



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# De zorg en de jeugdhulp tijdens de coronacrisis

Een tussenrapportage van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Voorwoord 4</b>
<b>2</b>	<b>Algemeen 5</b>
<b>3</b>	<b>Continuïteit van zorg 7</b>
<b>4</b>	<b>Samenwerking in netwerken en ketens 10</b>
<b>5</b>	<b>Regionale verschillen; maatwerk moet mogelijk zijn 13</b>
<b>6</b>	<b>Risico's kwetsbare groepen 15</b>
<b>7</b>	<b>Testen en bron- en contactonderzoek, de GGD 17</b>
<b>8</b>	<b>Persoonlijke beschermingsmiddelen 20</b>
<b>9</b>	<b>Innovaties 21</b>
<b>10</b>	<b>Code Zwart 22</b>
<b>11</b>	<b>Overig 23</b>
<b>12</b>	<b>Tot slot 24</b>

Het Covid-19-virus heeft gezorgd voor een nieuwe, andere werkelijkheid. Een werkelijkheid waarin alles er in eerste instantie op was gericht om het virus in te dammen. In deze crisis is de onderlinge samenwerking van essentieel belang gebleken. Samenwerking tussen zorgaanbieders, maar ook met beleidmakers en verschillende overheden. De crisis heeft er ook voor gezorgd dat we in de zorg en de jeugdhulp voor nieuwe vraagstukken zijn komen te staan. Vraagstukken waar we met z'n allen nieuwe antwoorden op moeten formuleren.

De inspectie heeft de afgelopen tijd veel informatie verzameld vanuit het veld. Door middel van telefoonrondes, video- en mailcontacten, webinars en bezoeken ter plaatse. Die informatie hebben we vanaf het begin van de coronacrisis met iedereen gedeeld, rechtstreeks of via internet: met zorgaanbieders, zorgverleners, andere spelers in de zorg en de jeugdhulp en met 'de politiek'. Omdat ons werk niet alleen bestaat uit inspecteren en toezicht houden, maar ook uit signaleren en agenderen.

De informatie die we hebben verzameld is zo waardevol, omdat die van mensen komt die de échte ervaringen hebben opgedaan. En dat nog steeds doen.

Omdat het van belang is om nu al met elkaar te leren, leveren we nu een tussenrapportage op. Ook als voorbereiding voor iedereen op een mogelijke 'tweede golf' van het coronavirus.

Wij zijn ons er terdege van bewust dat heel veel mensen en organisaties ook nu al volop voorbereidingen treffen voor een eventuele tweede golf. Ook wij als inspectie hebben de afgelopen periode steeds gekeken hoe we onze toezichtsrol aan moeten passen aan de nieuwe werkelijkheid.

Onze eerste focus zal iets minder gericht zijn op het toezicht op zorgaanbieders afzonderlijk, maar veel meer op netwerken. Daarbij staat uiteraard het perspectief van patiënten en cliënten centraal. Wij zullen dus sterker kijken naar effectieve zorgnetwerken rond specifieke groepen. We sluiten daarbij aan op het ontwikkelingsniveau van de verschillende netwerken; dat is altijd maatwerk. En we stimuleren netwerken door in dialoog te gaan en goede ervaringen te delen. Zodat iedereen ervan leert en er nog beter van wordt.

## 2 Algemeen

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is de toezichthouder op de kwaliteit, beschikbaarheid en veiligheid van zorg, farmaceutische en medisch-technologische producten en de jeugdhulp. Onze 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 hebben we onze werkwijze aangepast. Zorgaanbieders, zorgprofessionals en ondersteunende diensten werkten hard om hun patiënten en cliënten - al dan niet besmet met het 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 te adresseren met het oog op oplossingen of kort-cyclische verbeteringen. Daarnaast is er regelmatig contact geweest met patiënten- en cliëntenorganisaties.

De laatste maanden zijn we, naast de telefonische/digitale contacten, weer in het veld te vinden en hebben we 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 hebben we beelden en signalen opgehaald over de staat van functioneren, de knelpunten en de geleerde lessen uit de eerste golf. En dat blijven we doen. Veel van deze signalen hebben we al gedeeld door middel van de [signalen uit het zorglandschap](#) op internet.

Wat mogelijk tot nu toe minder belicht is geweest is onze toezichtsrol op 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 publiekelijk 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 dan de actuele beelden en de *good practices*. Daarbij is de keuze gemaakt om op thema te rapporteren.

#### *Tussenrapportage en vervolg*

Deze tussenrapportage geeft geen volledig beeld over de huidige staat van de zorg en de jeugdhulp in Covid-19-tijd. We hebben een eerste selectie gemaakt. Terreinen waar niet of nauwelijks problemen waren, worden niet benoemd. Ook kunnen we nu nog geen uitgebalanceerde evaluatie geven 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.

Later in september 2020 volgt onze vervolgrapportage met conclusies en aanbevelingen die we verzameld hebben over de zorg, de jeugdhulp en de voorzieningen voor verschillende producten/medicijnen tijdens de Covid-19-crisis sinds maart 2020.

### 3 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 heeft gelegen op de beschikbaarheid van de IC-bedden voor Covid-patiënten. Hierdoor is er minder aandacht geweest voor de voortzetting van de reguliere zorg en de gevolgen daarvan voor de betrokken patiënten, hun familie en de betrokken zorgverleners/instellingen.

Hieronder een greep van enkele voorbeelden uit de praktijk:

- 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. Een voorbeeld hiervan is dat 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 overigens nu weer langzaam gevuld worden. Wel merken zorgaanbieders dat familie en/of cliënten afwachting 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, werden 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 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. 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 daar 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. Voor een deel is er sprake van terughoudendheid bij patiënten om een beroep te doen op medische zorg, uit angst om een Covid-19-besmetting op te lopen.
- 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 persoonlijke beschermingsmiddelen.

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, en 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 opflakert, blijft continue monitoring van groot belang.
- De zorg voor patiënten uit de eerste Covid-golf vragen nog geruime tijd specifieke behandeling: fysiotherapie en longzorg. Die zorg mag niet stagneren.

#### Resumerend

Het afschalen van de reguliere zorg heeft grote gevolgen gehad voor patiënten/cliënten die nu nog steeds actueel zijn en het opschalen van de reguliere zorg is nog niet in alle gevallen op het niveau van voor de crisis. Het is ook zichtbaar dat het veld heeft geanticipeerd op een mogelijke tweede golf en dat er structuren zijn ingericht, kennisverrijking over het ziektebeeld (bijv FMS webinars) heeft plaatsgevonden, protocollen gemaakt en werkwijzen ontwikkeld om een tweede golf op te kunnen vangen.

#### 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/cliënten die vanwege hun angst voor besmetting zorg hebben afgezegd (zorgmijders). Zoek proactief contact met cliënten/patiënten en of organiseer de zorg op een andere manier dichterbij. Hier ligt met name een rol voor de eerstelijnszorg.
- Bestendig crisisstructuren en zorg dat hieraan wordt vastgehouden bij een tweede golf. Betrek hierbij ook nadrukkelijk verpleegkundigen.
- 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).
- Investeer als zorgaanbieders en overheid blijvend in meer voorraden bij zorgaanbieders voor cruciale hulpmiddelen waaronder persoonlijke beschermingsmiddelen, apparatuur en geneesmiddelen.

## 4 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 IGJ en een Nederlandse Notified Body is afdoende 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 inspectie 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.
- Een gezondheidscentrum in Brabant heeft een ruimte ter beschikking gesteld om revalidatie daar voort te zetten, die niet in het ziekenhuis kon worden geleverd

- Een zorgaanbieder in de gehandicaptenzorg heeft gekozen voor een zogenoemde cirkelmethode. Dit betekent dat zorgverleners van wonen, zorgverleners van de dagbesteding en stagiaires én vaste vrijwilligers in de planning aan elkaar 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. 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).
- De inrichting van een centraal luchtwegklachten-spreekuur voor/door huisartsen bij de HAP/annex SEH, om patiënten met verdenking van Covid-19 daar te ontvangen, werd opgezet 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.

We hebben 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 ROAZ en andere regionale samenwerkingsverbanden zoals het 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 of broos waren, 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 in de zorgverlening, zijn laat in beeld gekomen.
- De opschaling van IC-bedden en spreiding van patiënten vergde veel van de ziekenhuizen en van de regionale samenwerking. Aanvullend daarop bleek landelijke coördinatie noodzakelijk vanwege de omvang van de lokale klinische capaciteitsvraag. Landelijke coördinatie en spreiding heeft bijgedragen aan het waarborgen van continuïteit van zorg.

### Resumerend

De eerste golf heeft tot intensivering van de samenwerking in ketens en netwerken geleid. 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 en andere regionale samenwerkingsverbanden nodig zijn om een 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-intensieve care Covid-patiënten zowel in het ziekenhuis, de geriatrische en medisch-specialistische revalidatiezorg als de eerste lijn.
- Maak lokale afspraken voor kwetsbare groepen achter de voordeur zodat deze duidelijker in beeld blijven.

## 5 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 een 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 we alvast willen delen:

- In Brabant, de regio die vooropliep in de ontwikkelingen van de coronacrisis, 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 wijkverpleging 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.

#### 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 de ROAZ en andere regionale samenwerkingsverbanden verantwoordelijk voor zijn en faciliteer hen hierin.

## 6 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 en daarnaast jongeren uit kwetsbare gezinnen. Door de inzet op de bescherming van de kwetsbare groepen en dus te kiezen voor hun 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 de zorg thuis 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 en de zorg thuis onder druk te staan. Binnen de sector zijn er worden maatwerkoplossingen bedacht. Al bieden deze oplossingen niet altijd het gewenste resultaat. Cliënten met dementie konden bijvoorbeeld niet naar de dagopvang. En hoewel er wel individuele begeleiding mogelijk was, betekende die situatie een zwaardere belasting van mantelzorgers. Door de grote schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen voor de sector verpleging en verzorging, hebben veel zorgverleners zich met name in het begin van de crisis grote zorgen gemaakt over of zij voldoende beschermd konden werken. De regelmatig veranderende richtlijnen vanuit bijvoorbeeld het RIVM brachten veel onrust. Daarbij beschikten niet alle zorgaanbieders over voldoende actuele kennis over infectiepreventie. Ook kwam het multidisciplinair werken onder druk te staan doordat bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde 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 dicht bij cliënten komen om de benodigde zorg te kunnen bieden. Verschillende zorgaanbieders worstelen met het vraagstuk hoe zij de afstand tussen cliënten en hun familie kunnen handhaven zonder dat de agressie bij met name familie toeneemt.

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 hoorden we 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 ervoeren 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 de meeste aanbieders een tweede lockdown (met algemeen geldende, landelijke regels over sluitingen en bezoeksregelingen) 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. Niet alleen maatwerk per 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 eigen verantwoordelijkheid in krijgen.

#### Aanbevelingen

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



## 7 Testen en bron- en contactonderzoek, de 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 programmateam, collega-GGD'en, laboratoria, het landelijk callcentrum testen en de landelijke belcapaciteit voor bron- en contactonderzoek.

Het is van essentieel belang dat het testen en het bron- en contactonderzoek 100% op orde zijn. Daaraan wordt keihard gewerkt en er is veel verbeterd. 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 gerichte ondersteuning moeten krijgen voor de uitvoering van deze belangrijke taken. De verwachtingen kan de GGD alleen waarmaken voor dat deel waarvoor zij verantwoordelijk is, als iedereen hieraan de juiste bijdrage levert. Deze ondersteuning moet op verschillende fronten plaatsvinden:

- gedrag van burgers en bedrijven;
- vergroten capaciteit bij GGD'en;
- 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 nog 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 en de mogelijkheden van nudging.

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 uitbreiden om alle gevraagde testen en het bron- en contactonderzoek ook de komende nog lange periode (van zeker dit najaar en komend voorjaar) te kunnen uitvoeren. Dat kan deels door het extra aantrekken van mensen, waarbij opnieuw moet worden beoordeeld wie welk werk kan uitvoeren. Er zijn bijvoorbeeld tropenartsen en andere oud-zorgprofessionals beschikbaar die met weinig extra inspanning bijgeschoold kunnen worden voor (een aantal) 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. Er kunnen landelijke afspraken worden gemaakt over de

competenties van mensen waarbij meer pragmatisch wordt gedacht (bijv. ook mbo'ers inzetten voor delen van het werk dat gemoeid is met BCO); landelijk uniforme afspraken zijn daarbij zinvol. Het aantal beschikbare artsen infectieziekten bestrijding (IZB-artsen) is mede wegens hantering van het waakvlamniveau de afgelopen jaren beperkt. Het is daarom nodig om artsen versneld en verkort op te leiden tot IZB-artsen, zodat zij delen van het werk van IZB-artsen kunnen overnemen (taakdifferentiatie) en daarmee voor verlichting kunnen zorgen. Niet-vrijblijvende samenwerking tussen de GGD'en is de kern voor goede opschaling. Hiernaast is het essentieel dat nadere prioriteiten worden gesteld bij bijvoorbeeld meer dan 5%-besmettingen. Ook is van belang vooraf helderheid te bieden over wanneer bron- en contactonderzoek niet meer zinlijk is, dit stopt en vervangen wordt door ingrijpende maatregelen.

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.

Het netwerk van de eerste lijn (huisartsen(posten), wijkverpleging, bedrijfsartsen en daarmee verbonden diagnostische centra) dient breder verkend en ingezet te worden ter vergroting van testcapaciteit en ondersteuning hiervan. Naast opschalen van capaciteit is ook de bereikbaarheid van de testlocaties voor patiënten, zeker ook de kwetsbare groepen, vanuit de eerste lijn mogelijk verder te optimaliseren. Gesprekken met de verschillende betrokken partijen zijn belangrijk en gaande. Bedrijfsartsen 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 testlocaties. De inspectie ontvangt signalen dat de testlocaties onvoldoende toegankelijk zijn voor mensen die afhankelijk zijn van het openbaar vervoer en/of een beperking hebben. Thuisafname of afname dicht bij huis zijn dan goede oplossingen. De nu lopende intensivering van GGD GHOR op de verdichting van de testlocaties wordt dan ook toegejuicht.

Ook de capaciteit van de aangesloten laboratoria om de testen uit te voeren staat permanent onder druk. Vanuit verschillende laboratoria hebben we signalen ontvangen over tekorten aan apparatuur, reagentia en/of afnamematerialen. Naast de beschikbaarheid van voldoende bekwaam personeel zien laboratoria dit als een belangrijk risico voor het verder opschalen van de testcapaciteit.

Ten slotte levert ook betere stroomlijning tussen laboratoria, de landelijke telefooncapaciteit en GGD'en veel winst op in doorlooptijden. Ook verbeterde ICT-voorzieningen en een goede onderlinge afstemming, waaronder met GGD GHOR Nederland, het RIVM en het Landelijke 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 diagnostische centra, ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleegkundigen en bedrijfsartsen een extra bijdrage te leveren aan het afnemen van Covid-19-testen en maak daar goede afspraken over.
- Leid versneld en verkort artsen op tot IZB-artsen.
- 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.
- Werk goede eenduidige afspraken uit over op- en afschaling en kom tot een landelijke norm waar bron- en contactonderzoek stopt en ingrijpende vervolgmaatregelen in de plaats moeten treden.
- 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).

## 8 Persoonlijke beschermingsmiddelen

Het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) is een wereldwijd probleem, elk land zit achter dezelfde middelen aan. Daarbij wordt in nagenoeg alle sectoren 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 persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM). Onder andere hierdoor was er in het begin van de crisis bij de meeste aanbieders, waaronder ook vooral de kleinere zorgaanbieders, schaarste aan 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 voorhanden 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 langetermijnplannen 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 een aantal specifieke producten is niet eenvoudig verkrijgbaar.

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

### 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 inkoopkanalen, PBM bij het LCH kunnen inkopen. Voor de zorgaanbieders 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.

## 9 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:

- 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 afhaalkluizen 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.

### Aanbeveling

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

Gelukkig is het in Nederland niet gekomen tot een "Code Zwart". Hiermee wordt bedoeld op de situatie dat er te weinig IC-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. Dit heeft geresulteerd in het 'Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie'.

#### Aanbeveling

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

## 11 Overig

### *Financiën*

Vanuit vrijwel alle sectoren is aangegeven dat er zorgen zijn over 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, meer uren van medewerkers en het inrichten van gezamenlijke cohortafdelingen in de regio of Covid-19-routes in de wijkverpleging.

De extra kosten zijn er zowel binnen zorgorganisaties als in samenwerkingsverbanden.

Daarnaast blijven in heel Nederland de doorverwijzingen vanuit huisartsen en de instroom vanuit ziekenhuizen achter.

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

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 regelmatig veranderde en niet voor alle doelgroepen geschikt was. Zo is er behoefte aan begrijpelijke uitleg van de maatregelen. Medewerkers, patiënten en familie zijn verschillende doelgroepen, de communicatie vraagt maatwerk.

Met deze tussenrapportage geven we een eerste terugkoppeling van de beelden die we als inspectie 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. Later in september komen we met onze vervolgrapportage. Daarnaast zetten we per sector rapportages op onze [website](#).





Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

[www.igj.nl](http://www.igj.nl)