

ONDERZOEKSVERSLAG

Evaluatie implementatie COVID-19 testbeleid in verpleeghuizen

Juni 2021



Onderzoeksgroep

Prof. Dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg
Prof. Dr. Cees Hertogh, hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van zorg
Drs. Judith van den Besselaar, geriater i.o. en onderzoeker
Drs. Fleur Koene, medisch-microbioloog en onderzoeker
Dr. Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde en onderzoeker
Marije Spaargaren, BSc, onderzoeksassistent
Loes Termeulen, BSc, onderzoeksassistent

Inhoud

Inleiding	3
Onderzoeksmethode	5
Resultaten	7
Hoe zijn de beleidsadviezen met betrekking tot infectiepreventie en uitbraken COVID-19 geïmplementeerd in verpleeghuizen gedurende de tweede golf?	8
Fase groen: voorbereiding en bijbehorende toerusting van organisatie en medewerkers op een mogelijk uitbraak.....	8
Fase oranje: Voorkomen van introductie van virus in het verpleeghuis bij oplopen van de omgevingsprevalentie	9
Fase rood: Aangescherpt beleid bij een uitbraak	12
Wat is de impact van het nieuwe uitbraakbeleid (fase rood) op de detectie van het aantal bewoners en medewerkers met Sars-CoV-2, de duur van de uitbraak en mortaliteit onder bewoners?.....	14
Ondersteunende en belemmerende factoren voor het uitvoeren van (wekelijks) testen bewoners en medewerkers en cohortering.....	16
Omgevingsniveau: zorginstelling	16
Individueel niveau: manager, specialist ouderengeneeskunde, deskundige infectiepreventie, (kwaliteits)verpleegkundige	18
Individueel niveau: zorgmedewerkers	20
Organisatorisch: samenwerking tussen intern en extern	21
Conclusie	23
Aanbevelingen.....	26

Inleiding

Sinds 3 september 2020 is voor de verpleeghuizen een nieuw beleid met betrekking tot het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en een intensiever testbeleid bij een COVID-19 uitbraak geadviseerd¹. Dit nieuwe testbeleid houdt in dat bij een uitbraak (gedefinieerd als 1 of meer bewoners die positief getest worden op SARS-CoV-2) alle bewoners en medewerkers in de kleinste afsluitbare eenheid ongeacht klachten worden getest. Het testbeleid komt voort uit een eerder door onze groep uitgevoerde Nederlandse studie². Verdere ondersteuning komt uit meerdere buitenlandse studies³ en beleid van de European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)⁴ en Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁵. Uit ons onderzoek² bleek dat wanneer er bij een uitbraak bij wekelijks preventief getest wordt 60% van de positief geteste bewoners presymptomatisch of niet herkend symptomatisch was. Daarnaast bleek dat 10% van de medewerkers positief werd getest op COVID-19 zonder herkenbare klachten hadden en dat een deel van de positief geteste medewerkers die hele lichte klachten had hiermee doorwerkte.

Deze bevindingen laten zien dat het onvoldoende is om bij bewoners een testbeleid te hanteren dat alleen uitgaat van aanwezige klachten. Daarnaast is het essentieel om medewerkers ongeacht klachten te testen. Het doel van het nieuwe testbeleid is om bij een uitbraak alle bewoners en medewerkers met een SARS-CoV-2 besmetting te signaleren en isoleren, zodat een uitbraak snel ingedamd kan worden.

Het beleid bestaat uit de volgende onderdelen:

Fase groen: lage omgevingsprevalentie

In deze fase zijn er adviezen gegeven om personeel te scholen op het herkennen van klachten bij bewoners bij zichzelf. Er is geadviseerd basiswaarden van saturatie en temperatuur te verzamelen van bewoners en te zorgen voor een team van vaste medewerkers die de bewoners goed kennen. De organisatorische adviezen betreffen het maken van afspraken met laboratoria en GGD, het handelen bij een uitbraak om tot snelle testuitslagen te komen en het uitvoeren van uitbraakoefeningen. Dit heeft tot doel om een eerste besmetting tijdig te herkennen. Een vroege herkenning voorkomt verspreiding in een vroege fase door vlot tot testen en isoleren over te kunnen gaan.

Fase oranje: omgevingsprevalentie is opgelopen tot niveau 'zorgelijk'

In deze fase is er verhoogde kans op introductie van SARS-CoV-2 en is geadviseerd om alle medewerkers en bezoekers een chirurgisch mondneusmasker te laten dragen. Daarnaast is er geadviseerd om bewoners die vanuit huis of andere zorginstelling worden opgenomen 10 dagen in quarantaine te plaatsen ongeacht de SARS-CoV-2 uitslag op de dag van opname. Deze maatregelen hebben tot doel de kans op introductie van het virus in het verpleeghuis zo klein mogelijk te maken.

Fase rood: er is een uitbraak van SARS-CoV-2.

Bewoners en personeel van de kleinste afsluitbare eenheid gerelateerd aan de indexcasus (eerste positieve test bij bewoners) dienen totdat de uitbraak is uitgedoofd wekelijks getest te worden

¹ <https://unoamsterdam.nl/covid-19/conclusie-en-aanbevelingen-covid-19-verpleeghuisstudie/>

² Judith H van den Besselaar, Reina S Sikkema, Fleur M H P A Koene, et al, Are presymptomatic SARS-CoV-2 infections in nursing home residents unrecognised symptomatic infections? Sequence and metadata from weekly testing in an extensive nursing home outbreak, *Age and Ageing*, 2021

³ O.a. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2081-2090.

⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA#no-link>

⁵ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html>

middels een PCR-test op SARS-CoV-2. Afhankelijk van de bouw van het verpleeghuis worden bewoners op de afdeling gecohorteerd of overgeplaatst naar een COVID-cohort. Er wordt een lokaal Outbreak Management Team (OMT) ingesteld en medewerkers dienen op een vaste afdeling te werken. Deze fase heeft tot doel om bewoners en medewerkers met een SARS-CoV-2 besmetting snel te kunnen signaleren en deze te isoleren om zo de uitbraak in te dammen.

Bovenstaand uitbraakbeleid is eind september 2020 gedeeltelijk overgenomen in de Verenso richtlijn Behandeladvies COVID-19 'Acute fase en nazorg'⁶. Het wekelijks hertesten werd alleen geadviseerd op moment van een onbeheersbare uitbraak. Het uitbraakbeleid is op 23 november volledig overgenomen en op 18 december ook aan de richtlijn uitbraakbeleid verpleeghuizen⁷ van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM toegevoegd.

Situatie verpleeghuizen tweede golf

Op het hoogtepunt van de tweede corona-golf in december hadden ruim 800 verpleeghuizen ten minste 1 besmetting met SARS-Cov-2 bij een bewoner. Op dezelfde dag werden er 467 bewoners positief getest op SARS-CoV-2⁸. Er is onvoldoende zicht op het aantal op SARS-CoV-2 positief geteste medewerkers in verpleeghuizen, omdat medewerkers zich ook via algemene teststraten laten testen. Daarnaast zijn er onvoldoende gegevens bekend over het aantal positief geteste bewoners en medewerkers bij een uitbraak in verpleeghuizen. Dat geldt ook voor de duur van die uitbraken.

Doel van de studie

Het doel van deze studie is inzicht verwerven in de mate van implementatie van het nieuwe testbeleid en de impact van het nieuwe testbeleid bij uitbraken op de detectie van SARS-CoV-2 bij verpleeghuisbewoners en medewerkers. Bij de implementatie gaat het om de mate waarin het nieuwe testbeleid wordt toegepast en welke bevorderende en belemmerende factoren worden ervaren door medewerkers en bestuurders. Bij impact gaat het om de gevolgen van het testbeleid voor medewerkers, bewoners en bezoekers, de duur en om de omvang van de uitbraak. Op basis van de resultaten van deze studie kunnen we gerichte acties inzetten om tot betere implementatie van het testbeleid bij uitbraken, of bijstelling van dit beleid, te komen. Daarnaast willen wij de resultaten bezien in de bredere context van de infectieziektepreventie in de verzorgings- en verpleeghuizensector. Wij zullen onze resultaten daartoe vergelijken met de resultaten van het rapport 'Aanbevelingen voor een goede infectiepreventie in de verpleeghuiszorg' van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) van februari 2021.

Onderzoeksvragen

1. Hoe zijn de beleidsadviezen met betrekking tot preventie en uitbraken van COVID-19 infecties geïmplementeerd in verpleeghuizen gedurende de tweede golf?
2. Wat is de impact van het in september 2020 vastgestelde uitbraakbeleid (fase rood) op de detectie van het aantal bewoners en medewerkers met Sars-CoV-2, de duur van de uitbraak en de mortaliteit onder bewoners?
3. Welke ondersteunende en belemmerende factoren ervaren medewerkers en bestuurders met betrekking tot het nieuwe uitbraakbeleid (fase rood)?

⁶ <https://www.verenso.nl/themas-en-projecten/infectieziekten/covid-19-coronavirus/behandeladvies-acute-fase-en-nazorg>

⁷ [Handreiking voor contactonderzoek bij COVID-19 in instellingen voor langdurige zorg | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)

⁸ <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/verpleeghuiszorg>

Onderzoeksmethode

De studie richt zich op verpleeghuizen die een uitbraak van COVID-19 hebben meegemaakt vanaf 15 september 2020.

Om onderzoeksvraag 1 en 2 te beantwoorden, is gebruik gemaakt van vragenlijstonderzoek en interviews:

1. Een beknopt vragenlijstonderzoek om zicht te krijgen op
 - de duur van den laatste uitbraak
 - de omvang van de laatste uitbraak
 - de implementatie van PBM
 - testbeleid
 - omgaan met bezoek
 - impact op continuïteit van zorg en organisatiefactoren die een rol spelen bij (het voorkomen van) een uitbraak
2. Een uitgebreid vragenlijstonderzoek gecombineerd met interviews om van 25 uitbraken de beleidsoverwegingen te bespreken. De uitgebreide vragenlijst bevatte dezelfde vragenlijst als de beknopte vragenlijsten. Er zijn aanvullende vragen gesteld omtrent quarantaine van bewoners en medewerkers, over kenmerken van het gebouw en over ventilatie. Ook zijn er twee open vragen gesteld over belemmerende en ondersteunende factoren om een uitbraak onder controle te krijgen.

De vragenlijsten konden worden ingevuld door bestuurders, managers of zorgmedewerkers die nauw betrokken waren geweest bij het uitbraakbeleid van hun organisatie. Elke deelnemende locatie kon de beknopte of uitgebreide vragenlijst voor 1 uitbraak invullen.

Om onderzoeksvraag 3 te beantwoorden, zijn focusgroepen gehouden onder managers/bestuurders, specialisten ouderengeneeskunde (SO), verpleegkundigen en verzorgenden naar de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van het nieuwe testbeleid.

In bijlage 2-4 zijn de vragenlijsten, interviewguides en inhoud van de focusgroep te lezen.

Via www.zorgkaartnederland.nl zijn de emailadressen opgezocht van alle verpleeghuizen in Nederland. Zij hebben op hun algemene e-mailadres een uitnodiging ontvangen. Daarnaast stond er een oproep tot deelname in de nieuwsbrief van Actiz. Tot slot is gebruik gemaakt van de nieuwsbrief van UNO Amsterdam en de website van het UNO. De vragenlijsten zijn verstuurd middels www.castoredc.nl. De data-analyse van de vragenlijsten is gedaan met SPSS. Interviews en focusgroepen zijn geanalyseerd middels thematische analyse volgens Braun⁹ met MaxQDA voor de analyse. Er is gebruik gemaakt van het framework van Houghton¹⁰ om ondersteunende en belemmerende factoren te beschrijven voor uitvoer van het uitbraakbeleid.

Een uitbraak is als volgt gedefinieerd: in een verpleeghuislocatie van een deelnemende organisatie is er één bewoner positief getest en/of zijn er twee epidemiologisch gelinkte positief geteste medewerkers. Bij positief geteste medewerkers gaat het om medewerkers die in de twee weken voorafgaand aan de positieve test nauw contact hebben gehad met bewoners en/of zorgverleners in het verpleeghuis.

⁹ Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006 2006/01/01;3(2):77-101

¹⁰ Houghton_C, Meskell_P, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) Guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD013582. DOI: [10.1002/14651858.CD013582](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582).

Verder werd bekeken of de positief geteste personen zich beperkten tot een of meerdere kleinst afsluitbare eenheden. De 'kleinst afsluitbare eenheid' is een term die de ruimte aangeeft waar het virus zich het meest waarschijnlijk heeft kunnen verspreiden bij een uitbraak. Dit kan een afdeling of een unit zijn. Deze eenheden zijn bijvoorbeeld van elkaar gescheiden omdat ze op een andere verdieping liggen of omdat er gesloten deuren tussen deze eenheden zijn. Binnen deze eenheden verblijft een groep bewoners met vaak een eigen team medewerkers. In dit verslag zullen we een kleinst afsluitbare eenheid aanduiden als *unit*.

Resultaten

In totaal zijn 355 zorgorganisaties benaderd voor deelname aan de vragenlijstonderzoeken, interviews en focusgroepen. In bijlage 5 is een flowchart opgenomen van benadering, inclusie en exclusie. Vanuit elke organisatie konden meerdere locaties meedoen. Vanuit de meeste organisaties deed er één locatie mee.

In totaal hebben 117 zorglocaties van 76 zorgorganisaties deelgenomen aan de vragenlijstonderzoeken en informatie aangeleverd over hun uitbraakbeleid gedurende de tweede golf. De vragenlijsten zijn beantwoord tussen 18 januari en 9 april 2021. Negentig zorglocaties vulden de beknopte vragenlijst in. 27 zorglocaties vulden de uitgebreide vragenlijst in. Er zijn vervolgens 24 interviews afgenomen. Bij één organisatie werd er van drie locaties uitgebreide informatie aangeleverd. Bij één locatie lukte het niet om een interview te plannen. De uitgebreide vragenlijsten zijn afkomstig uit 21 veiligheidsregio's (Bijlage 6).

De kleinste locaties hadden slechts twaalf bewoners. De grootste locatie had 250 bewoners. De meeste locaties hadden tien of minder units. Bij 70% van de uitbraken ging het om 25 of minder bewoners of medewerkers. Er was ook een uitbraak met 94 positief geteste bewoners en een uitbraak met 100 positief geteste medewerkers. De helft van de locaties had maar één uitbraak gedurende de tweede golf. Een kwart van de locaties had twee uitbraken. Er was één verpleeghuis dat vijftien uitbraken rapporteerde binnen één locatie. Deze locatie heeft zelfstandige appartementen voor bewoners. Het is mogelijk dat elke positieve test als een uitbraak is gerapporteerd omdat deze locatie zelfstandige appartementen voor bewoners heeft.

Er zijn vier homogene focusgroepen met in totaal 23 deelnemers gehouden (Bijlage 7). Deelnemers waren: managers (8), specialisten ouderengeneeskunde (5), verpleegkundigen (4) en verzorgenden (6). Daarnaast zijn 26 interviews gehouden, waarvan enkele interviews met twee personen (Bijlage 7). Twee managers en een SO hebben deelgenomen aan zowel een interview als een focusgroep.

Op de volgende pagina's worden de onderzoeksresultaten per onderzoeksvraag besproken. In bijlage 8 zijn alle antwoorden te vinden die zijn gegeven op de vragen van de vragenlijst. In bijlage 9 is een overzicht opgenomen van uitspraken uit interviews en focusgroepen ter illustratie van beleidsafwegingen en ervaringen gedurende de tweede golf.

Hoe zijn de beleidsadviezen met betrekking tot infectiepreventie en uitbraken COVID-19 geïmplementeerd in verpleeghuizen gedurende de tweede golf?

Fase groen: voorbereiding en bijbehorende toerusting van organisatie en medewerkers op een mogelijk uitbraak

Herkennen van klachten: belang van passende toerusting personeel, objectieve basiswaarden en vertrouwdschap personeel met bewoner.

108/117 deelnemende locaties trainden medewerkers in het dragen van PBM middels een live bijeenkomst en/of door een video. De overige locaties gaven alleen geschreven instructies. Uit de interviews bleek dat, ondanks deze instructies, gedurende een uitbraak nog veel coaching en hulp op de werkvloer nodig was van een (praktijk)verpleegkundige, verpleegkundige specialist, deskundige infectiepreventie of (afdelings)manager. De eerdere training bleek niet afdoende om het personeel adequaat toe te rusten. Uit de interviews bleek dat het personeel het lastig vond om de gedragsregels goed na te volgen. Voorbeelden van deze gedragsregels zijn: het aantal mensen in een ruimte, het niet eten en drinken op een cohortafdeling en de rapportage van eigen symptomen. Verzorgenden in de focusgroepen en interviews gaven aan dat je niet echt op deze situatie voorbereid bent tot het zich werkelijk voordoet. De aanwezigheid van een verpleegkundige, SO of afdelingsmanager op de cohortafdeling werd als positief en ondersteunend ervaren, omdat dit de mogelijkheid bood om laagdrempelig vragen te stellen. In een aantal interviews werd benoemd dat zorg in verpleeghuizen tegenwoordig vooral gericht is op welzijn. Hierdoor hadden de medische aspecten van de zorg nodig tijdens een uitbraak, zoals basale kennis en deskundigheid op het gebied van infectiepreventie.

103/117 deelnemende locaties gaven in de vragenlijst aan dat ze het meten van temperatuur, saturatie en/of het uitvragen van symptomen als screening gebruikten. Echter, 63/117 (53.8%) van de verpleeghuizen zette dit pas in op het moment dat er sprake was van een besmetting in de naaste omgeving van de bewoner (medebewoner, personeelslid of familie) of wanneer de bewoner in quarantaine was (bijvoorbeeld na opname in een ziekenhuis). Slechts een kwart van de locaties gebruikte de meting van temperatuur en saturatie als screening, zodat ook basiswaarden in het dossier verzameld werden. Er was dan geen sprake van klachten en er waren geen contacten geweest met een persoon die positief testte op SARS-CoV-2.

De interviews bevestigden dit beeld: het merendeel van de verpleeghuizen ging saturatie en temperatuur meten bij bewoners op het moment van een uitbraak. In slechts twee interviews werd verteld dat de basiswaarden werden verzameld bij alle bewoners. Een deel van de verpleeghuizen vond de belasting te groot voor de bewoners en/of de medewerkers. De argumenten hiervoor waren dat screening tijd kost, dat er niet altijd de personele bezetting voor is, en/of dat het personeel niet afdoende geschoold is om de basiswaarden te kunnen interpreteren. Daarnaast werd de klinische blik van het personeel op grotere waarde geschat dan een meting van temperatuur, saturatie of een gestandaardiseerde vragenlijst.

“Dat wij daar niet specifiek op screenen? Omdat wij onze medewerkers getraind hebben om het gewoon al gaande weg en vooral hun algemene blik op de klanten te gebruiken. Om te zien of die anders is dan normaal. En dat hoger in te schalen dan een afwijkende temperatuur of afwijkende saturatie of wat dan ook.”- (Kwaliteitsverpleegkundige, interview 5)

Vorbereiden op uitbraak door actualiseren van uitbraakplannen, uitvoeren van audits&uitbraakoefening

Uit de interviews kwam tevens naar voren dat er nauwelijks uitbraakoefeningen waren gedaan op locaties. Zelden was op voorhand de GGD geraadpleegd met de vraag over hoe te handelen bij een uitbraak.

Interviewer: "wat was de rol van de GGD?"

Verpleegkundige: "[...] Tijdens de 2^{de} golf hebben we vrij weinig met de GGD te maken gehad, en we waren zelf ook verantwoordelijk voor het uitvoeren van bron en contact onderzoek. Die wens hebben we toen wel bij hun weggelegd, maar de GGD had het natuurlijk veel te druk met andere dingen, dus die verantwoordelijkheid werd dan toch wel terug naar ons gelegd. En daar gaat gewoon veel tijd in zitten om dat goed te doen. Dus weinig bemoeienis met de GGD." (interview 7)

Enkele verpleeghuizen werkten samen met een lokaal ziekenhuis, waardoor zij gebruik konden maken van de deskundige infectiepreventie van dat ziekenhuis. De meeste verpleeghuizen hadden wel protocollen voor een uitbraak, maar gaven aan dat op het moment van een uitbraak deze protocollen toch niet passend bleken te zijn voor de situatie, waardoor vaak weer nieuw beleid werd gemaakt.

Maken van afspraken over testen en snelle uitslag

Slechts een klein deel van de deelnemers aan de interviews had afspraken gemaakt over een snelle testuitslag. Een deel van de verpleeghuizen gaf aan soms 48-72 uur te moeten wachten op een testuitslag. Alle verpleeghuizen namen zelf de monsters af bij de bewoners. Medewerkers werden wisselend getest door het verpleeghuis of door de GGD.

Fase oranje: Voorkomen van introductie van virus in het verpleeghuis bij oplopen van de omgevingsprevalentie

Mondneusmaskers door personeel

Mondneusmaskers werden bij 106/117 deelnemende locaties ingezet ongeacht de omgevingsprevalentie en bij 8/117 wanneer de omgevingsprevalentie oploopt tot zorgelijk. Er waren drie zorglocaties die aangaven alleen mondneusmaskers te gebruiken ten tijde van een uitbraak of wanneer een medewerker in onbeschermd contact was geweest met een persoon met een (vermoedelijke) SARS-CoV-2 besmetting.

Uit de interviews bleek dat bewoners op alle afdelingen snel gewend waren aan het dragen van de mondneusmaskers. Op de psychogeriatrische afdeling (PG) werd vaak humor gebruikt in de benadering van bewoners: "Het is bijna carnaval". Sporadisch werd benoemd dat bewoners mondneusmaskers probeerden af te trekken bij medewerkers. Uit de interviews kwam een aantal belangrijke nadelen van het dragen van mondneusmakers naar voren:

- Bewoners konden geen mimiek meer lezen.
- Het is moeilijker om je verstaanbaar te maken, waardoor je de neiging hebt om harder te gaan praten of te gaan schreeuwen naar bewoners.
- Het werd als fysiek zwaarder ervaren om te werken met de mondneusmaskers en de volledige PBM.
-

In de interviews werd het dragen van PBM bijna altijd aangewezen als cruciaal om een uitbraak te kunnen voorkomen of te beperken. Het feit dat er in het voorjaar van 2020 amper beschermingsmiddelen beschikbaar waren in verpleeghuizen, leeft nog sterk. Nu er in het najaar wel

voldoende beschermingsmiddelen waren, voelden medewerkers zich ook veiliger op het werk. *“Ik voelde me onveiliger bij de Albert Heijn”*. Tijdens onze interviews werd door geen deelnemers melding gemaakt van een tekort aan PBM gedurende de tweede golf. Een enkele keer werd genoemd dat niet de juiste schorten of spatbrillen waren ingekocht. Wat in het najaar nog veel onzekerheid gaf, waren de berichten rondom de FFP2-maskers. Hierdoor hebben sommige medewerkers zich onveiliger gevoeld met een chirurgisch type IIR-masker. Enkele deelnemers benoemden dat anders uitzijnde beschermingsmiddelen bij een volgende levering onduidelijkheid konden geven of je hiermee wel goed beschermd was.

Beleid bezoek

116/117 deelnemende verpleeghuizen hadden als beleid dat bezoek een mondneusmasker moest dragen, zich moest registreren en de handen moest desinfecteren. Daarnaast was er bij 115/117 verpleeghuizen een maximaal aantal bezoekers per bewoner per dag toegestaan. In totaal deden negentig verpleeghuizen navraag naar klachten. De temperatuur opmeten van bezoek (14/117) of bewoners een mondneusmasker laten dragen (5/117), werd nauwelijks gedaan.

Eenzijds probeerden zorginstellingen de maatregelen streng te handhaven en bezoekers aan te spreken wanneer deze zich niet aan maatregelen hielden. Anderzijds was er veel begrip voor de behoefte tot nabij contact van bewoners en familieleden en realiseerde men zich dat niet alles valt te handhaven.

“En zie je niet wat er achter de deur op zo'n appartement gebeurt of op de kamer. En begrepen we toch wel dat kleinkinderen bij opa op schoot gekropen waren en weer lekker hadden geknuffeld.”
(Verpleegkundige 1, focusgroep verpleegkundigen)

Veel zorglocaties gaven aan nooit meer terug te willen naar de situatie van het voorjaar van 2020 toen al het bezoek werd geweerd. Bewoners hebben behoefte aan fysiek contact met familie en niet alleen contact via een beeldscherm. In tweede golf werd meer onbegrip ervaren vanuit bezoekers voor de anderhalve meter afstand en het dragen van een mondneusmasker. Over het algemeen hield bezoek zich goed aan de maatregelen en werd het als prettig ervaren dat bezoek mogelijk was, ook wanneer er corona besmettingen waren. Dit werd met name mogelijk gemaakt doordat de brede beschikbaarheid van PBM (mondneusmasker, schort en handschoenen), waardoor familie ook op bezoek kon komen een bij niet-stervende bewoners.

Quarantaine bij nieuwe opname

Quarantaine van nieuwe bewoners die worden opgenomen vanuit de thuissituatie of een andere zorginstelling, werd besproken in de uitgebreide vragenlijsten en interviews. Tussen het advies van september en de dataverzameling van deze studie heeft het RIVM het beleid met betrekking tot quarantaine aangepast: buiten zorginstellingen werd het advies om na contact met een positief getest persoon vijf dagen isolatie toe te passen en dan opnieuw te testen.

Het beleid omtrent quarantaine van nieuwe bewoners verschilt per zorgorganisatie. Door één respondent werd benoemd dat nieuwe bewoners volgens de richtlijnen tien dagen in quarantaine gingen. Een andere respondent gaf aan dat hij de richtlijn van testen en vervolgens tien dagen quarantaine niet logisch vindt, omdat het testen dan geen consequenties heeft. Daarom hield deze respondent voor nieuwe bewoners eerst vijf dagen in quarantaine aan, gevolgd door een test waarna de quarantaine eventueel verlengd kon worden. Andere respondenten vonden dat een verhuizing al zoveel impact heeft, dat ze tien dagen quarantaine een te zware maatregel vonden. Bij één organisatie mocht iemand pas worden opgenomen wanneer diegene thuis negatief was getest voor

COVID-19. Op een revalidatieafdeling werd voor nieuwe revalidanten een “*lichte quarantaine*” periode van vijf dagen aangehouden., De nieuwe bewoners gingen in quarantaine, maar om verdere achteruitgang te voorkomen mochten zij wel naar therapie mocht met een mondneusmasker.

Fase rood: Aangescherpt beleid bij een uitbraak

De volgende kaders beschrijven vier uitbraken uit de interviews. Elk laat een ander beleid zien dat is gekozen op basis van de kenmerken van de bewoners, het gebouw en de personele en facilitaire mogelijkheden.

Uitbraak 1: testen op basis van symptomen, somatische afdeling

Het betreft een verpleeghuis met afdelingen GRZ, herstellzorg, somatiek, open PG en gesloten PG. Alle bewoners, behalve degenen die op de gesloten PG wonen, hebben een eigen appartement met eigen sanitair en kunnen kiezen de huiskamer bezoeken voor gezamenlijke activiteiten en de maaltijden. Het huis is gebouwd in een carré-vorm.

De indexpatiënt was een bewoonster van een somatische afdeling die voor dialyse naar het ziekenhuis ging. Zij verbleef voornamelijk op haar appartement en had alleen contact met haar twee buurmannen. Deze waren getest en een van hen had een positieve PCR test. De drie appartementen werden 'afgezet' op de gang en de drie bewoners bleven op hun kamer in quarantaine. Na een aantal dagen ontwikkelde een bewoner aan de andere zijde van de carré echter ook symptomen en ging de gehele carré in quarantaine. Omdat bewoners op het eigen appartement konden blijven, werd er alleen getest bij symptomen. Tien dagen na de laatste positieve PCR-test werd de gehele afdeling getest, zodat bij een negatieve testuitslag de quarantaine kon worden opgeheven. De belasting van testen voor bewoners zonder symptomen werd niet als proportioneel gezien omdat dit het quarantaine beleid niet zou veranderen. Medewerkers werden alleen bij symptomen getest of als zij zich ongerust maakten. Medewerkers werden niet routinematig getest ongeacht symptomen, omdat zij op dat moment werkten met een chirurgisch mondneusmasker.

Uitbraak 2: testen op basis van symptomen, psychogeriatrische afdeling

Het betreft een verpleeghuis met een afdeling PG en somatiek en daarnaast een verzorgingshuisgedeelte. Bewoners op de PG en somatiek afdelingen hebben een eigen slaapkamer en gedeeld sanitair. Deze afdelingen zijn opgedeeld in drie units met elk hun eigen woonkamer. Het gebouw heeft een carré-vorm.

De indexpatiënten waren twee medewerkers: een moeder en dochter die werkten op de PG afdeling. Onder bewoners en medewerkers is bron- en contactonderzoek verricht. Een bewoner testte positief, waarop alle bewoners van de gezamenlijke huiskamer van deze bewoner zijn geïsoleerd van de andere bewoners van de afdeling. De vrije doorgang tussen de woonkamers werd afgesloten. In de praktijk was dit zeer lastig te handhaven, omdat veel bewoners loopdrang hadden waardoor ze over de hele afdeling liepen. In de dagen daarna kregen ook bewoners van de andere twee woonkamers klachten. Omdat veel bewoners van die afdeling in korte tijd positief testten op COVID-19, werd aangenomen dat het virus mogelijk naar alle bewoners van de afdeling was verspreid door het vele onderlinge contact. Daarom is besloten de hele afdeling tot een cohort te maken en alle bewoners als besmet te beschouwen. Op het moment dat alle bewoners klachtenvrij waren, zijn alle bewoners getest om de quarantaine op te heffen.

Uitbraak 3: eenmalig testen ongeacht symptomen

Het betreft een verpleeghuishuis met een afdeling voor somatische zorg, gesloten PG, eerstelijns verblijf (ELV), verstandelijke beperking met voornamelijk een somatische zorgvraag, een afdeling voor blinden en slechtzienden en verzorgingshuisbedden. De bewoners hebben een eigen appartement, de afdelingen hebben gezamenlijke woonkamers en op de begane grond bevindt zich een café. De bewoners zijn erg actief en zoeken veel onderling contact op de gang en in de gezamenlijke ruimtes.

De indexpatiënte was woonachtig op de afdeling met verzorgingshuisbedden. Zij had bezoek gehad van haar dochter die daarna klachten ontwikkelde en aan het verpleeghuis meldde dat zij

positief getest was. In eerste instantie is bron- en contactonderzoek gedaan. Toen meerdere bewoners klachten ontwikkelden, zijn afdelingen op verschillende momenten in zijn geheel getest, ongeacht symptomen. Deze testrondes zijn niet herhaald. Op twee momenten toen veel nieuwe a/presymptomatische bewoners werden gevonden zijn ook groepen medewerkers getest ongeacht symptomen. Deze twee momenten lagen veertien dagen uit elkaar. In de basis werd bij bewoners en medewerkers de teststrategie aangehouden om bij klachten of in het kader van bron- en contactonderzoek te testen. De keuze om op die verschillende momenten te testen ongeacht symptomen werd ingegeven door de aantallen medewerkers/bewoners met klachten en het uitvoerige bron- en contactonderzoek. Het testen ongeacht symptomen is niet op grote schaal ingezet omdat de testuitslag hiervan als “achterhaald” werd gezien: iemand die negatief test ongeacht symptomen kan de volgende dag alsnog positief testen.

In het restaurant is een cohortafdeling van 14 bedden gevormd voor positief geteste bewoners. Deze capaciteit bleek onvoldoende toen het aantal besmettingen toenam. Uiteindelijk werden bewoners op de eigen kamer geïsoleerd en is van de PG-afdeling een gemengd cohort gemaakt. Positief en negatief geteste bewoners bleven gezamenlijk op de afdeling en de gehele afdeling ging in quarantaine.

Uitbraak 4: herhaald testen ongeacht symptomen

Het betreft een verpleeghuis met vier afdelingen, waarvan één somatische afdeling, één PG afdeling en twee afdelingen met woonzorg waar bewoners lichte ondersteuning krijgen. De afdelingen bevinden zich elk op een eigen verdieping. Voor de somatische afdeling en de woonzorgafdelingen is er een gezamenlijk restaurant op de begane grond waar bewoners met elkaar de maaltijden nuttigen. Op de gesloten PG-afdeling worden de maaltijden in de woonkamer op de afdeling geserveerd.

De indexpatiënt was woonachtig op de somatische afdeling. Hij kreeg bezoek van zijn op de PG-afdeling wonende echtgenote. Het bron- en contact- onderzoek is opgestart en werd bij elke nieuwe besmetting uitgebreid. Bij toenemende besmettingen is besloten de afdeling van de indexpatiënt en zijn echtgenote in zijn geheel te testen. Toen door bron- en contactonderzoek onder bewoners en personeel bleek dat de verspreiding uitgebreider was, werd het gehele verpleeghuis elke vijf dagen getest ongeacht symptomen. Dit is driemaal herhaald. Voor medewerkers met klachten tussen deze periodieke testen werd gebruik gemaakt van antigeensneltesten. Bewoners met een positieve test werden uitgeplaatst naar een externe cohort-afdeling. Bij een positieve antigeentest werd de bewoner meteen uitgeplaatst. Een negatieve antigeentest werd gecontroleerd met een PCR-test alvorens de bewoner werd uitgeplaatst. Het veelvuldig testen en het uitplaatsen naar een extern cohort werd als cruciaal gezien om de uitbraak onder controle te krijgen: uitplaatsing naar een cohort verwijdert de besmettingshaard van een afdeling. Daarnaast werden onbesmette bewoners zoveel mogelijk op de eigen kamer gehouden tijdens de uitbraak. Zij waren zelf ook angstig voor besmetting en wilden zich gedurende de uitbraak zelf isoleren.

De bovenstaande vier kaders geven weer dat in fase rood het testbeleid op verschillende manieren is geïmplementeerd en dat hierbij verschillende afwegingen zijn gemaakt. Bij de vraag welk testbeleid voor bewoners en medewerkers werd gevolgd, konden in de vragenlijst meerdere antwoordopties worden aangevinkt. De verschillende vakjes waren:

- bij symptomen
- bij onbeschermd contact
- testen van de unit ongeacht symptomen
- testen van hele verpleeghuis ongeacht symptomen.

Uit de vragenlijsten bleek dat 104 van de 117 deelnemende locaties tijdens de laatste uitbraak bewoners van de gehele unit, of zelfs het gehele verpleeghuis, hadden getest ongeacht symptomen. Zeven van deze locaties hadden de gehele unit en het gehele huis getest. Wat betreft het testbeleid voor medewerkers testten 85/117 deelnemende verpleeghuizen hun medewerkers ongeacht symptomen: 55 testten medewerkers van de unit, 21 testten medewerkers van het gehele verpleeghuis en negen hadden zowel van de unit als van het gehele verpleeghuis de medewerkers getest. Uit de interviews bleek dat de frequentie van het hertesten van bewoners en medewerkers verschilt van 3 dagen tot 14 dagen. De frequentie van het hertesten van medewerkers ligt lager dan van bewoners.

Vanuit de interviews bleek dat verschillend beleid soms opeenvolgend werd uitgevoerd aan de hand van het aantal besmettingen dat gevonden werd. Zo kon bij bron- en contactonderzoek op meerdere afdelingen besmettingen worden gevonden, waarna werd gekozen om het hele verpleeghuis te testen. Dezelfde variatie in beleid werd in de interviews gezien bij het starten met het testen van de kleinst afsluitbare eenheid ongeacht symptomen. Zo zetten sommige verpleeghuizen dit testbeleid direct in bij de eerste positieve PCR-test, terwijl andere locaties hier pas mee startten wanneer meerdere bewoners of medewerkers klachten hadden ontwikkeld en/of een positieve test hadden. Deze nuances in de interviews kunnen niet uit de beantwoording van de vragenlijst worden gehaald.

Wat is de impact van het nieuwe uitbraakbeleid (fase rood) op de detectie van het aantal bewoners en medewerkers met Sars-CoV-2, de duur van de uitbraak en mortaliteit onder bewoners?

Om de impact van het uitbraakbeleid te kunnen evalueren, hebben we gevraagd naar de kenmerken van de meest recente uitbraak. Dit hebben we gedaan om selectiebias te voorkomen.

Ten eerste werd de duur van de uitbraak in dagen berekend. De deelnemende verpleeghuizen werd gevraagd naar de datum van de eerste positieve test en de laatste positieve test. Voor sommige verpleeghuizen was dit dezelfde datum, waardoor de duur van uitbraak slechts één dag bedroeg. De langste uitbraak duurde daarentegen 111 dagen. Gemiddeld duurde een uitbraak 16 dagen en 75% van de uitbraken duurde maximaal 23 dagen.

Ten tweede werd naar de omvang van de uitbraak gevraagd, uitgedrukt in aantal geteste bewoners en medewerkers, het aantal positieve corona-testen en het aantal units waar de positief geteste bewoners/medewerkers van afkomstig waren.

Kenmerken meest recente uitbraak SARS-CoV-2	117
Duur uitbraak in dagen, mediaan (IQR)	12 (2,23)
Bewoners getest voor SARS-CoV-2, mediaan (IQR)	22 (12,50)
Bewoners met positieve SARS-CoV-2 test, mediaan (IQR)	8 (3,19)
Aantal kleinst afsluitbare eenheden met bewoner met positieve SARS-CoV-2 test, mediaan (IQR)	1 (1,2)
Bewoners overleden, mediaan (IQR)	1 (0,6)
Medewerkers getest voor SARS-CoV-2, mediaan (IQR)	30 (14,75)
Medewerkers met positieve SARS-CoV-2 test, mediaan (IQR)	6 (1,18)

Het hoogste aantal bewoners dat is getest gedurende één uitbraak was 215. Mediaan betrof een uitbraak 8 bewoners met een positieve corona-test. Het hoogste aantal gerapporteerde bewoners met een positieve test was 75. Er waren echter ook negentien locaties waar de uitbraak beperkt

bleef tot één bewoner en één locatie waar geen bewoners besmet waren, maar de uitbraak vijftien medewerkers betrof. Het hoogste aantal geteste medewerkers in een uitbraak betrof 511, tegenover acht uitbraken waar geen medewerkers getest werden. Mediaan hadden zes medewerkers een positieve corona-test bij de uitbraken. De grootste uitbraak onder medewerkers betrof 103 medewerkers. Gemiddeld had de uitbraak zich over 2 units verspreid. Het grootste aantal units met positief geteste bewoners/medewerkers dat werd gerapporteerd was twintig. Dit betrof een verpleeghuis met zelfstandige appartementen. Op een positief geteste unit waren er mediaan vijf positief geteste bewoners. In 25% van de uitbraken was er sprake van 10-25 positieve testen per unit. Het grootste aantal bewoners met een positieve test op een unit was 50.

Ten derde werd naar de mortaliteit onder bewoners gevraagd. Driekwart van de uitbraken had maximaal zes overlijdens. Het grootste aantal overleden bewoners was 26.

De ervaring met de impact van het wekelijks testen verschilde tussen de verschillende deelnemers aan de focusgroepen en interviews. Een van de deelnemers beschrijft een duidelijke relatie tussen testbeleid en omvang van uitbraken:

“Q: er waren 2 uitbraken in de tweede golf. Deze die we nu bespreken was niet zo groot, waren die andere groot, of waren die ook vrij klein?”

A: nee die was ook klein. Het was met name tijdens de eerste golf een stuk groter. En als we retrospectief terug kijken denk ik wat ons in de tweede golf heeft geholpen dat we veel eerder ook zijn gaan testen. Helemaal in de begin fase waren we kritischer, van welke klachten horen nou wel bij corona en welke niet. Wanneer ga je wel of niet testen. En bij de tweede golf zijn we eigenlijk iedereen gaan testen bij maar de minste klacht. En zijn we ook veel meer preventief gaan testen. Omdat onze ervaring heeft geleerd dat zodra er op een woongroep een besmetting is, dan weten we eigenlijk dat die besmetting zich al zodanig heeft verspreidt, omdat zo’n woongroep zo nauw met elkaar samen leeft, dat die uitbraak al veel groter is. En dat je niet moet wachten totdat de eerste volgende ziek gaat worden en klachten ontwikkeld. Dus dat heeft geholpen door veel sneller te testen en veel meer preventief te gaan testen.” (Verpleegkundige, interview 7)

Dit beeld werd wisselend herkend. Managers gaven ook aan geen peil te kunnen trekken op de omvang van de uitbraak en dat steeds dezelfde teststrategie werd gevoerd binnen de organisatie. Mogelijke verklaringen die hiervoor werden genoemd:

- de mogelijkheden van het gebouw om afstand te houden en te kunnen cohorteren
- inzet van personeel op de verschillende afdelingen
- de virulentie van de virusstam.

Ondersteunende en belemmerende factoren voor het uitvoeren van (wekelijks) testen bewoners en medewerkers en cohortering

Voor de beschrijving van de belemmerende en ondersteunende factoren hebben wij gebruik gemaakt van een indeling op drie niveaus¹¹:

1. **Individueel niveau:** dit betreft kennis en opvattingen van bestuurders, managers en zorgmedewerkers met betrekking tot het gevoerde beleid en hun perceptie van de gevoelens van bewoners
2. **Omgevingsniveau:** dit betreft bouw, ventilatie, faciliteiten, beschikbaarheid van middelen
3. **Organisatorisch niveau:** dit betreft communicatie, training, werkklimaat, support van management en samenwerking met externe organisaties

De onderstaande tabel geeft de belemmerende en ondersteunende factoren per niveau weer die naar voren kwamen in de interviews en focusgroepen.

Individueel niveau	Zorginstelling niveau	Organisatorisch niveau
Kennis Eerdere ervaring Visie Testbereidheid personeel	Bouw Middelen Beschikbaarheid van personeel Kenmerken bewoners Kenmerken uitbraak	Samenwerking met externe partijen

Wij beginnen met de beschrijving van de ondersteunende en belemmerende factoren op het zorginstellingniveau, omdat deze de afwegingen op het individuele niveau beïnvloeden. De kennis, visie en eerdere ervaring op het individuele niveau van managers en specialisten ouderengeneeskunde beïnvloedt weer het handelen op organisatorisch niveau. Op het organisatorisch niveau liggen de belangrijkste belemmerende factoren op de samenwerking met externe partijen. Deze zullen als laatste besproken worden.

Omgevingsniveau: zorginstelling

Bouw

De bouw van de zorginstelling en de aanwezigheid van een cohortafdeling waren van invloed op het gevoerde testbeleid voor bewoners. Verpleeghuizen die de beschikking hadden over een cohortafdeling waarheen bewoners met een positieve test konden worden verplaatst, stonden vaak positief tegenover het herhaaldelijk testen van bewoners ongeacht symptomen. Een positieve test had een duidelijke consequentie. De verplaatsing zorgde ervoor dat bewoners werden gescheiden. Op deze manier werden bewoners met een negatieve test beschermd te beschermen.

Wanneer een verpleeghuis uit zelfstandige appartementen bestond waar bewoners in quarantaine konden gaan werd er in meerdere uitbraken voor gekozen om op het moment dat geen enkele bewoner symptomen vertoonde een testronde te doen om te bepalen wie zijn appartement weer mocht verlaten. Tussendoor werd dan alleen op basis van klachten getest.

In bepaalde situaties was cohorteren of isoleren op een eigen appartement niet mogelijk. De enige optie was dan een gemengd cohort. Testen en hertesten van alle bewoners werd dan niet als zinvol

¹¹ Houghton_C, Meskell_P, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) Guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD013582. DOI: [10.1002/14651858.CD013582](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582).

gezien. Dit was met name het geval op PG-afdelingen waar bewoners niet te instrueren waren om zich aan de 1,5 meter afstand te houden en waar ze zich ook niet aan isolatie op de kamer hielden. Men ging er dan vanuit dat de hele afdeling besmet zou raken en vond het te belastend om bewoners herhaaldelijk te testen. In deze gemengde cohorten werden verschillende strategieën gevolgd. Zo werden aparte woonkamers gecreëerd voor positief en negatief geteste bewoners, werden gedurende de dag bewoners zoveel mogelijk uit elkaar gehouden door medewerkers. Er werd door verschillende teams op de 'schone' en 'vieze' zijde gewerkt. Op de gemengde cohorten werd vaak iedere bewoner eenmalig getest, wanneer alle bewoners klachtenvrij waren, om te beslissen of de quarantaine kon worden opgeheven.

Los van de teststrategie werden in de interviews verschillende factoren benoemd die zorgden voor een snelle verspreiding van een uitbraak. Dit was bijvoorbeeld een loopcircuit met open verbinding tussen verschillende afdelingen, smalle gangen of kleine woonkamers.

Middelen

Een groot deel van de locaties beschreef faciliteiten voor personeel zoals 'maandag testdag' of zelfs de mogelijkheid om elke ochtend tussen 7-9 uur door een eigen team getest te worden bij twijfel over lichte klachten. Medewerkers ervoeren deze werkwijze als zeer positief en drempelverlagend om zich te laten testen. Een enkel verpleeghuis beschreef niet afdoende materialen voorhanden te hebben voor het testen. Hier waren dan slechts tien orofaryngeale swabs aanwezig en moest een aantal dagen worden gewacht totdat er afdoende swabs waren binnengekomen om de hele afdeling te testen. De andere verpleeghuizen beschreven geen problemen met de toelevering van materialen.

Personeel

Voor het testen van bewoners werden in de uitvoer weinig problemen ervaren. Bijna altijd was voldoende personeel voorhanden om de testen uit te voeren. Een organisatie gaf ook aan vrijwilligers als koerier in te zetten in de weekend- en avonduren om testen vlot bij het laboratorium te krijgen.

De uitkomst van het veelvuldig testen werd wel als barrière gezien.: Bij een enkele organisatie leidde het veelvuldig testen van medewerkers tot een ziekteverzuim van 50%. Dit gaf ook veel onrust bij de medewerkers. Daarentegen gaf het niet herhaaldelijk testen van medewerkers ook onrust. Medewerkers wilden weten waar ze aan toe waren en een eenmalige testronde werd niet als afdoende gezien. Angst voor personeelstekorten werd meerdere malen genoemd als reden om personeel niet structureel te testen ongeacht symptomen. Daarin speelde ook mee dat de werkdruk voor personeel toenam gedurende een uitbraak en er juist vaak meer personeel nodig was. Wanneer organisaties personeel konden verplaatsen tussen locaties om dit op te vangen werd dit minder als een beperking gezien. Ook werd beschreven dat het management soms niet zag dat op een afdeling met besmettingen extra personeel nodig was. Hierdoor werd met dezelfde bezetting doorgewerkt terwijl de zorgwaarde veel hoger was. In een geval duurde het een aantal dagen tot de personele bezetting op orde was, nadat een kwaliteitsverpleegkundige van een andere locatie was gehaald om de besmette afdeling te managen.

Personeelstekorten vormden ook een belemmerende factor voor het kunnen opzetten van een cohortafdeling:

*“Natuurlijk in z'n algemeenheid zitten we niet ruim in onze jas met personeel. En voor een cohort als je daar 1 cliënt naar toe verhuist maar je moet daar wel minstens verzorgende, verpleegkundige, schoonmaak alles naar toe verhuizen en dat vraagt wel heel veel. En om roosters rond te krijgen.”
(verpleegkundig specialist, Interview 7)*

Deze respondent gaf aan het beschikbare personeel liever in te zetten om bewoners op hun kamer te isoleren, dan om een volledige cohortafdeling op te zetten.

Wanneer de personele bezetting wel op orde was en een cohortafdeling of isolatie op de kamer tot de mogelijkheden behoorde, werden de voordelen duidelijk beschreven. Ten eerste had het testen dan een duidelijke consequentie en kon verdere verspreiding worden voorkomen. Ten tweede leidde een cohortafdeling tot betere kwaliteit van zorg, doordat het personeel op de cohortafdeling bekend raakte met het leveren van COVID-19 zorg, zoals de toediening van dexamethason en fraxiparine. Eén zorgorganisatie maakte de keuze om bewoners met de hulp van familie op de kamer te isoleren. Doordat familie bereid was om te helpen bij de isolatie hadden zij de ervaring dat de omvang en duur van de uitbraak tijdens de tweede golf beperkt kon worden. Een bijkomend voordeel was dat de bewoners niet uit hun bekende omgeving hoefden te worden geplaatst. Deze ondersteunende factor was bij veel verpleeghuizen niet aanwezig. In deze verpleeghuizen was de familie zelf vaak kwetsbaar en had de familie angst om zelf besmet te raken. Hierdoor konden zij geen gebruik maken van familieleden wanneer isolatie nodig was.

Kenmerken bewoners

Met het testen van PG-bewoners waren wisselende ervaringen. Een groot deel van de geïnterviewden beschreef dat het testen tot weinig weerstand leidde wanneer een eigen medewerker, die de bewoner goed kende, de test afnam. Deze positieve ervaring maakte dat er bij nieuwe besmettingen sneller werd over gegaan op testen ongeacht symptomen. Op deze manier kon men snel overzicht krijgen van de uitbraak. De belasting voor de bewoners viel uiteindelijk mee. Wanneer een bewoner weerstand vertoonde, werd vaak in overleg met familie besloten om niet onder dwang een test af te nemen. De bewoner werd dan als positief getest beschouwd. Daarnaast werd beschreven dat bewoners door hun medebewoners of familie juist gestimuleerd werden om mee te doen aan testen ongeacht symptomen. Een enkele organisatie beschreef agressie bij bewoners vanwege het testen. Deze organisaties vonden het testen niet opwegen tegen het verlies van welzijn van de bewoners. Het isoleren van PG bewoners op de eigen kamer was veelal ook niet mogelijk door loopdrang, onrust en beperkte instrueerbaarheid.

Kenmerken uitbraak

Beleid werd vaak afgewogen aan de kenmerken wanneer en waar zich de eerste besmettingen voordeden. besmetting(en) voordoet. Sommige verpleeghuizen beschreven dat ze bij een eerste bewoner met klachten nog niet verder gingen testen of alleen bron-en contact onderzoek deden. Pas wanneer er twee of drie bewoners klachten hadden, werd het als zinvol gezien om een hele afdeling te testen. Het werd dan overigens niet als zinvol gezien om te blijven testen. De kans dat iedereen al besmet was, werd groot geacht.

Individueel niveau: manager, specialist ouderengeneeskunde, deskundige infectiepreventie, (kwaliteits)verpleegkundige

Eerdere ervaring

Eerdere ervaringen met testen ongeacht symptomen speelden een belangrijke rol bij het wel of niet voortzetten van het testbeleid bij een volgende besmetting. Een voortzetting van het testbeleid volgde als een organisatie een duidelijke relatie tussen het testbeleid en het indammen van de uitbraak ervoer. Bij sommige woonzorgcentra werd het uitgebreid testen als overmatig gezien bij bewoners met een eigen appartement. Deze bewoners konden op hun eigen appartement geïsoleerd worden en hadden bovendien beperkt contact met andere bewoners. De belasting van testen ongeacht symptomen voor bewoners en medewerkers vond men dan zwaarder wegen dan de weinig positieve testen die dit opleverde. Dit in tegenstelling tot groepen bewoners waar wel nauw onderling contact was.

Ook de eerdere ervaring met cohortering was soms leidend bij de beleidskeuze. Een eerdere negatieve ervaring met cohorteren leidde dan tot het besluit om bij nieuwe besmettingen te kiezen voor isolatie op de kamer.

In meerdere interviews werd aangegeven door afdelingsmanagers en verzorgenden dat, ongeacht het gevoerde testbeleid, het prettig was wanneer de SO al ervaring had met een uitbraak waardoor er snel en duidelijk beleid kon worden ingezet. Eén organisatie had een buddy-systeem voor afdelingsmanagers, waardoor een afdelingsmanager die zelf al te maken had gehad met een uitbraak van COVID-19 gekoppeld werd aan een onervaren manager die nu te maken had met een uitbraak.

Kennis

Op sommige momenten in de interviews en focusgroepen bleek dat bestuurders, afdelingsmanagers of SO een gebrek aan kennis hadden met betrekking tot de verspreiding van SARS-CoV-2 en de interpretatie van de PCR-test. Dit had invloed op het verdere beleid van de organisatie.

Ten eerste hadden sommige managers en SO het idee dat ze bij een eerste testronde veel fout negatieven vonden: bewoners die in de eerste ronde negatief testten, testten later positief. Het is de vraag of hier daadwerkelijk sprake is van fout-negatieven of dat het begrip fout-negatief op onjuiste wijze wordt gebruikt. Mogelijk waren bewoners nog niet besmet of te vroeg in het ziektebeloop getest. Dit kan niet vanuit dit onderzoek worden gecontroleerd. Wel maakt dit duidelijk dat er mogelijk nog scholing en extra uitleg nodig is over de reden van het hertesten.

Ten tweede gaf het missen van bewoners/medewerkers die net besmet waren, en dus nog vroeg in hun ziektebeloop zaten, een gevoel van onzekerheid bij organisaties. Dit droeg bij aan het gevoel dat het testen niet zinvol was. *“Was ik mogelijk ook al besmet toen ik werkte in de periode tussen mijn negatieve en positieve test?”* Hierdoor kon de testbereidheid onder medewerkers dalen. Eén manager vond de onzekerheid dat iedereen steeds opnieuw positief kon testen, ondanks een eerdere negatieve test, een reden om zijn personeel niet herhaaldelijk te testen. Andere verpleeghuizen zagen dit juist als argument om te blijven testen onder medewerkers om zo steeds weer positief-geteste medewerkers in quarantaine te kunnen plaatsen.

Ten derde werd benoemd dat personeel met PBM werkte en dat het daarom niet zinnig was om hen te testen ongeacht symptomen, omdat de kans op besmetting zeer klein werd geacht. Verpleeghuizen die medewerkers wel testten ongeacht symptomen hadden meerdere voorbeelden hoe, ondanks PBM, toch besmetting kon optreden. In de pauzes werd niet afdoende afstand gehouden zonder mondneusmasker en door nauw contact met bewoners kan toch besmetting optreden door het aanraken van de slijmvliezen van de ogen of een slok drinken nemen op de afdeling.

Ten slotte heerste bij verschillende instanties de aanname dat een of meerdere positief geteste bewoners op een afdeling betekende dat iedereen COVID-19-positief zou zijn of zou worden. Hierdoor werd niet de meerwaarde van het herhaaldelijk testen ingezien. Anderzijds verhoogden sommige organisaties juist de testfrequentie op basis van de epidemiologie en nieuwe RIVM-richtlijnen omtrent quarantaine. Op basis van de inzichten dat de meeste mensen binnen vijf dagen klachten ontwikkelen, vonden zij dat zeven dagen wachten met testen te lang duurde. Deze organisaties vonden op dit punt de richtlijn te kort schieten.

Visie

Een deel van de managers gaf aan dat het wekelijks testen van bewoners niet paste binnen de visie van de organisatie met betrekking tot kwaliteit van leven en vrijheid voor de bewoners. Dit had te maken met de veronderstelde belasting voor bewoners door het frequente testen. Vooral verzet door bewoners tegen het testen en het verplaatsen van bewoners met dementie bracht morele dilemma's mee. De cliëntenraad of familie werd vaak betrokken in dit dilemma. Een aantal managers

misten de nuance in de huidige Verenso-richtlijn 'Behandeladvies Acute fase en Nazorg', welke in hun beleving teveel ging over veiligheid en te weinig over kwaliteit van leven. Deze terughoudendheid met testen werd voornamelijk ervaren bij bewoners met een dementie. Organisaties die overgingen tot het cohorteren van bewoners met een dementie en COVID-19 gaven aan dat zij personeel van de eigen afdeling mee lieten gaan naar de cohortafdeling om bekende gezichten te behouden.

De volgende drie uitspraken geven de invloed weer van de verschillende visies op het test en quarantaine beleid van organisaties:

“Wij hebben heel bewust niet wekelijks getest, ook in overleg met onze cliëntenraad, in het oog van welzijn van onze cliënten, dit gaat dan om PG-bewoners, mensen met dementie, maar dat we alleen op geleide van klachten testen, zowel bij cliënten als medewerkers” (manager 8, focusgroep managers)

“Dan kan je visie inderdaad zijn dat je, ja, dat je dementerenden zoveel mogelijk de ruimte wil geven om door het hele huis te gaan. Maar hier in een collega instelling, waar wij ook voor de dienst komen, hadden ze dat ook nog niet zo lang. Dat alle afdelingen open waren en toen daar een besmetting was, bleek toen inderdaad dat er uiteindelijk zes van de acht afdelingen in cohort moesten. Omdat één wandelende bewoner overal mensen had aangestoken. En, ja, daar had ik wel moeite mee omdat ik dacht, de mogelijkheid was er geweest om die afdeling bouwtechnisch, was dat daar gewoon mogelijk, om die afdelingen toch meer, toen je de besmettingcijfers zag toenemen, tijdelijk dan maar weer per afdeling dicht te doen. Die keuze is niet gemaakt. Ik ben er niet zelf bij betrokken geweest en ik weet niet wat precies de motieven waren maar ik heb wel met de gevolgen te maken gehad.” (SO4, focusgroep SO)

“ja het heeft wel wat voeten in de aarde, maar het was een must, we zetten er hele teams op. 'huppakee testen'.” (manager, interview 13)

Individueel niveau: zorgmedewerkers

Testbereidheid personeel

In bijna alle interviews en focusgroepen werd een grote testbereidheid onder medewerkers beschreven. De medewerkers waren zich bewust van de asymptomatische/presymptomatische overdracht van COVID-19. Verder wilden ze graag hun collega's en kwetsbare bewoners beschermen. Daarom vonden ze het belangrijk om zekerheid te hebben of ze wel of niet besmet waren. Daarnaast gaf het vele testen ook zekerheid voor het thuisfront, vooral rond de feestdagen toen de besmettingen opliepen en er veel bezoek kwam in het verpleeghuis.

Enkele verzorgden vertelden in de focusgroep en groepsinterviews dat ze zich bij een uitbraak op het werk bewust afzonderden van familie en vrienden om hen te beschermen. Een alleenstaande verzorgende gaf aan dat ze hierdoor de feestdagen alleen had doorgebracht. Een andere factor van invloed op de testbereidheid van het personeel was het veelvuldig voorkomen van COVID-19 in hun omgeving: zij waren alerter op het zelf ontwikkelen van milde klachten. Een lage testbereidheid werd soms veroorzaakt worden door de loyaliteit van de medewerker naar het team, omdat deze geen roosterproblemen wil veroorzaken.

Eerdere ervaring

Het zorgpersoneel lette beter op symptomen van COVID-19 en kon sneller een eerste besmetting signaleren wanneer eerder in de organisatie een uitbraak was geweest met veel besmettingen of overlijdens. Andersom werd beschreven dat medewerkers laconieker konden reageren als zij in de

eerste golf geen ervaring hadden opgedaan met een uitbraak. Dit had dan invloed op het herkennen van klachten bij zichzelf en bewoners, de uitvoer van de isolatie en het dragen van PBM.

Organisatorisch: samenwerking tussen intern en extern

GGD

De ondersteuning vanuit de GGD was zeer wisselend. Vaak was er ondersteuning op de achtergrond of helemaal niet aanwezig. Verpleeghuizen waren zelf verantwoordelijk voor hun uitbraakbeleid. Vaak heerste het gevoel dat de GGD niet op de hoogte was van de laatste richtlijnen.

“Bij de GGD zaten op een gegeven moment 2000 call center medewerkers, en die wisten dat niet altijd en daar hadden wij last van. Want dan kreeg je verkeerde adviezen, we zijn heel streng op het zo goed mogelijk doen en hebben er regelmatig last van gehad dat het beleid soms zwabberden, wat wel en niet mocht, en dat het niet eenduidig goed werd uitgelegd”(bestuurder, interview 23)

De GGD kwam alleen op verzoek langs of wanneer de uitbraak zo groot werd dat de GGD een interventie nodig vond. De ondersteuning vooral op het gebied van infectiepreventie en het aanbrengen van sluisen en schone/vieze routes. Op het gebied van testbeleid werd door de GGD geen eenduidige boodschap uitgedragen. Sommige organisaties beschreven dat het beleid rondom het bron- en contactonderzoek bij een uitbraak in zijn geheel in zijn geheel bij de eigen organisatie lag en dat de GGD slecht op de hoogte was van de lokale situatie (type afdelingen, bouw etc). Wanneer de GGD wel advies gaf rondom het testbeleid, dan was dit beleid wisselend. De ene GGD gaf aan dat vaker dan eenmalig testen niet nodig was omdat de uitbraak al in beeld was. Wat betreft het testen van medewerkers, gaf één respondent aan dat de GGD vond dat testen ongeacht symptomen niet relevant was, omdat zij toch werkten met een mondneusmasker en zij hun klachten konden aangeven. Een andere organisatie gaf aan dat, wanneer de GGD hun medewerkers niet wilde testen, ze zelf de medewerkers testten. In een ander interview werd benoemd dat de GGD wel bleef aandringen op het testen van medewerkers. Nog een andere GGD adviseerde om eenmalig te testen ongeacht symptomen bij bewoners en personeel dat in de dagen voorafgaand aan de eerste besmetting had gewerkt. Zo kon de GGD daarna met een advies komen hoe verder te testen. Een aantal keer werd aangegeven dat er geen behoefte was aan overleg met de GGD: deze organisaties hadden binnen het verpleeghuis duidelijke afspraken en hun gevoerde beleid liep goed.

Laboratorium/ziekenhuis

Het was sterk wisselend of organisaties afspraken konden maken met laboratoria om de uitslag van een PCR-test snel beschikbaar te hebben. Respondenten gaven aan dat sommige laboratoria teveel zorgorganisaties bedienden om voorrang te kunnen geven. Een organisatie vertelde dat ze soms per test rond moesten bellen bij de laboratoria wie de meeste beschikbaarheid had en snel uitslag kon geven. Hier was dan een medewerker van de organisatie voor vrijgemaakt, waardoor het altijd lukte om snel een uitslag te krijgen. Zo ontstonden grote verschillen in de snelheid van de testuitslag. Bij de ene organisatie werd een PCR-test in de ochtend afgenomen en was de uitslag in de middag bekend. Bij een andere organisatie kon het wel drie dagen duren voor de testuitslag bekend was. Het werd als erg vervelend gezien wanneer een nieuwe opname na een quarantaine periode werd getest en dan nog eens twee dagen op de uitslag moest wachten. De lange duur tot een uitslag maakte het moeilijk om het beleid tijdig aan te passen aan de nieuwe besmettingen. Verpleeghuizen met deze ervaring uit de eerste golf kozen er daarom vaak voor om de samenwerking met het lokale ziekenhuis te intensiveren, zodat de uitslagen uit eigen teststraten snel beschikbaar waren. Eén verpleeghuis vertelde dat het laboratorium minder testcapaciteit had rond de feestdagen waardoor ze langer op de uitslag moesten wachten. In één interview kwam naar voren dat de zorgorganisatie de microbioloog van het ziekenhuis moest overtuigen om te kunnen testen ongeacht symptomen.

Deze microbioloog vond het bewijs voor testen ongeacht symptomen niet afdoende en ging uit van het principe dat je pas bij klachten besmettelijk bent.

Arbo

In de focusgroep met SO kwam naar voren dat bij één organisatie de Arbodienst niet snel genoeg testen voor medewerkers kon regelen. Soms gingen er drie dagen overheen. Daar is besloten om zelf uitslagen van medewerkers in ISIS, het interne patiëntendossier, te laten zetten. Bij andere organisatie was het regelen van een test wel vlot en was de Arbo-arts in de lead van de testuitslagen van medewerkers.

Conclusie

Op basis van bovengenoemde resultaten wordt de conclusie per onderzoeksvraag apart uitgewerkt. Daarna worden verdere aanbevelingen voor beleid en richtlijnen besproken.

1. Hoe zijn de beleidsadviezen met betrekking tot infectiepreventie en uitbraken COVID-19 geïmplementeerd in verpleeghuizen gedurende de tweede golf?

Fase groen

Herkennen klachten: belang van passende toerusting personeel, objectieve basiswaarden en vertrouwde personeel met bewoner

De meeste verpleeghuizen hadden voor een uitbraak gezorgd voor instructies en scholing wat betreft het dragen van PBM. Een belangrijk element was dat gedurende een uitbraak de medewerkers van die afdeling nog extra scholing nodig hadden. Dit kon betrekking hebben op:

- het dragen van PBM
- het omgaan met schone en vieze ruimtes op het cohort
- het in- en uitsluizen
- waar te eten en drinken
- en het onderling afstand houden door personeel tijdens pauzes.

Deze instructies hadden veel herhaling nodig, wat werd ondersteund door de aanwezigheid op de werkvloer van een verpleegkundige, afdelingshoofd of deskundige infectiepreventie. Deze aanwezigheid werd door verzorgenden als prettig en cruciaal ervaren om laagdrempelig vragen te kunnen stellen.

In een aantal interviews werd benoemd dat de zorg in verpleeghuizen tegenwoordig vooral gericht is op welzijn, waardoor het medisch inhoudelijk handelen extra aandacht behoeft tijdens een uitbraak. Basale kennis en kunde op gebied van infectiepreventie waren op een aantal locaties onvoldoende aanwezig.

De verzameling van basiswaarden, zoals temperatuur en saturatie, was sporadisch. De scholing van medewerkers op het herkennen van klachten bij bewoners of zichzelf werd weinig benoemd. Een belemmerende factor voor de verzameling van basiswaarden was onvoldoende (geschoold) personeel om deze metingen te doen. Respondenten gaven aan dat de klinische blik van het eigen personeel voor verandering van het gedrag of symptomen bij bewoners als belangrijker werd gezien dan het meten van temperatuur en saturatie. De respondenten waren van mening dat de eigen medewerkers goed in staat waren veranderingen bij bewoners op te merken.

Vorbereiden op uitbraak door actualiseren van uitbraakplannen, uitvoeren van audits & uitbraakoefening

In de voorbereiding werd er minder aandacht besteed aan de volgende aspecten van een uitbraak:

- Hoe moet personeel handelen bij een vermoeden op een besmetting?
- Waar is een geschikte plek voor isolatie of een cohort?

Verpleeghuizen die dit wel voorbereid hadden, ervoeren dat een uitbraak vaak net anders loopt dan vooraf gedacht. Wanneer de beoogde cohortafdeling in het eigen verpleeghuis was, kon deze te klein zijn voor het aantal besmettingen of te groot om hier voldoende personeel voor te hebben. Wanneer er gebruikt gemaakt kon worden van een regionaal cohort, dan kon deze vol liggen of specifieke opname criteria hebben.

Maken van afspraken over testen en snelle uitslag

Met regionale laboratoria waren beperkte afspraken gemaakt om tijdens een uitbraak snel een PCR-uitslag te krijgen. Een deel van de verpleeghuizen probeerde dit wel, maar kreeg dit niet voor elkaar

omdat laboratoria aangaven geen voorrang te kunnen geven vanwege het grote aanbod van testen. In één geval zag een medisch microbioloog geen toegevoegde waarde in het testen ongeacht symptomen.

De GGD was in de voorbereidende fase niet betrokken bij afspraken over testbeleid. Het effect hiervan werd later terug gezien in fase rood. De verschillende GGD gaven verschillend advies voor het testbeleid, waren vaak niet goed op de hoogte van de lokale situatie van het verpleeghuis of waren alleen betrokken bij PBM en hygiëneregels. De GGD kwamen meestal pas in beeld wanneer een uitbraak zeer uitgebreid was en het verpleeghuis de uitbraak niet onder controle kreeg.

Fase oranje

In deze fase waren beleidsadviezen gedaan om de preventieve maatregelen te koppelen aan een toenemende omgevingsprevalentie van SARS-CoV-2 om introductie van het virus in de verpleeghuizen zoveel mogelijk te voorkomen.

Mondneusmaskers voor medewerkers en bezoek

Het dragen van een mondneusmasker door personeel is breed geïmplementeerd. Ook het bezoek was vaak bereid om een mondneusmasker te dragen. Echter, regelmatig werd ervaren dat het mondneusmaskerbeleid en het anderhalve meter afstand houden niet werden nageleefd wanneer bezoek op de eigen kamer bij een bewoner was.

Bewoners/cliënten die worden (her)opgenomen

De quarantaine van nieuwe bewoners was wisselend geïmplementeerd. Een deel van de verpleeghuizen hield vijf dagen quarantaine aan, een ander deel tien dagen en een deel voerde geen quarantaine uit omdat dit werd gezien als een te grote belasting voor de bewoner. Deze belasting kwam voort uit het onbegrip bij dementie of het niet optimaal kunnen uitvoeren van een revalidatietraject bij een quarantaine.

Fase rood

Teststrategie bij een uitbraak voor bewoners en personeel

Het advies om bewoners en medewerkers bij een uitbraak wekelijks te testen ongeacht symptomen was grotendeels geïmplementeerd: 104 van de 117 deelnemende verpleeghuizen testten de unit of de gehele locatie tijdens een uitbraak. Uit de interviews werd op vier punten variatie in dit beleid beschreven:

1. Dit beleid werd niet altijd bij een eerste positieve geteste bewoner ingezet, omdat het verpleeghuis dat nog niet zag als een uitbraak. Breder testen werd pas ingezet bij meerdere besmettingen op een afdeling of verspreiding van de uitbraak naar andere afdelingen.
2. De frequentie van het hertesten tijdens de uitbraak verschilde sterk: tussen de 3 en 14 dagen.
3. Soms werd gekozen om bewoners ongeacht klachten te testen en het personeel alleen bij klachten.
4. Gedurende een uitbraak kon gewisseld worden van strategie (bijvoorbeeld eerst bron-contactonderzoek en op basis van symptomen naar later een unit ongeacht symptomen) of frequentie van testen.

De bovenstaande variatie heeft te maken met de belemmerende en ondersteunende factoren voor de implementatie van het nieuwe testbeleid. Dit wordt toegelicht in deelvraag 3.

2. Wat is de impact van het nieuwe uitbraakbeleid (fase rood) op de detectie van het aantal bewoners en medewerkers met Sars-CoV-2, op de duur van de uitbraak en op mortaliteit?

Het nieuwe uitbraakbeleid bestaat uit het ongeacht de symptomen wekelijks testen van bewoners en medewerkers. De impact van dit beleid op de duur en omvang van een uitbraak is niet te bepalen aan de hand van de data die is verzameld met deze studie. Het nieuwe uitbraakbeleid is zeer heterogeen geïmplementeerd mede door de zeer vele locatie-specifieke factoren die van invloed zijn op een uitbraak. Hierdoor zijn de 117 uitbraken in deze studie zijn te weinig om een kwantitatief model te kunnen maken dat goed alle factoren mee kan wegen.

Deze studie heeft wel een kwalitatieve evaluatie gedaan van de impact van het nieuwe uitbraakbeleid. De impact van dit beleid werd op verschillende manieren ervaren door de respondenten. Sommige organisaties hanteerden een uitgebreid en hoogfrequent testbeleid, gingen over op cohorteren en zagen dat ze hiermee een uitbraaksnel konden en zagen ook dat ze daardoor vroeg konden indammen. Andere verpleeghuizen hadden ook een grote uitbraak ondanks uitgebreid testbeleid. Als mogelijke verklaring voor deze variatie werden kenmerken van het gebouw en de virulentie van de virusstam genoemd.

3. Welke ondersteunende en belemmerende factoren ervaren medewerkers en bestuurders met betrekking tot wekelijks testen ongeacht symptomen (fase rood)?

De onderstaande factoren konden belemmerend of ondersteunend zijn voor de implementatie van wekelijks testen ongeacht symptomen van bewoners en medewerkers. Respondenten benoemden verschillende combinaties van belemmerende en ondersteunende factoren.

Individueel niveau	Omgevingsniveau	Organisatorisch niveau
Eerdere ervaring Kennis Visie Testbereidheid	Bouw Middelen Personeel Kenmerken bewoners Kenmerken uitbraak	Samenwerking

In bijna alle gesprekken werd gereflecteerd op de balans tussen veiligheid en kwaliteit van leven. De uitkomst van deze afweging werd door verschillende factoren bepaald.

Ten eerste speelde de eerdere ervaring met een uitbraak een rol. Organisaties die bij een eerdere uitbraak veelvuldig hadden getest en ervoeren dat dit de uitbraak snel indamde, waren eerder geneigd dit beleid te blijven voeren. Het hebben van ervaring met een uitbraak als ondersteunende factor voor uitvoer van dit beleid geldt voor (medisch) management maar ook voor verplegend/verzorgend personeel. Bij een nieuwe uitbraak was er meer kennis onder het personeel wat betreft het signaleren van mogelijke symptomen en de directe consequentie daarvan. Van de deelnemende verpleeghuizen had 38.5 % een uitbraak gehad in de eerste golf.

Ten tweede speelde de kennis van bestuur, management, specialisten ouderengeneeskunde en (kwaliteits-)verpleegkundigen een belangrijke rol. Er werden dubieuze veronderstellingen gedaan, zoals 'alle bewoners worden toch positief' en 'er zijn vaak fout-negatieven bij testrondes.' Dit leidden ertoe dat men de belasting van testen en cohorteren zwaarder vond wegen dan de mogelijke bescherming voor bewoners die nog geen positieve test hadden.

Ten derde speelde de visie van de managers en SO een rol. Dit had direct invloed op het gevoerde beleid en op de organisatie van zorg. Managers en SO die de urgentie voelden om ook de bewoners die negatief getest waren te beschermen, maakten eerder een afweging in het voordeel van veiligheid. De belasting van het herhaaldelijk testen werd zwaarder ingeschat voor PG-bewoners dan voor bewoners van revalidatie of somatiek afdelingen. Het mogelijke verlies van de kwaliteit van leven door testen en cohortering was een argument om het uitbraakbeleid niet in te voeren. Echter, verpleeghuizen die regelmatig bewoners op een PG-afdeling hadden getest, gaven aan dat het uitbraakbeleid goed uitvoerbaar is als het eigen personeel dit doet met een rustige benadering.

Een aantal zaken hadden invloed op de uitkomst van de afweging kwaliteit van leven ten opzichte van veiligheid. Voorbeelden hiervan zijn:

- de mogelijkheid om voor bewoners met een positieve test een cohort-afdeling op locatie in te richten
- bewonersuitplaatsing naar een cohort-afdeling binnen de organisatie of de regio.

Verpleeghuizen waren vaak positiever over het testbeleid als zij wel de mogelijkheid hadden om een positief geteste bewoner uit te plaatsen naar een cohortafdeling. Eén organisatie die bewoners naar een regionale cohort-afdeling verplaatste liet het eigen personeel meegaan. Zo kon de continuïteit van zorg voor de bewoner worden gewaarborgd en was er voldoende personeel op de cohortafdeling. Ook verpleeghuizen zonder cohort-afdeling waren positief over het frequent testen van bewoners ongeacht symptomen als zij met behulp van familie of extra inzet van personeel isolatie konden waarborgen. De mogelijkheid om positief geteste bewoners op een acceptabele manier te isoleren is dus een belangrijke factor in de positieve houding ten aanzien van testen ongeacht symptomen. Sommige verpleeghuizen hielden geen wekelijkse testrondes, omdat alle bewoners bij een uitbraak op hun eigen appartement konden worden geïsoleerd. Deze organisaties kozen ervoor om alle bewoners ongeacht symptomen of PCR-test op hun eigen kamer te isoleren. Het testen ongeacht symptomen had daarom geen invloed op dit beleid. Daarom werd alleen eenmalig testen van alle bewoners toegepast, wanneer de laatste bewoner symptomenvrij was, om de isolatie van alle bewoners te kunnen opheffen.

Tekorten van middelen zoals PCR-testen of PBM zijn niet beschreven. Wel waren er vaak personele tekorten wat ertoe kon leiden dat een organisatie geen medewerkers testte ongeacht symptomen, uit angst voor uitval van medewerkers. Daarnaast kon een tekort aan personeel een belemmerende factor zijn om isolatie toe te kunnen passen of om een cohortafdeling op te zetten. Verder vroeg de verzorging van bewoners met COVID-19 ook om extra personeel omdat de zorgzwaarte was toegenomen.

Het herhaaldelijk testen van medewerkers werd ondersteund door de hoge testbereidheid van medewerkers. Zij wilden graag zekerheid voor de bewoners en voor hun naaste familie.

Aanbevelingen

Op dit moment is een groot gedeelte van de verpleeghuisbewoners gevaccineerd voor SARS-CoV-2 en komt Nederland uit de lockdown. Het lijkt verstandig om de lessen die we kunnen trekken uit de evaluatie van de uitbraken van COVID-19 in de verpleeghuizen te plaatsen in het algemene kader van infectieziektepreventie in de VVT-sector. Temeer daar onze bevindingen in lijn zijn met de resultaten van het rapport 'Aanbevelingen voor een goede infectiepreventie in de verpleeghuiszorg' van de inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ) van februari 2021.

Wij zullen onze aanbevelingen wederom structureren volgens de fasen groen, oranje en rood. Wij zullen hiervoor eerst de belangrijkste knelpunten schetsen. De aanbevelingen zijn op dit moment

gericht op COVID-19 maar kunnen in fase groen ook gelezen worden als adviezen voor andere infectieziekten.

De volgende vier knelpunten geven de belangrijkste resultaten van onze studie weer:

1. Goede samenwerking van verpleeghuizen op het gebied van infectiepreventie met andere (externe) partijen (zoals GGD, laboratoria of ziekenhuizen) ontbreekt frequent.
2. Nieuw beleid of richtlijnen komen nog onvoldoende in de praktijk terecht. Zowel bestuurders, als managers, SO en verpleegkundigen waren of niet op de hoogte van de laatste richtlijnen, of misten inhoudelijke kennis over de achtergrond van de richtlijnen waardoor lokaal beleid niet conform landelijke richtlijnen was.
3. Afdelingen of kamers kunnen vaak niet afdoende geïsoleerd worden van de rest van het gebouw
4. Er zijn onvoldoende verpleegkundigen, verzorgenden of helpenden voor de uitvoering van beleid en/of zij zijn onvoldoende geschoold en vertrouwd met hygiëne- en infectiepreventie.

Deze knelpunten speelden uiteraard niet overal in dezelfde mate, maar vaak was wel sprake van een of meer van deze knelpunten bij een organisatie.

Verpleeghuiszorg in Nederland richt zich sterk op welzijn en wonen van bewoners en probeert een zo normaal mogelijk woonomgeving te creëren. Dat is grote winst, maar er zit ook een keerzijde aan wanneer dit betekent dat de infectiepreventie en -bestrijding niet goed op orde zijn in het verpleeghuis. Het ontbreekt op dit punt in het veld aan een visie die welzijn en kwaliteit van leven weet te verbinden met het belang van deskundig verpleegkundig en medisch handelen op het gebied van preventie en bestrijding van infecties. Te vaak nog staan veiligheid en kwaliteit van leven tegenover elkaar, als zou goede aandacht voor hygiëne en infectiepreventie ten koste gaan van welzijn. Dat is een valse tegenstelling. Want wanneer uitbraken van infectieziekten kunnen worden voorkomen door het treffen van de juiste medische maatregelen dan komt dat ook ten goede aan het welzijn en de kwaliteit van leven van bewoners. De bovengenoemde knelpunten verhogen niet alleen het risico op uitbraken van COVID-19, maar ook het risico op andere infectieziekten zoals het norovirus, influenzav en multi-resistente staphylococcus aureus (MRSA). Voor de toekomst is het tevens van groot belang dat er bij de bouw of verbouwing van verpleeghuizen niet uitsluitend gedacht wordt vanuit wonen en welzijn, maar ook vanuit het perspectief van infectiepreventie. De lokale GGD/DIP/medisch microbioloog zou hier in een vroeg stadium bij betrokken moeten worden. Personele tekorten zijn al langer een probleem in de (ouderen)zorg, maar onze studie laat zien dat dit ook leidt tot een suboptimale uitvoering van testbeleid bij organisaties. Deze personele tekorten zijn ook een risico voor de kwaliteit van de infectiepreventie in de bredere zin.

Fase groen: lage omgevingsprevalentie

In de zomer zal er wederom een periode zijn waarin verpleeghuizen in fase groen verkeren: het is dan belangrijk dat zij een preventie- en uitbraakplan maken en dit met regionale partners afstemmen. Uit de interviews en focusgroepen blijkt dat de GGD onvoldoende betrokken is geweest afgelopen zomer om de verpleeghuizen en verzorgingshuizen te adviseren en ondersteunen inzake het treffen van juiste maatregelen op het gebied van infectiepreventie en voor te bereiden op uitbraken van SARS-CoV-2. Daarnaast is gebleken dat nieuwe adviezen en (internationale) richtlijnen omtrent het uitbraakbeleid van COVID-19 ook binnen de GGD vaak niet goed bekend waren en dat daardoor dus ook verschillende en niet altijd juiste adviezen zijn verstrekt gedurende de tweede golf. Ook werden adviezen en overwegingen uit internationale richtlijnen en studies pas laat overgenomen in de Nederlandse richtlijnen van de LCI en Verenso: al voor de zomer van 2020 adviseerde de CDC en ECDC om frequent en grootschalig te testen in zorginstellingen bij een eerste besmetting. Het begin september geformuleerde advies van onze onderzoeksgroep werd pas in november door Verenso en in december door de LCI opgenomen in hun richtlijnen. Een meer proactieve rol van de GGD GHOR, LCI en de beroepsverenigingen met een landelijke visie kan helpen

in de scholing en kennisverspreiding naar bestuurders, managers, SO en verpleegkundigen in de VVT sector. Met name SO en verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in de uitvoering en kennisdisseminatie binnen een organisatie. Belangrijke voorwaarden voor de uitvoering van het beleid zijn voldoende personeel en de mogelijkheden tot isolatie en cohorteren om doelmatig te kunnen werken. Verpleeghuizen dienen de gemaakte uitbraakplannen met medewerkers te communiceren en te oefenen. Zoals bleek uit het rapport van de IGJ van februari 2021 hebben bestuurders vaak onvoldoende zicht op de tekortkomingen in de uitvoering van het vereiste beleid en doen er daarom weinig aan. Net zoals in onze aanbevelingen van september¹², ziet de IGJ een belangrijke rol voor cyclische auditprogramma's. Nu hopelijk de werkdruk rondom corona af gaat nemen is er mogelijk ruimte om deze programma's op te gaan zetten en uit te voeren. Uit onze huidige studie blijkt dat zorgmedewerkers het nodig hebben om scholing in de praktijk te krijgen. Deze scholing in de praktijk wordt in belangrijke mate uitgevoerd door verpleegkundigen.

- Zorg voor een landelijke visie met betrekking tot infectiepreventie in de verpleeghuizen die wordt opgesteld door beroepsverenigingen in samenspraak met de LCI/GGD. Besteed daarbij expliciet aandacht aan de voorbereiding op uitbraken, de praktijkcontext bij het maken van richtlijnen, welke ondersteuning nodig is vanuit de GGD en aan infectiepreventie als bijdragend aan kwaliteit van leven.
- Op lokaal niveau is het noodzakelijk dat bestuurders van zorgorganisaties goede afspraken maken met de GGD over samenwerking en taakverdeling bij uitbraken van infectieziekten. Cyclische auditprogramma's en de regionale zorgnetwerken kunnen hier een belangrijke rol hebben.
- SO en verpleegkundige hebben een belangrijke rol in de verspreiding van kennis infectiepreventie en uitbraakplan onder rest van personeel en zorgen dat er afdoende geoefend wordt in de praktijk.

Fase oranje

Het gebruik van mondneusmaskers voor personeel en bezoek was goed geïmplementeerd. Verdere adviezen omtrent het gebruik van mondneusmaskers hangt af van de prevalentie en vaccinatiegraad in Nederland. Deze richtlijnen zullen door de LCI worden opgesteld. De IGJ adviseerde in hun rapport aan bestuurders dat het noodzakelijk blijft om middelen voor infectiepreventie zoals PBM beschikbaar te blijven stellen.

- Mondneusmaskerbeleid in navolging van de huidige LCI richtlijn.

Fase rood

Fase rood kan optreden in fase groen of oranje: ook bij een lage omgevingsprevalentie kan er immers introductie van het virus zijn en een uitbraak plaatsvinden. Het beleid ten tijde van een uitbraak (= fase rood) staat los van de omgevingsprevalentie.

De belasting van het testen ongeacht symptomen en isoleren van bewoners ten tijde van een uitbraak zal in de toekomst zwaarder worden gewogen dan de gezondheidswinst voor bewoners met een negatieve test. Een groot deel van de verpleeghuisbewoners is immers gevaccineerd en heeft daardoor een milder ziekteverloop. Echter, nieuwe instroom van nog ongevaccineerde bewoners/revalidanten en mogelijkheid van mutanten waar vaccinatie niet afdoende tegen beschermd zijn risicofactoren voor nieuwe uitbraken. Het is op dit moment ook nog onbekend voor hoe lang een vaccin bescherming biedt. Daarom blijft het advies vooralsnog om ten tijde van een uitbraak bewoners ongeacht symptomen te testen en bewoners met positieve test te isoleren totdat het OMT hier een ander advies over geeft. In de huidige richtlijn werd door managers en SO de

¹² [Conclusie en aanbevelingen COVID-19 Verpleeghuisstudie - UNO Amsterdam](#)

afweging van kwaliteit van leven ten opzichte van veiligheid gemist. Daarentegen lijken onjuiste aannames op basis van tekort schietende kennis waarom het wekelijks testen niet zinvol zou zijn een belangrijke factor waarom het beleid niet wordt ingevoerd. Hierdoor lopen bewoners die geen positieve test hebben onnodig risico. Daarnaast wordt belasting van testen te hoog ingeschat: verpleeghuizen die het beleid wel hadden ingevoerd gaven allen aan weinig belemmering in de uitvoer te ervaren.

Verder is het van belang dat managers en SO zich bewust zijn dat één bewoner met een positieve SARS-CoV-2 test beschouwd moet worden als een uitbraak, vanwege de hoge kans dat er andere bewoners op dat moment al a/presymptotisch zijn en er verdere verspreiding op kan treden. De belemmeringen die visie en tekortschietende kennis opleveren kan ondervangen worden met de aanbevelingen die zijn gedaan in fase groen. Hetzelfde geldt voor de betrokkenheid van de GGD in de voorbereidende fase om verpleeghuizen te ondersteunen in het opstellen van uitbraakprotocollen.

- Het beleid van wekelijks testen van bewoners en medewerkers ongeacht symptomen van de kleinste afsluitbare eenheid bij een uitbraak dient op dit moment gehandhaafd te blijven.
- Wij adviseren om vooralsnog als definitie een uitbraak te hanteren: één bewoner positief getest en/of twee epidemiologisch gelinkte positief geteste medewerkers.