

Geleerde lessen corona-uitbraak

Ervaringen zorgorganisaties verpleeghuiszorg

Rapportage

Opdrachtgever: ActiZ

Auteurs: Mary van den Wijngaart & Hans Moors

10 juli 2020

E:M+MA.

Inhoud

Samenvatting	2
1. Inleiding	4
1.1 Vraagstelling inventarisatie	4
1.2 Interviews bestuurders	5
1.3 Rapportage	5
2. Maatregelen	6
2.1 Besmettingen.....	6
2.2 Inrichten crisisstructuur	7
2.3 Aanscherpen HIP beleid.....	8
2.4 Instrueren medewerkers	9
3. Ervaringen corona-uitbraak	11
3.1 Eigen koers bepalen	11
3.2 Impact medewerkers.....	11
3.3. Meer weerstand.....	12
4. Inzichten en aandachtspunten	13
4.1 Inzichten	13
4.2 Bevorderende factoren	14
4.3 Betrekken bewoners en naasten.....	15
4.4 Aandachtspunten sector	15
Bijlage 1 – Geïnterviewde bestuurders.....	18
Bijlage 2 - Topclijst interviews	19

Geleerde lessen corona-uitbraak

Samenvatting

De corona-uitbraak kent een grote impact; ook in de verpleeghuiszorg (inclusief woonzorgcentra). De maatregelen die zijn getroffen, lijken te werken. Om te leren van de opgedane ervaringen zijn acht bestuurders van organisaties op het gebied van de verpleeghuiszorg geïnterviewd. Allemaal hebben zij te maken (gehad) met besmettingen onder het personeel. Zeven van de acht organisaties ook met besmettingen onder de bewoners op meerdere locaties..

Crisisstructuur

Om de corona-uitbraak het hoofd te kunnen bieden, hebben alle zorgorganisaties een crisisstructuur ingericht met zowel op centraal als op regionaal/lokaal niveau crisisteams. Dit om snel en effectief te kunnen anticiperen op de steeds veranderende omstandigheden en te zorgen voor (locatiespecifieke) kaders over hoe te handelen. Vooral in het begin is er sprake geweest van een sterke top-down aansturing.

Hygiëne en infectiepreventie

Daarnaast hebben alle zorgorganisaties extra maatregelen getroffen op het gebied van hygiëne en infectiepreventie. Hierbij gaat het om het versterken van de hygiënemaatregelen zoals goede handhygiëne, desinfectiepalen en extra schoonmaak. Maar ook om testen en het gebruik van persoonlijke beschermingsmateriaal (PBM). Een deel van de organisaties is eerder en breder gaan testen of PBM gaan toepassen dan de landelijke richtlijnen aangaven. Tot slot hebben de organisaties maatregelen genomen rondom de mobiliteit van bezoek, bewoners en personeel. Men heeft gezorgd voor zo min mogelijk in- en uitloop op de locaties. Ook zijn cohorten gevormd of cohortafdelingen ingericht of bewoners geïsoleerd als iemand besmet was geraakt.

Geprotocolleerd werken

Voor een effectieve aanpak op gebied van hygiëne en infectiepreventie is het van belang dat medewerkers geprotocolleerd werken. De landelijke richtlijnen zijn dan ook vertaald naar (locatiespecifieke) protocollen en instructies. Organisaties hebben op diverse manieren hun medewerkers geleerd om de protocollen en instructies op de juiste wijze toe te passen in de praktijk. De praktijk laat zien dat voor veel medewerkers het geprotocolleerd werken niet eenvoudig was om eigen te maken. Een belangrijk les is dat het HIP beleid en scholing continu de aandacht behoeft. Niet alleen via instructies of trainingen maar ook via coaching op de werkvloer.

Ervaringen corona-uitbraak

Voor de zorgorganisaties is het niet altijd makkelijk (geweest) om hun beleid te bepalen. Dit omdat landelijk de richtlijnen steeds wisselen en er nog veel onbekend is omtrent het virus. Men heeft wel steeds geprobeerd een eigen koers te varen waarbij de landelijke richtlijnen als uitgangspunt fungeren. Bestuurders geven aan vertrouwen te hebben in hun aanpak. Ze weten welke stappen ondernomen moeten worden en menen ook alle benodigde maatregelen getroffen te hebben.

Bestuurders spreken hun waardering uit voor hun medewerkers. Medewerkers nemen de maatregelen serieus en geven blijk van leiderschap en oplossend vermogen. Zij komen zelf met initiatieven, plannen en dergelijke. Wel trekt de corona-uitbraak een zware wissel op de psychische belastbaarheid van medewerkers. Het is voor hen zwaar is om te zien wat de gevolgen van de

maatregelen zijn voor het welzijn van bewoners en naasten, terwijl zij daar (te) weinig tegenover kunnen stellen. Zorgorganisaties hebben dan ook voor psychologische ondersteuning gezorgd.

Inzichten

De corona-uitbraak heeft tot nieuwe werkwijzen of inzichten geleid die zorgorganisaties graag willen behouden. Dit betreft op de eerste plaats het borgen van het bewustzijn van en de benodigde deskundigheid voor een effectieve hygiëne en infectiepreventie. Een ander inzicht op dit gebied betreft het betrekken van de huisartsen. Met hen dient ook afstemming plaats te vinden over de hygiënemaatregelen die worden genomen. In een aantal gevallen is dit nu te laat gebeurd.

Andere inzichten richten zich op het handhaven van online consultatie en werkoverleg en op de mogelijkheid tot compartimenteren bij ver- en nieuwbouw van huizen. Verder blijkt dat door de rust op de huizen als gevolg van de lockdown de onrust onder bewoners is afgenomen. Organisaties willen dan ook gaan kijken hoe zij het aantal prikkels blijvend kunnen verminderen.

Bevorderende factoren

Uit de ervaringen blijkt dat communicatie van groot belang is. Medewerkers moeten goed en helder geïnformeerd zijn over wat zij moeten doen. Maar ook bewoners en naasten dienen geïnformeerd te zijn over wat de organisatie doet, welke maatregelen zij neemt en vooral waarom zij dat doet. Dit om ervoor te zorgen dat iedereen betrokken is en blijft, dat er draagvlak en begrip is voor de maatregelen die worden genomen en dat men vertrouwen heeft in de organisatie en haar aanpak.

Daarnaast vormt een goede regionale samenwerking een bevorderende factor. Een goede samenwerking versterkt de informatiepositie van zorgorganisaties. Maar zorgt er ook voor dat een zorgorganisatie er niet alleen voor staat.

Aandachtspunten

Een belangrijk aandachtspunt vormt het betrekken van bewoners en naasten bij de maatregelen die worden getroffen. Zorgorganisaties hebben op diverse manieren geprobeerd in gesprek te zijn met bewoners en naasten. Zij zijn daarin naar eigen zeggen onvoldoende in geslaagd. Het is van belang om goed na te denken over hoe bewoners en naasten in crisissituaties aangehaakt kunnen blijven.

Andere aandachtspunten hebben betrekking op de verpleeghuiszorg als sector; niet zozeer op individuele zorgorganisaties. Bestuurders zijn van mening dat er in de landelijke besluitvorming omtrent beleid en maatregelen onvoldoende aandacht is geweest voor de unieke setting van de verpleeghuiszorg. Zij pleiten voor een afwegingskader waarbij recht wordt gedaan aan het evenwicht tussen gezondheid en veiligheid enerzijds en kwaliteit van leven anderzijds. En voor een aanpak op maat, geënt op de lokale context van huizen. Dit vraagt om een goede communicatie over welke lokale verschillen er zijn en het waarom daarvan, om de nodige beleidsruimte voor zorgorganisaties en om het faciliteren van de besluitvorming van zorgorganisaties door het tijdig en adequaat ontsluiten van inzichten en kennis.

1. Inleiding

De impact van de corona-uitbraak is groot. Ook in de verpleeghuizen en woonzorgcentra. De afgelopen maanden is er alles aan gedaan om het coronavirus te bestrijden. Dit werpt gelukkig zijn vruchten af. Voor de toekomst is het van belang om te leren van deze periode.

Op verschillende manieren wordt getracht de geleerde lessen van de afgelopen tijd inzichtelijk te maken, bijeen te brengen en te delen met onder andere zorgaanbieders. Zo is VWS een kennistraject gestart waarbij het ministerie aan diverse partijen zoals de Academische Werkplaatsen, de ABR-netwerken en het programma Waardigheid & Trots op locatie de opdracht heeft verstrekt om de kennis ten aanzien van het coronavirus te versterken, bundelen en te delen.

Ook ActiZ heeft het initiatief genomen een inventarisatie te laten verrichten naar de ervaringen van zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg (inclusief woonzorgcentra)¹ en de maatregelen die zij hebben genomen om (verdere) besmettingen te voorkomen dan wel te bestrijden. EMMA – Experts in Media en Maatschappij heeft deze inventarisatie verricht. Het gaat hierbij vooral om een impressie van de afgelopen periode. Maar deze komt wel op een cruciaal omslagpunt in de corona-uitbraak waar steeds meer maatregelen worden versoepeld. En de ervaringen staan nog vers in het geheugen. Doel is om op basis van de opgedane ervaringen lering te trekken zodat zorgaanbieders (nog) beter passende maatregelen kunnen treffen om het coronavirus buiten de deur te houden dan wel er mee om te gaan als er sprake is van een of meerdere besmettingen.

1.1 Vraagstelling inventarisatie

De focus van de inventarisatie ligt op de maatregelen die de zorgorganisaties in de verpleeghuiszorg hebben genomen ten aanzien van hygiëne en infectiepreventie (HIP) en veilig werken. Daarnaast hebben zorgorganisaties ook maatregelen getroffen ten aanzien van het welzijn van ouderen en/of het contact met naasten. Deze zijn echter buiten beschouwing gelaten omdat zij niet binnen de scope van de inventarisatie vallen. Verder richt de inventarisatie zich specifiek op de context van de organisatie waarbij het landelijk beleid als een 'gegeven' is beschouwd. Wat hebben zorgorganisaties concreet gedaan, wat zijn hun ervaringen en wat hebben zij geleerd? Dit alles binnen of met de richtlijnen die op landelijk niveau zijn uitgevaardigd.

Er staan vier vragen centraal in de inventarisatie. Deze zijn door ActiZ zelf geformuleerd:

1. Hebben zorgorganisaties een beeld van wat er fundamenteel anders was op locaties mét en zonder besmettingen? Hebben zij daar een visie op of een vermoeden van?
2. Wat zijn zorgorganisaties anders gaan doen, zijn er nieuwe werkwijzen of inzichten ontstaan, en wat willen zij vasthouden voor de toekomst?
3. Hoe zou een aanpak of bezoeksregeling op maat er voor zorgorganisaties uitzien als iets dergelijks weer aan de orde zou zijn in verband met een nieuwe uitbraak?

¹ De rapportage heeft betrekking op zorgorganisaties die zorg aanbieden in verpleeghuizen en woonzorgcentra. Waar we in de rapportage spreken van verpleeghuiszorg dan valt daar ook de zorg in woonzorgcentra onder.

4. Zijn er andere punten die zorgorganisaties aan de brancheorganisatie en/of de overheid mee willen geven voor de toekomst?

1.2 Interviews bestuurders

Om zicht te krijgen op de ervaringen van zorgorganisaties in de verpleeghuiszorg zijn er interviews gehouden met acht bestuurders. De geïnterviewde bestuurders zijn door ActiZ geselecteerd en benaderd om mee te werken aan een interview. Hierbij heeft ActiZ zoveel als mogelijk rekening gehouden met spreiding over het land. Ook is bewust gekozen om een kleinere zorgorganisatie mee te nemen. In bijlage 1 staat een overzicht van de bestuurders die we hebben gesproken.

De interviews waren semi-gestructureerde interviews en zijn gehouden aan de hand van een topiclijst (bijlage 2). De topiclijst is opgesteld door de onderzoekers van EMMA en vormen een nadere uitwerking van de vier centrale vragen zoals die zijn geformuleerd door ActiZ. De interviews zijn online of telefonisch gehouden en duurden gemiddeld een uur. Zij vonden plaats op vrijdag 19 juni 2020 en maandag 22 juni 2020.

1.3 Rapportage

De interviews zijn gehouden door twee senior onderzoekers. Zij hebben van ieder interview een verslag gemaakt. Op basis van deze verslagen en een mondelinge terugkoppeling door beide onderzoekers is er eerst een notitie opgesteld. Deze notitie vormt een wrap-up met de belangrijkste bevindingen van de interviews.

De notitie is besproken met ActiZ (d.d. 25 juni 2020) waarna we een concept rapportage hebben opgesteld. In deze concept rapportage zijn de op- en aanmerkingen op de notitie meegenomen. Ook deze concepttekst is voorgelegd aan ActiZ en met hen besproken (3 juli 2020). Vervolgens hebben we de concept rapportage verwerkt tot een definitieve rapportage.

Kennisproducten

Ten behoeve van de kennisdeling en -verspreiding zijn naast de rapportage ook nog twee andere kennisproducten gemaakt. Dit zijn:

- Een longread/artikel. De longread vormt een samenvatting van de rapportage in een meer verhalende vorm en is bestemd voor een breed publiek.
- Infographic waarbij de geleerde lessen zijn gevisualiseerd. De infographic laat in één oogopslag zien welke tien aandachtspunten geregeld moeten zijn of worden bij een eventuele nieuwe infectieuitbraak. De infographic is bedoeld voor functionarissen binnen zorgorganisaties die hygiëne en infectiepreventie in hun 'portefeuille' hebben zitten zoals aandachtsvelders HIP of kwaliteitsfunctionarissen. De infographic is gemaakt door Ontwerpwerk.

Voor het opstellen van de longread en infographic is dezelfde procedure gevolgd als voor de rapportage. Op basis van de notitie is er voor ieder product eerst een outline of schets opgesteld. Deze outline/schets is besproken met ActiZ waarna er een conceptversie is opgesteld. Ook deze conceptversies zijn besproken met ActiZ en vervolgens verwerkt tot een definitieve longread en infographic.

2. Maatregelen

In dit hoofdstuk staan de maatregelen centraal die de betreffende zorgorganisaties hebben genomen om het coronavirus te bestrijden. Maar eerst gaan we in op de ideeën die men heeft rond het optreden van besmettingen.

2.1 Besmettingen

Alle zorgorganisaties die we hebben gesproken hebben te maken (gehad) met besmettingen onder medewerkers. Daarnaast waren er bij zeven van de acht organisaties besmettingen onder bewoners op meerdere locaties. Ook zijn er bij de getroffen organisaties verschillende sterfgevallen geweest als gevolg van een besmetting met het coronavirus. Bij drie organisaties bevindt (een deel van) het werkgebied zich in de brandhaarden van de corona-uitbraak. Alle organisaties kennen naast de getroffen locaties ook locaties zonder besmettingen.

Geen duidelijke aanwijsbare redenen

Op de vraag waarom er op bepaalde locaties wel sprake is van besmettingen en op andere locaties niet, valt vooralsnog geen eenduidig antwoord te geven. Bestuurders geven ten tijde van de inventarisatie (medio juni 2020) aan geen duidelijke verschillen te zien tussen de locaties, of patronen te ontdekken op basis van de besmettingen. Zij merken ook geen duidelijk verband met werkwijzen, personele inzet of beleid omdat deze voor de hele organisatie gelden. Een bestuurder: *"Ik kan het niet terug redeneren naar gebouw of populatie. Ook HIP beleid is overal hetzelfde qua structuur en aandachtsvelden."*

Er zijn wel factoren genoemd die een rol spelen bij de besmettingen. Maar dit zijn geen eenduidige oorzaken of verklaringen voor het feit dat sommige locaties wel zijn getroffen en anderen weer niet. Factoren die genoemd zijn door de bestuurders en die een nadelige rol kunnen spelen ten aanzien van de besmettingen zijn:

- Gebouwtechnisch. Beperkte mogelijkheid tot compartimenteren omdat locaties lange gangen kennen die niet (in delen) kunnen worden afgesloten. Of juist kleine behuizing op bijvoorbeeld een hofje waardoor bewoners dicht op elkaar wonen en leven.
- Verbondenheid met 'buiten'. *"Wat buiten is, is ook zo binnen."*, aldus een bestuurder. Er wordt aangegeven dat er in locaties sprake kan zijn van een grote in- en uitloop van mensen omdat er veel bezoek langskomt. Of omdat er allerlei buurtactiviteiten worden gehouden (buurtfunctie).
- Onvoldoende infectiepreventie huisartsen. Enkele bestuurders hebben gemerkt dat de infectiepreventie van huisartsen onvoldoende is (geweest). Zij zijn voor een deel van de bewoners de hoofdbehandelaar en bezoeken om die reden bewoners. Maar als huisartsen zich niet goed aan de maatregelen houden of zich niet goed beschermen is het mogelijk dat zij het virus mee naar binnen nemen.
- Veel wisselend personeel. Het gaat hierbij om oproepkrachten, flexwerkers, uitzendkrachten en dergelijke. Personeel dat werkzaam is op meerdere locaties of voor meerdere organisaties en zo een hogere besmettingskans en -bron vormen.

- Doelgroep bewoners. In principe vormen alle bewoners vanwege hun kwetsbaarheid een risicogroep. Maar een deel van de bewoners is nog kwetsbaarder vanwege multi-problematiek, (ex-)verslavingsachtergrond en/of (vroegere) dak- en thuisloosheid.
- Instrueerbaarheid bewoners. Aan bewoners met psychogeriatrische problematiek is het doorgaans moeilijker uit te leggen waar men zich aan moet houden dan aan mensen met somatische problematiek.

Daarnaast zijn er ook enkele factoren benoemd die een positieve rol spelen bij het tegengaan van (verspreiding van) besmettingen:

- Gebouwtechnisch. Relatief nieuwe gebouwen met moderne individuele verwarming- en beluchtingsinstallaties. Gebouwen met 1-kamer appartementen of waarbij afstand (1,5 meter) kan worden bewaard tot bewoners.
- Individuele medewerkers. Het beleid ten aanzien van hygiëne en infectiepreventie en de beschikbaarheid van persoonlijk beschermingsmateriaal is in principe hetzelfde voor de gehele organisatie. Toch zijn er individuele medewerkers die hierin actiever zijn. Zo is het voorbeeld genoemd van een zorgmedewerker die van het handen wassen van bewoners een spelletje maakte. Dit bevordert de handhygiëne.
- Eerder en breder testen en inzetten van persoonlijk beschermingsmateriaal (PBM). Meerdere instellingen zijn in afwijking van de landelijke richtlijnen eerder en breder gaan testen en/of PBM gaan gebruiken.

Maar zoals al eerder aangegeven zijn deze factoren slechts vermoedens en geen eenduidige oorzaken of redenen waarom er op bepaalde locaties wel besmettingen zijn en op andere weer niet. Of er echt geen verschillen tussen locaties of patronen in de besmettingen te zijn, is nog te vroeg om te concluderen. Volgens enkele bestuurders moet er naar het ontstaan van besmettingen echt nog meer onderzoek worden gedaan.

2.2 Inrichten crisisstructuur

Begin maart 2020 was de corona-uitbraak in Nederland een feit. Wat zijn de zorgorganisaties gaan doen om besmettingen tegen te gaan of te bestrijden? We zien dat alle zorgorganisaties een crisisstructuur hebben ingericht om ervoor te zorgen dat alles intern op orde was dan wel kwam. Volgens de bestuurders moest er gezorgd worden voor voldoende persoonlijk beschermingsmateriaal en protocollen en instructies met betrekking tot hygiëne en infectiepreventie. Maar men moest ook borgen dat beleid, maatregelen en informatie snel en eenduidig in de organisatie konden worden uitgezet. En dat op centraal niveau er snel een goed en actueel beeld was van wat er op de locaties speelden.

Om hierin te kunnen voorzien is er veelal op organisatieniveau een centraal crisisteam of stuurgroep ingesteld en per locatie een regionaal of lokaal crisisteam. Dit als schakel om goed in contact te staan met de diverse locaties. Maar ook om ervoor te zorgen dat beleid en maatregelen voldoende locatiespecifiek zijn opgesteld. Men heeft geprobeerd om alle geleidingen binnen de organisatie te vertegenwoordigen in de teams: bestuur, directie/MT, specialist ouderengeneeskunde/arts, regiomanagers/teamleiders en kwaliteitsfunctionarissen infectiepreventie. Vaak ook iemand van HR en/of facilitair. De crisisteams kwamen dagelijks bijeen (online). Bij enkele organisaties zelfs tweemaal per dag in het begin. Nu komt men doorgaans nog eenmaal per week bij elkaar. *“We hadden per locatie een 'lokaal uitbraak team' [...] dat met het gebouw als uitgangspunt alle maatregelen en uitvoering ervan coördineerde en monitorde. En in het begin tweemaal daags rapporteerde aan het crisisteam.”*

Verscheidende bestuurders geven aan dat met name in de eerste weken van de landelijke corona-uitbraak het heel erg een kwestie was van top-down aansturen. Bestuurders hebben termen gebruikt zoals 'marsorders uitdelen' of 'commandostructuur'. Een bestuurder: *"Iedere dag hadden we overleg met elkaar en hebben we samen knopen doorgemaakt. Uur later werd er vervolg aangegeven in de huizen. Het was haast een militaire operatie."*

Een van de bestuurders merkt op dat het met het oog op een eventuele toekomstige uitbraak of crisissituatie het handig is om als zorgorganisatie een noodscenario op te stellen dan wel op de plank te hebben liggen.

2.3 Aanscherpen HIP beleid

Daarnaast constateren we dat alle zorgorganisaties hun beleid ten aanzien van hygiëne en infectiepreventie (HIP) hebben aangescherpt. In het algemeen zijn de geïnterviewde bestuurders van mening dat een strikte naleving en handhaving van HIP het coronavirus niet buiten de deur houdt. Het is echter wel essentieel voor het bestrijden van het virus en het voorkomen van verdere besmettingen. Alle organisaties hebben dan ook hun beleid op dit vlak aangepast op basis van de landelijke richtlijnen. Dit beleid is doorvertaald naar (locatiespecifieke) protocollen en instructies. Volgens meerdere bestuurders was dit een voortdurend proces omdat de landelijke richtlijnen steeds wijzigden.

Vier organisaties zijn de landelijke richtlijnen strakker gaan hanteren. Zo zijn drie organisaties naar eigen zeggen 'eerder op slot gegaan' dan het landelijk besluit om alle locaties te sluiten. Twee organisaties zijn eerder breed gaan testen; niet alleen bij koorts maar ook bij verkoudheid. Drie organisaties hebben eigen keuzes gemaakt ten aanzien van het gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal. Hierbij gaat om het eerder verplicht stellen van mondklappers bij verkoudheid en preventief gebruik van mondklappers en handschoenen bij niet-besmette bewoners. Enkele organisaties geven aan dat zij duidelijk merkten dat het aantal besmettingen afnam na invoering van strikte(re) maatregelen ten aanzien van testen en het gebruik van PBM.

Concrete maatregelen

De maatregelen die organisaties hebben genomen richten zich op vier pijlers. Per pijler geven we een overzicht van de diverse maatregelen die zijn benoemd door de geïnterviewde bestuurders.

1. Versterken hygiënemaatregelen.
 - Bewustzijn vergroten van goede handhygiëne.
 - Zichtbare of vaste momenten voor toepassen van handhygiëne.
 - Plaatsen van desinfectiepalen.
 - Extra schoonmaak.
2. Testen
 - Zelf testteam opgesteld of geregeld, binnen 24 uur uitslag.
 - Ook gaan testen bij lichte klachten, niet alleen bij koorts.
 - Dagelijks vaststellen temperatuur en klinisch beeld (veranderingen in gedrag) van bewoners.
3. Gebruik PBM
 - Gebruik PBM volgens richtlijnen
 - Preventief gebruik mondklappers, ook bij niet besmette personen of bij verkoudheid.

Op basis van de interviews stellen we vast dat de betreffende organisaties geen tekorten hebben gehad aan PBM. Dit wil nog niet zeggen dat er geen problemen waren. Het was volgens een deel van de bestuurders regelmatig spannend of er wel voldoende materiaal zou zijn. Men heeft dan ook heel veel gedaan om er maar voor te zorgen dat er materiaal was. Uiteindelijk lukte dat dan wel. Of maakte men gebruik van alternatieven. Een bestuurder: *"We hadden een enkele keer op een vrijdag materiaal tot aan dinsdag. Toch hebben we steeds andere lijnen gevonden om aan materiaal te komen. We hebben regenponcho's gehad, maar ook schorten gekregen van de melkfabriek."* Daarnaast had niet iedere organisatie voldoende materiaal om het preventief in te zetten. Terwijl men dit wel graag zou willen. Het 'zuinig' omgaan met PBM was niet makkelijk naar medewerkers toe omdat zij zich wilden beschermen.

4. Beperken mobiliteit bewoners en medewerkers. Zorgen voor zo min mogelijk in- en uitloop en verplaatsingen van bewoners en personeel.
 - Reguleren van de looproutes voor bewoners en personeel.
 - Bewoners mogen elkaar niet meer ontmoeten in de centrale ruimte. Sluiten gemeenschappelijke ruimtes of woonkamers.
 - Bewoners op besmette afdelingen werden in cohorten gedeeld. Of cohortafdelingen werden ingericht waar een besmette bewoner dan naar toe verhuisde.
 - Isoleren van besmette bewoners op de kamer.
 - Vaste teams per locatie/afdeling. Een organisatie heeft aan de flexwerkers gevraagd of zij uitsluitend voor de organisatie wilden werken of helemaal niet.
 - Ook toekennen van vaste behandelinstellingen aan één locatie. Zo min mogelijk 'hoppen' van behandelaars van ene locatie naar de andere. Of de behandelinstellingen kwamen helemaal niet meer op de locaties.
 - Online consultatie en/of telefonisch.
 - Thuis werken van medewerkers die niet op locatie hoeven te zijn. Staf, MT en bestuurders kwamen niet meer op de locaties.
 - Geen zwerfnacht voor meerdere locaties, maar extra vaste nacht per locatie.

Eén van de bestuurders benadrukt dat het van belang is dat het pakket aan maatregelen gestoeld is op meerdere van deze pijlers. *"De compleetheid van de aanpak maakt het efficiënt. Nu mogen kappers weer aan het werk. Dan kijken we naar het plaatje. Zij komen op de kamers van bewoners. Dan kunnen we mobiliteit niet veranderen. Dan zeggen we dat ze moeten werken met mondmaskers"*

2.4 Instrueren medewerkers

Bestuurders geven aan dat voor een effectief HIP beleid – en daarmee het bestrijden van het coronavirus - het van groot belang is dat medewerkers geprotocolleerd werken. De meeste organisaties hebben dan ook (locatiespecifieke) protocollen ontwikkeld en divers instructiemateriaal opgesteld voor hun medewerkers. Hierbij is ook gebruik gemaakt van filmpjes. Maar zeer zeker ook van 'life' instrueren, on-the-job.

De huidige situatie heeft enorm veel betekend voor het HIP beleid als het gaat om urgentiebesef en het naleven van de hygiënemaatregelen. Meerdere bestuurders benoemen dat medewerkers zich sterk bewust waren van de noodzaak van naleving van de protocollen en instructies. En dit ook heel serieus namen. Wel geven sommige bestuurders aan dat het geprotocolleerd werken in de praktijk voor vele medewerkers toch lastig of wennen was. *"We zagen dat medewerkers heel veel moeite hebben om steeds dezelfde volgorde in het handelen te hebben"*, aldus een bestuurder. Of een andere bestuurder: *"Het geprotocolleerd werken in deze omvang was nieuw voor veel medewerkers."* Deze organisaties hebben dan ook sterk ingezet op het instrueren van zorgmedewerkers. Eén organisatie

heeft een mobiel expertiseteam ingesteld met verpleegkundigen uit het ziekenhuis en de wijkverpleging. Dit omdat zij merkten dat e-learning alleen ontoereikend is om deskundigheid van medewerkers omhoog te brengen. Volgens deze bestuurder gaat het veel meer om persoonlijke coaching en training op de werkvloer.

Bij andere organisaties lijken medewerkers meer vertrouwd te zijn met het toepassen en naleven van de hygiënemaatregelen. Het lijkt erop dat deze organisaties meer of wellicht op een andere manier hebben geïnvesteerd in hun HIP beleid en de deskundigheid van medewerkers op dit gebied. Een bestuurder: *Sinds de forse uitbraak van een gevaarlijke darmbacterie enkele jaren geleden hebben we stevig geïnvesteerd in hygiëne en infectiepreventie. [...] Personeel was gewend en getraind in het uitvoeren van hygiënemaatregelen.* Een andere bestuurder: *“We hadden door de fusie de hele HIP structuur geharmoniseerd. [...] Aandachtvelders die in contact stonden met de teams, die hen het hele jaar hebben opgeleid, die plannen per locatie hebben bijgesteld. Dat is helpend geweest.”*

We willen hierbij overigens wel benadrukken dat we niet weten of en in welke mate deze verschillen tussen organisaties van invloed zijn geweest op het aantal besmettingen. Wel stellen we vast dat het borgen van hygiënemaatregelen middels het trainen, coachen en instrueren van medewerkers van groot belang is voor de effectiviteit van de aanpak van besmettingen. Een belangrijke les die we kunnen trekken is dat het essentieel is dat medewerkers bekend zijn met de hygiënemaatregelen, getraind zijn in het toepassen daarvan en dat zij vertrouwd zijn met geprotocolleerd werken. Dit vraagt om continue aandacht voor HIP beleid en scholing.

3. Ervaringen corona-uitbraak

De corona-uitbraak heeft veel teweeg gebracht. Niet alleen bij bewoners en naasten, maar ook bij medewerkers. In dit hoofdstuk gaan we in op hoe bestuurders de afgelopen periode hebben ervaren.

3.1 Eigen koers bepalen

Uit de interviews blijkt dat zorgorganisaties steeds hebben geprobeerd hun eigen beleid in te vullen aan de hand van het landelijk beleid. Dit was niet altijd makkelijk omdat de landelijke richtlijnen steeds veranderde. En omdat veel kennis over het virus er in het begin niet was en veel zaken nog onbekend waren. Men had ook nog niet overal specifieke protocollen of instructies voor. *“Vooral in het begin waren er veel wijzigingen. We moesten heel veel en snel uitzoeken. Bijvoorbeeld: gaan we nu wel of niet mondkapjes gebruiken?”*, aldus een bestuurder.

We zien dat de organisaties steeds hebben geprobeerd hun eigen weg te bewandelen. Een groot deel van de zorgorganisaties is ook bewust en beredeneerd op een aantal punten afgeweken van de landelijke richtlijnen. Een bestuurder: *“We hebben steeds de RIVM-richtlijnen als basis gebruikt. Later zijn we de uitgangspunten steeds meer gaan vertalen naar de praktijk.”* Deze afwijkingen betreffen met name het strikter hanteren van de richtlijnen door het eerder en breder testen en/of gebruiken van PBM. Eén bestuurder geeft aan ook af te wijken van de richtlijnen als het gaat om het opengaan van locaties. *“En we kijken steeds naar wat wij verstandig vinden. Nu hebben we gezegd dat mensen lekker naar buiten mogen, lekker wandelen in plaats van bezoek ontvangen. Dat is precies andersom dan de richtlijn. Maar waarom mensen naar binnen halen als je steeds hoort dat verspreiding in de buitenlucht minder is!”*

Bestuurders geven aan vertrouwen te hebben in de aanpak die ze hadden/hebben. Ze hebben alle mogelijke en benodigde stappen en maatregelen genomen om besmettingen te bestrijden dan wel te voorkomen. Diverse bestuurders zijn ook van mening dat zij goed wisten welke stappen en maatregelen genomen moesten worden. En konden zij goed anticiperen op de steeds wisselende situatie landelijk en binnen de eigen organisaties op de locaties. Ook al waren er besmettingen, men wist wel wat te doen. *“Steeds proberen een paar stappen voor te zijn. Niet alles was op orde maar we liepen niet achter de feiten aan. We zijn in controle gebleven.”* Of zoals een andere bestuurder het zei: *“We hadden wel een crisis maar waren niet in crisis.”*

3.2 Impact medewerkers

Saamhorigheid en leiderschap

De afgelopen periode heeft volgens de bestuurders veel saamhorigheid gebracht. Of zoals een bestuurder het verwoordde: *“Het gevoel was van we gaan ervoor, we regelen het en we gaan het doen.”* Verschillende bestuurders geven aan ronduit trots te zijn op hun medewerkers. Enerzijds omdat zij zagen dat medewerkers de verantwoordelijkheid sterk op zich namen en de maatregelen serieus namen. *“Medewerkers namen het heel serieus en beperkte contacten echt tot alleen het werk. Zij waren zich erg bewust dat zij voor kwetsbare groepen werkten.”*

Anderzijds benoemen verschillende bestuurders het leiderschap dat een groot deel van hun medewerkers heeft laten zien. Medewerkers zijn zelf actief aan de slag gegaan om plannen op te zetten, mee te denken, initiatieven te ontwikkelen. Zij hadden een groot oplossend vermogen om

er toch voor te zorgen dat het welzijn van bewoners niet helemaal in het geding kwam. *"We zagen onverwachte kwaliteiten bij sommige mensen. Zij kwamen onder andere met mooie activiteiten voor de cliënten."*, aldus een bestuurder.

Enkele organisaties hadden periodiek – bijvoorbeeld om de twee weken – een kleine attentie voor medewerkers. Als blijk van waardering voor de enorme inzet van medewerkers. *"We hebben met elkaar topsport bedreven."*, zoals een bestuurder dat aangeeft.

Belastbaarheid medewerkers

De besmettingen hebben echter ook een enorme impact op de psychische gesteldheid en belastbaarheid van medewerkers. Volgens meerdere bestuurders gaat het overlijden van bewoners in deze omvang bij medewerkers niet in de koude kleren zitten. *"Voor de medewerkers was het heel ingrijpend. Zo overleden er op een nacht 3 à 4 mensen die nog eens niet zo ziek waren."* Ook het feit dat medewerkers hun bewoners en naasten niet de zorg konden bieden die zij normaal gesproken wel konden bieden, is bij een deel van de medewerkers 'ingehakt'. Een bestuurder: *"Doordat lange tijd alleen basiszorg is verleend en medewerkers mensen zagen lijden onder het isolement zijn sommige medewerkers in gewetensnood geraakt."* Enkele bestuurders geven ook aan dat een deel van de medewerkers (symptomen van) PTSS heeft ontwikkeld.

Organisaties hebben gezorgd voor psychologische ondersteuning van medewerkers. Sommigen hebben dit gedaan door de samenwerking aan te gaan met een externe partij, bijvoorbeeld een GGZ organisatie. Anderen hebben de ondersteuning intern vormgegeven met bijvoorbeeld het opzetten van hulplijnen, interne briefings, buddy's, inzet bedrijfsarts, coachingstrajecten en psychologische hulp. Eén van de organisaties heeft coachingstrajecten opgesteld voor medewerkers in cruciale positie zodat ook zij 'hun verhaal kwijt konden'.

Ten aanzien van de gevolgen van de corona-uitbraak voor de gesteldheid van medewerkers, vindt een van de bestuurders dat zorgorganisaties als werkgever hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Hoe is niet duidelijk maar deze bestuurder vindt dit wel een belangrijk aandachtspunt waar de sector niet omheen kan. *"Ik vind dat we een enorme verantwoordelijkheid voor onze medewerkers hebben als werkgever. Wat doen we met werknemers die besmet zijn geraakt en daar blijvend letsel aan overhouden? Gaan we die over 2 jaar met een VSO'tje naar huis sturen!"*

3.3. Meer weerstand

Bestuurders merken dat het geleidelijk opengaan van de locaties leidt tot meer weerstand en wrijvingen, met name bij naasten. Maar ook bij het personeel. Het sluiten van de huizen was een zeer ingrijpende maatregel maar wel goed uit te leggen aan iedereen. Het was volgens enkele bestuurders heel duidelijk en men zag de noodzaak of nut er van in. Het opengaan van de huizen daarentegen vraagt om heel veel maatwerk en verschilt per locatie. Verschillende bestuurders geven aan dat dit minder goed uit te leggen is waardoor begrip en draagvlak afneemt. Een bestuurder: *"Hierdoor ontstaan spanningen. Toen versoepeling in het verschieft lag, maar de instellingen nog niet konden, mochten of wilden handelen vanuit een specifiek lokaal belang. Dat is ingewikkeld om uit te leggen."*

Om dit in goede banen te leiden en te voorkomen dat organisaties dan wel medewerkers en naasten tegenover elkaar komen te staan, vraagt heel veel tijd van de bestuurders. *"Ik heb nu een dagtaak aan het managen van naasten."*, aldus een bestuurder. Wat dit nog lastiger maakt is dat bewoners en naasten ook niet op één lijn zitten. Er zijn bewoners en naasten die vinden dat de huizen helemaal open moeten en zij die vinden dat de huizen nog helemaal gesloten moet blijven.

4. Inzichten en aandachtspunten

Aan de geïnterviewde bestuurders is gevraagd welke inzichten zij hebben opgedaan, wat er goed ging en wat niet, en welke tips zij hebben voor andere organisaties. In dit hoofdstuk zetten we deze 'lessen' op een rij.

4.1 Inzichten

Zorgorganisaties zijn door de corona-uitbraak en de daarbij horende maatregelen op een aantal terreinen op een andere manier gaan werken. Dit heeft bij de meeste zorgorganisaties geleid tot - nieuwe dan wel opgefriste - inzichten of werkwijzen die ze graag willen behouden. Hieronder een overzicht van hetgeen is benoemd door meerdere bestuurders.

Borgen bewustzijn en naleving

Op de eerste plaats betreft dit het aanscherpen van het HIP beleid. Het gaat hierbij vooral om het borgen van het bewustzijn en deskundigheid ten aanzien van goede hygiëne en naleving van HIP maatregelen. Sommige bestuurders benoemen het instrueren van medewerkers. Zij willen blijven zorgen voor goede werkinstructies voor al hun medewerkers waarbij ook coaching op de werkvloer van belang is gebleken. Enkele andere organisaties willen zaken zoals de extra desinfectiepalen behouden of het aantal ingangen blijvend verminderen. Daarnaast zouden sommige bestuurders met de kennis van nu eerder en breder inzetten op PBM en/of testen.

Een les die we kunnen trekken op basis van de huidige ervaringen is het betrekken van de huisartsen bij de aanpak en hygiënemaatregelen. Zij zijn nu, in ieder geval bij enkele zorgorganisaties en in het begin met name, buiten beeld geweest. Terwijl zij wel in de huizen kwamen om hun cliënten te consulteren. Er had met hen afstemming moeten plaats vinden over de hygiënemaatregelen.

Verminderen prikkels

Een ander inzicht is dat de praktijk laat zien dat met name pg-bewoners gebaat zijn bij de rust die de lockdown met zich meebrengt. Verschillende bestuurders geven aan dat er minder agressie-incidenten zijn, minder gedragsproblematiek en minder onrust bij bewoners. *"Het voortdurend in- en uitlopen op de groepen van familie en vrijwilligers is heel fijn. Maar we hebben wel gemerkt dat het ook heel veel prikkels geeft. De onrust onder bewoner is afgenomen. [...] Daar gaan we nu wel anders naar kijken."* Men denkt na over hoe op de afdelingen meer rust dan wel minder prikkels kan worden behouden. Bijvoorbeeld door bezoek te vragen naar de eigen kamer/appartement te gaan.

Meer online overleg

Ook de wijze waarop het werkoverleg en consultatie van andere disciplines is vormgegeven willen verschillende bestuurders graag behouden. Of zoals een bestuurder het verwoordt: *"De enorme overlegstructuur is deels stilgevallen. Dit hoeven we niet perse weer terug te brengen."* Men wil blijvend inzetten op online consultatie en online werkoverleg. Of op minder dan wel kortere overlegmomenten.

Meer aandacht voor compartimenteren

Verder heeft de corona-uitbraak geleid tot inzichten omtrent de bouw en inrichting van de huizen. Enkele bestuurders willen bij nieuw- en verbouw bewuster kijken naar mogelijkheden om te

compartimenteren en zaken zoals benaderbaarheid en individuele installaties. *“Het lijkt zinvol om na te gaan denken over gebouwen die deels afsluitbaar zijn, appartementen met aparte luchtcirculatie maar ook zo iets simpels als tuindeuren. Die maken contact op afstand makkelijker.”* En een andere bestuurder: *“Denk aan brandveiligheid. Daarvoor worden ook niet gebouwen permanent opgedeeld. Maar er zijn deuren die kunnen sluiten.”*

Zelfsturing in crisissituatie

Tot slot hebben twee bestuurders het al dan niet werken met zelfsturende teams in crisissituaties als inzicht benoemd. Deze bestuurders merken dat de huidige corona-uitbraak vraagt om een sterke top-down benadering met eenduidige kaders en communicatielijnen. Dit is volgens hen bij zelfsturende teams lastiger om te organiseren. De ene organisatie werkt niet met zelfsturende teams en is zeer blij dat er teamleiders waren die als spil fungeerden tussen afdelingen en crisisteam. De andere organisatie kent wel zelforganiserende teams en keert daar nu enigszins van terug. Men wil de principes van zelfsturing op een andere manier gaan benutten en tevens bezien hoe elementen van een top-down aansturing ingepast kunnen worden. Hoe is nog niet duidelijk.

4.2 Bevorderende factoren

Inzetten op communicatie

Nagenoeg alle bestuurders hebben het belang van een goede en organisatiebrede communicatie benoemd. Het is heel belangrijk om als organisatie ervoor te zorgen dat iedereen adequaat en op dezelfde wijze geïnformeerd wordt. Het gaat om duidelijk zijn en transparantie bieden over waar men mee bezig is, wat men doet en waarom. Goede communicatie en een goed contact met medewerkers zorgt ook voor meer draagvlak, begrip en vertrouwen in de aanpak van de organisatie. Een bestuurder: *“Je moet je organisatie aangehaakt houden. In het begin gaat het over marsorders. En daar heb je goed contact met medewerkers voor nodig om ze aan te nemen en er vertrouwen in te hebben.”*

Organisaties hebben op verschillende gewerkt aan organisatiebrede communicatie:

- Wekelijkse nieuwsbrieven.
- Blog's en vlog's.
- Q&A's.
- Contact met OR en cliëntenraad.
- Wekelijkse online overleggen met verschillende geledingen binnen de organisatie.
- Kleine attenties voor medewerkers.

Regionale samenwerking

Daarnaast benoemen de meeste organisaties een goede samenwerking in de regio als bevorderende factor. De betreffende bestuurders zijn hierover te spreken. Zij geven aan de samenwerking in de regio als positief en constructief te hebben ervaren. De samenwerking is op verschillende manieren vormgegeven. Organisaties gaven aan dat de VVT was vertegenwoordigd in het ROAZ, dat zij samen optrokken met andere VVT-organisaties, dat zij goede contacten hadden met GGD en/of ziekenhuizen en/of dat er korte lijntjes zijn met andere regionale zorgpartijen.

Een goede regionale samenwerking is van belang voor een goede informatievoorziening opdat men een gelijkwaardige en actuele informatiepositie heeft. Maar ook om samen één lijn te trekken en/of zaken gezamenlijk te regelen zoals inkoop van PBM, het opzetten van een teststraat of het regelen van een centraal telefoonnummer. Bovendien is de regionale samenwerking van belang voor het verkrijgen van de nodige support, expertise en ruggenspraak. *“Er was een appgroep van VVT bestuurders die elkaar hielpen, onder meer met voorraden. [...] Ik heb me nooit niet gehoord gevoeld.”*

4.3 Betrekken bewoners en naasten

Een belangrijk aandachtspunt volgens alle organisaties is het betrekken van bewoners en naasten bij de maatregelen die ze hebben getroffen. Hoewel organisaties geprobeerd hebben bewoners en naasten te betrekken en hen goed te informeren, erkent een deel van de organisaties dat dit onvoldoende is gebeurd. Verschillende bestuurders geven aan dat de organisaties niet goed in gesprek zijn geweest met bewoners en naasten. Een bestuurder: *"We hadden op centraal niveau de cliëntenraad goed aangehaakt, maar op lokaal niveau niet."* Of een andere bestuurder: *"Er is in de eerste golf tot aan de bezoekersregeling te weinig contact geweest met de cliëntenraden."*

Volgens diverse bestuurders is het zaak om goed na te denken over hoe bewoners en naasten wel aangehaakt kunnen blijven. En hoe meer dan nu het geval is geweest samen met bewoners en naasten invulling kan worden gegeven aan beleid. Hele duidelijke ideeën heeft men hierover nog niet, maar dat daar meer aandacht voor moet komen staat wel buiten kijf. Eén van de bestuurders heeft het over het borgen van de positie van de lokale cliëntenraad als sparringpartner van managers. Bovendien blijkt in de praktijk dat het niet gemakkelijk is om bewoners en naasten te betrekken. Een bestuurder geeft aan: *"We hebben lokaal 'kletshuizen' ingericht om de families mee te nemen in wat kon en welke afwegingen daarin een rol spelen. Opvallend was dat de opkomst lang niet zo massaal was als gedacht."* Een andere bestuurder benoemt het aanstellen van een onafhankelijke voorzitter als mogelijkheid. Dit omdat de leden van de cliëntenraad soms meer dan gemiddeld persoonlijk betrokken zijn en dat maakt het lastig om advies te geven over, of besluiten te nemen voor het collectief.

4.4 Aandachtspunten sector

De voorgaande inzichten en aandachtspunten hebben vooral betrekking op het niveau van individuele zorgorganisaties. Wat zij hebben gedaan en kunnen doen om besmettingen nog beter te bestrijden. Maar de bestuurders zijn ook in de gelegenheid gesteld om aandachtspunten te benoemen die gelden voor de sector. Hoe te handelen als sector als er een tweede coronagolf komt of in de toekomst een vergelijkbare virusuitbraak?

Oog voor de morele dilemma's

Op basis van de interviews constateren we dat de meeste bestuurders ervoor pleiten om voortaan bij een uitbraak en het afkondigen van maatregelen meer oog te hebben voor de gevolgen en morele dilemma's die bepaalde maatregelen met zich mee brengen. Het landelijk sluiten van huizen heeft tot schrijnende situaties geleid. Meerdere bestuurders zijn er van overtuigd dat een dergelijke lockdown niet vol was te houden voor een langere periode. Eén van de bestuurders is daar vrij stellig in: *"Ik wil nooit meer een locatie sluiten."*

Uit de interviews blijkt dat bestuurders van mening zijn dat er voorbij is gegaan aan de unieke setting van de verpleeghuiszorg en de langdurige zorg. Diverse bestuurders geven aan dat het in de langdurige zorg niet uitsluitend om de gezondheid en veiligheid van bewoners gaat. Maar ook om het bieden van een prettige woonomgeving en kwaliteit van leven. Dan komen normen en waarden zoals welzijn, zelfbeschikkingsrecht, menswaardigheid, autonomie om de hoek kijken. Allemaal waarden waar met de landelijke lockdown onvoldoende recht aan is gedaan naar de mening van verschillende bestuurders.

Diverse bestuurders zijn van mening dat in de besluitvorming meer het evenwicht moet worden gezocht tussen gezondheid en kwaliteit van leven. *"Het afwegingskader in verpleeghuizen bestaat uit autonomie, veiligheid en menswaardigheid. Daar moeten we met elkaar over in gesprek."*, aldus een

bestuurder. Dit kan door - meer dan nu het geval is geweest – te kijken naar de situatie vanuit meerdere perspectieven of vanuit verschillende deskundigheden. Eén van de bestuurders noemt dat: *"The Whole System In The Room."* Nu heeft volgens sommige bestuurders in de landelijke besluitvorming de medische bril overheerst.

Maar het 'laveren tussen gezondheid en kwaliteit van leven' speelt zich ook op individueel niveau af. Hierbij gaat het dan om het voeren van het 'juiste gesprek', advanced care planning en shared decision making. In de kern heeft dit betrekking op het vroegtijdig aangaan van het gesprek met bewoners en naasten over wensen en behoeften om zo op voorhand samen te komen tot bepaalde afwegingen en keuzes. *"Wanneer voer je op welke manier het juiste gesprek. Hoe neem je mensen mee in de dilemma's en risico's van het ouder worden."*, aldus een bestuurder. Een andere bestuurder benoemt het als volgt *"Vanuit onze filosofie hechten we veel belang aan shared decision making en advanced care planning. Het risico dat een bewoner loopt neem je mee in het zorgleefplan. [...] Ga daar nadrukkelijk over in gesprek met familie om zo ook samen de verantwoordelijkheid te nemen."*

Verder willen we hier graag ook het perspectief van een bestuurder onder de aandacht brengen op de positie van 'naasten'. Deze bestuurder is van mening dat mantelzorgers en vrijwilligers niet zonder meer onder het bezoek geschaard moeten worden. Als zij deel uitmaken van het zorgleefplan behoren zij tot het cliëntteam. En zijn - weliswaar informeel – hulpverlener, geen bezoek. *"Met de kennis van nu zouden die mantelzorgers en vrijwilligers niet zomaar onder de bezoeksregeling worden geschaard."*, aldus de bestuurder.

Meer maatwerk

Daarnaast pleiten de meeste bestuurders voor meer maatwerk. Niet alles op één manier willen regelen en voor iedereen dezelfde richtlijnen en maatregelen afkondigen. Daarvoor zijn de verschillen tussen de werkgebieden van de zorgorganisaties en de specifieke situatie binnen locaties te groot. *"Nu geldt voor iedereen dezelfde maatregelen. Maar ik mag hopen dat een verpleeghuis op Schiermonnikoog anders is dan hier in een van de brandhaarden."* Aan deze verschillen wordt met een generiek landelijk beleid geen recht gedaan. En wordt een deel van de bewoners en naasten onnodig hard getroffen.

Uit de interviews kunnen we opmaken dat maatwerk vooral gezien wordt als 'streng waar nodig en soepel(er) waar het kan'. Dit is volgens een deel van de bestuurders geheel afhankelijk van de lokale context. Een bestuurder heeft het over lokaal gespecificeerd isoleren op basis van testen. Dit houdt wel in dat er regionale en lokale verschillen ontstaan. En zelfs verschillen tussen huizen. Maatwerk betekent het verschil durven te maken. Een belangrijke voorwaarde hierbij is wel dat er duidelijk gecommuniceerd wordt waarom er lokale verschillen zijn en welke goede redenen hier aan ten grondslag liggen. Een bestuurder: *"In Nederland wortelt het besef diep dat maatregelen altijd hetzelfde moeten uitpakken voor iedereen. Een generieke maatregel zorgt er altijd voor dat je ook ingrijpt op plekken waar het niet nodig is. Maatwerk biedt ruimte, maar is ook moeilijk en vraagt goede communicatie van ons."*

Daarnaast is een andere randvoorwaarde voor maatwerk dat zorgorganisaties de ruimte hebben om hun eigen beleid vorm te geven en uit te voeren. Een bestuurder: *"Uitgangspunt moet zijn, houd de verantwoordelijkheid waar die ligt. Het is mijn verantwoordelijkheid om de huizen aan te sturen. Het is mijn werk om passende maatregelen te nemen."* Hierbij geeft een bestuurder aan dat op landelijk niveau vooral de focus moet liggen om het faciliteren van de verantwoordelijkheid en beleidsruimte van zorgorganisaties door het snel ontsluiten en delen van inzichten en kennis.

Meer erkenning positie sector

Wanneer de bestuurders terug kijken op de afgelopen periode dan vindt een deel dat de sector onvoldoende erkenning heeft gekregen op landelijk niveau. Een bestuurder: *“Was goed geweest als landelijk alle partijen aan boord waren geweest. De VVT was dat nu niet.”*

Bovendien was de positie van de sector onvoldoende herkenbaar; er was geen boegbeeld. Enkele bestuurders merken op dat de informatievoorziening zich vooral richtte op de ziekenhuizen. Er was onvoldoende uitleg en communicatie over wat er gebeurde in de langdurige zorg waaronder de verpleeghuiszorg en waarom. Hierdoor hebben zorgorganisaties zelf veel moeten doen aan informatievoorziening en communicatie. Dit had volgens enkele bestuurders beter gekund. Of zoals een bestuurder het heeft gezegd: *“Iedere dag was ROAZ in beeld met een update over het aantal IC-bedden. Maar niets over de langdurige zorg. Dat had wel moeten. Had de langdurige zorg een gezicht gegeven.”*

Bijlage 1 – Geïnterviewde bestuurders

Op alfabetische volgorde:

- Audrey van Schaik, Raad van Bestuur bij Kennemerhart
- Geralde Schreuder, Directeur Zorg bij St Pieters en Bloklands
- Gijsbert van Herk, Raad van Bestuur bij Stichting Humanitas Rotterdam
- Janine Noordhuis, Raad van Bestuur bij Zorgspectrum Het Zand
- Karin Leferink, Raad van Bestuur bij IJsselheem
- Marcel van der Priem, Directeur Langdurige Zorg bij Rivas
- Marcel van Woensel, Raad van Bestuur bij Van Neynsel
- Mireille de Wee, Raad van Bestuur bij De Riethorst Stromenland

Bijlage 2 - Topiclijst interviews

Datum:

Geïnterviewde:

Interviewer:

1. Zou u uzelf en uw organisatie even kort kunnen introduceren?

Besmettingen

2. Het onderzoek richt zich op de ervaringen van zorgaanbieders met de landelijke corona-uitbraak. Heeft uw organisatie te maken (gehad) met besmetting op een of meerdere locaties?
3. Zo ja, zou u daar iets meer over kunnen vertellen? Om hoeveel besmettingen gaat het?
4. Heeft u enig idee waarom er op bepaalde locaties wel besmettingen zijn en op andere weer niet? Zijn zij echt anders, bijvoorbeeld qua gebouw, type zorg, doelgroep?
5. Zitten er wellicht verschillen in de maatregelen die getroffen zijn?

Aanpak en maatregelen

6. Wat hebben jullie gedaan om (verdere) besmettingen te voorkomen dan wel te bestrijden? Welke maatregelen hebben jullie genomen? Wat zijn jullie anders gaan doen?
7. Zijn jullie ook op een andere manier gaan zorg verlenen en/of behandelen? Zo ja, op wat voor manier dan?
8. Hebben jullie ook nog maatregelen genomen betreffende de inzet van personeel en veilig werken?
9. Wat betekende of betekent de hele situatie voor jullie medewerkers?
10. Hoe hebben jullie jullie medewerkers meegekregen in de maatregelen die jullie hebben genomen? Hoe was dat?

Geleerde lessen

11. Als u terugkijkt op de afgelopen periode waar bent u dan trots op? Wat ging er goed?
12. Zijn er zaken – nieuwe werkwijzen of inzichten – die jullie willen behouden? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?
13. Wat ging er niet goed? Waar liepen jullie als organisatie tegenaan bij het voorkomen of bestrijden van besmettingen?
14. Wat zijn zaken die u met de kennis van nu anders had gedaan? Had u andere afwegingen gemaakt?

15. Wat zou u andere zorgorganisaties willen aanbevelen? Kunt u 3 tips geven wat wel of juist niet te doen om (verdere) besmettingen tegen te gaan?

Toekomstperspectief

16. Als u naar de toekomst kijkt wat zijn dan zaken die u nu geleerd heeft en die u meeneemt naar toekomstige plannen? Om betere voorwaarden te kunnen scheppen voor het voorkomen van een uitbraak zoals nu het geval is?
17. Waar wilt u voor pleiten? Wat zou volgens u echt anders moeten doen, of juist niet?
18. Waar moet echt meer aandacht voor komen of rekening mee worden gehouden?
19. Waar zou een organisatie zelf invloed op moeten kunnen uitoefenen? Wat vraagt dit dan van de wijze waarop de besluitvorming binnen de organisatie is vormgegeven?
20. Zijn er nog andere punten waar we het niet over gehad hebben maar die u wel wilt meegeven?

think. do. connect.

E:M+MA.

Wijnhaven 88

2511 GA Den Haag

070 - 87 00 460

info@emma.nl

www.emma.nl

Volg ons op [Facebook](#), [Twitter](#) en [LinkedIn](#)