



Lessons Learned

op hoofdlijnen

24 juni 2020

Om voorbereid te zijn op een mogelijke tweede corona golf heeft de VGN een aantal lessen uit de afgelopen periode gebundeld.¹ Het gaat hierbij niet om een compleet overzicht, maar om een eerste reactie gebaseerd op signalen, reacties en ervaringen uit de afgelopen periode. Wij vinden het belangrijk dat de *lessons learned* van alle betrokken partijen in samenhang en op hoofdlijnen worden gezien. Een goede samenwerking over de domeinen en sectoren heen en een goede afweging van belangen en gezondheidsrisico's zijn noodzakelijk om goed voorbereid te zijn op nieuwe uitbraken van het coronavirus. Het is echter nog te vroeg om definitieve conclusies te trekken.

Algemeen

- *Te weinig aandacht voor de care*

In de eerste fase van de corona uitbraak ging de aandacht voornamelijk uit naar het opvangen van de gevolgen voor de ziekenhuiszorg. Gezien de snel toenemende druk op de beschikbare ic-capaciteit was dit een verklaarbare keuze. Hierdoor was er onvoldoende aandacht voor het kenmerkende karakter van de gehandicaptenzorg en de ondersteuningsbehoefte van mensen met een beperking. De eenzijdige gerichtheid op de ziekenhuiszorg heeft ertoe geleid dat de gehandicaptenzorg later dan nodig in beeld kwam bij de testmogelijkheden en de distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit heeft bijgedragen aan het ontstaan van de onderstaande verbeterpunten. Bij de voorbereiding op een mogelijke tweede golf is het essentieel dat er gekozen wordt voor een evenwichtige benadering tussen de cure en de care, met meer oog voor de verschillen tussen de specifieke doelgroepen.

Structuur en samenwerking

- *Aansluiten bij het BAO*

Vanaf het begin van de uitbraak van het coronavirus heeft de gehandicaptenzorg deelgenomen aan het BAO en het koepeloverleg van VWS. Deze overleggen hebben wij als zeer zinvol ervaren. Naast het snel kunnen beschikken over de laatste informatie over de adviezen van het Outbreak Management Team, kon snel worden geschakeld over de ervaren knelpunten. We hebben dit als een efficiënte vorm van informatieoverdracht en coördinatie van wetenschap en praktijk ervaren, die wat ons betreft te vroeg is beëindigd. Als er sprake is van een tweede golf, is het belangrijk dat de gehandicaptenzorg opnieuw bij het BAO aansluit.

- *Aansluiting bij het ROAZ*

De aanpak van het coronavirus werd gecoördineerd via het Landelijke Netwerk Acute Zorg en de Regionale Overleggen Acute Zorg. Dit netwerk is ingericht voor en vanuit de cure. De gehandicaptenzorg maakte tot voor kort geen onderdeel uit van deze structuur.



Vanuit het oorspronkelijke takenpakket van het ROAZ was dit ook niet nodig. Binnen het ROAZ ontbrak daardoor de kennis over de gehandicaptenzorg om adequaat op gehandicaptenzorg specifieke knelpunten te anticiperen. Het heeft bovenmatig veel inzet en energie gekost van gehandicaptenzorgorganisaties om alsnog aansluiting te krijgen bij ROAZ-structuur. In Brabant heeft dit geleid tot de oprichting van een RONAZ. Dit zorgde er o.a. voor dat gehandicaptenzorgorganisaties zelf cohort verpleegunits hebben ingericht voor mensen met een beperking. Vaak in een vorm van regionale samenwerking. Daarbij was het zeer lastig om voldoende (beademings)apparatuur en andere hulpmiddelen te verzamelen. Bij de voorbereiding op een tweede golf is het belangrijk dat de gehandicaptenzorg een herkenbare duidelijke plaats krijgt in de regionale structuur.

- *Samenwerking*

Bij de aanpak van het coronavirus hadden deskundigen zoals virologen een leidende rol. De richtlijnen van het RIVM waren leidend en werden geregeld herzien. Samen met beroepsgroepen en cliëntenorganisaties zijn deze richtlijnen vertaald naar handreikingen voor gehandicaptenzorgorganisaties. Gezien de vereiste snelheid stonden deze onder grote druk waarbij de richtlijnen van het RIVM weinig ruimte boden tot maatwerk. Richtlijnen of aanpassingen ervan worden door het RIVM gepubliceerd zonder dat dit altijd afgestemd is met de beroepspraktijk, waardoor we nogal eens verrast werden door publicaties. Een nauwere afstemming en samenwerking op deze punten met het RIVM is gewenst.

Testen en PBM

- *Beschikbaarheid PBM*

In het begin was er een groot tekort aan PBM in de gehandicaptenzorg. Het overgrote deel van de PBM werd gereserveerd voor de ziekenhuizen. Omdat mensen met beperking afhankelijk zijn de zorg en ondersteuning is het niet mogelijk om de zorg uit te stellen. Deze patstelling heeft ertoe geleid dat medewerkers vaak onbeschermd hun werk hebben moeten doen. De belofte dat bij concrete (vermoedens) van besmetting directe levering van PBM gegarandeerd was, werd in de praktijk niet waargemaakt. Een aantal gevallen hebben gehandicaptenzorgmedewerkers gekozen voor een lockin. Dat betekent dat zij de locatie niet meer hebben verlaten totdat de cliënten waren hersteld. Ondanks alle bewondering en lof die dit verdient, moeten dit soort situaties worden voorkomen. Het tekort aan PBM heeft een zware wissel getrokken op de mentale weerbaarheid van medewerkers. Deze prestatie kunnen zij geen tweede keer leveren. De beschikbare PBM moeten eerlijk worden verdeeld over de gehele zorg. Om toekomstige tekorten te voorkomen is het essentieel dat er een strategische voorraad aan PBM wordt aangelegd.



- *Onvoldoende testcapaciteit*
Door het tekort aan testcapaciteit konden maar 1 tot 2 cliënten per woning worden getest op het coronavirus. Dit heeft ertoe geleid dat er meer isolatiemaatregelen zijn genomen dan misschien noodzakelijk was, terwijl deze isolatiemaatregelen zeer belastend zijn voor mensen met een beperking. Ook heeft dit bijgedragen aan de gevoelens van onveiligheid van medewerkers.

Beperkende maatregelen

- *Sluiting zorglocaties*
Om de verspreiding van het coronavirus te voorkomen zijn een aantal generieke maatregelen genomen, zoals de bezoekregeling. In de praktijk bleek de "nee, tenzij" clause vaak lastig in te vullen, waardoor het voor mensen met een beperking van de één op de andere dag vaak niet meer mogelijk was om bezoek te ontvangen. Er is heel veel gebruik gemaakt van digitale communicatievormen om het contact met de familie te behouden. In het verlengde hiervan zijn ook veel externe dagbestedingslocaties gesloten. Dankzij de grote inzet en creativiteit van de zorgmedewerkers zijn de dagbestedingsactiviteiten op de woning voortgezet. Al was dat vaak in een andere vorm. Dit was heel erg zwaar voor de cliënten, hun ouders en familie en dit kan niet nog een keer van hen worden gevraagd. Bij de voorbereiding op een tweede golf is veel meer maatwerk nodig waarbij evenwicht wordt gezocht tussen de medische én agogische belangen. De beschikbaarheid van voldoende PBM en testcapaciteit is daarbij essentieel.
- *Versoepeling blijkt ingewikkeld*
Het was relatief eenvoudig om locaties te sluiten. Het uitvoeren van de versoepeling van de maatregelen bleek veel ingewikkelder. Zo past de "1,5 meter" heel slecht bij de behoefte aan nabijheid van mensen met een beperking. De diversiteit tussen de cliëntgroepen vraagt om maatwerk in de verruiming van de mogelijkheden. Dit heeft geleid tot een langdurig en licht verwarrend proces. Bij de afweging of een volledige lockdown een volgende keer de juiste oplossing is, moeten deze aspecten worden meegewogen. De les dat een lockdown relatief snel ingevoerd kan worden, maar dat de verruiming een complexer en tijdrovender proces is, maakt ook dat bij een volgende uitbraak beperkende maatregelen zo specifiek mogelijk moeten worden ingezet.
- *Ontbrekende wetenschappelijke inzichten*
Er is onvoldoende inzicht in welke mensen met een beperking een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor het coronavirus. Die diversiteit in de medische situatie van mensen met een beperking is groot. Doordat nu alle cliënten als kwetsbaar werden beschouwd, gold voor iedereen dezelfde beperkende maatregelen. Om dit een volgende



keer te voorkomen moet de beschikbare kennis snel worden gebundeld en waar nodig aangevuld. Deze kennissynthese vraagt samenwerking van onderzoekers en kennishouders. De gegenereerde kennis en inzichten moet op een centraal punt beschikbaar worden gesteld.

Financiering

- *Organisatievorm bepaalt aanpak*

De manier waarop de overheid is georganiseerd, is bepalend geweest voor de inrichting van de aanpak. De organisatie van het ministerie van VWS maakte dat sectorbrede thema's als bezoek en dagbesteding op 3 plekken werden besproken, met eigen invalshoeken. Ook zijn er verschillen ontstaan in de aanpak voor de zorg en Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO), terwijl het om dezelfde personen gaat. Een integrale aanpak waarbij uitgegaan wordt van mensen met een beperking en de maatregelen die nodig zijn om de zorg aan hen voort te zetten is gewenst. Dit geldt ook voor de financiële afspraken. Aan het begin van de coronacrisis heeft het Rijk in een brief aangegeven dat de gevolgen van de coronacrisis voor zorgaanbieders worden geneutraliseerd. Deze brief is zeer positief ontvangen bij de zorgorganisaties. De uitwerking hiervan is echter verlopen langs bestaande financieringsstromen, wat leidt tot extra administratieve belasting. Zo moeten de meerkosten van een zorgorganisatie worden gesplitst tussen jeugdhulp, Wmo, Zvw en Wlz. Terwijl deze kosten boven budgettair worden gefinancierd. Ook zijn er verschillen in de wijze waarop gemeenten uitvoering geven aan de landelijke regeling. Dit was onnodig geweest als het Rijk had aangestuurd op eenduidige uitvoeringsregels voor alle zorgdomeinen.

ⁱ Voorafgaand aan onze reactie hebben we afgestemd met de VNG en ActiZ. Vanuit de VGN willen we de inbreng van deze partijen van harte onderschrijven.