

Lessons learned COVID-19 langdurige zorg

Notitie gezien vanuit de LCI/RIVM, versie 24 juli 2020

Inleiding

Begin maart werd de eerste bewoner van een verpleeghuis gediagnosticeerd met COVID-19. Binnen enkele weken breidde het aantal besmettingen binnen de verpleeghuizen zich fors uit wat leidde tot (extra) sterfte onder de (kwetsbare) bewoners. Daarom besloot de minister alle verpleeghuizen in Nederland vanaf 20 maart te sluiten voor bezoek. Ook instellingen binnen de gehandicaptensector werden gesloten voor bezoek. Deze maatregelen zijn half juni geleidelijk teruggedraaid op geleide van de epidemiologie. Er wordt momenteel nagedacht op welke wijze dit tijdens een tweede golf voorkomen kan worden.

Lessons learned (voortschrijdend inzicht)

Terugkijkend naar de effecten van COVID-19 binnen de langdurige zorg vallen de volgende punten in het bijzonder op:

Aansluiting op het domein Langdurige zorg

Het RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding (Cib) richt zich op de epidemiologie, diagnostiek en bestrijding van infectieziekten die van belang zijn voor de volksgezondheid. Binnen het Cib coördineert de LCI de bestrijding van infectieziekteuitbraken. De LCI heeft van oudsher een medisch inhoudelijke insteek en heeft met name contacten in de publieke gezondheidszorg, de medische microbiologie en de curatieve sector (huisartsen, infectiologen). Binnen de langdurige zorg is er contact op specifieke onderwerpen (zoals influenza en antibioticaresistentie) met Verenso, maar slechts beperkt met andere beroeps- of brancheorganisaties. De contacten met de V&VN, zijn beperkt tot de afdeling Infectieziekten bestrijding verpleegkundigen.

De LCI-richtlijnen voor de infectieziektebestrijding zijn primair gericht op gebruik in de publieke gezondheidszorg en worden door de IGJ als veldnorm gezien voor de betrokkenen. Met betrekking tot infectiepreventie participeert de LCI in het in oprichting zijnde Samenwerkingsverband Richtlijn Infectiepreventie (SRI) samen met de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ¹).

In de COVID-19 crisissituatie -en zeker in het begin - werden de informatie en uitgangspunten uit de LCI-richtlijn veel breder gebruikt, ook als basis voor specifieke richtlijnen in de diverse zorgsettings.

Tijdens de COVID-19-epidemie zijn de contacten met de langdurige zorg substantieel uitgebreid. Met een aantal beroepsorganisaties binnen de langdurige zorg (Verenso en VGN) is inhoudelijk afstemming over de specifieke richtlijnen die zij hebben opgesteld voor hun werkgebied. Met de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen werkzaam in instellingen en in de thuiszorg/wijkverpleging (V&VN) was dit onvoldoende ingericht.

¹ SKILZ is een samenwerkingsverband tussen V&VN, VNAVG en Verenso.

Onbekendheid over het virus

Er was over het nieuwe coronavirus nog veel niet bekend, zeker niet in de beginfase. In de loop van de tijd werd er steeds meer bekend over het virus, over de pathogenese, over de besmettelijkheid, over de symptomatologie, enz. De richtlijnen zijn regelmatig aangepast aan de nieuw inzichten.

Crisissituatie

In zeer korte tijd nam de uitbraak van COVID-19 exponentieel toe. Daarbij waren er tekorten aan testcapaciteit en persoonlijke beschermingsmiddelen. De VVT-sector werd hard getroffen en daar was de noodzaak voor aanvullende adviezen groot. Deze adviezen zijn onder hoge tijdsdruk tot stand gekomen waarbij zorgvuldige afstemming met alle beroepsorganisaties en/of branches niet altijd haalbaar was.

Zorgcontinuïteit onder druk

Juist in zo'n drukke periode stond de zorgcontinuïteit extra onder druk. Niet alleen waren veel bewoners/cliënten ziek, ook het ziekteverzuim onder medewerkers nam toe. De druk om het personeel zo lang mogelijk inzetbaar te houden was groot. In de eerste versies van de richtlijnen is daarbij -in overleg met VWS en de brancheorganisaties- toegewerkt naar maximale inzetbaarheid op basis van de toenmalige kennis over symptomen en besmettelijkheid. Later is het adagium 'blijf thuis bij klachten (en laat je testen)' de maatstaf geworden.

Testbeleid

In de beginperiode was er een evident gebrek aan testcapaciteit. In de richtlijnen voor inzet van medewerkers werd uitgegaan van de aan- of afwezigheid van klachten en de ernst daarvan. Voldoende testcapaciteit voor medewerkers in de langdurige zorg heeft vrij lang op zich laten wachten. Ook de testcapaciteit voor patiënten/bewoners was aanvankelijk beperkt. In eerste instantie werd in verpleeghuizen alleen getest bij de eerste twee bewoners/ cliënten om een uitbraak in een instelling vast te stellen zodat daarna cohortverpleging gestart kon worden. Pas later werden alle bewoners/ cliënten met klachten getest. Patiënten in de thuissituatie werden gedurende enige tijd alleen getest als dit consequenties had voor de behandeling of verpleging.

Pre- en asymptomatische besmettelijkheid

Hoewel er nog geen duidelijkheid bestaat over de bijdrage van pre- en asymptomatisch geïnfecteerde personen aan de totale omvang van de verspreiding van het coronavirus is het niet uit te sluiten dat dit een rol heeft gespeeld in de verspreiding van het virus binnen instellingen. Gezien de concentratie van kwetsbare bewoners die bovendien een atypisch beloop van de infectie kunnen hebben is het mogelijk dat introductie in een instelling niet direct wordt opgemerkt. Na het sluiten van de instellingen voor bezoek is het virus in de instellingen hoogstwaarschijnlijk geïntroduceerd via de medewerkers en heeft verdere verspreiding plaatsgevonden door de setting en de kwetsbaarheid van de bewoners.

Gebruik PBM

In de beginperiode is bij het opstellen van de uitgangspunten voor gebruik van PBM buiten het ziekenhuis rekening gehouden met de beperkte beschikbaarheid van PBM, in het bijzonder van mondneusmaskers. Het was evident in welke situaties altijd PBM gebruikt moest worden en dat is ook altijd in de richtlijn opgenomen. Ook was er voldoende onderbouwing dat het gebruik van een chirurgisch mondneusmasker voldoende bescherming bood. Er is met name gezocht naar situaties waarbij het werken zonder PBM mogelijk zou zijn, zodat de beschikbare PBM gebruikt kon worden voor de hoogrisico-situaties. Hier is toen bijvoorbeeld aangegeven dat werken op meer dan 1,5 m van de patiënt (conform de WIP-richtlijn) en bij vluchtig contact binnen de 1,5 m door het RIVM ingeschat werd als een laag-risico situatie. De beroepsverenigingen Verenso en VGN hebben in hun richtlijnen verwezen naar de uitgangspunten van het RIVM over PBM gebruik buiten het ziekenhuis. Voor de thuiszorg heeft het RIVM een richtlijn en een aantal Q&A's opgesteld omdat centrale informatie voor die groep toen nauwelijks voorhanden was. Mede vanwege de nog steeds beperkte beschikbaarheid van PBM medio april werd preventief gebruik van mondmaskers ontraden. Na het veranderen van de verdeelsleutel voor PBM -waarbij de aard en intensiteit van de blootstelling leidend werd ongeacht de sector waar men werkzaam is – is de beschikbaarheid van PBM voor de langdurige zorg toegenomen.

Basiskennis infectiepreventie

Adequate handhygiëne is een van de belangrijkste pijlers van het voorkómen van overdracht van het virus van mens naar mens. De kennis en vaardigheden m.b.t. handhygiëne en andere infectiepreventiemaatregelen vergt continue aandacht. Daarbij heeft de angst om besmet te raken en om bewoners/cliënten te besmetten, zorgmedewerkers onzeker gemaakt. Het juiste gebruik van PBM is geen vanzelfsprekendheid, zeker niet als deze in de reguliere zorg weinig gebruikt worden. Mondneusmaskers die niet goed gebruikt worden en het vervangen van handhygiëne door handschoenen, kunnen de overdracht van het virus bevorderen i.p.v. belemmeren. De vele vragen die over dit onderwerp bij het RIVM binnen kwamen laten zien dat deze kennis niet overal voldoende aanwezig was.

De toekomst: voorbereiding tweede golf

Om een nieuwe uitbraak in de verpleeghuizen en andere instellingen voor langdurige zorg te mitigeren, is een gedifferentieerd beleid noodzakelijk. Naast de infectiepreventiemaatregelen, dienen ook andere maatregelen getroffen of in stand gehouden te worden. Hier valt te denken aan goede landelijke en regionale informatie en interventie, samenwerking tussen de verschillende instellingen, voldoende capaciteit voor COVID-19-patiënten, voldoende financiële middelen, enz.

In deze notitie beperken we ons tot de infectiepreventiemaatregelen in brede zin. Hieronder de meest belangrijke elementen hierin.

1. Basiskennis over infectiepreventie waarborgen

Binnen de langdurige zorg bestaan al enige jaren diverse instanties die scholing van infectiepreventie en implementatie van richtlijnen ondersteunen, zoals Vilans, Zorg voor Beter, Waardigheid en Trots, Kennisplein Gehandicaptensector. Daarnaast zijn er, ook openbaar

toegankelijke, e-learningen beschikbaar voor organisaties en zorgmedewerkers. Extra scholing voor (algemene) infectiepreventie verdient op korte termijn aandacht binnen de langdurige zorg.

Voorstel acties:

Brancheorganisaties brengen dit onder aandacht van hun leden.

2. Deskundigheid op het gebied van infectiepreventie beschikbaar houden of maken
Het 70-20-10-model van effectief leren is zeker in de langdurige zorg een belangrijk gegeven, gelet op het lagere opleidingsniveau van de professionals in vergelijking met de cure. Het belangrijkste deel, 70%, van wat je leert, leer je in de praktijk. Dit betekent dat er deskundigheid op het gebied van infectiepreventie dicht bij de zorgmedewerkers moet zijn om dat leren te begeleiden. Hier is een grote rol weggelegd voor de deskundigen infectiepreventie (DIP-er), in het bijzonder degenen met specifieke deskundigheid binnen de langdurige zorg. Het verdient derhalve aanbeveling dat elke langdurige-zorgorganisatie een DIP-er tot zijn beschikking heeft. Dit is over het algemeen mogelijk via het ziekenhuis in de regio, via zelfstandig werkende DIP-ers of via de regionale GGD. Ook de ABR-Zorgnetwerken, die vorig jaar zijn opgericht, stellen DIP-ers ter beschikking.

Voorstel acties:

Brancheorganisaties brengen dit onder aandacht van hun leden.

3. Zorgcontinuïteit waarborgen

Om goede zorg te kunnen leveren is het van belang dat er voldoende personeel is. Met de toename van respiratoire infecties in het najaar ligt het gevaar op de loer dat er onvoldoende personeel beschikbaar is om te kunnen werken. Mocht de zorgcontinuïteit in het gedrang komen dat is werken met adequate PBM noodzakelijk voor medewerkers met klachten. Daarnaast moeten deze medewerkers getest worden en kunnen zij bij een negatieve testuitslag weer snel aan het werk.

Voorstel acties:

Inzet – en testbeleid van zorgmedewerkers up-to-date houden en door de beroepsorganisaties laten vertalen naar eigen richtlijnen/ werkwijze.

Griepvaccinatie stimuleren.

4. Beschikbaarheid PBM /ondersteuning rationeel gebruik

Om een sluitend infectiepreventiebeleid mogelijk te maken dienen de zorgmedewerkers voor elke risicovolle handeling en situatie PBM ter beschikking te hebben. In de richtlijnen moet ook voldoende duidelijk zijn welke handelingen en situaties dit betreft.

Gelet op de ernstige situatie in de langdurige zorg in de eerste golf moet uitbreiding van de indicaties ook voor het preventief gebruik van PBM in de langdurige zorg worden overwogen. Hier zal zowel aandacht moeten zijn voor de (wetenschappelijke) onderbouwing, het effectief gebruik van PBM als de reductie van angst. Dit vraagt nadere uitwerking.

Voorstel acties: PBM beleid tegen het licht houden nu er geen schaarste van PBM meer is.

5. Nieuwe introducties voorkomen

Om nieuwe introducties in instellingen te voorkomen moeten maatregelen worden getroffen. Het opnieuw sluiten van deze instellingen is zeer onwenselijk. Welke maatregelen wel effectief en proportioneel zijn moet verder uitgewerkt worden. Hierbij kan de rol van preventief gebruik van mondneusmasker voor medewerkers en/ of bezoekers meegenomen worden. Ook een bezoekersregeling kan helpen bij het beperken van introducties in de instelling.

Acties: Uitgangspunten opstellen samen met de beroepsorganisaties over te treffen maatregelen om nieuwe introducties te voorkomen. Een handreiking voor maatregelen bij clusters of (lokale) verheffing van COVID-19 is reeds in ontwikkeling.

6. Testbeleid patiënten/ cliënten

Vanaf 1 juni kan iedereen met klachten laagdrempelig getest worden. Echter, zoals hierboven geconstateerd, is de rol van pre- en asymptomatische infecties nog onvoldoende duidelijk. Daarnaast kan er bij deze kwetsbare groep sprake zijn van atypische klachten. Een overweging is om bij verheffingen patiënten en cliënten zonder klachten te testen om introductie in de instelling tijdig vast te stellen. Er zal verder uitgewerkt moeten worden wie er al dan niet steekproefsgewijs getest moeten worden en onder welke omstandigheden.

Acties: Uitgangspunten voor testen van personen zonder klachten bij verheffingen opstellen en door beroepsorganisaties laten vertalen naar eigen richtlijnen/ werkwijze.

7. Protocol voor de instellingen over bron- en contactonderzoek

De GGD is vanuit de wet Publieke Gezondheid verantwoordelijke voor bron- en contactonderzoek, echter binnen een instelling is het vaak de instelling zelf die dit bron- en contactonderzoek uitvoert. Goede afstemming en een heldere taakverdeling tussen beide partijen is noodzakelijk.

Acties: Een protocol opstellen voor de instellingen over bron- en contactonderzoek en door beroepsorganisaties laten vertalen naar eigen richtlijnen/ werkwijze.