



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Goede gezondheidszorg en jeugdhulp, ook tijdens de coronacrisis

Een voortgangsrapportage van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Inhoud

	Voorwoord	4
1	Toezicht in crisistijd	5
2	Tien aandachtspunten om patiënten en cliënten in de zorg nog beter te helpen	10
2.1	Blijvende aandacht voor goede basishygiëne en infectiepreventie	10
2.2	Duidelijkheid over gebruik en benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) in de zorg	12
2.3	Voldoende, snel en betrouwbaar testen cruciaal	14
2.4	Waarborg de beschikbaarheid en veiligheid van geneesmiddelen	16
2.5	Mensen in kwetsbare situaties beter in beeld	18
2.6	Naar continuïteit van veilige, persoonsgerichte zorg	19
2.7	Zorg voor goede inbedding e-health	21
2.8	Zet in op regionale samenwerking en het netwerk rond een cliënt/patiënt	22
2.9	Geef cliënten en naasten meer zeggenschap	24
2.10	Meer ruimte voor bespreking ethische dilemma's	26
3	Gevolgen voor cliënten en patiënten, een samengevat beeld per sector ..	277

Voorwoord

Deze rapportage volgt op een reeks rapporten van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over de impact van het coronavirus op de Nederlandse gezondheidszorg en jeugdhulp. We hebben de afgelopen maanden beelden opgehaald van wat er sinds de uitbraak van het COVID-19-virus in het gehele zorgveld gebeurde en welke gevolgen dit had voor de zorg en jeugdhulp, en voor cliënten, patiënten en hun familieleden. Naast de zorgaanbieders hebben we daarom gebeld met patiënten- en cliëntenorganisaties om ook dat perspectief mee te nemen. De opgehaalde beelden deelden we vanaf eind april op onze website met het zorgveld, de media en andere geïnteresseerden. Ook informeerden wij hierover de Tweede Kamer en minister van VWS.

Op het moment dat de eerste golf afzwakte, is iedereen – overheidsinstanties, zorgaanbieders, deskundigen en andere belangstellenden – terug gaan kijken. Om te peilen of we met elkaar in staat zijn het hoofd te bieden aan de tweede virusgolf of een voorlopig permanente aanwezigheid van het coronavirus in onze samenleving. Want de invloed van het virus en de maatregelen reikt veel verder dan de gezondheidszorg en jeugdhulp.

Deze rapportage biedt een terugblik naar de zorg tijdens de eerste golf: wat is samengevat de impact van het coronavirus en de maatregelen op cliënten en patiënten in de verschillende sectoren geweest? Op basis van deze terugblik benoemen we tien aandachtspunten om de zorg en jeugdhulp beter te maken zolang het coronavirus onder ons is. Ook kijken we naar onszelf. Wat was onze rol vanuit het perspectief van het publiek, wat hadden we beter kunnen doen en wat staat ons nu te doen?

Op 1 september publiceerden we een tussenrapportage aan het ministerie van VWS, mede bedoeld als bron voor een brief van de minister aan de Tweede Kamer. De afgelopen weken hebben we sectorrapportages op onze website gepubliceerd. Die zijn vooral bedoeld voor de zorgverleners en koepel- en brancheorganisaties. Deze voortgangsrapportage hebben we vooral geschreven voor u, als patiënt, cliënt, familielid, betrokkene, inwoner van Nederland.

Leeswijzer

De impact van het coronavirus is per zorgsector verschillend geweest. Net zoals het effect van de maatregelen. In hoofdstuk 3 schetsen we een samengevat beeld van de impact van de coronacrisis en de maatregelen op cliënten en patiënten. Het is een samenvatting van de sectorrapportages die inmiddels op onze website zijn gepubliceerd.

Uit alle contacten die wij hebben gehad met het totale zorgveld is een beeld ontstaan van de kwaliteit van de gezondheidszorg en jeugdhulp tijdens de coronacrisis. Daaruit zijn tien thema's naar voren gekomen die aandacht nodig hebben om ervoor te zorgen dat patiënten en cliënten ook tijdens de tweede golf goede zorg, jeugdhulp én farmaceutische en medisch-technologische producten blijven ontvangen. Deze aandachtspunten staan genoemd in hoofdstuk 2. Per thema beschrijven we wat wij daarover hebben gezien, wat wij ervan vinden en wat wij gaan doen.

1 Toezicht in crisistijd

Nederland maakt sinds eind februari 2020 een ongekeerde gezondheids crisis door vanwege de uitbraak van een nieuw coronavirus. De uitbraak en de landelijke maatregelen hebben gevolgen gehad voor de wijze waarop de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) haar rol als toezichthouder invulde.

Onze werkwijze: soms minder, vaak anders en altijd met de patiënt of cliënt voor ogen

Wij hebben zorgaanbieders in deze coronacrisis de ruimte gegeven om de zorg op afwijkende manieren te organiseren. Maar wel zolang sprake bleef van veilige en verantwoorde zorg. En zolang de gemaakte afwegingen werden vastgelegd. Niet alleen om dit achteraf aan ons als inspectie, maar vooral ook aan patiënten, cliënten en hun familie uit te kunnen leggen.

De gebruikelijke termijnen – bijvoorbeeld voor het verplicht melden van een calamiteit - hebben we tijdelijk losgelaten. Zorgaanbieders hoefden ook niet direct te reageren op onze verzoeken om een verbeterplan of resultaatsverslag te schrijven. Verder besloot de IGJ voorlopig geen boetes op te leggen als een instelling, zorgverlener of fabrikant/leverancier zich niet aan een termijn kon houden voor het voldoen aan een verplichting.

Om zorgaanbieders niet extra te belasten tijdens de coronacrisis hebben we alle reguliere inspectiebezoeken tijdelijk opgeschort. Sinds juni 2020 hebben we de inspectiebezoeken op locatie hervat. Bij urgente, onveilige, schrijnende of onaanvaardbare situaties grepen wij natuurlijk ook eerder al in. Dat konden we doen op grond van meldingen of signalen die we ontvingen of op grond van eigen waarneming.

Van maart tot juni 2020 hebben we wel degelijk toezicht gehouden, maar op een andere manier vormgegeven. Meer digitaal en telefonisch. Hierdoor droegen we niet bij aan het risico voor verspreiding van het virus en konden we meer zorgaanbieders en cliënten- en patiëntenorganisaties spreken. Zo lieten wij ons informeren hoe het ging en waar zich knelpunten voordeden. Zorgaanbieders hebben ons hierdoor op een andere manier leren kennen.

Beelden ophalen

In juli en augustus 2020 heeft de inspectie telefonisch, digitaal of soms op locatie contact gehad met meer dan 300 zorgaanbieders uit de verschillende zorgsectoren. Daarnaast zijn ziekenhuizen en justitiële instellingen schriftelijk bevestigd en hebben we met koepelorganisaties gesproken. We hebben alle 25 GGD'en bezocht en gesprekken gevoerd met landelijke organisaties zoals het RIVM, GGD GHOR Nederland, NVAB, VNG, LCH en LCDK (zie begrippen- en afkortingenlijst). Ook heeft de IGJ 289 mensen gevraagd naar hun ervaringen met de teststraten en de uitvoering van het bron- en contactonderzoek door de GGD.

Voor een telefonisch contact of bezoek maakte de inspectie gebruik van een vaste vragenlijst waarin verschillende thema's aan bod kwamen. We spraken niet alleen met bestuurders, maar ook met zorgverleners, behandelaren en vertegenwoordigers van cliëntenraden. Daarnaast hielden wij nauw – aanvankelijk soms wekelijks - contact met circa 25 patiënten- en cliëntenorganisaties (PCO's) om te weten wat er vanuit het perspectief van patiënten en cliënten speelde. Ook deelden PCO's de onderzoeken onder hun achterbannen met ons, waardoor wij een goed beeld kregen van wat er volgens patiënten en cliënten speelde en wat er volgens hen nodig was.

De beelden en signalen die we ophaalden, deelden we vanaf eind april 2020 in verschillende [publicaties](#) op onze website. Veder verspreiden wij wekelijks de actuele [signalen uit het zorglandschap](#) met betrokken organisaties zoals brancheorganisaties en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Wat we geleerd hebben

In een inspectierapport over de kwaliteit, beschikbaarheid en veiligheid van zorg, jeugdhulp en farmaceutische en medisch-technologische producten tijdens de coronacrisis hoort ook een kritische blik naar ons eigen functioneren. De belangrijkste lessen die wij hebben geleerd, zijn dat we in een gezondheidscrisis zichtbaar moeten blijven, ons uit moeten blijven spreken over de kwaliteit van de zorg en jeugdhulp en ons toezicht meer moeten richten op sectoroverstijgende samenwerking.

Wat we tijdelijk niet of anders deden, hebben we aan de zorgaanbieders en organisaties laten weten. In combinatie met alle dagelijkse contacten zijn we daardoor voor het totale zorgveld zichtbaar geweest. Voor u zijn wij in de beginfase van de crisis minder zichtbaar geweest. U, patiënt, cliënt en familie, liet ons via het LMZ (zie kader) en social media weten dat u meer van ons had willen zien. Ook hadden wij ons actiever en zichtbaarder publiekelijk kunnen uitspreken over wat we van de kwaliteit van de zorg en jeugdhulp tijdens de eerste golf vonden.

Als inspectie hebben we overzicht over het totale zorgveld. Het beeld dat we hierover naar buiten brengen, blijft soms beperkt tot een beeld per zorgsector. Dit kunnen we dus beter doen. Wij vinden het juist belangrijk om zicht te krijgen op en ons uit te spreken over het niveau van het handelen van alle betrokken zorgaanbieders en voorzieningen (netwerk) rondom patiënten en cliënten.

Hoe we omgaan met de tweede golf

Een aantal zaken ligt nu anders dan tijdens de eerste golf. Een deel van de mensen is kritischer op de overheid en lijkt minder bereid om de maatregelen op te volgen. Daarnaast zijn er grote zorgen over de inzet van en werkdruk bij zorgverleners en staat de testcapaciteit onder druk. Tegelijkertijd wordt er hard gewerkt aan een vaccin en medicijnen en is meer kennis opgedaan over het verloop van de ziekte COVID-19 en de behandeling daarvan.

Tijdens de tweede golf blijven we scherp op zorgelijke signalen en mogelijke knelpunten uit het totale zorgveld. Dit om ons toezicht uit te voeren, maar ook om deze signalen te agenderen bij branche- en beroepsorganisaties en VWS. Daarnaast zullen we tijdens de tweede golf zichtbaarder maken wat we doen en wat we van de kwaliteit van de gezondheidszorg en jeugdhulp vinden. Verder zullen we in ons toezicht meer letten op de onderlinge relaties tussen zorgaanbieders, sectoren en andere zaken die invloed hebben op de uiteindelijke kwaliteit van de zorg en de jeugdhulp. Want als één ding duidelijk is geworden de afgelopen maanden, is dat regionale en landelijke samenwerking een flinke impuls heeft gekregen. Dat moeten we in uw belang vast zien te houden.

Landelijk Meldpunt Zorg

Het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) is het portaal van de IGJ waarmee we u een luisterend oor, informatie en advies geven bij vragen of klachten over de gezondheidszorg en jeugdhulp. Hoewel er vanuit de rijksoverheid een publieksinformatienummer was opgezet, werd ook het LMZ vaak benaderd over corona. Van 1 maart 2020 tot en met 31 augustus 2020 heeft het LMZ ongeveer 1415 klachten en 80 vragen ontvangen waarin corona werd genoemd. In de week van 6 t/m 12 april had het aantal klachten een piek bereikt van ongeveer 145 klachten in één week. Daarna is het aantal klachten geleidelijk afgenomen. De afgelopen drie maanden ontving het LMZ ongeveer 40 klachten per week.

Patiënten, cliënten, familie en andere betrokkenen namen met zeer uiteenlopende vragen en klachten contact op met het LMZ. Bijvoorbeeld over de wijze waarop zorgaanbieders invulling gaven aan coronamaatregelen (zoals bezoekenregelingen) en hoe zij omgingen met bestaande besmettingen of het risico op toekomstige besmettingen (bijvoorbeeld door de opname van nieuwe cliënten binnen een instelling). Daarnaast belden mensen met zorgen over de impact die corona had op de geleverde zorg, bijvoorbeeld doordat behandelingen werden uitgesteld of digitaal werden gegeven. In sommige gevallen vormde het onderwerp 'corona' slechts een onderdeel van een bredere klacht over een zorgaanbieder.

Bij al deze contacten streeft het LMZ naar het geven van advies op maat, waarbij eventuele vragen worden beantwoord en vervolgstappen worden besproken. Indien hier aanleiding voor is, worden klachten voor verdere beoordeling doorgezet naar inspecteurs. Dit is bij ongeveer 115 van de coronagerelateerde klachten gebeurd. Alle contacten over corona werden daarnaast dagelijks opgenomen in een overzicht voor de inspecteurs en zo ook meegenomen als signaal.

Voorbeelden van gesprekken met het Landelijk Meldpunt Zorg

“Ik voel me eindelijk gehoord en heb met een mens gesproken”

Een afsluiting aan het einde van een telefoongesprek, gezegd in coronatijd. Het Landelijk Meldpunt Zorg ontvangt dagelijks telefoontjes van bezorgde mensen over de zorg in Nederland tijdens corona

De gesprekken waren en zijn zeer divers.

Uitstel operatie in coronatijd

Een mevrouw laat weten dat haar man in juni is overleden. Begin maart had hij galblaasklachten, besluit was de galblaas te verwijderen. Half maart is de reguliere zorg tijdelijk gestopt, alleen spoedeisende zorg werd geleverd. De klachten zouden niet spoedeisend zijn. Eind mei bleek dat er zich galstenen hadden gevormd en was de alveesklier inmiddels necrotisch ontstoken. De patiënt is enkele dagen daarna overleden.

Veel vragen en onbegrip over bezoekenregelingen, wachttijd testen, regels overheid

Mensen vonden het vooral raar dat zorgmedewerkers naar binnen en buiten mogen lopen bij zorginstellingen, terwijl zij hun naasten niet mochten bezoeken. De mensen begrepen het wel maar dat nam hun gevoel van oneerlijkheid, frustratie en verdriet niet weg.

Nu zijn er veel vragen over het onduidelijke testbeleid. Als bellers aangeven dat zij zich willen laten testen, blijkt dat niet mogelijk omdat er geen capaciteit is.

Ook laten de bellers weten dat zij hierdoor in problemen komen op sociaal of economisch gebied.

Veel mensen uit(t)en hun onvrede over de regels en de keuzes die de overheid maakt.

Herkenning

De zaken waar mensen in coronatijd tegenaan lopen, zijn voor de medewerkers van het LMZ heel herkenbaar. Ook zij kunnen bijvoorbeeld niet bij kwetsbare naasten op bezoek of krijgen te maken met beperkte testcapaciteit. Juist die (h)erkenning maakt de gesprekken in coronatijd anders.

Meldpunt voor zorgaanbieders, zorgverleners en fabrikanten

Bij het Meldpunt IGJ kunnen zorgaanbieders, zorgverleners en fabrikanten zich melden met vragen, signalen en meldingen. Sinds 1 maart 2020 ontving het meldpunt ongeveer 2750 coronagerelateerde vragen en signalen, waarvan ongeveer 425 officiële meldingen zijn geworden die de inspectie in behandeling heeft genomen. De eerste zes weken van de crisis ging het om gemiddeld ruim 250 contacten per week. Aan een tijdelijke openstelling van het meldpunt in het weekend bleek in de praktijk weinig behoefte te zijn.

Hoewel corona in al deze contacten een rol speelde, was er een grote diversiteit aan onderwerpen. Corona was soms ook slechts één van de onderdelen. Het meldpunt werd gebeld met heel praktische vragen, bijvoorbeeld over hoe de inspectie omging met de termijn voor het aanleveren van onderzoeksrapportages of over de eisen die gelden voor het op de markt brengen van coronatesten. Daarnaast werden zorgprofessionals geconfronteerd met snel veranderende situaties, die het soms noodzakelijk maakten af te wijken van richtlijnen om toch te voldoen aan de verplichting om goede zorg te verlenen.

Voorbeelden van signalen van patiënten- en cliëntenorganisaties

- Voor mensen met een visuele, auditieve, verstandelijke, gedrags- of spraakbeperking is de informatie over het coronavirus en de maatregelen niet altijd duidelijk geweest.
- De overheidsinformatie over maatregelen schiet tekort. Websites als Rijksoverheid.nl en van het RIVM zijn te technisch. Veel laaggeletterden en digibeten bereik je niet met websites. Infographics en filmpjes werken beter dan tekst. Specifieke communicatie is ook noodzakelijk voor specifieke doelgroepen zoals zwangeren, laaggeletterden, blinden, slechtzienden, mensen met een licht verstandelijke beperking en mantelzorgers. Inmiddels is er meer informatie in eenvoudiger taal beschikbaar.
- Mensen met een beperking of handicap voelden zich sneller eenzaam, trokken zich eerder terug of vertoonden ander gedrag door minder contacten en minder bezigheden. Ze werden soms niet genoeg gezien door hun familie, netwerk of de professionals. PCO's riepen op tot landelijke monitoring en regie door VWS om de omvang van deze problemen zichtbaar te maken, zodat er ook meer aandacht, middelen en menskracht beschikbaar zouden komen.

- Signalen dat veel mantelzorgers op hun tandvlees liepen. Met name mantelzorgers van mensen met dementie of mensen met een verstandelijke beperking, van wie de dagbesteding of de begeleiding was weggefallen. Mantelzorgers leidden aan angst en schuldgevoel. Mantelzorgers waren bang om zelf een besmetting op te lopen, waardoor ze er niet altijd konden zijn voor hun verwanten.
- Dat patiëntenrechten zijn beperkt, werd onder de omstandigheden verklaarbaar gevonden, maar voelde niet altijd proportioneel. Onduidelijkheid over de duur leidde daarnaast tot onzekerheid.
- Organisaties van patiënten en cliënten hadden eerder en meer betrokken willen worden bij het bepalen van het beleid en de maatregelen. Veelgenoemde voorbeelden vanaf de eerste weken van de crisis:
 - Gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen in de thuiszorg, verpleeghuiszorg en overige langdurige zorg incl. de mensen met een persoonsgebonden budget en mantelzorgers.
 - Onduidelijkheid en verschillen tussen instellingen in de bezoeksregelingen en het dilemma tussen veiligheid en kwaliteit van leven.
 - Rigide uitvoering van het bezoekverbod en strenge quarantainemaatregelen in de jeugdzorg.

Regionaal maatwerk is gewenst.

2 Tien aandachtspunten om patiënten en cliënten in de zorg nog beter te helpen

De tweede golf is inmiddels aangebroken waardoor het einde van de coronacrisis nog lang niet in zicht is. Het aantal besmettingen en ziekenhuisopnamen neemt vanaf de zomer aanzienlijk toe. Ziekenhuizen maken zich zorgen over de druk die nu al ontstaat op de reguliere zorg en de werkbelasting bij hun medewerkers. Steeds meer ziekenhuizen moeten maatregelen nemen om hun medewerkers te beschermen tegen toenemende agressie op corona-afdelingen. Ook voor het publiek is weer een nieuwe situatie ontstaan met beperkende maatregelen. In verschillende gemeenten zijn inwoners geconfronteerd met regionale maatregelen, naast de landelijke maatregelen die opnieuw zijn ingevoerd. Ook de effecten van de eerste lockdown worden steeds zichtbaarder. Veel mensen vinden het niet gemakkelijk om zich te houden aan de gedragsmaatregelen. Er heerst ontevredenheid over de vertraging in het testen door de GGD en men vreest een tweede landelijke lockdown. Daarnaast heerst er onduidelijkheid over het nut en de noodzaak van het (preventief) gebruik van medische mondklappers in alle contactberoepen en is er onduidelijkheid over de betrouwbaarheid van zelftesten.

Om te zorgen dat cliënten en patiënten goede zorg, jeugdhulp én farmaceutische en medisch-technologische producten blijven ontvangen, benoemt de inspectie in dit rapport vanuit het oogpunt van de cliënt en patiënt tien aandachtspunten. We geven per aandachtspunt aan wat we in het zorgveld breed tot nu toe hierover hebben gezien, wat we ervan vinden en wat we daarmee gaan doen.

2.1 **Blijvende aandacht voor goede basishygiëne en infectiepreventie**

Om te voorkomen dat een infectieziekte zoals COVID-19 zich kan verspreiden vinden wij het belangrijk dat zorgaanbieders hun infectiepreventiebeleid op orde hebben en de juiste maatregelen nemen. Als infectieziekten zich verspreiden binnen een zorginstelling is dit namelijk ernstig voor de patiënten, hun familie, bezoekers en zorgverleners. Daarvan hebben we de afgelopen maanden helaas schrijnende voorbeelden gezien. Wij verwachten dan ook dat alle zorgaanbieders protocollen opstellen hoe zorgmedewerkers moeten handelen. Daarnaast moeten zorgaanbieders de kennis en kunde hierover bij hun medewerkers blijven bevorderen zodat de protocollen goed worden uitgevoerd op de werkvloer. Belangrijke basisregels zijn het goed schoonmaken van de omgeving, hygiënisch werken en het naleven van hygiëneregels zoals het regelmatig handen wassen, het altijd wassen van handen na toiletbezoek en het hoesten en niezen in de elleboog. Naast deze belangrijke basisregels vraagt het coronavirus ook om specifieke maatregelen zoals het 1,5 meter afstand houden, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en isolatie en quarantaine bij (mogelijke) besmetting.

Wat heeft de inspectie gezien?

De inspectie stelt vast dat de coronacrisis bij veel zorgverleners heeft geleid tot meer kennis over de overdracht en verspreiding van infectieziekten en het belang van infectiepreventie. Zorgaanbieders hebben aan het begin van de eerste golf hierover informatie ingewonnen bij het RIVM of de GGD. Een aantal aanbieders heeft hiervoor gebruik gemaakt van andere informatiebronnen, zoals het Nederlands Jeugdinstituut, brancheverenigingen, de Dienst Justitiële Inrichtingen, beroepsorganisaties, ziekenhuizen, infectiepreventiedeskundigen en collega-aanbieders.

Een voorbeeld:

de Dienst Justitiële Inrichtingen heeft bijgedragen aan het vergroten van de kennis en deskundigheid binnen de inrichtingen op het gebied van infectiepreventie voor zowel de gedetineerden als het personeel. Zo werd een protocol voor zorgprofessionals opgesteld en een informatieblad voor gedetineerden.

Ook de deskundigheid over cohortverpleging¹ om verspreiding van het virus tegen te gaan, is toegenomen. De meeste, veelal grotere, zorgaanbieders hebben interne crisisteamen en/of infectiepreventieteamen. Om de kennis bij hun medewerkers over infectiepreventie te vergroten, verspreiden een groot aantal aanbieders nieuwsbrieven of gaven zij digitale voorlichting. Daarnaast controleerden aanbieders intern het uitvoeren van de infectiepreventierichtlijnen. Soms leidde de veelheid van informatie en de steeds wisselende inhoud van de richtlijnen over dit onderwerp tot verwarring.

Niet alle zorgaanbieders scholen hun medewerkers regelmatig om hun kennis over infectiepreventie op peil te houden en het belang van infectiepreventie in te zien. Een deel van deze zorgaanbieders, veelal de kleinere organisaties, ervaren ook niet de noodzaak om dit periodiek te doen. Er zijn zorgaanbieders die bijvoorbeeld aangeven dat zij, mocht dat nodig zijn, hun kennis ophalen via informatie op internet.

Ten slotte geven zorgverleners aan het niet altijd prettig te vinden om cliënten/patiënten en hun omgeving aan te spreken op het naleven van de hygiënemaatregelen.

Wat vindt de inspectie ervan?

Omdat het effect van infectiepreventierichtlijnen niet direct zichtbaar is, is het voor veel mensen lastig om zich aan deze richtlijnen te houden. Ook bij zorgaanbieders die niet of nauwelijks zijn geconfronteerd met coronabesmettingen, kan de aandacht snel verslappen. De inspectie vindt het belangrijk dat zorgaanbieders zich blijvend inspannen om de kennis en kunde hierover op peil te houden en ervoor te zorgen dat medewerkers de infectiepreventierichtlijnen blijven naleven. Dit is namelijk de basisvoorwaarde voor het voorkomen van verdere verspreiding. De (basis) hygiënevoorschriften gelden voor iedereen en we verwachten dat iedereen elkaar op de naleving hiervan aanspreekt: zorgverleners, patiënten, cliënten en familie/bezoekers.

Wat gaat de inspectie doen?

Sinds een aantal jaar ziet de inspectie intensiever toe op de naleving van de infectiepreventierichtlijnen in de zorg. De coronacrisis heeft des te meer benadrukt hoe belangrijk dit onderwerp voor de hele zorg is. De inspectie blijft hierover dan ook met het zorgveld in gesprek en besteedt de komende maanden in haar toezicht specifiek aandacht aan dit onderwerp. Zo wordt tijdens het toezicht in verpleeghuizen en verzorgingshuizen gekeken of de kennis en kunde over de basishygiëneregels voldoende is en of hiernaar wordt gehandeld.

¹ Cohortverpleging: de vorm van verpleging waarbij patiënten die met dezelfde ziekteverwekker geïnfecteerd zijn, gezamenlijk op een geïsoleerde locatie worden verpleegd.

Daarnaast zijn wij er met elkaar verantwoordelijk voor dat de aandacht voor het naleven van de basishygiëneregels niet verslapt. Dit geldt niet alleen voor de zorgprofessionals maar voor ons allemaal.

2.2

Duidelijkheid over gebruik en benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) in de zorg

U moet erop kunnen vertrouwen dat zorgprofessionals op een goede en veilige manier zorg kunnen verlenen. Wij vinden daarom dat zorgverleners - binnen alle denkbare scenario's - over voldoende PBM moeten beschikken zodat ze die kunnen gebruiken als het nodig is. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat wordt gewerkt met veilige en kwalitatief goede medische hulpmiddelen. Hiermee bedoelen we hulpmiddelen met CE-markering² die voldoen aan Europese regelgeving.

Wat heeft de inspectie gezien?

Door de uitbraak van het coronavirus zijn er tekorten ontstaan aan PBM die noodzakelijk waren voor het leveren van goede en veilige zorg. Vooral in de verpleeghuiszorg en beperkter ook in de gehandicaptenzorg heeft dit ertoe geleid dat zorgprofessionals niet altijd konden werken met voldoende PBM. Ook mantelzorgers bleven verstoken van PBM. Door deze tekorten en door het feit dat preventief gebruik van PBM door het RIVM niet nodig werd geacht, waren zorgverleners en mantelzorgers bang om cliënten te besmetten, zelf besmet te raken of een besmetting mee naar huis te nemen. Ook bleek dat mensen die wel zorg nodig hadden, bewust zorg gingen mijden, omdat zij bang waren voor een besmetting nu preventief gebruik van PBM werd afgeraden.

Zorgaanbieders hebben het afgelopen half jaar geleerd dat zij over voldoende voorraad van PBM moeten beschikken. Dit om tijdens een tweede golf veilig te kunnen werken en op een veilige manier zorg te kunnen verlenen. Zorgaanbieders kopen PBM in via reguliere leveranciers en als aanvulling kunnen zij bij het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) terecht. Het LCH koopt op landelijk niveau PBM in en verkoopt die aan zorgaanbieders met als doel tekorten zo snel mogelijk weg te nemen.

De meeste instellingen en zorgaanbieders hebben inmiddels een eigen voorraad PBM aangelegd. Volgens hen voldoende voor een periode van twee tot zes weken. Enkele aanbieders hebben een voorraad voor een paar maanden tot één jaar aangelegd. Kleinere zorgaanbieders geven aan niet altijd het geld en de ruimte te hebben om voorraden aan te leggen.

Het LCH zegt dat de voorraad PBM die zij hebben, voldoende is voor een tweede golf en publiceert wekelijks een totaaloverzicht van de voorraad³. Het LCH heeft geen inzicht in de voorraden die zorgaanbieders zelf hebben. De zorgaanbieders zeggen geen zicht te hebben op de specifieke omvang van de voorraden van het LCH, op welke scenario's deze voorraden zijn gebaseerd en wat het verdelingsplan is. Bij zorgaanbieders bestaat ook onduidelijkheid over de omvang van de voorraad PBM

² Met CE-markering wordt aangegeven dat de PBM voldoen aan essentiële veiligheids- en gezondheidseisen die EU-wetgeving daaraan stelt.

³ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/tijdelijke-crisisstructuur/landelijk-consortium-hulpmiddelen/actuele-voorraad-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-zorg>

die nodig is bij een tweede golf. Daarom hebben nog niet alle zorgprofessionals het vertrouwen dat er nu voldoende PBM zijn. Ook bij cliënten en patiënten bestaan hierover zorgen.

Vanwege de dreigende tekorten aan PBM tijdens de eerste golf heeft de inspectie, in geval van nood, het gebruik van alternatieve medische hulpmiddelen zonder CE-markering toegestaan. Dit is sinds september 2020 afgelopen. Voor chirurgische mondmaskers, handschoenen en voor benodigdheden voor coronatesten geldt voorlopig nog de eerder gemaakte uitzondering.

De meeste aanbieders volgen de richtlijnen van het RIVM over het gebruik van PBM. Niet altijd werden PBM op die manier gebruikt. Zorgaanbieders maakten de afweging om ook PBM te gebruiken in situaties waar het volgens de RIVM-richtlijnen niet noodzakelijk was. Ook is het voorgekomen dat geen PBM werden gebruikt in situaties waarin dat volgens de RIVM-richtlijnen wel noodzakelijk was.

Mede naar aanleiding van de aangepaste richtlijn over preventief gebruik van mondmaskers in de verpleeghuissector, is de discussie over het preventief gebruik van onder meer mondmaskers in andere sectoren weer opgelaaid. Tijdens de eerste golf - en ook nu weer - heerste er onduidelijkheid over nut en noodzaak van het preventief gebruik van medische mondmaskers in de zorg. Instellingen verschillen onderling van mening en hanteren daarom een ander beleid. Dit zorgt voor onzekerheid bij patiënten en cliënten en bij zorgverleners

Wat vindt de inspectie ervan?

De inspectie vindt het belangrijk dat zorgaanbieders per sector snel komen tot een veldnorm over de omvang van de voorraad PBM die nodig is om bij het toenemende aantal besmettingen de zorg te kunnen continueren. Ook vindt de inspectie het belangrijk dat er zicht komt op de totale voorraad PBM. Met uitzondering van een aantal kleine zorgaanbieders, geven zorgaanbieders over het algemeen aan op dit moment over voldoende PBM te beschikken om de reguliere zorg te kunnen continueren. Het ontbreekt echter aan inzicht in de totale voorraad en er bestaat onduidelijkheid over wat noodzakelijk is om bij de huidige toename van het aantal besmettingen de zorg te continueren. Hierdoor is het onzeker of de voorraden daadwerkelijk voldoende zijn.

Inmiddels heeft Accenture in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de grootte van de huidige voorraden PBM bij het LCH en de zorgaanbieders én naar de voorraden die nodig zijn bij een tweede en derde golf. De uitkomsten hiervan worden binnenkort openbaar. Mede omdat de noodzakelijk geachte omvang van veel verschillende factoren afhangt en aan verandering onderhevig is door aanpassing van richtlijnen en maatregelen, is het belangrijk dat het zorgveld – onder andere op basis van de uitkomsten van het onderzoek van Accenture - hierover in gesprek gaat en tot een veldnorm per sector komt. Ook vindt de inspectie het nodig dat per zorgsector een uniform beleid wordt opgesteld over het (preventief) gebruik van PBM, waarbij het welzijn van de patiënten, cliënten en zorgverleners wordt meegewogen. De inspectie doet zelf geen uitspraak over de noodzaak van preventief gebruik van medische mondmaskers in de zorgsectoren. De inspectie gaat ervan uit dat de richtlijnen die het RIVM hierover maakt, steeds zijn gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten. Verder blijven heldere communicatie en instructies over PBM-gebruik van belang, voor zowel zorgverleners als mantelzorgers, vrijwilligers en cliënten.

Wat gaat de inspectie doen?

De inspectie roept het zorgveld breed op om zo snel mogelijk per sector tot veldnormen te komen voor noodzakelijke voorraden. Daarbij moet rekening worden gehouden met verschillende scenario's en dat er uniform beleid komt over het (preventief) gebruik van medische mondmaskers en andere PBM. Dit is niet alleen in het belang van veiligheid van de zorg, maar ook om verwarring over preventief gebruik van medische mondmaskers te voorkomen.

De inspectie zal in haar toezicht toetsen of zorgaanbieders handelen overeenkomstig de infectiepreventierichtlijnen, waaronder het (juiste) gebruik van medische mondmaskers en andere PBM.

2.3

Voldoende, snel en betrouwbaar testen cruciaal

Zolang het coronavirus in Nederland rondwaart is het van groot belang dat voldoende en snel kan worden getest of iemand met klachten het coronavirus bij zich draagt. Daarvoor is een landelijk testbeleid ontwikkeld dat regelmatig wordt geactualiseerd. Sinds 1 juni 2020 kan iedereen met klachten zich bij de GGD laten testen op het coronavirus. Bij een 'positieve' uitslag volgt het bron- en contactonderzoek. Naast het naleven van de gedragsregels, zijn het voldoende en snel kunnen testen, het volledig en snel kunnen uitvoeren van het bron- en contactonderzoek, voldoende testcapaciteit en betrouwbare testen essentieel voor het terugdringen van deze infectieziekte.

Wat heeft de inspectie gezien?

Bij het uitbreken van de coronacrisis heeft de minister van VWS de GGD'en de opdracht gegeven om iedereen met coronagerelateerde klachten de mogelijkheid te geven zich te laten testen. Dat was een nieuwe taak voor de GGD'en. De GGD'en hebben in korte tijd veel opgezet om de grote aantallen mensen te testen. Maar dit is niet voldoende gebleken. Gedurende september 2020 wilden veel meer mensen zich laten testen dan de GGD'en en laboratoria aankunnen. Dit betekent dat mensen langer moeten wachten op een test en vervolgens op de uitslag. Hierdoor zitten zij langer thuis en dit leidt ook in geval van zorgpersoneel tot uitval en werkdruk bij collega's. Ook zijn er problemen ontstaan bij de uitvoering van het bron- en contactonderzoek. Dit leidt ertoe dat wie besmet is, zelf zijn/haar contacten moet bellen.

Het aantal besmettingen stijgt veel sneller dan de GGD'en en laboratoria kunnen bijbenen.

De GGD'en en de laboratoria staan op dit moment voor de enorme opgave om het aantal testen en het bron- en contactonderzoek de komende maanden sterk te verhogen naar 85.000 testen per dag vanaf februari 2021.

Sinds het begin van de coronacrisis is er vrijwel steeds schaarste geweest aan betrouwbare testcapaciteit, terwijl er een grote hoeveelheid testen op de markt werd aangeboden. Wij hebben publiekelijk gewaarschuwd tegen het gebruik van sneltesten die als zelftest voor thuisgebruik werden verkocht en niet eerst zijn goedgekeurd. Daarnaast hebben wij inspecties uitgevoerd bij leveranciers en fabrikanten en bij aanbieders van testen en test-services. In de meeste gevallen leidde dit onmiddellijk tot het offline halen van een website of stoppen met de verkoop van het product.

Wat vindt de inspectie ervan?

De 25 GGD-regio's hebben een grote inspanning geleverd om het testen op het coronavirus goed te regelen. Dat geldt ook voor het uitvoeren van het bron- en contactonderzoek. De keten van aanmelding, afname, laboratoriumanalyse en bron- en contactonderzoek was op het moment van het onderzoek van de inspectie (half augustus 2020) op orde maar nog niet klaar voor een 'tweede golf' van het coronavirus. Dit is inmiddels voor iedereen duidelijk geworden. De vraag naar testen is inmiddels fors toegenomen. Mede doordat er steeds meer mensen met verkoudheidsklachten zijn. Het systeem is hierdoor overbelast geraakt. Daaraan heeft ook bijgedragen dat burgers zonder klachten zich lieten testen en bij het bron- en contactonderzoek veel mensen opgegeven moesten worden met wie - ondanks de afstandsregels - nauw contact is geweest.

Deze aanzienlijke taakverschuiving van de GGD'en is ten koste gegaan van de reguliere taken van de GGD, zoals de preventieve gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg. Het is van belang dat ook deze reguliere zorg weer de tijd en aandacht krijgt die het nodig heeft.

Daarom vindt de inspectie het nodig dat de uitvoering van de testafname en het bron- en contactonderzoek verder worden geprofessionaliseerd. Ook in de gehele testketen is verdere professionalisering nodig om de tweede golf op te kunnen vangen. De GGD'en kunnen deze belangrijke klus niet alleen klaren. Ze zijn afhankelijk van landelijke partners en van de capaciteit bij laboratoria die de afgenomen testen moeten verwerken. De testcapaciteit is nu nog onvoldoende om aan de groeiende testvraag te voldoen. Daarom is het belangrijk om de testmogelijkheden in de eerstelijnszorg (waaronder de huisartsen, wijkverpleegkundigen en bedrijfsartsen) optimaal te benutten.

De samenwerking met buitenlandse laboratoria zoals die nu is ingezet, ziet de inspectie ook als mogelijkheid. Maar ook binnen Nederland kan worden gekeken of laboratoriumcapaciteit beter kan worden benut. Dit is inmiddels ook in gang gezet. Belangrijk is namelijk dat laboratoria ook hun gewone werk kunnen blijven doen.

Begin september 2020 heeft de inspectie geadviseerd om - vooruitlopend op een grote toename van de testvraag - goed na te denken over wie bij de GGD-testen voorrang moet krijgen, indien de capaciteit niet toereikend zou zijn voor snel testen met snelle resultaten, en wachttijden daardoor zouden oplopen. Daarbij valt te denken aan zorgmedewerkers, om de continuïteit van de zorg veilig te stellen. Maar ook aan leraren, zodat kinderen en kwetsbare jeugdigen in de jeugdhulp wel gewoon naar school kunnen blijven gaan.

Ook de medewerking van de samenleving is onmisbaar om de druk op de testcapaciteit te verlagen: alleen mensen met klachten laten zich testen en iedereen houdt zich aan de (gedrags)maatregelen. Meer specifiek: iedereen houdt afstand tot anderen, iedereen met coronagerelateerde klachten blijft thuis en laat zich testen, huisgenoten blijven thuis als één van hen koorts heeft en wie (mogelijk) is besmet volgt de quarantainemaatregelen en andere instructies van de GGD en de overheid op.

Wat gaat de inspectie doen?

Om de keten van het testen en het bron- en contactonderzoek te verbeteren, hebben wij een aantal [aanbevelingen aan de GGD GHOR, het RIVM/LCI/LCDK en de minister van VWS](#) gedaan⁴. Zo zijn een eenduidig en helder landelijk testbeleid, voldoende testcapaciteit en een goede borging van de patiëntveiligheid en kwaliteit essentiële voorwaarden voor een effectief testbeleid bij de tweede golf. Door middel van een sterkere regie op de testketens is het aannemelijk dat het tekort op beschikbare testcapaciteit vermindert. De beperkte capaciteit vraagt om acties op de (heel) korte termijn zoals bijvoorbeeld een voorrangbeleid. De inspectie is in principe geen voorstander van een voorrangbeleid. Zij vindt dat er laagdrempelige toegang moet zijn voor iedereen met coronaklachten. In een situatie waarin de testvraag de testcapaciteit overstijgt is voorrangbeleid echter wel noodzakelijk. Het criterium dat de voorrangverlening 'moet bijdragen aan de publieke gezondheid en de gezondheidszorg' moet hierbij leidend zijn. Verder pleit de inspectie ervoor om, onder voorbehoud van de betrouwbaarheid, innovatieve en alternatieve testmethoden zo snel mogelijk te laten bijdragen aan de vergroting van de testcapaciteit. Wij zullen de opvolging van deze aanbevelingen volgen en in gesprek blijven met de landelijke partners om zicht te houden op de invulling van deze verbetermaatregelen.

Daarnaast willen wij bijdragen aan een zo groot mogelijke testcapaciteit waarbij kwaliteit en patiëntveiligheid zijn verzekerd. Dat doen we door 'ruimte te geven' bij dreigende tekorten in afstemming met het LCG en zorgaanbieders. Tegelijkertijd houden we toezicht en grijpen we in bij het gebruik van onbruikbare en onbetrouwbare testen en testen die niet aan de wettelijke eisen voldoen. Daarnaast blijven wij inspecties uitvoeren bij leveranciers en fabrikanten en bij aanbieders van testen en test-services. In samenwerking met de FIOD pakken wij fraude en vervalsing aan. En we intensiveren de komende periode ons toezicht op de veiligheid, effectiviteit en kwaliteitsborging van de gehele testketen.

2.4

Waarborg de beschikbaarheid en veiligheid van geneesmiddelen

Tekorten aan geneesmiddelen vormen een potentieel risico voor de volksgezondheid. Bovendien kan dit voor maatschappelijke onrust zorgen. Daarom vindt de inspectie het belangrijk dat er geen tekorten ontstaan en dat de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor vooral de intensive care (IC) is gegarandeerd. Ook vinden wij het belangrijk dat deze geneesmiddelen veilig gebruikt kunnen worden.

Wat heeft de inspectie gezien?

De beschikbaarheid van geneesmiddelen, in het bijzonder geneesmiddelen die gebruikt worden op de IC, waaronder sedativa, pijnbestrijdingsmiddelen en spierverslappers, heeft tijdens de coronacrisis onder druk gestaan door de toegenomen vraag en productieproblemen van deze middelen. Op het hoogtepunt van de eerste golf besmettingen dreigden op bepaalde momenten tekorten aan sommige geneesmiddelen, zoals propofol.

Er is in de geneesmiddelenketen goed samengewerkt op de monitoring en beschikbaarheid van geneesmiddelen. Bovenop de al bestaande samenwerking tussen overheidspartijen en het veld, is op initiatief van de Nederlandse Vereniging

4 <https://www.igj.nl/onderwerpen/coronavirus/documenten/rapporten/2020/09/17/ggden-zijn-goed-op-weg>

van Ziekenhuisapothekers (NVZA) een coördinatiepunt ingericht met als doel veelgebruikte IC-geneesmiddelen beschikbaar te houden en/of krijgen. De samenwerking van dit [Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen \(LCG\)](#)⁵ met overheidspartijen, groothandels, bereidende apotheken en bedrijven is succesvol geweest: echte tekorten hebben zich ook in de piek van de coronacrisis gelukkig niet voorgedaan, al hebben we wel signalen gekregen van lokale kortstondige distributie- of beschikbaarheidsproblemen.

Vanuit de geneesmiddelensector vindt nu bij het LCG continue monitoring van de beschikbaarheid van COVID-19-gerelateerde geneesmiddelen en werkzame stoffen plaats. Om dreigende tekorten op te vangen is de nationale productie van een aantal kritische geneesmiddelen flink opgeschaald en zijn door tijdelijke versoepeling van het toezichtsbeleid veel meer dan gebruikelijk zelfbereide medicijnen uitgewisseld tussen apotheken. Om de handel in en beschikbaarheid van farmaceutische producten te waarborgen zijn de certificaten die nodig zijn voor productie en distributie van geneesmiddelen – de GMDP-certificaten – automatisch verlengd tot december 2021⁶. Zo zijn er maatregelen genomen om de veiligheid van geneesmiddelen te waarborgen in tijden van de coronacrisis. Zo is er regelmatig overleg tussen de EU-lidstaten om tekorten van kritische geneesmiddelen te adresseren en waar mogelijk te voorkomen. Eventuele tekorten van een geneesmiddel kunnen worden gemeld bij het [Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten](#)⁷.

De grote inspanningen van de gehele geneesmiddelenketen, inclusief de bijdrage van de inspectie, hebben kunnen voorkomen dat er acute landelijk coronagerelateerde tekorten zijn ontstaan.

Als inspectie hebben we gedurende de crisis herhaaldelijk gezien dat producten of therapieën rondom COVID-19 werden aanbevolen met valse of onbewezen claims. Hiertegen hebben we publiekelijk gewaarschuwd en waar nodig handhavend opgetreden. Dit zullen we blijven doen. Vaak gingen deze meldingen/signalen over zorgaanbieders als alternatieve zorgaanbieders waaronder homeopaten, maar soms ook (huis)artsen en apothekers. Het ging in deze meldingen/signalen over bijvoorbeeld behandeladviezen die tegen de richtlijnen ingingen, aanstootgevend waren of ronduit onjuist.

*“Er zijn momenteel nog geen medicijnen en vaccins tegen het coronavirus. De inspectie **waarschuwt** tegen reclames voor middeltjes of niet-geregistreerde medicijnen die zouden helpen.”⁸*

Wat vindt de inspectie ervan?

Op dit moment lijkt er in Nederland geen sprake te zijn van dreigende tekorten aan geneesmiddelen gerelateerd aan de coronacrisis. Echter, de productie van geneesmiddelen en werkzame stoffen vindt vaak niet in Nederland of Europa plaats. Nu het virus op verschillende plekken in de wereld en ook in Nederland weer groots oplaait, blijft continue monitoring door het LCG en waakzaamheid bij de inspectie van groot belang.

5 <https://nvza.nl/landelijk-coordinatiecentrum-geneesmiddelen/>

6 <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geneesmiddelen/nieuws/2020/04/29/certificaten-voor-productie-en-distributie-van-geneesmiddelen-automatisch-verlengd>

7 <https://www.meldpuntgeneesmiddelentekortendefecten.nl/>

8 <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geneesmiddelen/nieuws/2020/03/24/coronavirus-inspectie-waarschuwt-tegen-middeltjes-en-%E2%80%98medicijnen%E2%80%99>

Wat gaat de inspectie doen?

De inspectie blijft aandacht vestigen op voldoende beschikbaarheid van geneesmiddelen tijdens de coronacrisis. Omdat wij naast de beschikbaarheid ook willen dat geneesmiddelen van voldoende kwaliteit en veilig zijn, geven wij dit najaar prioriteit aan het inspecteren van apotheken die IC-gerelateerde geneesmiddelen bereiden en doorleveren.

Verder zullen we het publiek blijven waarschuwen voor producten of therapieën die rondom COVID-19 worden aanbevolen met valse of onbewezen claims. Waar nodig treden we handhavend op tegen deze zorgaanbieders.

Wanneer productiefaciliteiten in Nederland een rol spelen bij de productie van één of meer coronavaccins, zal de inspectie prioriteit geven aan zogenaamde *site clearance* inspecties van deze bedrijven. Deze inspecties zijn nodig om de kwaliteit van de productieprocessen te kunnen garanderen en om ontwikkeling, registratie, productie en handel mogelijk te maken.

2.5

Mensen in kwetsbare situaties beter in beeld

De inspectie vindt het belangrijk dat zorgaanbieders mensen in kwetsbare situaties in beeld hebben en houden. Goede coördinatie, afstemming en communicatie is nodig om te zorgen dat deze mensen de zorg op maat krijgen die zij nodig hebben.

Wat heeft de inspectie gezien?

Tijdens de lockdown zijn mensen in kwetsbare situaties uit beeld geraakt omdat de reguliere zorg werd afgeschaald, scholen en kinderopvang sloten en zij ook niet terecht konden op andere plekken. Bezoek werd nagenoeg stopgezet, dagbesteding geminimaliseerd, reguliere behandelingen opgeschort en face-to-face contacten vervangen door beeldbellen. Ook konden zij niet meer terecht bij buurtcentra, kerken en verenigingen. Daarnaast durfden cliënten uit deze kwetsbare groepen niet altijd contact op te nemen met hulpverleners omdat zij bang waren om besmet te raken. En het was voor hen ook niet altijd duidelijk of de zorg wel toegankelijk was voor hen. Ook zijn mantelzorgers vaak overbelast geraakt doordat zij de verzorging 24/7 op zich moesten nemen doordat de reguliere zorg was afgeschaald.

Het gaat daarbij soms om ouderen met een opeenstapeling van medische en sociale problemen, mensen met een verstandelijke beperking, gezinnen waarvan de draagkracht beperkt is, overbelaste mantelzorgers, chronisch zieken, jeugdigen met meerdere problemen, gezinnen met een lagere sociaal-economische status, gezinnen waar huiselijk geweld voorkomt, ouders met een gehandicapt kind en dak- en thuislozen.

Toen het leven na de eerste golf weer op gang kwam, werd ons duidelijk dat sommige groepen in kwetsbare situaties uit beeld zijn geraakt en op dit moment nog steeds niet altijd goed in beeld zijn. Dit komt deels doordat zij zelf niet naar buiten durven, maar ook doordat bij de begeleidende instanties niet altijd duidelijk is bij wie de verantwoordelijkheid ligt om contact met deze groep te leggen. Ook zijn er kwetsbaren die door de maatregelen (1,5 meter afstand houden, looproutes, nieuwe lokale en landelijke maatregelen) een drempel ervaren om een beroep te doen op zorgverleners.

Goede voorbeelden:

Een aanbieder van jeugdgezondheidszorg was binnen 48 uur na de lockdown in staat kwetsbare kinderen in kaart te brengen en na te gaan voor wie er opvang geregeld moest worden. De kinderen die niet goed in beeld waren zijn (thuis) bezocht.

Een aantal thuiszorgorganisaties ging buiten de indicatie om extra taken uitvoeren, die vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning werden afgeschaald. Om maar contact te houden met cliënten die zorg weigeren of waarbij eenzaamheid speelde.

Wat vindt de inspectie ervan?

Ook mensen in kwetsbare situaties moeten erop kunnen vertrouwen dat zij de juiste zorg en ondersteuning krijgen wanneer zij die nodig hebben. Daarvoor moet deze groep bij zorgverleners in beeld te zijn, moeten zij elkaar in het netwerk rondom een patiënt/cliënt kennen en moeten ze van elkaar weten wat ze doen en met elkaar afspraken maken over de hulp en begeleiding die nodig is.

Ook is het belangrijk dat zorgverleners zich met elkaar inzetten op het wegnemen van angst bij deze groepen door met hen in contact te treden.

Wat gaat de inspectie doen?

De inspectie let bij zorgaanbieders explicieter op het goed herkennen van cliënten en patiënten in kwetsbare situaties om te beoordelen of deze kwetsbare groep bij de zorgaanbieder goed in beeld is. Daarbij letten we op goede coördinatie binnen netwerken/ketens van de zorg en ondersteuning door te vragen naar de samenwerking en afspraken tussen de mensen en instanties die bij de cliënt zijn betrokken. Zijn bij jeugdigen bijvoorbeeld ook het onderwijs, gemeente, wijkteams en leerplicht betrokken? Ten slotte letten wij op de communicatie tussen de betrokkenen en tussen de cliënt en betrokkenen, onder andere of actief duidelijk wordt gemaakt dat cliënten veilig contact op kunnen nemen met hun zorgverlener.

2.6

Naar continuïteit van veilige, persoonsgerichte zorg

Uitstel of afschaling van zorg leidt tot gezondheidsrisico's: problematiek kan hierdoor verergeren of chronisch worden. Hoewel aanbieders zich hebben ingespannen om te zoeken naar maatwerkoplossingen om cliënten zoveel mogelijk de zorg te geven die zij nodig hebben, is een groot deel van de reguliere zorg niet doorgegaan.

Wat heeft de inspectie gezien?

Sinds de coronacrisis worden patiënten en cliënten geconfronteerd met minder en uitgestelde zorg. Met name in de piek van de uitbraak is de zorg afgeschaald naar het niveau van noodzakelijke zorg en basiszorg. Alle zorg was gericht op zorg aan COVID-19-patiënten en het voorkomen van verdere druk op de acute zorg. Daardoor kregen apotheken bijvoorbeeld vragen die mensen normaal aan de huisarts stellen, kwam de preventieve gezondheidszorg onder druk te staan, bleef diagnostiek uit, werden niet-urgente operaties uitgesteld en werd poliklinische zorg afgeschaald. De ambulante jeugdhulp viel grotendeels stil en het zicht op jeugdigen

was beperkt. Uit de signalen die we kregen bleek dat met name ouderen in een kwetsbare situatie, jeugdigen in kwetsbare gezinnen en mensen met een chronische aandoening werden geconfronteerd met minder zorg en uitgestelde zorg.

Ook waren er patiënten die bij klachten ten onrechte geen contact opnamen met zorgverleners. Een voorbeeld: "Ik bel de huisarts maar niet op, want ik word toch niet meer doorverwezen." Daardoor leken bepaalde (acute) ziektebeelden opeens niet meer voor te komen. Verder verliep de doorstroom in de keten naar passende vervolgplekken minder goed waardoor behandeling stokte.

Na de eerste golf zien wij nog steeds dat aanbieders door de coronamaatregelen minder zorg leveren. Zo zijn bijvoorbeeld de groepen dagbesteding vanwege de 1,5-meter-afstand-regel kleiner dan voorheen, waardoor niet alle cliënten in de thuiszorg, gehandicaptenzorg en jeugdzorg het gewenste aantal dagen naar de opvang kunnen. Dit geldt ook voor het opstarten van de reguliere zorg in de poliklinieken, particuliere klinieken en bij huisartsen; door de maatregelen kunnen minder patiënten terecht.

Wat vindt de inspectie ervan?

Het is belangrijk om aandacht te blijven houden voor het doorgaan van de zorg als geheel: op welke manier kan de zorg aan COVID-19-patiënten zoveel als nodig worden opgeschaald en tegelijkertijd de reguliere zorg zoveel als nodig en mogelijk doorgang vinden? Een deel van het antwoord op die vraag is goede regionale afstemming en samenwerking, waarbij bijvoorbeeld grotere ziekenhuizen ook COVID-19-zorg leveren en kleinere ziekenhuizen dat niet of slechts beperkt doen. Hierdoor kan de laagcomplexere spoedzorg en operatieve zorg doorgaan.

Daarnaast zullen ziekenhuizen, huisartsen en andere sectoren zoals de verpleeghuizen, de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg de continuïteit van het zorgaanbod lokaal in gezamenlijke afstemming moeten organiseren, met landelijke ondersteuning vanuit bijvoorbeeld het ROAZ en de NZa. Hierdoor kunnen cliënten en patiënten beter in- of doorstromen. Verder kunnen innovatieve manieren van zorg, zoals beeldbellen, ondersteunen om de zorg te laten doorgaan.

Wat gaat de inspectie doen?

Wij realiseren ons dat de toename van het aantal COVID-19-patiënten veel vergt van zorgverleners. Er is hiervoor veel specifieke personele inzet nodig, terwijl de werkdruk al erg hoog is. Het is daarom niet realistisch om te denken dat de huidige tweede golf geen gevolgen zal hebben voor het doorgaan van de reguliere zorg. Met ons toezicht willen we eraan bijdragen dat patiënten en cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben. Daarbij geven wij zorgaanbieders de ruimte en het vertrouwen om hierover de goede afwegingen te maken. De inspectie heeft dagelijks contact met zorgaanbieders over de huidige situatie. Belangrijke onderwerpen daarbij zijn: wat is in de huidige situatie persoonsgerichte zorg? Is het patiëntenperspectief voldoende meegewogen en hoe verhoudt de zorg aan COVID-19-patiënten zich tot (noodzakelijke) andere zorg? Verder delen we goede voorbeelden van samenwerking in de regio's die ertoe leiden dat de reguliere zorg doorloopt.

2.7

Zorg voor goede inbedding e-health

E-health biedt mogelijkheden om de zorg te ondersteunen en te verbeteren. Patiënten hoeven minder vaak naar een zorginstelling toe, mensen krijgen makkelijker inzicht in hun gezondheidsinformatie en de communicatie met en tussen zorgverleners kan efficiënter verlopen. Tegelijkertijd brengt e-health grote veranderingen met zich mee; dat kan ook leiden tot nieuwe risico's. Het is belangrijk dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg daardoor niet in het geding komen.

Wat heeft de inspectie gezien?

De coronacrisis heeft als katalysator gewerkt voor de (blijvende) inzet van digitale zorginnovaties. Zo zal digitaal contact tussen cliënt/patiënt en de zorgverlener niet meer weg te denken zijn uit de zorg. Dit is een goede ontwikkeling, maar wel onder de juiste randvoorwaarden.⁹

Door de maatregelen is het aantal mensen dat op een dag fysiek door een zorgverlener gezien wordt beperkt. Zorgverleners maakten daarom creatief gebruik van andere werkwijzen om de zorg zo veel mogelijk te continueren, zoals beeldbellen voor consulten. Zo zetten bijvoorbeeld fysiotherapeuten digitale middelen in om oefenschema's uit te beelden die mensen zelf thuis konden uitvoeren. Dankzij videobellen konden patiënten in gesloten instellingen hun eigen huis sinds lange tijd weer zien of zagen zij mensen die normaal niet meekwamen met bezoek. Cliënten in de ambulante gehandicaptenzorg kregen door beeldbellen meer de regie in eigen handen. Ook verbeterde de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners door het inzetten van (deels tijdelijke) nieuwe mogelijkheden om gegevens te delen.

In algemene zin bestaat de indruk dat de follow-up-zorg aan bepaalde patiëntengroepen of voor bepaalde aandoeningen kwalitatief net zo goed kan verlopen door gebruik te maken van e-health. Op deze manier kan de zorg toch zo veel mogelijk doorgaan. Een kanttekening is wel dat digitale zorg niet altijd mogelijk is, bijvoorbeeld bij mondzorg. Daarnaast is het gebruik van e-health voor sommigen eenvoudigweg niet haalbaar, bijvoorbeeld door gebrek aan apparatuur, een taalbarrière, beperkte digitale vaardigheden of is het gebruik van e-health niet voldoende. Zo is het goed inschatten van de veiligheidssituatie van jongeren via digitale vormen nauwelijks mogelijk. Ten slotte is digitale zorg niet altijd efficiënter aangezien het ook leidt tot meer tussentijdse contacten.

Wat vindt de inspectie ervan?

Belangrijk is dat (nieuwe) digitale werkwijzen goed worden ingebed in het zorgproces als geheel. En dat het gebruik hiervan zorgvuldig wordt afgewogen. In de huidige uitzonderlijke situatie is e-health in een stroomversnelling gekomen. Buiten deze situatie gelden mogelijk andere afwegingen. Hoe past e-health in de normale zorgverlening? Hoe past het in de toekomstplannen van zorgaanbieders en zijn daarop aanpassingen nodig? Kiezen zorgaanbieders voor bijvoorbeeld een combinatie van fysieke consulten en e-health (ook wel 'blended care' genoemd)? Is

⁹ Het toetsingskader e-health van de IGJ biedt zorgaanbieders inzicht in het normenkader dat op e-health van toepassing is en de manier waarop de inspectie hiernaar kijkt. Ook de KNMG-richtlijn 'omgaan met medische gegevens' biedt een uitgebreide bespreking van goede randvoorwaarden bij online hulp. <https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2019/10/18/toetsingskader-inzet-van-e-health-door-zorgaanbieders> <https://www.knmg.nl/richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens/>

er ruimte voor maatwerk voor cliënten voor wie digitale zorg mogelijk minder goed aansluit? Vallen er mensen buiten de boot door het aanbieden van e-health en hoe krijgen zij dan de zorg die nodig is?

Om de kwaliteit en veiligheid van digitale zorgvernieuwingen te bewaken vinden wij het belangrijk dat de digitale innovaties worden geëvalueerd vanuit het perspectief van de cliënt/patiënt. Voegt e-health daadwerkelijk blijvend iets aan de zorg voor de individuele cliënt/patiënt toe of ging het soms toch vooral om een noodoplossing? Verder is het belangrijk om na te gaan of het versneld invoeren tijdens de afgelopen periode nu nog aanvullende acties vereist om de kwaliteit van de digitale diensten verder te bestendigen.

Wat gaat de inspectie doen?

Het onderwerp e-health werd de afgelopen jaren al steeds belangrijker in het toezicht van de inspectie. Zo hebben we in 2019 zorgaanbieders in verschillende sectoren bezocht en hierover met aanbieders gesproken. Ook in het Meerjarenbeleidsplan 2020-2023 van de inspectie speelt e-health een grote rol. De coronacrisis heeft digitalisering in de zorg in een stroomversnelling gebracht. Het is daarom voor ons niet langer een vraag of er voor e-health in de zorgsector een grote rol is weggelegd, maar is het noodzaak geworden.

Wij voeren toezicht uit naar de inbedding van e-health aan de hand van ons [toetsingskader e-health](#).

2.8

Zet in op regionale samenwerking en het netwerk rond een cliënt/patiënt

Goede samenwerking tussen zorgaanbieders en andere voorzieningen in een regio is nodig om het aantal besmettingen in te kunnen dammen en de gezondheidszorg en jeugdhulp bij grote uitbraken te kunnen continueren. Dit vraagt om een werkwijze die over de grenzen van individuele zorgaanbieders, vakgebieden en sectoren heen gaat. De inspectie heeft veel waardering voor zorgaanbieders en andere organisaties die tijdens de eerste golf hebben samengewerkt om de crisis het hoofd te kunnen bieden. Wij gaan ervan uit dat het bestrijden van het coronavirus effectiever verloopt en de zorg beter kan worden gecontinueerd, naarmate er (nog) beter wordt samengewerkt.

Wat heeft de inspectie gezien?

De coronacrisis heeft de samenwerking tussen zorgaanbieders een impuls gegeven, over sectoren en domeinen heen. Een voorbeeld hiervan is de intensievere samenwerking tussen jeugdhulpaanbieders, scholen, gemeenten (wijkteams) en Veilig Thuis om zicht te krijgen op jeugdigen in kwetsbare opvoedsituaties die nog geen zorg ontvingen maar waarover wel zorgen bestonden. Ook meldden aanbieders actief bij de gemeenten welke kinderen niet (meer) naar de dagbesteding of opvang kwamen en waarover zij zich zorgen maakten. Vervolgens werden er afspraken gemaakt tussen partijen om deze kwetsbare kinderen en ouders in beeld te houden. Een ander voorbeeld is een volwaardig corona-zorghotel, dat in korte tijd door samenwerkende organisaties (huisartsen, thuiszorg en een verpleeginstelling) is gerealiseerd in Zuid-Limburg. Zorgaanbieders geven daarnaast aan dat is samengewerkt bij het verdelen van PBM, het spreiden van patiënten over het land en de gefaseerde opschaling van zorg.

Zorgaanbieders en andere organisaties gaven aan dat het niet altijd duidelijk was wie waarvoor verantwoordelijk was. De werkwijze en regionale en landelijke structuren bij een pandemie waren niet goed beschreven. Wettelijk heeft het RO(N)AZ bijvoorbeeld geen mandaat, terwijl daar wel veel taken werden neergelegd en er sprake was van slagkracht. Hierdoor bestond soms onduidelijkheid over de reikwijdte van de RO(N)AZ-besluiten. De verbinding met deze organisatie is wel als positief ervaren, mede doordat dit leidde tot tijdige informatievoorziening en duidelijke actiepunten. Sommige zorgaanbieders zijn werkzaam in verschillende RO(N)AZ gebieden en GGD/veiligheidsregio's. Dit had onder meer tot gevolg dat een zorgaanbieder op één vraag verschillende antwoorden van de GGD'en kreeg. Een aantal zorgaanbieders was ook niet in beeld bij deze organisaties, zoals sommige kleine aanbieders en een enkele abortuskliniek. In regio's waarin abortusklinieken niet bij het ROAZ zijn aangesloten, werd wel samenwerking gezocht met bijvoorbeeld nabijgelegen ziekenhuizen of de GGD. Ook de samenwerking tussen het LCH, overheidspartijen, de groothandel en apothekers werd als zinvol gezien.

Landelijke patiëntenverenigingen en cliëntenraden van zorgaanbieders gaven aan dat ze te weinig zijn betrokken in de besluitvorming. Cliënten vonden met name de communicatie over de crisis en de maatregelen ingewikkeld: veel communicatiekanalen (intranet, coronalijn) en een continu veranderende inhoud.

Wat vindt de inspectie ervan?

Goede samenwerking tussen zorgaanbieders binnen en tussen regio's is nodig om doorstroom te bevorderen en goede zorg en jeugdhulp te kunnen bieden. Op veel plekken in het land zijn mooie initiatieven ontstaan en is de regionale focus effectief gebleken. De regionale samenwerking is bevorderd door de ernst van de (crisis)situatie en het feit dat financiën daarbij een minder grote rol speelde. Wanneer de druk wegvalt en oude financiële prikkels er weer ten volle zijn, ziet de inspectie risico's op terugval. Juist om dit te voorkomen pleiten we voor een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en regionale afspraken. Wij vinden dat de werkwijze van de crisisorganisaties bij een pandemie, zowel op regionaal als op landelijk niveau, duidelijker kan worden gemaakt, bijvoorbeeld door die beter te beschrijven. Wie gaat over wat, wie heeft welk mandaat, is er een rol voor gedragsdeskundigen en de bedrijfsarts? Duidelijkheid hierover vóóraf helpt in de samenwerking en zeker in een crisissituatie.

Verder heeft het een belangrijke meerwaarde om ook naar andere netwerken te kijken dan naar het zorgnetwerk, zoals het onderwijs en maatschappelijke opvang.

Goed voorbeeld

Het inrichten van een centraal spreekuur over luchtwegklachten voor en door huisartsen, om patiënten met verdenking van COVID-19 daar te ontvangen, huisartsenlocaties te ontlasten en indien noodzakelijk op te nemen op de COVID-19-afdeling van het ziekenhuis.

Wat gaat de inspectie doen?

De inspectie gaat meer letten op de samenwerking van de verschillende zorg- en hulpverleners in netwerken rondom cliënten/patiënten. Hierbij kijken we of dat netwerk, ook nu bij een tweede golf, goed samenwerkt om te zorgen dat cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben en voldoende worden beschermd. Daarnaast voeren wij gesprekken met zorgaanbieders en andere organisaties uit verschillende sectoren, waarbij wij kijken of de verantwoordelijkheden binnen de regio goed zijn belegd, voor iedereen duidelijk zijn en of daarnaar wordt gehandeld. Daarnaast blijven wij actuele beelden ophalen over het functioneren van de landelijke voorzieningen tijdens de coronacrisis.

Goed voorbeeld

Met enkele ex-corona patiënten wordt in een gezamenlijke bijeenkomst met medewerkers teruggekeken op de ziekenhuisperiode.

2.9

Geef cliënten en naasten meer zeggenschap

Bestuurders van zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het creëren van de randvoorwaarden om goede, persoonsgerichte en veilige zorg te leveren en om te zorgen voor voldoende veilige producten. Een belangrijke voorwaarde is dat de bestuurders in hun afwegingen en beleidskeuzes het perspectief van de cliënt en patiënt meewegen en cliënten en patiënten hierbij betrekken. Het is van belang dat hiervoor voldoende aandacht is, ook tijdens een crisissituatie waarin snel beslissingen genomen moeten worden.

Wat heeft de inspectie gezien?

Zorgaanbieders bleken wendbaar en daadkrachtig in het nemen van beslissingen en het samenwerken. Zorgaanbieders waren transparant over het aantal besmettingen en bereid om alle relevante informatie hierover met stakeholders te delen en op één plek aan te leveren. Wel werd er vooral op centraal niveau besloten. De afgelopen periode speelde bij bestuurders de vraag hoe en wanneer het beste de transformatie kon plaatsvinden van een crisissituatie, waarbij de beslissingen vooral centraal worden genomen, naar de oude situatie waarbij het management en cliëntenraden weer meer betrokken worden bij de besluitvorming.

De meeste zorgaanbieders hebben in een draaiboek of protocol de crisisorganisatie vastgelegd. Veel zorgaanbieders gaven aan dat zij niet voorbereid waren op een uitbraak met de impact als die van de coronacrisis. Vaak waren er wel protocollen en richtlijnen gericht op een besmetting met het NORO-virus of MRSA-bacterie of bij calamiteiten als een brand. Deze protocollen zijn herschreven, aangevuld en geactualiseerd. Andere zorgaanbieders hebben nieuw beleid moeten maken. Dit laatste was vooral bij kleine zorgaanbieders het geval.

Tijdens de eerste maanden van de coronacrisis was er weinig tot geen ruimte voor medezeggenschap. Dit was zo op alle niveaus (van individueel behandeltraject tot landelijk beleid) en dus ook op het niveau van cliëntenraden van zorglocaties/zorginstellingen.

Cliënten, waaronder jeugdigen en hun ouders, geven aan dat zij graag betrokken hadden willen zijn bij het bepalen van de maatregelen, maar dat dit nauwelijks is gebeurd. Ook hadden cliënten en patiënten een rol willen hebben bij het bespreken

van dilemma's over bijvoorbeeld beschikbaarheid van personeel en PBM en de invulling van bezoekenregelingen.

Goed voorbeeld

Een zorgaanbieder waarbij het Outbreak Management Team dagelijks de notulen stuurde naar de cliëntenraad zodat het voor hen navolgbaar was welke beslissingen werden genomen en hoe die tot stand waren gekomen.

Bestuurders vinden dat er bij de tweede golf meer aandacht moet zijn voor goede interne communicatiekanalen, waarbij het belangrijk is dat er actuele communicatie via een vast kanaal wordt gedeeld met bijvoorbeeld personeel. Bijna alle zorgsectoren geven aan dat in de tweede golf de cliëntenraad, familieraad en naastbetrokkenen meer bij keuzes en beleid betrokken moeten worden. Er zijn echter ook bestuurders die ons hebben laten weten dit in een crisissituatie minder noodzakelijk te vinden, omdat het de slagvaardigheid en de snelheid waarmee beslissingen genomen moeten worden kan vertragen. Zorgaanbieders zien wel voordelen in kortere lijnen met familie en netwerken van cliënten, waarbij het mogelijk is om meer maatwerk te realiseren, rekening houdend met de verschillen tussen locaties en cliënten.

Wat vindt de inspectie ervan?

De inspectie vindt het belangrijk dat bij de tweede golf het patiënten- en cliëntenperspectief, dat tijdens de eerste uitbraak onderbelicht is gebleken, meer nadrukkelijk een rol krijgt. Een voorbeeld hiervan zijn de afwegingen die zorgaanbieders moeten maken tussen de veiligheid van de groep, de veiligheid van het individu en de kwaliteit van leven van de individuele bewoner. Bij het maken van die afwegingen is het belangrijk dat cliënten en naasten worden betrokken.

Verder is een duidelijke communicatiestrategie van belang om personeel, cliëntenraden, familie en netwerken van cliënten meer te betrekken bij gemaakte keuzes en beleid. Zo worden cliënten, hun naasten en medewerkers zo snel mogelijk op gepaste wijze geïnformeerd en krijgen zij uitleg wat een eventuele uitbraak en passende maatregelen voor hen betekenen.

Cliëntenraden zelf vrezen dat samenspraak mogelijk weggeduwd wordt bij een nieuwe virusuitbraak. Bij een tweede golf is het belangrijk om afspraken te maken waar en wanneer de cliëntenraad en cliëntvertegenwoordigers betrokken worden.

Wat gaat de inspectie doen?

De inspectie let er in haar toezicht altijd op of zorgaanbieders voldoende oog hebben voor het perspectief van de cliënt/patiënt. Specifiek zal nu worden gekeken hoe cliënten worden betrokken bij de maatregelen die zorgaanbieders nemen om besmetting te voorkomen en goede zorg en jeugdhulp te blijven bieden. Daarnaast zal de inspectie de komende tijd nadrukkelijk aandacht hebben voor de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, die per 1 juli 2020 is gaan gelden. In deze wet is de medezeggenschap en inspraak van patiënten/cliënten vastgelegd. De inspectie verwacht niet dat zorgaanbieders die deze verplichting eerder niet hadden, direct een cliëntenraad hebben ingericht. De inspectie zal er wel op toezien

of aanbieders zich voldoende inspannen om aan de wet te gaan voldoen. Van het bestuur van zorginstellingen wordt onder andere verwacht dat zij zich inzetten om tijdig advies/instemming te vragen aan de cliëntenraad en hierover vooraf afspraken maken in de medezeggenschapsregeling. De inspraak van patiënten/cliënten is immers mede bepalend voor de kwaliteit van de zorg en het patiëntperspectief is juist van belang gebleken bij de bepaling van het beleid ten tijde van een virusuitbraak.

2.10

Meer ruimte voor bespreking ethische dilemma's

De inspectie vindt het belangrijk dat in zorginstellingen meer aandacht komt voor ethische dilemma's. Ruimte voor zorgverleners om vragen waar niet meteen een helder antwoord op is te bespreken met anderen, geeft lucht. Het draagt bij aan mentale weerbaarheid, de kwaliteit van de beslissingen en daarmee uiteindelijk aan de kwaliteit van zorg voor de cliënt en patiënt.

Wat heeft de inspectie gezien?

Wij zien dat zorgbestuurders en zorgverleners sinds de coronacrisis met ethische dilemma's worstelen en dat een aantal dilemma's zo complex is dat ze de praktijkvloer overstijgen. De zorg is bekend met het spanningsveld tussen veiligheid en kwaliteit van leven, maar deze spanning kwam in de crisistijd frequenter én indringender voor. Nog nooit hebben we immers meegemaakt dat we zo'n lange periode afstand moesten houden tot mensen, die kwetsbaar en ons dierbaar zijn. Hoe ga je als zorgverlener om met regels, als het tegen het belang van de cliënt en de naasten in gaat? Hoe blijven we maatwerk bieden?

“Kies je voor 6 maanden leven in eenzaamheid of voor een kortere periode van nog 2 maanden met je familie om je heen?”

“Mensen met een licht verstandelijke beperking vonden het niet altijd eerlijk dat andere Nederlanders wel vrienden konden bezoeken, terwijl zij dit niet mochten.”

Wat vindt de inspectie ervan?

Een aantal dilemma's overstijgt de praktijkvloer en moeten op een hoger niveau besproken worden. Hoe gaan we als samenleving kwetsbare groepen beschermen, wat kunnen we hiervoor vragen van andere groepen? Ook zulke dilemma's verdienen aandacht. Een traject waarbij de verschillende perspectieven, waarden en belangen afgewogen worden, kan uiteindelijk leiden naar een visie of richtlijn.

Wat gaat de inspectie doen?

In ons toezicht gaan we zorgbestuurders expliciet vragen hoe zij ruimte maken voor een gesprek over botsende waarden en hoe zij zorgverleners toerusten om goede afwegingen te kunnen maken tussen gezondheidsrisico's, veiligheidsrisico's en welzijn. Daarbij letten wij er ook op of hierbij cliënten en naasten betrokken worden. Ook gaan wij hierover in gesprek met landelijke organisaties, zoals patiëntenverenigingen.

3 Gevolgen voor cliënten en patiënten, een samengevat beeld per sector

Algemeen

De uitbraak van het coronavirus dat uitmondde in een pandemie heeft ook het zorgveld overvallen. De zorg kreeg te maken met een onbekend virus. Om verspreiding in te dammen en overbelasting van de acute zorg te voorkomen moesten kwetsbare mensen in de samenleving worden beschermd. De maatregelen die werden genomen, hadden grote impact op de Nederlandse bevolking, waaronder cliënten en patiënten in de zorg en jeugdhulp. In dit hoofdstuk schetsen wij op basis van de dagelijkse contacten (bezoeken, belrondes enz.) met het zorgveld breed (waaronder ook cliënten- en patiëntenverenigingen), per sector een samengevat beeld van de gevolgen voor deze cliënten en patiënten. Voor een uitgebreid beeld van impact op de verschillende sectoren verwijzen wij naar de deelrapportages die hierover zijn uitgebracht.¹⁰

Eerstelijnszorg

Door de ingezette maatregelen tijdens de lockdown kwam de reguliere zorg in huisartsenzorg, mondzorg en fysiotherapiepraktijken praktisch tot stilstand. De ambulancezorg, zorg van huisartsendienstenstructuren, apotheken en verloskundigenpraktijken werd gecontinueerd met gebruikmaking van andere middelen, zoals beeldbellen en afhaalkluisen. Patiënten verdacht van een COVID-19-besmetting vroegen meer zorg en consulten. Hiervoor werden speciale coronaspreekuren of coronapraktijken ingericht. Dit leidde ertoe dat de reguliere zorg aan patiënten verminderde en werd beperkt tot het strikt noodzakelijke.

In de meer getroffen regio's kwam de zorg onder druk te staan, met name de palliatieve zorg aan patiënten in de thuissituatie. Daarnaast waren er zorgen om de impact van de lockdown op kwetsbare patiënten zoals thuiswonende ouderen, alleenstaanden en kinderen in kwetsbare gezinnen. Vooral ouderen en mensen met één of meerdere chronische aandoeningen zijn geconfronteerd met minder en uitgestelde zorg. Ook maakten huisartsen zich zorgen over de gevolgen van het uitblijven van diagnostiek zoals voor oncologie en vaatproblemen.

Tijdens de coronacrisis bleek dat bepaalde patiënten geen contact meer op durfden te nemen met de huisarts. Daardoor ontstond de indruk dat bepaalde (acute) ziektebeelden opeens niet meer voorkwamen. Ook vonden patiënten het niet prettig om met de huisarts in gesprek te moeten over nut en noodzaak van behandeling op de IC.

Verloskundigen merkten dat vrouwen soms een zorgvraag uitstelden. Ook werd vaker gekozen voor het thuis bevallen uit angst voor het oplopen van corona in het ziekenhuis. Verloskundigen zagen ook dat kwetsbare zwangeren met psychosociale risico's minder ontvankelijk waren voor digitale zorg. Dat kwam door taalbarrières, omdat zij geen computer hadden en de richtlijnen onvoldoende begrepen en toepasten. Zij behoren al tot een risicogroep en hebben dus minder zorg ontvangen dan andere zwangeren.

De huisartsen en fysiotherapeuten maken zich zorgen om de nazorg aan coronapatiënten. Meer en meer blijkt dat de restverschijnselen van corona niet

¹⁰ Zie de sectorrapportages: <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/09/01/sectorrapportage>

onderschat moeten worden. Het gaat over een grote patiëntengroep die te maken heeft met (forse) restklachten.

Het vormgeven van de 1,5-meter-afstand-maatregel in de eerstelijnspraktijken heeft grote impact op de wijze waarop patiëntenstromen verlopen en op de capaciteit van de praktijk. Patiënten kunnen dus soms minder snel terecht bij de praktijken.

Farmaceutische producten

Tijdens de coronacrisis ontstonden er dreigende tekorten aan COVID-19-gerelateerde geneesmiddelen. De inspectie heeft daarop een aantal verruimende maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat patiënten de benodigde geneesmiddelen konden ontvangen.

Zo hebben op verzoek van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) apotheken de productie van een aantal kritische geneesmiddelen flink opgeschaald. Door tijdelijke versoepeling van het toezichtbeleid zijn er veel meer dan gebruikelijk zelfbereide geneesmiddelen uitgewisseld tussen apotheken. Ook was er tijdens de coronacrisis behoefte aan kant-en-klare geneesmiddelen die konden worden toegediend in grotere hoeveelheden. Dit ontlastte de artsen en verpleegkundigen omdat zij hierdoor minder handelingen hoefden te verrichten. Een derde voorbeeld is de opslag van geneesmiddelen in tijdelijke zorgcentra voor de behandeling van coronapatiënten. De inspectie stond de tijdelijke opslag bij dergelijke centra toe, hoewel het geen apotheken of groothandels zijn, toe. Ook de beschikbaarheid van het veelgebruikte IC-geneesmiddel propofol stond op enig moment onder druk. De inspectie gaf daarom toestemming om een voor veterinaire toepassing bestemd propofolproduct te gebruiken voor humane toepassingen.

Sinds de coronacrisis is sprake van een sterke daling van weefseldonatie en transplantatie, bijvoorbeeld door het aantal beschikbare donorhoornvliezen. Nederland heeft in Brussel aangegeven dat het ontbreken van EU-coördinatie op screening van donoren mogelijk leidt tot lokale tekorten aan weefsels en cellen. De Europese Commissie heeft dit opgepakt en dit wordt nu besproken bij een expertgroep. Wij nemen aan deze expertgroep deel.

Op dit moment zijn er nog geen gevalideerde testen op corona beschikbaar voor overleden weefseldonoren. De Europese Commissie heeft experts opgeroepen om deel te nemen aan een project hierover. Deze oproep is zo breed mogelijk verspreid met het verzoek om vanuit Nederland plaats te nemen in deze expertgroep.

Het is niet duidelijk of en hoe vaak bloeddonaoren (met een doorgemaakte coronabesmetting) kunnen doneren en wat het effect van deze donaties is op de gezondheidstoestand van de donoren. Met andere woorden, kun je bij een donor zodanig bloed afnemen dat er uiteindelijk te weinig antilichamen in zijn bloed aanwezig blijven, met het risico dat de donor zelf weer blootgesteld kan worden aan een infectie van corona? Inmiddels is er recent door de EC een richtsnoer over deze problematiek gepubliceerd.

Geestelijke gezondheidszorg

De spreiding van besmettingen tijdens de eerste golf was ook terug te zien in de GGZ-sector. De meeste besmettingen kwamen voor bij zorgaanbieders in het zuiden van het land.

Bij het merendeel van de instellingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn geen grote uitbraken geweest. In crisisteam is hard gewerkt om de noodzakelijke veranderingen zo snel mogelijk en op verantwoorde wijze door te voeren. Zorgaanbieders zochten contact met elkaar om beleid af te stemmen, deskundigheid uit te wisselen en cohortafdelingen op te zetten. Hierdoor konden besmette cliënten

worden geplaatst op de speciale cohortafdelingen die grote aanbieders hadden ingericht. Het tekort aan PBM en testcapaciteit voor de zorgprofessionals in het begin van de crisis vergrootte bij cliënten de angst om besmet te raken. Cliënten zijn in sommige instellingen geconfronteerd met medicijntekorten.

De maatregelen hebben wel grote gevolgen gehad voor de cliënten. Dagbestedingsmogelijkheden werden fors afgeschaald en zijn voor ambulante cliënten vaak geheel stilgevallen. Cliënten misten hierdoor hun dagelijkse structuur en sociale contacten en voelden zich eenzamer. Dit heeft de problematiek van cliënten in sommige gevallen vergroot. Aan de andere kant ervoeren sommige cliënten minder problemen en meer rust doordat er minder prikkels waren en andere mensen ook alleen thuis waren. Daarnaast kregen cliënten te maken met beperkingen zoals bezoekverboden en afstand houden. Niet alle cliënten begrepen dit. Sommige cliëntengroepen, zoals de licht verstandelijk beperkte cliënten, hebben juist behoefte aan contact en het lukte hen dan ook niet om in bijvoorbeeld groepstherapieën en dagbehandeling voldoende afstand te houden. Zorginstellingen zochten naar creatieve alternatieven om de zorg zo veel mogelijk door te laten gaan, zoals het wandelen met cliënten. Cliënten konden ook gebruik maken van beeldbellen. Sommige aanbieders stelden hiervoor in bruikleen een tablet of mobiele telefoon ter beschikking. Niet alle patiënten vonden het telefonisch contact, beeldbellen of een combinatie hiervan echter positief. Op enkele plekken verschenen containers waar bezoekers en cliënten elkaar veilig konden spreken. Ook werden bij zorgaanbieders snel weer één bezoeker per bewoner toegestaan. Sommige cliënten hebben hun opname onderbroken om weer naar huis te gaan uit angst voor besmetting.

Naast het aanpassen van bestaande behandelingen waren er ook logistieke uitdagingen. Te denken valt aan het veilig vervoeren van cliënten naar activiteiten en het op orde krijgen van de ICT omdat medewerkers veel meer vanuit huis gingen werken.

Zorginstellingen zetten alles op alles om goede zorg en behandeling aan patiënten te continueren. De continuïteit van zorg is hierdoor voor een groot gedeelte van de cliënten na de opstartfase geborgd, met uitzondering van het aanbieden van dagbesteding. De wachttijden voor nieuwe patiënten liepen bij sommige aanbieders wel op.

Cliënten vonden de informatie over de crisis en de maatregelen ingewikkeld. Er was veel informatie en er waren veel verschillende communicatiekanalen (intranet, coronalijn). Bovendien veranderde de inhoud continu.

Sinds juni 2020 zijn de dag- en groepsbehandelingen in aangepaste vorm weer opgestart.

Gehandicaptenzorg

Het aantal besmettingen in de gehandicaptenzorg is (tot begin september 2020) relatief laag gebleven. Tijdens de eerste golf vonden de meeste besmettingen plaats in april en vaak bij grote instellingen. De maatregelen hebben daarentegen grote gevolgen gehad voor cliënten in de gehandicaptenzorg. De bescherming van de lichamelijke gezondheid van de cliënten ging vaak ten koste van het welzijn en de kwaliteit van leven. Zo hadden cliënten tijdens de lockdown opeens geen dagbesteding, school of werk meer en mochten zij geen familie of vrienden ontvangen of bezoeken. De dagelijkse structuur verdween, hun wereld werd kleiner en de eenzaamheid groter. Cliënten die voor de coronacrisis een actief sociaal leven hadden, konden niet meer naar buiten om boodschappen te doen en zagen

nauwelijks familie of vrienden. Bij sommige cliënten leidde het wegvallen van dagbesteding, opvang en begeleiding tot achteruitgang.

Naarmate de maatregelen langer duurden, ontstond er ook meer boosheid, frustratie, angst en verdriet, ook bij familieleden. Dit gevoel werd sterker toen de maatregelen werden versoepeld maar in de gehandicaptenzorg de strikte maatregelen zoals de bezoeksregeling onverkort golden. Een aantal cliënten kon nog beperkt bezoek ontvangen. Het ging hierbij vooral om cliënten waarvoor het noodzakelijk was dat zij bezoek krijgen, het zogenoemde 'nee tenzij-principe'. Bijvoorbeeld cliënten die bij de zorg ook intensief worden geholpen door een ouder. Of cliënten bij wie het gedrag anders ernstig zou verslechteren.

Sommige aanbieders boden cliënten de mogelijkheid om hun familie en vrienden buiten (gecontroleerd en op 1,5 meter afstand) of achter glas te ontmoeten. Ook hielden cliënten contact via (beeld)bellen en het sturen van kaarten en brieven. Zorgaanbieders stelden hiervoor tablets of laptops ter beschikking aan cliënten. Veel cliënten vonden dit fijn, maar bij andere cliënten werkte dit minder of niet. Een zware maatregel was ook dat cliënten op hun (soms afgesloten) kamer moesten blijven indien er een uitbraak in een woning/afdeling was.

Tijdens de coronacrisis ging de noodzakelijk zorg door. De zorg vanuit de eerste lijn werd, waar nodig, gegeven. Spreekuren gingen niet altijd door of werden vervangen door een telefonisch consult. Ook echt noodzakelijke behandelingen in ziekenhuizen gingen door.

Gedragsdeskundigen hielden contact met hun cliënten via beeldbellen. Dit kon het fysieke contact echter niet vervangen. Andere zorg (vooral paramedische zorg en mondzorg) is tijdelijk stopgezet of op een andere manier gegeven. Bij het uitblijven van fysiotherapie zijn bij cliënten bewegingsproblemen ontstaan of verergerd. Daarnaast raakte familie vaak overbelast doordat zij verwanten in huis namen, maar niet terug konden brengen naar hun woning. Ook bij hen was sprake van een grote psychische belasting doordat ze niet bij hun verwanten op bezoek mochten.

Veel van de dagbesteding is inmiddels weer op gang gekomen, maar dit is nog niet vergelijkbaar met de tijd voor de coronacrisis. Om kruisbesmetting te voorkomen wordt veel dagbesteding nog op de locatie zelf gegeven. Voor een aantal cliënten is dit een uitkomst omdat zij veel meer rust en regelmaat ervaren. Voor andere cliënten betekent dit echter dat zij activiteiten krijgen die niet aansluiten bij hun wensen en behoeften en dat zij de contacten missen met andere (externe) cliënten. Ook de bezoeksregelingen zijn verder verruimd maar nog niet als vanouds. Er is vaak nog steeds een beperking in het aantal bezoekers of in het ontvangen van bezoek op de kamer.

Het handhaven van maatregelen, zoals de 1,5 meter afstand, is in de gehandicaptenzorg zeer lastig. Mensen met een verstandelijke beperking begrijpen de maatregelen niet altijd. Daarnaast is het bij veel cliënten niet mogelijk of zelfs onwenselijk om afstand te houden omdat lichamelijk contact en aanraking noodzakelijk is in de zorg en begeleiding. Bijvoorbeeld bij mensen met een visuele beperking of cliënten met een ernstige meervoudige beperking. Bij mensen met een licht verstandelijke beperking lukt het afstand houden meestal nog wel. Nut en noodzaak hiervan moeten wel steeds onder de aandacht worden gebracht.

Sinds begin september 2020 is sprake van een toename van het aantal besmettingen in de gehandicaptensector rondom de grote steden in de randstad. Zorgaanbieders nemen passende maatregelen om het aantal besmettingen in te

dammen. Daarbij proberen ze zoveel mogelijk maatwerk te leveren om goede zorg aan cliënten te continueren.

Jeugdhulp

In de jeugdhulp was tijdens de eerste uitbraak van het coronavirus sprake van een lage besmettingsgraad. De gevolgen van de maatregelen voor jeugdigen en hun ouders waren echter groot. Zij werden geconfronteerd met het sluiten van het onderwijs en de kinderopvang, het stopzetten van sport- en andere activiteiten, het vele binnen zijn, het oplopen van spanningen in gezinnen, het gebrek aan sociale contacten en het uitblijven van passende hulp. Dit leidde bij jeugdigen tot meer verveling, eenzaamheid, angst, agressie, verslaving en mentale problemen zoals nachtmerries, somberheid, automutilatie en eetstoornissen. De situatie van jeugdigen in kwetsbare gezinnen verslechterde door baanverlies, verslavingsproblematiek, enzovoort.

Door het sluiten van scholen zijn leerachterstanden ontstaan. Daarnaast zorgde het stilleggen van onderwijs en dagopvang en van face-to-face contacten met hulpverleners tot beperkter zicht op de veiligheid van jeugdigen. Het contact met leerkrachten en hulpverleners vond vaak op afstand plaats waardoor veiligheidsissues in het gezin later of niet in beeld zijn gekomen. Enkele jeugdzorgaanbieders hebben aangegeven dat zich onveilige situaties in gezinnen hebben voorgedaan doordat problematiek onder de radar bleef.

Vlak na de landelijke lockdown is veel preventieve en ambulante hulp aan jeugdigen af- of uitgesteld. Logeeropvang, dagbehandeling, diagnostiek, intakes en de uitvoering van werk- en taakstraffen werden grotendeels stopgezet. Voor de individuele jongeren is de impact van uitgestelde hulp groot. Als jeugdigen niet met hulp starten terwijl ze die wel nodig hebben, kan hun problematiek verergeren of zelfs chronisch worden.

Residentiële jeugdhulp en crisiszorg liepen wel door. De ambulante jeugdhulp kreeg vooral een digitale invulling. Voor verschillende soorten hulp, waaronder de wijkteams en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, was sprake van een terugloop van het aantal aanmeldingen. Dit kwam door minder verwijzingen, maar ook door het mijden van hulp uit angst voor besmettingen. Ook stakte de doorstroom naar passende vervolgplekken. De belangrijke preventieve taak van de jeugdgezondheidszorg kwam ook onder druk te staan, doordat scholen gesloten waren en de professionals moest inspringen bij het afnemen van testen, het doen van bron- en contactonderzoek en de individuele uitvoering van massavaccinaties.

De maatregelen leverden ook lastige situaties op in de (residentiële) jeugdhulp. Er moest een andere daginvulling worden opgezet en jeugdigen en aanbieders vonden het lastig om in een 24-uurssetting de maatregelen na te leven, zoals het vormgeven van de hulp op 1,5 meter afstand. Terwijl nabijheid in de hulp soms juist zo belangrijk is. Verder beperkte deze maatregel de mogelijkheid voor bezoek op residentiële locaties waardoor veel jeugdigen uiteindelijk veel minder contact met hun ouders en sociale netwerk hebben gehad dan wenselijk is. Jeugdigen werden soms ook geconfronteerd met strenge gevolgen als zij zich niet aan de maatregelen hielden. Een voorbeeld hiervan is dat jeugdigen in quarantaine werden geplaatst als zij waren weggelopen. Ook was het voor jeugdigen zwaar om continue in een 24-uurssetting te moeten verblijven, temeer doordat het onderwijs en de dagactiviteiten ook vaak stilgelegd waren.

Voor een bepaalde groep jeugdigen pakte het thuisonderwijs en het veel thuis zijn wel goed uit, bijvoorbeeld doordat zij minder prikkels ervaarden. Ook bij sommige gezinnen lijkt het juist beter te zijn gegaan zonder en/of met minder jeugdhulp.

Jeugdigen en hun ouders hebben aangegeven het een gemis te hebben gevonden dat zij nauwelijks zijn betrokken bij het vormgeven van de maatregelen.

In de loop van de tijd is veel hulp weer op gang gekomen, al is de hulp nog niet op het oude niveau. Ook zijn er zorgen over de continuïteit van de hulp aan jeugdigen vanwege financiële knelpunten. Jeugdhulpaanbieders hebben minder inkomsten, terwijl ze meer kosten moesten maken om de hulp aan te passen. Compensatie is voor diverse aanbieders onzeker. Als aanbieders vanwege financiële problemen moeten stoppen dan heeft dit gevolgen voor de continuïteit van de jeugdhulp aan individuele jeugdigen en de beschikbaarheid van jeugdhulp in algemene zin.

Afgelopen tijd neemt het aantal besmettingen onder jeugdigen toe. Jeugdigen vinden het moeilijker zich aan de maatregelen te houden omdat de impact hiervan op hun dagelijks leven groot is en zij nauwelijks bij de besluitvorming worden betrokken. De samenleving maakt zich zorgen over de toenemende weerstand van jongeren tegen de maatregelen, de toename van het aantal besmettingen onder deze groep en de (mogelijke) rol die zij spelen bij het verspreiden van het virus.

Medisch-specialistische zorg

Er zijn grote aantallen patiënten behandeld op de SEH's, verpleegafdelingen en IC's van alle ziekenhuizen. Beroepsverenigingen hebben zich ingezet om kennis te verzamelen, te vermeerderen en te verspreiden. Omdat het aantal patiënten vooral op de IC's zo snel toenam, werden personeel, middelen en ruimtes van andere afdelingen ingezet. Daardoor werden de reguliere zorg (met uitzondering van de acute zorg en zeer urgente zorg, zoals bepaalde oncologische en cardio-thoracale operaties en cardiologische behandelingen) en poliklinische zorg afgeschaald. Ook moesten hierdoor concessies worden gedaan aan de kwaliteit van de zorg. In ziekenhuizen werden onder meer OK-ruimtes, PACU's (inclusief personeel en beademingsapparatuur) en personeel van andere afdelingen ingezet voor de opschaling. Particuliere klinieken konden nauwelijks meer zorg verlenen, zeker ook doordat zij personeel uitleenden aan de ziekenhuizen en doordat PBM werden gereserveerd voor de zorg voor coronapatiënten. Veel poliklinische zorg werd vervangen door een vorm van e-health (beeldcontact, telerevalidatie, etc.).

Tijdens de coronacrisis waren ziekenhuizen zeer terughoudend met bezoek (hooguit waren er uitzonderingen voor terminale patiënten en kinderen) waardoor het verblijf in het ziekenhuis voor patiënten vaak eenzaam en soms zelfs traumatiserend was. Dat werd versterkt door de behandeling in isolatie en de infectiepreventiemaatregelen, waardoor zorgverleners vaak onherkenbaar waren. De behandeling op de IC, waarbij patiënten vaak langdurig onder algehele anesthesie in buikligging lagen, is dusdanig zwaar dat patiënten langdurig moeten revalideren en vaak nooit meer volledig kunnen herstellen. Er is nog geen echte behandeling mogelijk en dus bestaat de zorg in het ziekenhuis vooral uit ondersteuning en verlichting.

De reguliere zorg in de ziekenhuizen was medio september 2020 weer op het niveau van voor de coronacrisis. Door de tweede golf zien we dat de capaciteit onder druk staat. Daarnaast zien we dat een deel van de patiënten er nadrukkelijk zelf voor kiest om niet-acute/electieve zorg uit te stellen. Deze groep patiënten is niet altijd overal goed in beeld.

Het aantal verwijzingen vanuit de huisartsen zit vaak op hetzelfde niveau als voor de crisis. Beperkende factor op de poliklinieken is de 1,5-meter-afstand-maatregel die invloed heeft op de aantallen patiënten die fysiek kunnen worden gezien.

Het opstarten van de reguliere zorg in de particuliere klinieken verloopt over het algemeen zonder grote problemen. Enkele klinieken hebben een verminderde productie (ca. 70%) door alle beperkende voorzorgsmaatregelen, waardoor minder efficiënt gewerkt kan worden. Voor een klein deel wordt dit veroorzaakt doordat sommige patiënten (kwetsbare ouderen) nog niet naar de kliniek durven komen. Aan de andere kant is er door alle voorzorgsmaatregelen binnen veel klinieken meer rust in het zorgproces ontstaan. Patiënten en zorgverleners ervaren dit als positief. Een aantal klinieken geeft aan dat deze rust en zorgvuldigheid tot een hogere kwaliteit van zorg heeft geleid.

Enkele revalidatieklinieken zien een opvallende stijging in het aantal zorgvragen door coronapatiënten die niet zijn behandeld in een ziekenhuis. Deze patiënten hebben over het algemeen minder klachten gehad en zijn behandeld via de huisarts en/of eerstelijnszorg. Doordat deze patiënten veel klachten blijven houden en daarin vastlopen binnen de eerstelijnszorg, worden deze patiënten door de huisarts of vanuit andere zorgverleners binnen de eerstelijnszorg verwezen naar de revalidatieklinieken.

Het aantal patiënten in ziekenhuizen is op dit moment stijgende. Daarnaast is er in verschillende ziekenhuizen sprake van een uitbraak onder het personeel. De druk op de reguliere zorg en de druk op het personeel neemt hierdoor toe.

Medische hulpmiddelen

Doordat reguliere medische hulpmiddelen niet meer voorhanden waren door de tekorten bij zorginstellingen heeft de inspectie in maart een gedoogbeleid voor medische hulpmiddelen geïntroduceerd. Het leveren van goede zorg bleef daardoor mogelijk. Consequentie is dat hierdoor niet CE-gemarkeerde medische hulpmiddelen op de markt zijn gekomen. Dat bracht risico's voor de patiëntveiligheid met zich mee, omdat de kwaliteit hiervan niet (altijd) duidelijk was. Daarom stelde de inspectie strikte voorwaarden.

Dit gedoogbesluit is per 1 september ingetrokken. Zorgaanbieders mogen medische hulpmiddelen zonder CE-markering niet meer gebruiken. Dit geldt nog niet voor alle medische hulpmiddelen. Voor chirurgische mondneusmaskers, handschoenen en testmateriaal wordt momenteel nog gewerkt aan een gefaseerde afbouw van het gedoogbeleid. Met het oog op onverhoopte tekorten bij een mogelijke grote uitbraak, mogen eerder ingekochte voorraden wel bewaard worden door zorgaanbieders.

PBM waaraan tekorten dreigen te ontstaan, worden sinds medio maart nationaal ingekocht door het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH). Via deze landelijke structuur kunnen zorgaanbieders PBM inkopen. Medische hulpmiddelen als chirurgische mondmaskers en handschoenen worden conform richtlijnen van het RIVM ook als PBM ingezet. Het LCH geeft aan voldoende PBM op voorraad te hebben voor de (inmiddels begonnen) tweede golf. Deze zijn weliswaar niet allemaal CE-gemarkeerd, maar voldoen wel aan de RIVM-kwaliteitseisen.

Ook op Europees niveau is ingegrepen in de krapte van PBM op de Europese markt. IGJ heeft uitvoering gegeven aan het exportverbod¹¹ waarmee de uitvoer van PBM naar landen buiten de EU vergunningplichtig werd in de periode van 14 maart tot 26 mei 2020.

[11 Uitvoeringsverordening \(EU\) 2020/402 en Uitvoeringsverordening EU \(2020/426\)](#)

Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT)

De VVT-sector is zwaar getroffen door de coronacrisis. Verschillende verpleeghuizen zijn overvallen door de snelheid en heftigheid waarmee het virus zich in hun organisatie verspreidde. Door de maatregelen kwam ook de persoonsgerichte zorg in de verzorgings- en verpleeghuizen onder druk te staan. Dagopvang werd afgeschaald, niet noodzakelijke zorg werd op afstand vorm gegeven, mantelzorgers werden zwaarder belast en bezoek was niet toegestaan. Bewoners en hun familie geven aan het meeste moeite te hebben gehad met het bezoekverbod. Bij cliënten met somatische problemen leidde dit tot grote onrust.

Bewoners waren blij toen bezoek weer mogelijk werd en zij hun familie en vrienden weer konden zien. Het wegvallen van bezoek en andere sociale contacten leidde bij veel cliënten tot eenzaamheid, somberheid en teruggetrokkenheid. Op de psychogeriatrische afdelingen bracht het wegvallen van bezoek de cliënten soms ook rust. Het opstarten van het bezoek leidde soms tot schrijnende situaties als cliënten hun familieleden niet meer herkenden. Sommige cliënten konden niet omgaan met de veranderingen in de bezoeksregeling. Dit leidde tot agressief gedrag.

In de verpleeghuizen stopten tijdens de lockdown alle groepsactiviteiten. Vaak kwam daarvoor individuele begeleiding in de plaats. Alleen was het aantal uren individuele begeleiding niet vergelijkbaar met de normale uren groepsactiviteiten. Verder zijn er thuis onhoudbare situaties ontstaan, doordat mensen langer hebben gewacht met verhuizing naar een verpleeghuis. Die hebben tot crisisplaatsingen geleid en tot meer stress bij de cliënt, mantelzorgers en familie.

Vanaf juli 2020 zijn de dagactiviteiten, zoals aangeboden in de periode voor de coronacrisis, weer opgestart. Vanwege de maatregel om 1,5 meter afstand te houden, zijn alleen de groepen kleiner. Cliënten (bijvoorbeeld met dementie) in verpleeghuizen kunnen moeilijk afstand houden. Fysiek contact met de groep cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen is vaak een belangrijk aspect van de hulp en ook cliënten en familie hebben behoefte om elkaar aan te raken.

Afhankelijk van het aantal besmette cliënten en/of zorgverleners tijdens de coronacrisis is de zorg aan cliënten afgeschaald naar het niveau van noodzakelijke zorg of basiszorg. Dit heeft bij bepaalde cliënten geleid tot verergering van de problematiek en het minder fit zijn. Vooral in de thuiszorg stopten cliënten zelf de thuiszorg of wilden zij minder uren zorg. Dit was vooral in de periode dat er voor zorgverleners in de thuiszorg onvoldoende PBM voorhanden waren. Daardoor bestond bij cliënten grote angst voor besmetting. Cliënten wilden graag dat zorgverleners preventief PBM droegen om hun angst weg te nemen.

De hoeveelheid verzorging in de verpleeg- en verzorgingshuizen is inmiddels wel weer vergelijkbaar met de verzorging die cliënten kregen voor de coronacrisis. Niet alle cliënten willen echter al gebruik maken van de hoeveelheid thuiszorg die zij hadden voor de coronacrisis. De angst voor besmetting speelt hierbij nog steeds een rol.

In de verpleeghuizen in en rondom de grote steden is sinds begin september 2020 sprake van een toename van uitbraken. Op dit moment zijn er ook besmettingen in de verpleeghuizen in de 'zorgelijke' regio's. Zorgaanbieders nemen passende maatregelen om besmettingen in te dammen én tegelijkertijd persoonsgerichte zorg te bieden. Opmerkelijk is dat veel cliënten en zorgverleners positief getest worden zonder dat zij klachten hebben.

Zorg aan justitiabelen en asielzoekers

De uitbraak van COVID-19 heeft een enorme impact gehad op personeel, gedetineerden, jeugdige justitiabelen, tbs-gestelden en bewoners van asielzoekerscentra. De genomen maatregelen beïnvloedden het klimaat in de instellingen fors. Zowel onder personeel, als onder justitiabelen was ook begrip voor de genomen maatregelen. Het aantal coronabesmettingen onder gedetineerden is tot op heden relatief laag gebleven. Voor asielzoekerscentra geldt dat bewoners over het algemeen ook begrip hebben voor de maatregelen, maar dat de maatregelen in deze woonvoorzieningen vaak lastig te implementeren zijn (1,5 meter afstand in een kleine woning met meerdere gezinnen).

De noodzakelijke zorg liep door, maar niet-urgente medische zorg werd tijdens de lockdown – waar mogelijk – uitgesteld. Zo continueerden de medische diensten in detentie en huisartsenposten bij de asielzoekerscentra de huisartsenzorg, maar vervielen bijvoorbeeld inlooppreekuren en vond triage telefonisch plaats. Medio mei 2020 is de niet-urgente medische zorg op basis van noodzakelijkheid weer opgestart.

Patiënten in de forensisch psychiatrische centra (tbs-klinieken) en gedetineerden in de penitentiaire instellingen kregen te maken met beperkingen van hun vrijheid in de kliniek, stopzetten van verloven, stopzetten van bezoek, gedeeltelijk stopzetten van behandelactiviteiten en een andere invulling van de dagbesteding. Face-to-face contacten werden deels vervangen door (beeld)bellen. Rechtszaken zijn zoveel mogelijk via beeldverbinding doorgegaan.

Het opschorten van verlof en bezoek is voor betrokkenen en hun familie zwaar geweest. Ook verloven voor werk en onderwijs/opleiding werden ingetrokken. Daardoor konden oefenmomenten niet door gaan. Dit kan tot vertraging in het behandeltraject leiden met een verlengde behandelduur tot gevolg.

Met name voor jeugdige justitiabelen bleek het lastig om een integraal (onderwijs, sport, behandeling en andere activiteiten) en volwaardig dagprogramma sluitend vorm te geven. In instellingen is veel moeite gedaan het leefklimaat - rekening houdend met de maatregelen - zo humaan mogelijk te houden.

Samenvattend

De uitbraak van het coronavirus en de daarop volgende maatregelen hebben de zorg onder grote druk gezet en ontregeld. Dit heeft tot gezondheidsrisico's en directe schade geleid. Veel zorg is stilgelegd en er kon vaak geen persoonsgerichte, menslievende zorg worden geleverd. Er was grote bezorgdheid over naasten die niet bezocht mochten worden, over zorgprofessionals die het nauwelijks volhielden, over mantelzorgers die onderuit dreigden te gaan, spanningen die thuis opliepen, over cliënten en patiënten die uit beeld raakten, dreigende medicijntekorten en tekorten aan PBM. Dit alles speelde naast de angst en onzekerheid om zelf besmet te raken. Overigens was een kleine groep cliënten en patiënten blij met een prikkelarmere omgeving en de rust die de lockdown met zich mee bracht.

Positief is dat innovaties zoals beeldbellen en creatieve maatwerkoplossingen in een stroomversnelling zijn gekomen en hebben bijgedragen aan het kunnen continueren van de zorg. Ook zijn er samenwerkingsverbanden op regionaal en landelijk niveau ontstaan. Dankzij inspanningen vanuit de gehele geneesmiddelenketen – waaronder bijdragen van de inspectie – hebben zich geen landelijke coronagerelateerde tekorten aan geneesmiddelen voorgedaan, al hebben we wel signalen gekregen van kortstondige, lokale distributie- of beschikbaarheidsproblemen.

Afkortingen en begrippen	Betekenis
Ambulante zorg	Zorg die niet in een instelling (ziekenhuis, verpleeghuis, etc.) verleend wordt. Mensen die van deze zorg gebruik maken worden niet opgenomen maar hebben wel zorg nodig.
AZC	Asielzoekerscentrum
BCLA	Bereidende en collegiaal leverende apotheek
Beroepsorganisaties	Beroepsorganisaties richten zich als koepelorganisatie op het versterken van de positie van beroepsbeoefenaars.
Brancheorganisaties	Organisaties die een hele branche, of in de zorg een hele zorgsector, vertegenwoordigen.
Bron- en contactonderzoek	Het doel van bron- en contactonderzoek is om contacten te identificeren en te informeren over de blootstelling en risico op besmetting. Wanneer iemand met het coronavirus besmet blijkt te zijn, voert de GGD bron- en contactonderzoek uit.
CE-gemarkeerde producten	Met CE-markering wordt aangegeven dat de PBM voldoen aan essentiële veiligheids- en gezondheidseisen die EU-wetgeving daaraan stelt.
Chirurgische mondkmaskers	Maskers voor over de mond en neus die door zorgverleners worden gedragen om patiënten te beschermen. Wordt ook wel medisch mondkapje genoemd. Dit beschermingsmasker is anders dan normale mondkmaskers en zorgt ervoor dat de lucht die in- en uitgeademd wordt, wordt gefilterd. Maar ook dat spatten van lichaamsvloeistoffen, zoals slijmdeeltjes die via niezen of hoesten worden verspreid, tegen gehouden worden.
Cliëntenraad	De cliëntenraad in een zorginstelling behartigt de gemeenschappelijke belangen van patiënten en cliënten. De regels over cliëntenraden staan in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.
Cohortafdelingen	Verpleegafdeling specifiek ingericht voor patiënten met een bewezen infectie van het coronavirus (COVID-19). Patiënten worden gezamenlijk op een geïsoleerde locatie verpleegd.
Contactberoepen	Beroepen zoals fysiotherapeut, schoonheidsspecialist, voetspecialist en masseur.
DJI	Dienst Justitiële Instellingen
E-health	Onder e-health verstaan we de inzet van hedendaagse informatie- en communicatietechnologie (ICT) om de zorg te ondersteunen of te verbeteren.
Electieve zorg	Curatieve, planbare zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch

	aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld.
Europese Commissie (EC)	Politieke onafhankelijke, uitvoerende tak van de EU en verantwoordelijk voor het opstellen van voorstellen voor nieuwe Europese wetgeving en voert besluiten van het Europees Parlement uit.
FIOD	Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst
Follow-up zorg	Vervolg van een behandeling na ontslag uit het ziekenhuis.
GezondheidsZorg Asielzoekers	Huisartsenzorg voor asielzoekers.
GZ	Gehandicaptenzorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst, door samenwerkende gemeenten regionaal georganiseerd.
GGD GHOR Nederland	De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio leidt en coördineert de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises.
GGD Nederland	Koepelorganisatie van de GGD'en
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IC	Intensive Care
Inspecteurs	Inspecteurs van de IGJ kijken of patiënten en cliënten goede en veilige zorg krijgen. De inspecteurs kijken ook of de zorg persoonsgericht is. Dit doen zij bijvoorbeeld door op inspectiebezoek te gaan. Er zijn ook inspecteurs die toezicht houden op de jeugdhulp en op de internationale markt voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.
JJI	Justitiële Jeugdinrichtingen
Laboratorium	Na monsterafname bij de teststraten van de GGD, vindt bij het laboratorium de PCR-test plaats om te controleren of iemand een positieve of negatieve uitslag heeft.
LCDK	Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten
LCG	Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen
LCI	Landelijke coördinatie Infectieziektebestrijding
LCH	Landelijke Consortium Hulpmiddelen
LMZ	Landelijk Meldpunt Zorg
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OK	Operatiekamer
PACU	Post Anesthesia Care Unit. Dit is een speciale bewakingsafdeling waar een patiënt na een operatie intensief wordt bewaakt en zo nodig wordt beademd en behandeld door speciaal opgeleide verpleegkundigen.
PBM	Persoonlijke Beschermingsmiddelen

PCO	Patiënten- en cliëntenorganisatie
Polikliniek	Een afdeling in een ziekenhuis waar mensen terecht kunnen voor medische consultatie of kleine behandeling door een arts.
Protocollen	Protocollen in de zorg zijn vaak lokale vertalingen van landelijke richtlijnen naar het beleid van een zorgaanbieder.
Richtlijnen	Een document met aanbevelingen gericht op het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Richtlijnen over het coronavirus helpen bijvoorbeeld zorgverleners bij het nemen van beslissingen om op een veilige manier zorg te verlenen.
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
RONAZ	Regionaal Overleg Niet-Acute Zorgketen
SEH	Spoedeisende Hulp
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.

www.igj.nl