenlijke aanpak van ongekende crises* (maart 2020).

<sup>622</sup> U. Rosenthal en A. Kouzmin, *Crisis Management and Institutional Resilience: An Editorial Statement. Journal of Contingencies and Crisis Management* (1996).

<sup>623</sup> M. van Duin, *Veerkrachtige crisisbeheersing: nuchter over het bijzondere* (februari 2011).

<sup>624</sup> IGJ, *Verpleging, verzorging en thuiszorg tijdens de coronacrisis* (september 2020).



### Citaat

'De ethische commissie, die vrij snel werd opgericht, besprak het toepassen van maatwerk op het coronabeleid en gaf advies aan medewerkers. De commissie was er kort gezegd voor vraagstukken met betrekking tot bewoners, om de menselijke maat te waarborgen. Voor het crisisteam was het fijn om deze kwesties uit handen te kunnen geven. Er kwamen veel vragen binnen rond uitzonderingen op de bezoekregeling. Omdat alle vragen centraal besproken werden konden ze ook eenduidig beantwoord worden.' - specialist ouderengeneeskunde, kwaliteitsadviseur

### Verkrijgen van persoonlijke beschermingsmiddelen

Bij de eerste acute schaarste aan beschermingsmiddelen, vroeg in de crisis, halen verpleeghuizen beschermingsmiddelen bij bijvoorbeeld dierenklinieken, boerenbedrijven of schoonheidssalons. Ondanks de centrale verdeling geven diverse bestuurders van verpleeghuizen, maar ook zorgkoepels en brancheorganisaties, aan dat binnen het ROAZ de bevoorrading van verpleeghuizen geen prioriteit heeft.<sup>625 626</sup> Uit interviews blijkt dat op diverse plekken in Nederland verpleeghuisorganisaties vervolgens zelfstandig of gezamenlijk beschermingsmiddelen inkopen die zoveel mogelijk aan de geldende normen voldoen. Ze helpen elkaar met het in kaart brengen van behoeften en door een verdeelsysteem voor de schaarse middelen in de regio op te zetten. Voorbeelden hiervan zijn gelegenheidsconsortia en gemeenschappelijke depots in o.a. Brabant en Zuid-Holland. Beschermingsmiddelen die te koop worden aangeboden zijn duur, niet altijd van goede kwaliteit of dreigen bij de grens te stagneren, dus het blijft continu spannend of er voldoende middelen beschikbaar zijn.<sup>627</sup> Verpleeghuizen geven in interviews en crisisdagboeken<sup>628</sup> aan dat ze kunnen voldoen aan de uitgangspunten voor gebruik van beschermingsmiddelen buiten de ziekenhuizen in de bijlage van de LCI-richtlijn, waarin rekening gehouden is met schaarste, maar dat de voorraden vaak niet groot genoeg zijn om tegemoet te komen aan de behoefte aan beschermende middelen van zorgmedewerkers in de praktijk.

<sup>625</sup> Ministerie van VWS, 'Verslag: Breed overleg zorgkoepels inzake COVID-19', 16-03-2020.

<sup>626</sup> ActiZ en Zorgthuis.nl, 'Brief aan de minister voor Medische Zorg 16 maart: Samen voor zorgcontinuïteit', 16-03-2020.

<sup>627</sup> Dagblad van het Noorden, 'Zwandel met mondmaskers: vooral verpleeghuizen dupe van omvangrijke handel in slecht werkende kapjes', 16-05-2020.

<sup>628</sup> UNC-ZH/UNO-UMCG rapportage crisisdagboeken week 13 (03-04-2020) en week 14 (10-04-2020)

## Citaten

‘We hebben onder andere asbestpakken gedragen, dunne pakken die niet goed op hun plaats bleven, vuurwerkbrillen en materialen van boerenbedrijven. We pakten alles aan, want het was beter dan niets.’ – zorgmedewerker verpleeghuis

‘Mondkapjes mochten niet standaard gedragen worden en continu veranderden de richtlijnen omtrent de hulpmiddelen. Eerst moesten we FFP2 mondkapjes dragen bij een van besmetting verdachte bewoner, vervolgens was een chirurgisch mondkapje ook voldoende en alleen als je langer dan een kwartier binnen anderhalve meter van een besmette bewoner kwam. Soms moesten we een volledig pak dragen, om op andere dagen met blote armen een coronapatiënt te moeten verzorgen. Als er al schorten waren, dan moesten we ze hergebruiken [.....] Het liefste hadden we gehad dat ons eerlijk werd verteld dat er niet genoeg persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar waren.’ – zorgmedewerker verpleeghuis

## Organiseren van testcapaciteit

Vanwege het belang van de zorgcontinuïteit, de beperkte testcapaciteit en de strenge casusdefinitie om voor een test via de GGD in aanmerking te komen, komt het voor dat verpleeghuispersoneel met lichte klachten ongetest moet doorwerken. Ziekenhuispersoneel kan gemakkelijker getest worden via de eigen ziekenhuislaboratoria. Vanaf begin april wordt de casusdefinitie verruimd en krijgen zorgmedewerkers uit verpleeghuizen voorrang bij de teststraten van de GGD, maar dat komt in de praktijk stapsgewijs van de grond. Het duurt ruim een maand voordat alle belemmeringen, zoals wachttijden van meer dan 48 uur op testuitslagen, zijn opgelost.<sup>629</sup> In de tussentijd voelen verpleeghuisorganisaties zich genooddaakt om, al dan niet gezamenlijk of met behulp van een regionaal laboratorium of ziekenhuis, eigen testcapaciteit te organiseren.

## Omgaan met bezoekregeling

De impact van het bezoekverbod op de bewoners verschilt. Volgens zorgmedewerkers gedijen de bewoners en personeel op de psychogeriatrische afdelingen bij de rust, terwijl in verzorgingshuizen en op somatische afdelingen het gemis van bezoek zeer groot is. Bewoners voelen zich eenzaam en soms letterlijk opgesloten. Verpleeghuismedewerkers verzinnen verschillende manieren om contact tussen bewoners en hun naasten mogelijk te maken. Ze organiseren initiatieven als beeldbellen, babbelramen, ontmoetingstenten, gesprekscontainers, visite-karren en hoogwerkers die familie voor het raam van een bewoner brengen. Ook nemen ze, bij gebrek aan vrijwilligers en mantelzorgers, de organisatie en begeleiding van interne activiteiten op zich.

<sup>629</sup> D. Stokmans en M. Lievisse Adriaanse, ‘Hoe Nederland de controle verloor: De corona-uitbraak van dag tot dag’, *NRC Handelsblad*, 19-06-2020.

Voorafgaand aan de opening van verpleeghuizen stellen partijen uit de sector gezamenlijk de handreiking voor bezoekbeleid in verpleeghuizen in corona-tijd op.<sup>630</sup> Verpleeghuizen vertalen dit ieder op eigen wijze naar beleid op maat voor de betreffende locatie en situatie. Betrokkenen geven aan dat dit een basis heeft gelegd om maatwerk toe te kunnen passen bij toekomstige golven.

#### Citaten

'Er werd al snel van alles geregeld om contact tussen de bewoners en familie te bewerkstelligen. Zwaaien vanaf de parkeerplaats naar bewoners op het balkon ('balkonscene') werd ook als leuk/fijn ervaren door bewoners en familie. Beeldbellen was voor een deel van de bewoners een uitkomst, maar niet voor allemaal. Raambezoeken waren niet prettig, omdat je elkaar wel van dichtbij ziet, maar je kan elkaar niet aanraken of goed communiceren, dus dat deed meer kwaad dan goed. Daarnaast werden activiteiten georganiseerd, zoals muziekoptredens op de parkeerplaats. Externe activiteiten of binnen met vrijwilligers gingen allemaal niet door. Bij alles was er veel hulp van de medewerkers, zij liepen nog een stapje harder voor de bewoners. Ze deden alles wat in hun mogelijkheden lag, dag en nacht, terwijl de familie beseftte dat ze gestrest waren en mentaal op.' - Naasten van bewoners van een verpleeghuis

### 7.3 Hygiëne en infectiepreventie (HIP) in verpleeghuizen

De kans op verspreiding van infectieziekten in verpleeghuizen waar kwetsbare ouderen met elkaar (samen)wonen is groot. Dat is mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf, de lagere weerstand van bewoners, het intensieve contact tussen bewoners en verschillende zorgmedewerkers en tussen bewoners onderling. Ook zijn bij bepaalde bewoners, zoals bij mensen met dementie, hygiënemaatregelen lastiger te handhaven.<sup>631 632</sup>

Tijdens de coronacrisis benoemen diverse partijen zoals OMT en Verenso het belang van infectieziektebestrijding en hygiëne en infectiepreventie (HIP) binnen verpleeghuizen.<sup>633 634</sup> Zoals blijkt uit de 'handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd' voor het (opnieuw) toelaten van bezoek, waarbij door de sector zelf de volgende randvoorwaarden worden benoemd: voldoende beschermingsmiddelen, strikte naleving van de (hygiëne-) richtlijnen van het RIVM en persoonlijke hygiënemaatregelen bij bezoekers.<sup>635 636</sup>

<sup>630</sup> ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN, Zorgthuisnl, *Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd* (mei 2020).

<sup>631</sup> S. Paauw, 'Impact tweede golf op verpleeghuizen groot', *Medisch Contact*, 10-12-2020.

<sup>632</sup> RIVM, 'Hygiënerichtlijn voor verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalig wonen', <https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/verpleeghuizen> [geraadpleegd op 12-10-2021].

<sup>633</sup> OMT, 'Advies na 64e OMT COVID-19', 15-04-2020.

<sup>634</sup> NVAG en Verenso, 'COVID-19 (behandel)advies voor SO en AVG in verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen (mits hoofdbehandelaar)', 08-04-2020.

<sup>635</sup> ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN, Zorgthuisnl, *Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd* (mei 2020).

<sup>636</sup> NVAG en Verenso, 'Behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg', 04-08-2020.

### *Infectiepreventiebeleid in verpleeghuizen*

Verpleeghuizen zijn verantwoordelijk voor hun eigen infectiepreventiebeleid. Zij beleggen de uitvoering van het HIP-beleid veelal binnen de organisatie. Vanuit hun medische verantwoordelijkheid zijn de specialisten ouderengeneeskunde voor infectiepreventie en hygiënerichtlijnen hierbij betrokken.<sup>637</sup> Zorginstellingen kunnen ook infectiepreventie- deskundigen van de GGD, van ziekenhuizen of als ZZP'ers inhuren voor ondersteuning bij HIP.<sup>638</sup> Bij wet zijn verpleeghuizen verplicht om de GGD op de hoogte te stellen van een ongewoon aantal zieken met aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard.<sup>639</sup> Het is gebruikelijk (niet wettelijk verplicht) dat de GGD bij uitbraken van meldingsplichtige ziekten ondersteuning biedt bij het nemen van de juiste maatregelen om de uitbraak goed te monitoren en te beheersen. De focus van de infectieziektenpreventie ligt binnen verpleeghuizen sinds 2016, mede door programma's van VWS directie Langdurige Zorg, voornamelijk op antibioticaresistentie (ABR). Hier zijn het toepassen van kennis over HIP en verandering van gedrag van zorgverleners onderdeel van.<sup>640 641</sup> De IGJ toetst het infectiepreventiebeleid in verpleeghuizen.<sup>642</sup>

### *Minder aandacht voor en kennis over HIP in verpleeghuizen*

In Nederland is de trend dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen, eventueel met ondersteuning en verzorging aan huis. Bij het instellen van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 werden instellingen waar ouderen langdurig wonen en die medische zorg leveren verpleeghuizen genoemd. Verpleeghuiszorg is multidisciplinair en omvat welzijn, zorg, activiteiten, zingeving en (para)medische behandeling.<sup>643</sup> Ondanks dat de gemiddelde zorgwaarde van bewoners in verpleeghuizen toenam, kwam in de sector steeds meer aandacht voor wonen (huiselijkheid), autonomie en kwaliteit van leven.<sup>644</sup> De witte doktersjassen bij artsen zijn verdwenen en er wordt meer gewerkt met vrijwilligers en mantelzorgers. Ondertussen bleven de gebouwen en de medewerkers hetzelfde, terwijl actualisatie van richtlijnen en bijscholing van personeel op het gebied van HIP achterbleven.<sup>645</sup> Gebouwen zijn vooral gericht op wooncomfort en niet altijd op mogelijkheden voor infectieziektenpreventie of –bestrijding.<sup>646 647</sup>

Hoewel er verschillen zijn tussen locaties en organisaties, krijgt HIP volgens diverse geïnterviewden over het algemeen binnen verpleeghuizen te weinig aandacht. De coronacrisis heeft dat blootgelegd.<sup>648 649 650</sup> Verpleeghuizen gebruiken de richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) voor het vormen en actualiseren van hun eigen infectiepreventiebeleid. Echter begin 2017 zijn alle activiteiten van de WIP gestaakt.

---

<sup>637</sup> IGJ, Verdiepende analyse na infectiepreventiebezoeken aan verpleeghuizen (februari 2021).

<sup>638</sup> Zorgnetwerken ABR NH\_FL, *Deskundigen infectiepreventie in het verpleeghuis: Een inventarisatie van de belangrijkste werkzaamheden in Noord-Holland en Flevoland* (april 2019).

<sup>639</sup> Artikel 26 Wet publieke gezondheid.

<sup>640</sup> <https://www.vilans.nl/projecten/antibioticaresistentie-in-de-zorg>, geraadpleegd 27 juli 2021

<sup>641</sup> Zorg voor beter, 'Hygiëne', [https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene?utm\\_medium=301&utm\\_source=direct&utm\\_campaign=www.resistentiepreventie.nl](https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene?utm_medium=301&utm_source=direct&utm_campaign=www.resistentiepreventie.nl) [geraadpleegd op 12-10-2021].

<sup>642</sup> IGJ, 'Toetsingskader infectiepreventie en antibioticabeleid in de verpleeghuiszorg', 1-11-2018.

<sup>643</sup> Werkgroep: ActiZ, BTN, NPCF, Verenso, V&VN, *Kwaliteit in dialoog, kwaliteitskader ouderenzorg: Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover?* (juni 2016).

<sup>644</sup> Waardigheid en trots, *Verpleeghuiszorg 2025: Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen.* (juni 2019).

<sup>645</sup> M. Levi, 'Lessons learned van de eerste COVID19 piek in Nederland – blik vanuit London', 03-08-2020.

<sup>646</sup> S. Paauw, 'Impact tweede golf op verpleeghuizen groot', *Medisch contact*, 10-12-2020.

<sup>647</sup> H. Nies en M. Minkman, 'Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19', 03-08-2020.

<sup>648</sup> J. Hamers, 'Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19', 31-07-2020.

<sup>649</sup> Rijksoverheid, 'Documenten lessons learned corona - gespreksverslag Langdurige Zorg', 31-08-2020.

<sup>650</sup> M. Levi, 'Lessons learned van de eerste COVID19 piek in Nederland – blik vanuit London', 03-08-2020.

Daardoor zijn deze richtlijnen verouderd.<sup>651 652</sup> Inhoudelijk dienen de richtlijnen nog steeds hun doel, maar het uitblijven van updates heeft als gevolg dat het onderwerp minder onder de aandacht komt, wat consequenties kan hebben voor de implementatie en toepassing van HIP in de dagelijkse praktijk.<sup>653</sup> Tegelijkertijd is door afnemende budgetten de capaciteit voor ondersteuning vanuit de GGD bij infectieziektenpreventie en -bestrijding steeds verder afgenomen.<sup>654 655 656</sup> Tijdens de crisis staan de GGD'en wel open voor vragen van alle verpleeghuizen, al komt uit interviews naar voren dat in de praktijk wel regionale verschillen worden ervaren in de tijdigheid en kwaliteit van de ondersteuning.

### Citaat

'Ik heb al in 2017 binnen een verpleeghuis een enorme strijd gehad om handdesinfectans op elke kamer te hebben, want dat was 'niet huiselijk'. Verbeterpunten uit hygiëneaudits gaf ik door aan directies toen nieuwbouw op stapel stond, met tips voor de nieuwbouw. Houd bijvoorbeeld rekening met aparte afdeling in verband met cohorteren en het scheiden van schone en vuile werkzaamheden. Dit werd aan de kant geschoven, 'want het moest huiselijk zijn'. Daar lopen we nu enorm tegenaan; ik ben heel druk met onderzoeken van mogelijkheden voor het aanbrengen van tijdelijke sluisen'. – Deskundige infectieziektenpreventie GGD

Zorg- en kwaliteitsmedewerkers van verpleeghuizen bevestigen dat de kennis van hygiëne en goed routinematig gebruik van beschermingsmiddelen verschilt tussen medewerkers en gauw 'versloft' als je er met elkaar niet scherp op blijft. In 2018 stelt de IGJ vast dat bij een groot deel van bezochte verpleeghuizen de infectiepreventie en het antibioticabeleid niet op orde zijn en vraagt ze extra aandacht hiervoor.<sup>657</sup> Volgens evaluatieonderzoek uit 2019 heeft het programma 'Aanpak ABR in verpleeghuizen' op het gebied van hygiënisch werken gezorgd voor een inhaalslag, maar het is moeilijk aan te tonen hoe groot die precies is geweest.<sup>658</sup> Een recent promotieonderzoek naar handhygiëne in verpleeghuizen in Nederland laat zien dat ruim zestig procent van het personeel de handhygiëneregels niet goed naleeft.<sup>659</sup>

<sup>651</sup> Zoals voor Handhygiëne, Infecties in het verpleeghuis en woonzorgcentrum, Persoonlijke beschermingsmiddelen, Persoonlijke hygiëne medewerker, en Norovirus.

<sup>652</sup> Berenschot, *Evaluatieonderzoek programma ABR antibioticaresistentie* (september 2019).

<sup>653</sup> Het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI), met partijen uit de medisch specialistische zorg, de openbare gezondheidszorg en de langdurige zorg, is in oprichting en zal de werkzaamheden van de voormalige WIP voortzetten en in de periode van 2021-2025 de verouderde WIP-richtlijnen herzien. Bron: RIVM, 'Werkgroep Infectie Preventie (WIP)', <https://www.rivm.nl/werkgroep-infectie-preventie-wip>, [geraadpleegd op 12-10-2021];

S. Broersen, 'Nieuw samenwerkingsverband voor infectiepreventie komt eraan', *Medisch Contact*, 20-02-2019.

<sup>654</sup> M. van Twillert, 'Ik koos voor de M van maatschappij', *Medisch Contact*, 16-09-2020.

<sup>655</sup> A. Rouvoet en H. Backx, 'Publieke gezondheidszorg heeft sterker fundament nodig', *Trouw*, 14-11-2020.

<sup>656</sup> GGD GHOR – De ervaring die de GGD bij de coronacrisis heeft opgedaan, Rouvoet in webinar IFV Gezondheidscrises: op zoek naar de dialoog, 16 maart 2021. <https://www.youtube.com/watch?v=MHU6yTV6eWg>.

<sup>657</sup> IGJ, *Factsheet Infectiepreventie in de verpleeghuiszorg* (november 2018).

<sup>658</sup> Berenschot, *Evaluatieonderzoek programma ABR antibioticaresistentie* (september 2019).

<sup>659</sup> G.R. Teesing, 'Improving Hand Hygiene in Nursing homes: Results of the HANDSOME study', 02-07-2021.

Een recent onderzoek van de IGJ concludeert op basis van infectiepreventiebezoeken dat medewerkers onvoldoende volgens de richtlijnen voor infectiepreventie werken. Zo weten ze bijvoorbeeld niet altijd hoe en wanneer zij volgens de richtlijn beschermingsmiddelen moeten dragen. Bestuurders zien deze tekortkomingen niet altijd en doen er daarom te weinig aan. 'Herhaalde audits, praktijkscholing van zorgmedewerkers, schoonmakers en overige medewerkers en kennisdeling door specialisten ouderengeneeskunde zouden van meerwaarde zijn', zo luidt een overweging uit het in februari 2021 gepubliceerd IGJ rapport.<sup>660</sup>

#### **Citaat**

'De toepassing van hygiënemaatregelen en correct gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in verpleeghuizen laat in de praktijk nogal eens te wensen over. Externe expertise vanuit GGD of ziekenhuis of van een ZZP-er is dan nodig, want verpleeghuismedewerkers missen de kennis die een infectiepreventiedeskundige heeft. Dat is begrijpelijk, want de laatste jaren zijn veel functies uitgekleed. Verzorgenden moeten een duizendpoot zijn, maar dan gaat er dus kennis verloren.'

- Deskundige infectieziektepreventie GGD

#### *Een infectieziekte-uitbraak zet de verpleeghuissector op scherp*

In verpleeghuizen is voldoende kennis en routine op het gebied van HIP bij (zorg) medewerkers van groot belang, van helpende tot verpleegkundige en van schoonmaker tot locatiemanager. Door uitbraken van een infectieziekte, en in het bijzonder tijdens de coronacrisis, neemt het bewustzijn over HIP toe en daarmee de kennis en routines op dit gebied bij (zorg)medewerkers.<sup>661</sup> In verpleeghuizen die vlak voor de coronapandemie een uitbraak van het norovirus of het griepvirus hebben doorgemaakt zijn zorgmedewerkers actief bekend met de hygiënemaatregelen, waardoor personeel vaak routinematig HIP blijven toepassen bij een coronavirus-uitbraak. Bestaande richtlijnen en protocollen geven daarbij houvast. Tijdens de coronacrisis hebben verpleeghuisorganisaties en branche- en beroepsverenigingen daarom sterk ingezet op effectief HIP-beleid, inclusief geprotocolleerd werken en het instrueren van zorgmedewerkers.<sup>662</sup> Daarbij maken ze gebruik van posters, instructiekaarten, uitlegvideo's, handreikingen en trainingsmateriaal, gebaseerd op de (dan geldende) richtlijnen van het RIVM. Onderling wisselen organisaties protocollen en instructiemateriaal uit, zodat niet iedere organisatie zelf het wiel hoeft uit te vinden. De onbekendheid met en angst voor het coronavirus, de verminderde aandacht voor HIP, tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen en de wisselende richtlijnen maken het routinematig en correct toepassen van HIP echter lastig.

<sup>660</sup> IGJ, *Verdiepende analyse na infectiepreventiebezoeken aan verpleeghuizen* (februari 2021).

<sup>661</sup> S. Paauw, 'Impact tweede golf op verpleeghuizen groot', *Medisch contact*, 10-12-2020.

<sup>662</sup> E:M+MA., *Geleerde lessen corona-uitbraak: Ervaringen zorgorganisaties verpleeghuiszorg* (juli 2020).



## Citaten

'Door de recente uitbraak [van het norovirus] waren we al gericht op het voorkomen van virusuitbreiding door isolatie en persoonlijke beschermingsmiddelen.' – Medewerkers verpleeghuis

'Zelfs waar ervaring was met het norovirus werd het vaak niet goed gedaan, omdat corona veel paniek bracht. Veel medewerkers konden dan niet meer normaal nadenken. (...) Psychisch hebben veel medewerkers het erg zwaar gehad. Het idee dat ze het mee naar huis konden nemen, of juist het verpleeghuis in, gaf veel stress. Er is maximaal ingezet op het instrueren van de medewerkers op elk niveau, maar dit betekent niet dat het altijd goed gaat' - Locatiemanager verpleeghuis

### *Hygiëne infectiepreventie in balans met huiselijkheid*

Welbevinden heeft een fysieke en een sociale component en is niet het één of het ander. Voor goede verpleeghuiszorg moet het medisch perspectief integraal en met de juiste deskundigheid in balans zijn met wonen en welzijn. Wanneer de aandacht voor effectief HIP- beleid binnen verpleeghuizen niet structureel is, bestaat het risico dat de kennis en bijbehorende gedragsverandering niet geborgd worden, waardoor deze onvoldoende paraat zijn bij een nieuwe uitbraak.<sup>663</sup> Het bereiken en vasthouden van goede HIP in verpleeghuizen kan hand in hand gaan met huiselijkheid en het welbevinden van de bewoners.<sup>664</sup> Het uitgangspunt daarbij is dat onder alle omstandigheden focus op het ene, zo min mogelijk ten koste mag gaan van de aandacht voor het andere.

## 7.4 In het kort

Verpleeghuizen in Nederland zijn tijdens de eerste maanden van de coronacrisis hard getroffen. Dit valt deels te verklaren doordat de verpleeghuispopulatie kwetsbaar is voor het virus, maar ook andere factoren spelen hierbij een rol. Een belangrijke factor is de aanvankelijk beperkte aandacht en prioritering voor de knelpunten in verpleeghuizen bij de crisisaanpak, die tegenstrijdig is aan de doelstelling om juist kwetsbare groepen te beschermen.

De 'care' heeft van oudsher een andere status dan de 'cure'. In de eerste periode van de coronacrisis kwam dit pijnlijk naar voren. In de landelijke en regionale voorbereiding op (infectieziekte)crises ging veel aandacht uit naar acute zorg en de ziekenhuiszorg en weinig naar verpleeghuiszorg. Binnen de crisisadviesing en -besluitvorming was de cure sterker vertegenwoordigd dan de care. De focus van de crisisaanpak lag op het sturen op ziekenhuis- en ic-bezetting. Het ROAZ verdeelde schaarse beschermingsmiddelen in eerste instantie op basis van gebruik onder normale omstandigheden. Hierdoor ging het overgrote deel ervan naar de cure sector en slechts een klein gedeelte naar de care sector, waaronder verpleeghuizen. Terwijl gezien de omvang van de kwetsbare groep en het soort zorghandelingen het risico in verpleeghuizen groot was. De crisisaanpak vanuit VWS leunde aanvankelijk op expertise en initiatieven vanuit het zorgveld, waarbij de cure

<sup>663</sup> E:M+MA., *Geleerde lessen corona-uitbraak: Ervaringen zorgorganisaties verpleeghuiszorg* (juli 2020).

<sup>664</sup> <https://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/hygiene-en-infectiepreventie-is-onderdeel-van-goede-zorg/>

sector een betere positie bekleedde dan de care sector. Mede hierdoor konden de knelpunten binnen de verpleeghuissector langere tijd onderbelicht blijven. De vanzelfsprekendheid waarmee schaarse middelen naar de cure-sector gingen terwijl er sprake was van grote risico's in de verpleeghuizen, leggen het risico bloot dat schuilgaat in een crisisaanpak waarin bestaande structuren en onderlinge verhoudingen leidend zijn. Dit kan leiden tot een aanpak die niet aansluit bij de risico's van de crisis en waarbij kwetsbaren uit het zicht blijven.

Het aantal COVID-19-uitbraken in verpleeghuizen nam sterk toe. Door de schaarse middelen werd de kans op introductie en verspreiding van het virus in verpleeghuizen vergroot. Om bewoners en medewerkers in verpleeghuizen toch te kunnen beschermen, was daarom een noodgreep nodig: een landelijk bezoekverbod. Deze maatregel bleek effectief, maar heeft tot veel discussie geleid over de proportionaliteit van de maatregel vanwege de negatieve impact die het heeft gehad op het welzijn van veel verpleeghuisbewoners, hun naasten en personeel. De veerkracht van de sector en het vermogen om zelf tot oplossingen te komen hebben de negatieve impact van de crisis én het bezoekverbod verzacht, maar niet kunnen voorkomen.

Om meer in beeld te komen en een urgentiebesef te creëren bij de crisisadviseurs en besluitvormers, is het nodig geweest om de impact van het coronavirus en de (potentiële) gevolgen van knelpunten en maatregelen inzichtelijk te maken door cijfermatige onderbouwing, signalen van professionals en met sprekende beelden via de media. Dankzij deze inzichten verkreeg de sector een betere positie in de landelijke en regionale gremia voor crisisadvisering en besluitvorming om knelpunten effectief te agenderen.

Zoals de nationale crisisstructuur niet was voorbereid op de pandemie, was ook de verpleeghuissector hier niet op voorbereid. Er waren geen afspraken over vertegenwoordiging van de sector binnen de gremia voor advisering en besluitvorming. Het in positie komen en het organiseren van vertegenwoordiging verliep daardoor ad hoc en werd bemoeilijkt door de pluriformiteit en de lage organisatiegraad van de sector. Als gevolg bleef de cure leidend en is het perspectief van de care in de eerste periode van de crisis op alle niveaus onderbelicht gebleven, met als gevolg dat juist de ervaringen en deskundigheid uit de dagelijkse praktijk in advies- en besluitvorming werden gemist.

In verpleeghuizen is de afgelopen jaren door groeiende aandacht voor kwaliteit van leven, autonomie en huiselijkheid sprake van ontmedicalisering. Dit heeft mede tot gevolg dat de hygiëne en infectiepreventie (HIP) binnen verpleeghuizen ondergeschikt raakt. De kennis over en affiniteit met HIP en de routine bij het toepassen daarvan bij verpleeghuismedewerkers neemt hiermee af. Ook dit heeft de kans op introductie en verspreiding van het virus binnen verpleeghuizen vergroot. Naast medische zorg en cohortering krijgt HIP tijdens de coronacrisis ineens veel aandacht. De verschuiving naar het medisch perspectief tijdens de crisis ging, met de sluiting voor bezoek, echter ten koste van autonomie en welzijn van bewoners. De crisis heeft een spanningsveld laten zien tussen medisch handelen en de aandacht voor welzijn, terwijl beide perspectieven nodig zijn om te voorzien in de behoeften van kwetsbare zorgbehoevende ouderen. De balans tussen het medisch perspectief en de behoefte aan huiselijkheid en kwaliteit van leven in verpleeghuizen is een continu aandachtspunt, zowel binnen als buiten crisistijd. Dat vraagt een integrale benadering van én goede zorg én welbevinden in de laatste

levensfase – en daar hoort ook het behouden en onderhouden van expertise op het gebied van hygiëne en infectiepreventie bij.