

Eindrapportage NIEZT huisartsenzorg

Implementatie en organisatie van infectiepreventie in huisartsenpraktijken tijdens de COVID-19-pandemie: geleerde lessen en toekomstperspectief

Inhoudsopgave

Algemene samenvatting	3
Achtergrondinformatie	3
Doel.....	4
1 Kwalitatieve evaluatie infectiepreventie in de huisartsenzorg	4
1.1.1. Bevindingen interviews tijdens de COVID-19-pandemie	4
1.1.2. Aanbevelingen vanuit professionals om infectiepreventie te bevorderen in de huisartsenzorg	10
2 Implicaties voor de praktijk en conclusies	11
3 Vergelijking tussen bevindingen interviews pre-COVID en tijdens de COVID-19-pandemie	12
4 Vervolgstappen.....	13

Algemene samenvatting

In de context van COVID-19 hebben veel veranderingen plaatsgevonden in het infectiepreventie denken en de organisatie van infectiepreventie in huisartsenpraktijken. Onze kwalitatieve studie evalueerde de impact van COVID-19 op infectiepreventie, en wat dit betekent voor de implementatie en organisatie van infectiepreventie in de huisartsenzorg in de toekomst.

Uit onze studie blijken grote verschillen tussen praktijken met betrekking tot de implementatie en organisatie van infectiepreventie sinds de introductie van de omikronvariant; sommige praktijken hanteren nog een pakket aan maatregelen, terwijl anderen de meeste maatregelen hebben afgeschaald. Professionals maken verschillende afwegingen ten aanzien van het toepassen van infectiepreventie. Deze afwegingen zijn met name gebaseerd op de aard van het consult, het type en risicoprofiel van de patiënt, en het verlangen om goede patiëntenzorg te kunnen blijven leveren. Professionals ervaren meerdere uitdagingen ten aanzien van infectiepreventie tijdens de COVID-19-pandemie. Deze uitdagingen betreffen de patiënt (weerstand, onbegrip), de fysieke omgeving (gebouw), de personele krapte (door infectie) en steeds veranderend beleid/richtlijnen. De belangrijkste geleerde lessen volgens huisartsen en doktersassistenten zijn de algemene verhoogde bewustwording ten aanzien van de noodzaak en het nut van infectiepreventie en de verhoogde paraatheid. Bovendien benoemden de professionals geleerd te hebben dat snelle organisatieverandering mogelijk is, zoals zorg op afstand. Ook qua toekomstverwachting gaven huisartsen en doktersassistenten aan dat de bewustwording verhoogd is, maar ook leeft nog erg de behoefte om terug te kunnen naar het 'oude normaal'. Onder een deel van de professionals heerst wel de verwachting om infectiepreventie structureel op te schalen tijdens het griepseizoen.

Professionals rapporteerden de volgende belangrijkste aanbevelingen: blijven behouden van bewustwording door middel van structurele informatievoorziening, versterken van (regionale) samenwerkingsverbanden tussen praktijken maar ook met andere ketenpartners, en meer centrale sturing met betrekking tot beleid en logistieke zaken.

Met de ervaringen, perspectieven en aanbevelingen van de professionals kunnen *geleerde lessen* gedeeld worden. Deze lessen zullen bijdragen aan de *paraatheid* van huisartsenpraktijken bij toekomstige epidemieën. Tevens kan deze informatie bijdragen aan de duurzame organisatie en borging van infectiepreventie in huisartsenpraktijken.

Achtergrondinformatie

Als gevolg van COVID-19 zijn er veel zaken veranderd bij infectiepreventie; zo is de bewustwording van het risico van infecties en het belang van infectiepreventie gegroeid. Tevens heeft COVID-19 geleid tot veranderingen in organisatorische elementen van infectiepreventie, zo zijn telefonische of digitale consulten gebruikelijker sinds COVID-19. Bovenstaande roept de vraag op wat concreet is veranderd ten gevolge van COVID-19 met infectiepreventie in de huisartsenzorg, en wat dit betekent voor de implementatie en organisatie van infectiepreventie in de toekomst.

Doel

Deze activiteit heeft als doel de ervaringen en perspectieven van huisartsen en doktersassistenten te evalueren ten aanzien van (1) de impact van COVID-19 op infectiepreventie in de huisartsenzorg, en (2) wat dit betekent voor de implementatie en organisatie van infectiepreventie in de toekomst.

1 Kwalitatieve evaluatie infectiepreventie in de huisartsenzorg

Om inzicht te krijgen in de ervaringen en perspectieven van huisartsen en doktersassistenten over de veranderingen in het denken en de organisatie van infectiepreventie ten gevolge van COVID-19, zijn er semigestructureerde diepte-interviews uitgevoerd onder 22 huisartsen en doktersassistenten uit 17 huisartsenpraktijken in Limburg. De interviews zijn gehouden tussen juli 2022 en februari 2023. Dit is een vervolg op de interviews die eerder zijn uitgevoerd, pre-COVID, namelijk van juli 2019 tot februari 2020. Deze pre-COVID-interviews vonden plaats met 14 huisartsen en doktersassistenten uit 9 huisartsenpraktijken in Limburg.

De bevindingen, zoals hieronder beschreven, hebben voornamelijk betrekking op de interviews die tijdens de COVID-19-pandemie hebben plaatsgevonden.

1.1.1. Bevindingen interviews tijdens de COVID-19-pandemie

Uit de interviews tijdens de COVID-19-pandemie zijn de volgende hoofdthema's naar voren gekomen: 1) implementatie en organisatie van infectiepreventie, 2) afwegingen om infectiepreventie uit te voeren, 3) uitdagingen, 4) geleerde lessen, en 5) toekomstverwachting. De bevindingen van de interviews worden beschreven per hoofdthema.

Implementatie en organisatie van infectiepreventie

De implementatie en organisatie van infectiepreventie is tijdens de COVID-19-pandemie onderhevig geweest aan veranderingen, afhankelijk van de infectiedruk en ziektelast. In periodes pre-omikronvariant was er een hoge infectiedruk en ziektelast, terwijl deze ziektelast in het algemeen is afgenomen sinds de introductie van de omikronvariant. Vandaar is er voor het in kaart brengen van de implementatie en organisatie van infectiepreventie in de interviews een onderscheid gemaakt tussen infectiepreventiemaatregelen in periodes pre-omikronvariant (2020-2021) en periodes tijdens de omikronvariant (2022-interview).

Implementatie en organisatie van infectiepreventie pre-omikronvariant (2020-2021)

In het algemeen hadden alle praktijken dezelfde organisatie van infectiepreventie tijdens de pre-omikron periode (2020-2021): **desinfectiezuil bij ingang, mondneusmasker plicht voor zowel personeel als patiënten, 1,5m afstand in wachtkamer, schermen/plexiglas bij de balie, testen bij COVID-verdenking, toegenomen/streng triage**, bij COVID-positief/verdenking **apart luchtweg/COVID-spreekuur** (arts in geheel beschermende kleding/pak, vaak aan het einde van de dag gepland, vaak aparte kamer voor COVID-spreekuur), **clusteren van patiënten met**

4

GGD Zuid Limburg

luchtwegklachten en het reguleren van de patiëntenstroom. De invulling van het clusteren van patiënten en het reguleren van de patiëntenstroom was verschillend tussen praktijken. Ongeveer de helft van de professionals gaven aan een **aparte in- en uitgang** te hebben voor de kamer van het COVID-spreekuur, waarbij patiënten niet in de wachtkamer kwamen en direct de COVID-spreekkamer konden betreden. Terwijl anderen aangaven geen aparte in- en uitgang te hebben, maar qua organisatie wel rekening te houden met het reguleren van de patiëntenstroom. Zo noemden een aantal professionals patiënten in de auto te laten wachten, en anderen benoemden een andere locatie te gebruiken voor patiënten met COVID-verdenking. Uit de interviews kwam naar voren dat er gezocht werd naar oplossingen, en de hoofdoelen van het reguleren van de patiëntenstroom en het clusteren van patiënten clusteren werden nagestreefd, maar de specifieke invulling afhankelijk was van de mogelijkheden van het gebouw van de huisartsenpraktijk. Meerdere respondenten gaven aan in de eerste golf geringe fysieke spreekuren te hebben; met name enkel COVID-verdenkingen/positieven, en de rest **telefonische consulten**. Sommigen rapporteerden dat in de eerste golf de praktijk **geheel dicht** was (geen fysieke consulten), met name door personeelsuitval. Aan de andere kant gaf een enkele respondent aan juist de risicopatiënten (bv. diabetespatiënten) extra te zien tijdens de COVID-piek. Een aantal respondenten gaven ook aan de **ingang van de praktijk te reguleren** met een intercom. Zo goed als alle respondenten benoemden gebruik te hebben gemaakt van **digitale zorg**. De meerderheid rapporteerde met name telefonische consulten te hebben uitgevoerd en geen gebruik te hebben gemaakt van beeldbellen/videoconsulten. E-consulten (voor met name huidplekken) werden wel door alle respondenten geïmplementeerd. Sommige professionals gaven aan dat er meer **desinfectiepompen aanwezig** waren in de praktijk dan pre-COVID, zowel op bureaus als opgehangen desinfectans.

Wat betreft het infectiepreventie gedrag door professionals, en met name het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM), gaf de meerderheid aan **mondneusmaskers** te hebben gebruikt. Een enkeling rapporteerde gering gebruik te hebben gemaakt van mondneusmaskers, met als voornaamste redenen gebruiksongemak. Meerdere professionals rapporteerden **meer handschoenen** te hebben gebruikt tijdens lichamelijke onderzoeken tijdens de COVID-pandemie dan pre-COVID. Terwijl een aantal anderen juist aangaven enkel handschoenen te hebben gebruikt bij COVID-verdenking, en niet bij andere lichamelijke onderzoeken. Een aantal respondenten rapporteerden gebruik te hebben gemaakt van **spatschermen** op bureaus, terwijl andere artsen juist aangaven dit niet te hebben gedaan, omdat ze toch dicht bij de patiënt moesten komen voor het verrichten van lichamelijk onderzoek. Een andere reden om geen gebruik te hebben gemaakt van spatschermen was de mogelijkheid tot het bewaren van afstand tussen arts en de patiënt door de lengte van het bureau. Tijdens de eerste golf werden in de meeste gevallen de patiënten gezien in **wegwerppak**. Enkele professionals gaven aan **doktersjassen** te dragen i.p.v. een wegwerppak, vaak uit duurzaamheidsoogpunt. Verder benoemden de doktersassistenten meer **gereinigd (van instrumentarium), schoongemaakt, gedesinfecteerd en geventileerd** (met name de COVID-spreekkamer) te hebben tijdens de COVID-pandemie dan pre-COVID-periodes. Ook gaven alle respondenten aan het geldend advies van **geen handen meer schudden** en **meer toepassing van handhygiëne** te hebben opgevolgd. Bovendien rapporteerden meerdere professionals **1,5m afstand** te hebben

gehouden onder het **personeel**, terwijl anderen aangaven dat dit moeilijk was en niet gedaan werd.

Implementatie en organisatie van infectiepreventie tijdens de omikronvariant (2022-interview)

Ten opzichte van periodes met hoge COVID-19-incidentie en ziektelast, zijn er in de omikronvariant periode (lagere ziektelast door hogere immuniteit) grote verschillen in de organisatie van infectiepreventie tussen praktijken; sommige praktijken hanteerden nog een breed pakket aan maatregelen, terwijl anderen vrijwel alle maatregelen hebben afgeschaald. Meerdere professionals gaven aan dat er bepaalde **minimumeisen** golden voor iedereen binnen de praktijk (bv. mondneusmasker plicht bij COVID-verdenking), maar dat verdere invulling of extra **implementatie professional afhankelijk** was. Sommige andere professionals benoemden dat er binnen de praktijk wel nog een **breed pakket aan maatregelen** werd gehanteerd tijdens de omikronvariant, ook in het licht van het voorkomen van andere infectieziekten (buiten COVID-19). De meeste professionals benoemden tijdens de omikronvariant nog te beschikken over de **desinfectie zuil** bij de ingang van de praktijk. Een aantal professionals benoemden ook het idee te hebben dat hier door patiënten nog veel gebruik van werd gemaakt. Bovendien gaven professionals aan dat nog steeds veel desinfectans aanwezig waren op de spreekkamers en binnen de praktijk, significant meer dan pre-COVID. De meerderheid van de respondenten benoemde dat er ook tijdens omikronvariant periodes nog veel **triage** werd uitgevoerd binnen de praktijk, waarbij nog steeds gevraagd werd aan patiënten met luchtwegklachten een zelftest uit te voeren. Een enkele respondent benoemde geen extra triage meer toe te passen binnen de praktijk. Meerdere professionals gaven aan de patiënten met COVID-verdenking te clusteren, m.a.w. een **apart spreekuur te hebben voor patiënten met COVID-verdenking**. In tegenstelling, een aantal professionals benoemden het COVID-spreekuur los te hebben gelaten, maar wel de **patiëntenstroom** op een andere manier te **reguleren** (bv. patiënten met COVID-verdenking te laten wachten in de auto of een huisbezoek uit te voeren). Een aantal professionals benoemden ten tijde van de omikronvariant nog **spatschermen** te hebben in de spreekkamers. Zo goed als alle professionals rapporteerden het flexiglas bij de balie/front office van doktersassistentes te behouden. De **1,5m afstand** in de wachtkamer was in alle praktijken losgelaten vanaf de omikronvariant. Wel benoemden een aantal professionals de 1,5m afstand in de spreekkamer zo veel mogelijk te bewaken (bv. 1,5m afstand tussen patiënt en het bureau). Professionals, met name doktersassistentes, rapporteerden ook in periodes van de omikronvariant nog steeds veel **schoon te maken en oppervlakten te reinigen en desinfecteren**. Met betrekking tot **digitalisering** benoemden meerdere professionals ook tijdens de omikronvariant nog gebruik te maken van zorg op afstand, met name telefonische consulten en niet zozeer beeld bellen. Echter benoemden sommige professionals sinds de omikronvariant de telefonische consulten losgelaten te hebben en de patiënten weer allemaal fysiek op spreekuur te zien. Wel gaf de meerderheid van de professionals aan nog gebruik te maken van e-consulten voor huidpathologie. Andere organisatieveranderingen die een aantal professionals aangaven aan te houden vanaf de omikronvariant waren het reguleren van de praktijk met een intercom en aangepaste spreekuurplanningen (langer tijd inplannen tussen consulten en spreekuren verdelen over artsen, om drukte in de praktijk te verminderen). Een enkele professional

rapporteerde in de praktijk structureel langere spreekuren (15 minuten i.p.v. 10 minuten) te implementeren.

Wat betreft het infectiepreventie gedrag, gaven meerdere professionals aan dat ze in bepaalde situaties de keuze maakten om zichzelf extra te beschermen en een mondneusmasker te dragen ten tijde van de omikronvariant (bv. bij zorg aan baby's of kinderen en bij patiënten met luchtwegklachten of bij lichamelijk onderzoek waarbij dicht patiëntencontact is), terwijl anderen benoemden geen mondneusmasker te dragen of enkel bij een patiënt met een positieve zelftest. Een enkeling rapporteerde dat de professionals binnen de praktijk ook tijdens de omikronvariant nog structureel **mondneusmaskers** droegen bij het leveren van patiëntenzorg. Ook benoemden meerdere professionals frequenter **handschoenen** te dragen bij patiëntencontact t.o.v. pre-COVID-periodes. Sommigen benoemden dit bij elk patiënt contact te doen, terwijl anderen dit enkel doen bij patiënten met respiratoire klachten. Aan de andere kant gaven een aantal andere professionals aan niet frequenter handschoenen te dragen bij patiëntencontact, maar wel extra handhygiëne toe te passen. De meerderheid van de professionals benoemde geen **handen** meer te **schudden** met patiënten. Uit de interviews blijkt dat professionals dit wel nog sporadisch deden, o.b.v. toenadering van de patiënt. Zo goed als alle professionals rapporteerden dat ze meer **handhygiëne** zijn gaan toepassen t.o.v. pre-COVID-periodes, met name het gebruik van desinfectans zou zijn toegenomen.

Afwegingen om infectiepreventie uit te voeren

De voornaamste redenen die huisartsen en doktersassistentes aangaven om infectiepreventie uit te voeren waren: **beschermen van de patiënt** (extra alert bij kwetsbare groepen zoals de oudere populatie en immuun gecompromitteerde patiënten), **beschermen van zichzelf om personeelsuitval te voorkomen** (en continuïteit van zorg te kunnen leveren), en **beschermen van het thuisfront**.

De afwegingen om infectiepreventie uit te voeren waren met name afhankelijk van de **aard van het consult** (duur van het consult, mate van lichamelijk contact, en de setting van huisbezoek of consult op de praktijk), **type/risico indicatie patiënt** (luchtwegklachten/COVID-verdenking en bij kwetsbare groepen), en het kunnen blijven **leveren van goede patiëntenzorg** (bv. behouden van goede communicatie bij slechthorenden). Daarnaast kwam het **duurzaamheidsaspect** ook als belangrijk naar voren; vaak is de uitvoering van infectiepreventie (met name wegwerp PBM) in strijd met duurzaamheid. Huisartsen gaven aan zelf naar oplossingen te zoeken, bv. het aanschaffen van doktersjassen en deze op 60 graden te wassen i.p.v. wegwerppakken. Ook het **seizoen** (bv. griepseizoen), de **omgevingsprevalentie/incidentie** en de **ernst/pathogeniteit van het virus** kunnen bijdragen aan de afwegingen om infectiepreventie uit te voeren.

Afwegingen voor het op- of afschalen van infectiepreventie

Tijdens de interviews is ook gevraagd naar specifieke afwegingen voor het opschalen (of afschalen) van bepaalde infectiepreventiemaatregelen. De meeste professionals gaven aan opschaling te laten bepalen door een combinatie van externe en interne prikkels. **Externe prikkels** zijn met name richtlijnen en advies vanuit de overheid (inclusief GGD) of vanuit de beroepsvereniging (NHG), oplopende omgevingsprevalentie en toenemende ziektelast (o.b.v. pathogeniteit/ernst virus), en oplopende ziekenhuisbedden. **Interne**

prikkels zoals oplopende besmettingen onder het personeel (om verder personeelsuitval te voorkomen) en onder de patiëntenpopulatie zijn genoemde redenen om op eigen initiatief op te schalen binnen de praktijk. Een enkele professional gaf aan dat de praktijk pas zal afschalen als het griepseizoen voorbij is.

Meerdere professionals rapporteerden dat de afwegingen om infectiepreventiemaatregelen op of af te schalen een gezamenlijk besluit is binnen de praktijk, waarbij tijdens teamoverleggen in samenspraak beslissingen werden gemaakt.

In de interviews werd aan de respondenten gevraagd naar het aanbevolen proces om de opschaling van infectiepreventiemaatregelen aan te pakken. Over het algemeen zijn de professionals het erover eens dat voor de eerste opschaling het **clusteren van patiënten en het reguleren van de patiëntenstroom** (meer triage, apart spreekuur), in combinatie met het doorbreken van de transmissieketen door **meer gebruik van PBM** (met name mondneusmasker) en het zoveel mogelijk aanhouden van 1,5m afstand belangrijke stappen zijn. Een aantal professionals benoemden ook de noodzaak om bij de eerste opschaling de patiënten te **clusteren op een andere locatie**, met name met het oog op de continuering van de reguliere zorg. Een tweetal respondenten benoemden als derde laag van de opschaling **het reguleren van de ingang van de praktijk** met een intercom. Daarnaast rapporteerden een aantal professionals het aanbieden van meer digitale zorg (met name telefonische consulten) en het afschalen van de reguliere zorg als mogelijke aanpakken voor opschaling.

Uitdagingen

De belangrijkste uitdagingen voor infectiepreventie betreffen de patiënt, de fysieke omgeving (gebouw) en de richtlijnen/beleid. Daarnaast zijn er nog een aantal algemene uitdagingen op team en contextueel niveau.

De meerderheid van de professionals gaf aan dat de **patiënt** kan zorgen voor uitdagingen. Weerstand tegenover maatregelen, onbegrip en een gebrek aan medewerking van de patiënt werden vaak aangegeven als belemmerend. Een aantal respondenten gaven ook aan dat sommige patiënten met opzet niet eerlijk waren over klachten of over de uitslag van de zelftest. Wel rapporteerden professionals dat de patiëntengroep waarbij weerstand voorkwam een relatief kleine groep betrof en ze ook veel positieve reacties en dankbaarheid vanuit patiënten ontvingen. Naast de patiënt, werd de **fysieke omgeving van de praktijk** vaak ervaren als belangrijke uitdaging. Meerdere professionals rapporteerden dat het gebouw niet toereikend was voor het reguleren van de patiëntenstroom, de mogelijkheid om (1,5m) afstand te houden in de wachtkamer, en adequate ventilatie te kunnen bewerkstelligen. Een enkele professional gaf aan dat een aparte ruimte voor een spreekuur met COVID-patiënten niet mogelijk was. Wel benoemden professionals te zoeken naar passende oplossingen als ze belemmeringen ervoeren met het gebouw; wanneer het reguleren van de patiëntenstroom op de praktijk niet mogelijk was, maakten ze gebruik van een ander gebouw, of werden de spreekuren met COVID-verdachte patiënten op het einde van de dag ingepland. Met name professionals die werkzaam waren in een gezondheidscentrum en in grote praktijken gaven aan extra uitdagingen te ervaren. Op een breder beleidsniveau, rapporteerden meerdere professionals dat de **steeds veranderende en soms onduidelijke richtlijnen** een belangrijke uitdaging waren. Bovendien gaven professionals aan dat de richtlijnen vaak te laat kwamen en er soms verschillende

communicatie was tussen het RIVM en de GGD. Dit leidde tot onduidelijkheid en verschillen in beleid tussen praktijken. Sommige praktijken namen hierdoor op eigen initiatief extra maatregelen. Daarnaast werd door professionals, met name in de eerste golf, het **tekort aan middelen en materialen** (PBM, testen) als belangrijke uitdaging ervaren. Een aantal andere uitdagingen voor infectiepreventie die een paar professionals rapporteerden zijn het **gebruiksongemak van PBM** (met name mondneusmaskers en wegwerppakken) en de **onverschilligheid onder mede professionals**.

Naast specifieke uitdagingen voor infectiepreventie, zijn er ook algemene uitdagingen die professionals ervoeren op team niveau. De **vermenging tussen de professionele rol en het privéleven** kon soms tot dilemma's leiden, zoals het wel/niet aangaan van sociale contacten in de privésfeer en het ondernemen van sociale activiteiten buiten het werk. Tevens rapporteerden professionals dat de privékeuzes (bv. vaccinatiekeuze) tot **polarisatie** in het team leidden. Bovendien werden er een aantal belangrijke contextuele uitdagingen gerapporteerd door de professionals. **Personeelsuitval** (door infectie) en de toegenomen **werkdruk** (door hoge administratieve lasten) werd door een fors deel van de professionals aangegeven als grote uitdaging. In een breder perspectief gaven een aantal respondenten aan dat de huisartsenzorg in het algemeen in moeilijk vaarwater zit, ook al vóór COVID, waarbij de algemene krapte op de arbeidsmarkt een belangrijke uitdaging blijft. Een andere belangrijke contextuele uitdaging die een aantal professionals rapporteerden was het **in het geding komen van de toegankelijkheid van de eerste lijn**, met name uitgestelde zorg en het missen van andere zorgvragen (bv. eenzaamheid bij ouderen).

Geleerde lessen

Een vaak genoemde belangrijke les is de **frisse blik op de organisatie in praktijken**. Met name het besef dat *zorg op afstand mogelijk is* werd vaak gerapporteerd. Daarnaast benoemden een aantal professionals dat het belangrijk is om de *patiëntenstroom en de toegang tot de praktijk te reguleren*. Bovendien rapporteerden enkele respondenten nog additionele geleerde lessen qua organisatie in praktijken zoals de les om meer te triëren en het uitbreiden van spreekuurtijden (van 10 minuten naar 15 minuten). Een andere vaak genoemde belangrijke les is de **verhoogde paraatheid**. Respondenten gaven aan dat het belangrijk is om preventief te zorgen voor voldoende voorraad van PBM. Daarnaast benoemden professionals dat het reguleren van de patiëntenstroom en het scheiden van patiëntengroepen een belangrijke les is geweest. Verder gaven een aantal respondenten aan dat er tijdens de COVID-19-pandemie protocollen zijn opgesteld die, mocht het nodig zijn, weer geraadpleegd kunnen worden bij toekomstige uitbraken of epidemieën. Wel rapporteerden andere respondenten dat de vereiste werkwijzen niet schriftelijk zijn vastgelegd in protocollen (maar wel "fris in het hoofd zitten"). Naast de les in verhoogde paraatheid, benoemden een groot deel van de respondenten de **verhoogde bewustwording van het belang en het nut van infectiepreventie** als belangrijke geleerde les. Met name de bewustwording van het belang van handhygiëne (met name desinfectie) en geen handen schudden werd vaak gerapporteerd. Daarnaast gaven professionals aan dat er **toegenomen bewustwording** heeft plaatsgevonden **van het infectierisico en het risico op infectieoverdacht in de eerstelijnszorg**. Bovendien rapporteerde een deel van de respondenten het besef dat **infectiepreventie ook belangrijk is in het licht van het voorkomen van andere infectieziekten**. Aan

de andere kant zijn er ook professionals die niet achter het structureel/stelselmatig inzetten van infectiepreventie in niet-COVID-periodes staan. Een andere geleerde les gerapporteerd door een aantal respondenten is het **besef dat regionale samenwerking mogelijk en belangrijk** is. Een enkele professional benoemde het **belang van het eerder invoeren van maatregelen en het niet meer sluiten van de praktijk** als geleerde les.

Uit de interviews blijkt dat de meerderheid van de professionals met name trots is dat ze continuïteit van zorg hebben kunnen leveren. Bovendien rapporteerden ze trots te zijn dat ze alles 'samen' hebben opgepakt en heerste er tijdens COVID een samenhangingsgevoel.

Toekomstverwachting

In het algemeen gaf de meerderheid van de professionals aan dat er **meer aandacht is gekomen voor infectiepreventie en dat de bewustwording over het belang van infectiepreventie is gegroeid**. Meerdere professionals rapporteerden het vreemd te vinden dat bepaalde infectiepreventiemaatregelen niet ook pre-COVID (bij andere infectieziekten) werden uitgevoerd. Aan de andere kant gaf een deel van de professionals aan de verwachting te hebben dat de **bewustwording weer zal verslappen als de COVID-19-infectiedruk en ziektelast zal afnemen**. Ook gaven meerdere professionals aan blij te zijn **als bepaalde zaken losgelaten kunnen worden en ze weer terug kunnen naar het 'oude normaal'** (m.a.w., COVID-19 zien als elk ander 'griepseizoen gebonden virus'). Terwijl onder andere professionals juist de **perceptie heerst dat het ook belangrijk is om infectiepreventie toe te passen bij andere infectieziekten buiten COVID-19 en de toekomstverwachting is om infectiepreventie op te schalen tijdens het griepseizoen**. Wel gaven een aantal professionals (uit de groep die sceptisch was tegenover het blijven van de bewustwording) aan dat evenals de bewustwording zou overlappen, er wel structureel preventief ingezet moet worden op de facilitering van infectiepreventie op het gebied van de fysieke omgeving (gebouw) van de praktijk en logistieke zaken. Ook blijkt uit de interviews dat een aantal zaken met betrekking tot infectiepreventie zullen blijven in de toekomst. Zo gaven meerdere professionals aan de verwachting te hebben meer handhygiëne toe te blijven passen, het flexiglas bij de front office van doktersassistentes blijvend te laten staan, bij lichamelijk onderzoek handschoenen te blijven gebruiken, en tijdens het respiratoire seizoen de desinfectiepaal bij de ingang te zetten. Daarnaast rapporteerden een aantal respondenten dat ze verwachten dat tijdens het griepseizoen de implementatie van het luchtwegspreekuur, het dragen van een mondneusmasker bij luchtwegklachten en bij dicht lichamelijk contact, en meer triage door doktersassistentes weer opgepakt zal worden.

1.1.2. Aanbevelingen vanuit professionals om infectiepreventie te bevorderen in de huisartsenzorg

Tijdens de interviews is gevraagd naar aanbevelingen vanuit de professionals voor het verbeteren en haalbaar houden van infectiepreventie in de huisartsenzorg. Een aanbeveling die de meerderheid van professionals benoemde is het belang van het **behouden van bewustwording over het belang van infectiepreventie via**

structurele informatievoorziening/educatie, zowel onder zorgprofessionals als patiënten. Professionals gaven aan dat publieke mediacampagnes, voorlichting van de arts naar de patiënt, en structurele informatievoorziening vanuit de GGD en het regionale lab over de regionale incidentie en prevalentie trends met betrekking tot infectieziekten hierbij kunnen helpen. Een andere belangrijke aanbeveling die door de meerderheid van de professionals werd aangedragen is het **versterken van samenwerkingsverbanden**. Professionals rapporteerden dat zowel samenwerkingsverbanden tussen huisartsenpraktijken in de regio, als met andere ketenpartners zoals GGD en ziekenhuizen belangrijk zijn. Daarnaast benoemden een aantal professionals behoefte te hebben aan meer samenwerking en samenspraak tussen de overheid en zorginstellingen. Bovendien noemden professionals **meer centrale sturing** als belangrijke aanbeveling, waarbij ze aangaven dat met name beleid en logistieke zaken van 'bovenaf' geregeld en gefaciliteerd moeten worden. Een deel van de professionals rapporteerde behoefte te hebben aan meer *duidelijke en uniforme richtlijnen en beleid*. Een beslisboom zou hierin een handig hulpmiddel zijn. Ook gaven meerdere professionals aan dat het van belang is een *centraal punt te hebben voor de behandeling van een patiëntengroep met vergelijkbare klachten* (bv. huisartsenpost of coronahotel). Professionals benoemden dat dit *centraal behandelpunt* ook de druk wegneemt bij spreekuren, waardoor de reguliere zorg beter gecontinueerd kan worden. Bovendien rapporteerden verschillende respondenten dat het belangrijk is dat de *materialen en hulpmiddelen (zoals PBM) vanuit een centraal punt* geleverd worden. Verder rapporteerden de professionals nog een aantal andere aanbevelingen. Een paar professionals benoemden dat het belangrijk is dat **infectiepreventie praktisch uitvoerbaar en haalbaar blijft** voor de praktijk, en **in balans is met de andere zorg** die geleverd moet worden. In het verlengde hiervan rapporteerden een aantal professionals dat het belangrijk is dat de *maatregelen evidence-based zijn* en in balans met de risico's in de eerstelijnszorg. Een enkele professional benoemde het belang van het blijven *peilen van behoeften* van professionals, om infectiepreventie haalbaar te kunnen houden. Sommige respondenten gaven ook aan geen aanbevelingen te hebben. Uit de interviews blijkt dat een deel van de professionals dit zegt omdat ze de organisatie van infectiepreventie op orde hebben en hier tevreden over zijn, terwijl voor anderen dit een makkelijk antwoord lijkt en ze enigszins onverschillig tegen infectiepreventie aankijken.

2 Implicaties voor de praktijk en conclusies

Met de ervaringen, perspectieven en aanbevelingen van de professionals kunnen *geleerde lessen* gedeeld worden. Deze lessen zullen bijdragen aan de *paraatheid* van huisartsenpraktijken bij toekomstige epidemieën. Tevens kan deze informatie bijdragen aan de *duurzame organisatie en borging* van infectiepreventie in de huisartsenzorg.

Concreet kunnen de aanbevelingen vanuit de professionals op meerdere niveaus geïmplementeerd worden, en zijn voor het verbeteren en borgen van infectiepreventie in huisartsenpraktijken acties nodig op meerdere niveaus. Hieronder is een overzicht weergegeven van aanbevelingen per niveau, gerapporteerd door de professionals.

Niveau	Aanbeveling
Praktijk	<ul style="list-style-type: none"> • Professionals bewustwording creëren en behouden bij patiënten via structurele voorlichting • Bewustwording behouden bij medewerkers via een interne nieuwsbrief
Ketenpartners	<ul style="list-style-type: none"> • GGD en regionale lab: informatievoorziening/berichtgeving over infectieziekten trends in de regio (met name ook in griepseizoen)
Regionaal	<ul style="list-style-type: none"> • Meer centrale sturing (beschikbaar stellen van middelen en materialen, centreren patiëntenstroom)
Landelijk	<ul style="list-style-type: none"> • Publieke mediacampagnes om bewustwording bij patiënten en professionals te behouden • Duidelijke en uniforme richtlijnen

3 Vergelijking tussen bevindingen interviews pre-COVID en tijdens de COVID-19-pandemie

Bij het vergelijken van de interviews van pre-COVID-19 en tijdens de COVID-19-pandemie zijn er een aantal duidelijke bevindingen:

- Toegenomen bewustwording van het belang van infectiepreventie en het risico op infectie in de eerstelijnszorg; uit de pre-COVID-interviews blijkt dat huisartsen en doktersassistenten het risico op infectie binnen de praktijk aanvankelijk laag inschatten. Door COVID is deze risicoperceptie en algemene bewustwording verhoogd.
- Bredere implementatie en organisatie van infectiepreventie in praktijken; pre-COVID was infectiepreventie vooral geassocieerd met kleine chirurgische ingrepen. Sinds COVID is er een verschuiving naar een alomvattende aanpak en beleid, en een toename in handhygiëne ten opzichte van pre-COVID-periodes.

Er zijn overeenkomsten in de uitdagingen voor infectiepreventie:

- Pre-COVID hadden de uitdagingen met name betrekking tot de patiënt (gebrek aan medewerking en mogelijk angstgevoel of gevoel van stigmatisering bij gebruik van PBM door arts), organisatorische en contextuele zaken (tijdsgebrek in spreekuur, hoge werkdruk en gebrek aan prioriteit voor infectiepreventie in de praktijk). Tijdens COVID vonden ook uitdagingen plaats met betrekking tot de patiënt, organisatorische en contextuele zaken.

4 Vervolgstappen

Bewustwording omtrent en aandacht voor infectiepreventie is niet alleen belangrijk in het licht van COVID-19, maar ook in een bredere context, met name tijdens het respiratoire seizoen. Dit impliceert een mogelijke noodzaak aan een toolbox of wegwijzer over hoe om te gaan met infectiepreventie tijdens het respiratoire seizoen. Hiervoor is het goed om met huisartsenzorgorganisaties in gesprek te gaan hoe dit aan te pakken en invulling te geven. Bovendien is het belangrijk om hierover met huisartsen in gesprek te gaan om de praktische relevantie van deze toolbox te kunnen garanderen.