

(10)(2e), (10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e)
Verzonden: donderdag 30 april 2020 18:47
Aan: Jonge, H.M. de (Hugo)
CC: (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e); Boer, L.J. de (Lotte); (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e);
 _GroepDLZCovid19
Onderwerp: Set voor bespreking morgen 9.15 uur (vervolgstappen langdurige zorg)
Bijlagen: bijlage 2 Ghz Transitie naar het nieuwe normaal.docx; bijlage 3 voorstel DGPen Presentatie VVT versie 2.pptx; bijlage 1a leren van elkaar versie 5.docx; Bijlage 1b verpl huizen internationale voorbeelden.docx; bijlage 1c innovatieve behandelmethoden.docx; bijlage 1c verpl huizen rapport crisishandboeken week 15 (20-04-2020).pdf; bijlage 1d verpl huizen rapport crisishandboeken vh week 16 (27-04-2020).pdf; nota m plan leren van elkaar v3.docx

Beste minister,

Hierbij de set met stukken voor de bespreking van morgen.

- Aanbiedingsnota
- Uitwerkingsdocumenten:
 - o Ouderenzorg: lijn 2, leren van elkaar, plus internationale voorbeelden en verslagen crisishandboeken.
 - o Ouderenzorg: lijn 3, innovatieve behandelmethoden.
 - o Gehandicaptenzorg: tentatieve uitwerking bezoekenregeling, leren van elkaar, innovatie.
- Tevens de powerpoint met het voorstel in wording van de DPG'en.

M v g,

Theo

Leren van elkaar

Versie 30 april 2020

1 Inleiding

In de covid-19 brief van 21 april 2020 is voor de vervolgaanpak verpleeghuizen o.a. opgenomen het leren van elkaar. De volgende passage is opgenomen.

Er zijn verschillen te zien tussen zorgaanbieders in de mate waarin zij te maken hebben met de gevolgen van COVID-19. Dit uit zich bijvoorbeeld in het aantal besmettingen van bewoners en zorgverleners en het ziekteverzuim van de zorgverleners. Dit is deels terug te voeren op de situatie in de regio, deels ook op de verschillen in aanpak. Voorbeelden van elementen die van belang zijn:

- *Inrichten crisisorganisatie;*
- *Isolatie;*
- *Cohortverpleging;*
- *HRM- beleid gericht genoeg zorgverleners en gezond houden van zorgverleners,*
- *Arbobeleid;*
- *Omgaan met verwanten;*
- *Communicatie met zorgverleners en communicatie met verwanten.*

Het (gedegen onderbouwd) in beeld brengen van de context, de aanpak (inclusief details) en de resultaten en deze vervolgens delen kan ervoor zorgen dat zorgaanbieders van elkaar leren en effectiever worden in hun aanpak. De Academische Werkplaats ouderenzorg in Groningen ontvangt de crisisdagboeken van de zorgaanbieders die bij hen zijn aangesloten. Zorgaanbieders houden in crisisdagboeken bij hetgeen zij meemaken en doen met betrekking tot COVID-19. Deze crisisdagboeken kunnen waardevolle inzichten bieden voor andere zorgaanbieders.

Op basis van het voorgaande werk ik samen met het veld een aanpak uit hoe verpleeghuizen van elkaar kunnen leren, kennis kunnen vergaren en kennis kunnen delen. Zorginstellingen kunnen van elkaar leren op basis van de reeds opgedane kennis.

In deze notitie is de voorgaande passage uitgewerkt.

2 Doelstelling

De doelstelling is:

- a. Het verkrijgen van zicht op de maatregelen die zorgaanbieders op verschillende locaties hebben genomen om de besmettingsgraad zo beperkt mogelijk te houden, of zelfs op nul te houden.
- b. Zicht krijgen op de effectiviteit van maatregelen die zorgaanbieders nemen in de specifieke lokale situatie.
- c. Deze kennis delen en zorgaanbieders handvatten bieden voor vervolg en het zo beperkt mogelijk houden van besmettingen, nu en in de toekomst.

Er zijn vier bronnen van kennis te benoemen, te weten (1) de crisishandboeken die verpleeghuizen bijhouden (2) ABR-kennis, (3) 'Waardigheid en Trots op locatie' en (4) internationale voorbeelden. Deze worden hierna toegelicht.

3 GGD-en

De GGD-en vervullen een vitale rol bij de aanpak van COVID-19 o.a. door op regionaal niveau de PBM, tests en 'corona-hotels' te coördineren. Bovendien leveren zij kennis met betrekking tot infectiepreventie aan de zorgaanbieders. Ook in deze kunnen de GGD-en een rol vervullen.

In het overleg van de minister met de dPG'en hebben zij aangegeven het van belang te vinden dat:

- De voorwaarden voor de verpleeghuizen om zorg te leveren duidelijk zijn (infectiepreventie, 1,5 meter, testen, bmp, bezoeksregeling);
- Dat het dan aan de verpleeghuizen is om hier zo mee om te gaan als passend is voor hen, binnen deze voorwaarden;
- Indien blijkt dat een verpleeghuis daar moeite mee heeft, of zelfs zich niet aan de voorwaarden houdt, kan een GGD met hen spreken en adviseren.

- Mogelijk is dat de GGD'en ook directe ondersteuning bieden, bijvoorbeeld door te wijzen op de ondersteuningsmogelijkheden vanuit 'Waardigheid en Trots op locatie'.

4 Kennisbronnen

4.1 Maatregelen in de crisisdagboeken

Omdat het hier gaat om kennis die specifiek met betrekking tot COVID-19 is verzameld, wordt daarop wat uitvoeriger ingegaan.

Door de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg van Leiden en Groningen is onderzoek gedaan op basis van de crisisdagboeken van tot nu toe 22 zorgaanbieders, die samen op 250 locaties en aan 24.750 cliënten verpleeghuiszorg bieden. Dat is circa 20% van de intramurale populatie. In een aantal categorieën hebben deze zorgaanbieders maatregelen genomen. Hieronder volgt een schets van de maatregelen die het meest gaan over het tegengaan c.q. voorkomen van besmettingen (en soms worden enkele bevindingen weergegeven die van invloed kunnen zijn op besmettingen). Hieronder een extract van de rapportage van week 15.

Bedden/afzondering/isolatie

- Een cliënt moet twee weken in quarantaine bij terugkomst na verlaten van de locatie
- Plan maken voor een lopende bewoner in het verpleeghuis met het coronavirus
- Bij tijdelijke overplaatsing afspreken wie het vervoer regelt
- Tuinlocatie afsluiten
- Zieke cliënten isoleren op een aparte afdeling
- Zieke bewoners isoleren/ naar een coronacohort
- Bij 1 positieve cliënt een uitbraakteam instellen om een afweging te maken m.b.t. cohortverpleging en inzet en pbm
- Als een cliënt 48 uur klachtenvrij is, gaat deze uit het cohort

Opnamebeleid

- Bij nieuwe opnames testen bij binnenkomst en bij negatief resultaat de cliënt (toch) zeven dagen in quarantaine zetten en nogmaals testen (ook veertien dagen quarantaine is genoemd)
- Iedere thuiszorgcliënt die positief test wordt overgenomen door een organisatie met een coronaroute
- Een lege plek in een coronacohort alleen vullen met een positief geteste cliënt

Keten

- Herstelde cliënten kunnen terug naar de eigen organisatie om zo weer ruimte te maken op de corona-afdeling
- Pg-clieënten hebben soms geen somatische aandoening en kunnen daarom alleen naar het coronacohort

Zorg en beleid

- Afschalen als de cliënt 24 uur klachtenvrij is (cf. de RIVM-richtlijn)
- Alleen borstcompressie, geen mond-op-mondbeademing
- Aparte richtlijn om de isolatieruimte goed hygiënisch schoon te maken
- Verplichte e-learning handhygiëne voor medewerkers

PBM

- Ethische dilemma's bij PBM-tekort overleggen in de ethische commissie
- De zorgaanbieder draagt zorg voor de mondkapjes, zorgverleners mogen niet eigen mondkapjes gebruiken
- Om zuinig met PBM om te gaan, nog maar drie zorgmomenten per dag bij individuele isolatie
- Mondkapjes voor medewerkers en vrijwilligers in overleg met teamcoach

Zorgverleners

- Medewerkers door de Specialist Ouderengeneeskunde naar huis sturen als ze in aanraking zijn geweest met mogelijk besmette bewoner
- Geen inzet van zorgverleners op de cohortafdeling die ouder zijn dan 60, een aandoening hebben of verminderde weerstand hebben tegen infecties
- Medewerkers mogen niet wisselen van locatie of afdeling, enkel van schoon naar schoon
- Schoonmaak niet met z'n tweeën: een voor de dagelijkse schoonmaak en een voor de eindschoonmaak.
- Partner ziek thuis, de zorgverlener ook automatisch verdacht
- Medewerkers met twee banen in de zorg moeten kiezen

Testbeleid zorgverleners

- Criteria testbeleid zorgverleners van een besmette afdeling naar beneden bijgesteld (dus eerder testen)
- Medewerkers die getest zijn, werken niet totdat de uitslag bekend is
- Er wordt ook getest als een zorgverlener luchtwegklachten heeft, maar geen koorts
- Zieke medewerkers, zieken thuis uit. Indien nodig testen
- Zorgverleners pas na 24 uur testen, anders is de test niet sensitief genoeg
- Ook huishoudelijke hulpen testen

Welzijn cliënten

- Familie mag niet via de tuin of open raam contact met de cliënt hebben

Overlijden en palliatieve fase

- Familie stervende cliënt wordt opgevangen en begeleid naar de kamer op 1,5 meter afstand. Bij klachten is de familie niet welkom.
- Niet meer dan twee bezoekers.
- Mondmaskers ter beschikking stellen aan bezoekers

Ter informatie zijn de rapportages van week 15 en week 16 bijgevoegd. Opvallend is dat in week 16 meer aandacht uitgaat naar de situatie voor COVID-19, kortom 'de draad weer oppakken'. Een voorbeeld hiervan is dat de ziekenhuisbezoeken door bewoners weer opgepakt worden.

Mogelijke effecten maatregelen crisisdagboeken

Hiervoor zijn de maatregelen die zorgaanbieders hebben genomen om besmetting tegen te gaan aangegeven. Deze maatregelen kunnen in beginsel drie effecten hebben.

Effect 1: geen besmettingen

De aangegeven maatregelen/de combinatie daarvan voorkomen dat er zich besmettingen op de locatie voordoen.

Effect 2: stabilisatie aantal besmettingen

De aangegeven maatregelen/de combinatie daarvan voorkomen dat de besmettingen binnen de locatie toenemen. Er is dan sprake van een stabiel aantal besmettingen. De bewoners die besmet zijn herstellen of overlijden, waarna er zich geen nieuwe besmettingen voordoen.

Effect 3: oplopend aantal besmettingen

De aangegeven maatregelen/de combinatie hebben niet of nauwelijks aantoonbaar effect, waardoor het aantal besmettingen binnen de locatie blijft toenemen. De conclusie kan ook zijn de combinatie niet voldoende is en dient als controlegroep voor de eerste twee groepen. Misschien worden alle maatregelen onder 1 ook wel ingezet – maar minder goed uitgevoerd.

De genomen maatregelen kunnen in alle gevallen – of zij nu werkzaam zijn of niet - belangrijk bijdragen aan het leren van elkaar door de locaties. Deze inzichten dienen gedeeld te worden, zodat ook andere locaties deze maatregelen wel of juist niet nemen.

Deze effecten kunnen uiteraard worden beïnvloed door omgevingskenmerken en gedragseffecten.

Zicht op effect van de maatregelen die de zorgaanbieders nemen

In de bespreking met de betrokken Academische Werkplaatsen hebben zij het volgende naar voren gebracht. Het is niet mogelijk om met wetenschappelijke zekerheid zicht te krijgen op de effectiviteit van hetgeen hiervoor is geschetst. Daarvoor is (1) de periode te kort, (2) zijn er te veel contextvariabelen zoals de infrastructuur van locaties en (3) vraagt te veel inzet van zorgverleners.

Als alternatief geven de Academische Werkplaatsen aan dat zij een panel met experts inrichten. Tot deze experts behoren bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, een verpleegkundige en een hygiëneclassificatie. Aan dit panel worden de maatregelen zoals hiervoor geschetst voorgelegd, aangevuld met de beschikbare wetenschappelijke kennis. Volgens een beproefde methode komt dit panel dan tot consensus over de waarschijnlijke effectiviteit. Daarmee is er geen wetenschappelijke zekerheid maar wel een expert opinion over de 'good practices' in tijden van COVID-19.

De Academische Werkplaatsen werken dit nader uit. Vrijdag 1 mei a.s. bespreken wij dit met hen.

4.2 ABR-kennis

Om infecties in verpleeghuizen te voorkomen is reeds kennis ontwikkeld in het project 'Aanpak ABR in verpleeghuizen'. Infectiepreventie en hygiënisch handelen staan in deze aanpak centraal. Beide zijn hoekstenen bij het tegengaan en terugdringen van besmettingen. In dit project is een toolkit ontwikkeld die zorgaanbieders (snel) kunnen gaan toepassen. Onderdelen van deze toolkit betreffen o.a.:

- de (werk)omgeving van zorgverleners en bewoners;
- handhygiëne;
- E-learning;
- methodisch werken.

De kennis in deze toolkit is reeds betrouwbaar en in de praktijk bewezen. Bovendien kan deze kennis rekenen op de steun vanuit de partijen waarmee in genoemd programma is samengewerkt. Deze partijen zijn: ActiZ, V&VN, Verenso, VHIG, Vilans, RIVM en regionale zorgnetwerken.

Bij deze reeds bestaande kennis moet nog wel expliciet gemaakt worden dat deze kennis juist ook in de huidige situatie van belang is. Wij zullen Vilans vragen om deze toolkit zo snel als mogelijk om te vormen tot een Corona toolkit.

4.3 'Waardigheid en Trots op locatie'

Door 'Waardigheid en Trots op locatie' wordt contact onderhouden met de zorgaanbieders die deelnemen aan het programma. Dit vindt o.a. plaats door coach die de zorgaanbieders helpen om de Cornona aanpak te organiseren. Recent hebben daartoe meer aanbieders een beroep op 'Waardigheid en Trots op locatie' gedaan.

Ook worden door 'Waardigheid en Trots op locatie' voorbeelden verzameld. Dit kan worden geïntensiveerd, bijvoorbeeld door de coaches te vragen om verslag te doen van hetgeen zij zien en meemaken bij de zorgaanbieders. Doordat de coaches (systematisch) verslag uitbrengen kunnen voorbeelden (zowel de successen als de negatieve ervaringen) in beeld worden gebracht (zowel doel, aanpak als resultaat). Als de coaches dit doen, levert dit geen werk op voor de zorgaanbieders. De zorgaanbieders moeten uiteraard wel akkoord gaan met de beschrijving en het delen van de kennis. Dus: we vragen de coaches om deze voorbeelden systematisch uit te werken en met toestemming van de zorgaanbieder zetten we op de site. Daarmee is het voor de zorgaanbieders nauwelijks werk.

Ook door de IGJ worden signalen uit het veld verzameld. De rol van de IGJ is primair het houden van toezicht, niet het delen van kennis. Daarom blijft de IGJ in deze aanpak buiten beschouwing teneinde het leren van elkaar centraal te stellen.

4.4 Internationale voorbeelden

Alle landen hebben te maken met de gevolgen van covid voor de verpleeghuizen. Ook van de ervaringen in andere landen valt te leren (zie de bijlage met voorbeelden). Aan Vilans is gevraagd om internationale voorbeelden te verzamelen. Voorbeeld uit Frankrijk is:

Vanaf 20 april kunnen familieleden en directe vrienden ouder dan 18 onder strikte voorwaarden (zoals te lezen in het protocol van het ministerie) een bezoek brengen aan hun dierbaren in een verzorgingstehuis. Hieronder een korte opsomming van de belangrijkste protocollaire eisen:

- De intentie voor bezoek moet vanuit de bewoner komen, familie/vrienden dienen schriftelijk een afspraak aan te vragen
- Het bezoek mag maximaal 1 uur duren
- Maximaal 2 personen per bezoek wanneer het bezoek plaatsvindt in een gezamenlijke ruimte of buiten, 1 persoon als het bezoek plaatsvindt in de kamer van de bewoner
- Alle bezoekers worden opgenomen in een register en tekenen een verklaring dat zij zich aan de regels houden (o.a.: afstand houden, niet elkaar aanraken, geen spullen meenemen)
- De directie van de instelling bepaalt of de versoepeling van de bezoekersregeling mogelijk is in zijn instelling en bepaalt onder welke voorwaarden (datum en tijd, duur bezoek, locatie, procedures, etc.) het bezoek kan plaatsvinden.

Van de ervaringen in Frankrijk, Duitsland, België, Scandinavië kunnen kennis voor Nederland opleveren. Dit is meer beleidsmatig dan praktisch voor zorgaanbieders van aard.

5 Kennis delen

De deling van kennis vindt plaats via de volgende kanalen.

- Via de Academische Werkplaatsen. Er zijn zes Academische Werkplaatsen ouderenzorg waarbij vele zorgaanbieders zijn aangesloten, deze zijn gericht op doen van onderzoek en implementeren van onderzoeksresultaten. Deze kennisinfrastructuur kan worden ingezet.
- Via 'Waardigheid en Trots op locatie' dat specifiek is gericht op het delen van kennis, via website, social media, enz. Binnen 'Waardigheid en Trots op locatie' wordt nu gewerkt aan een methode om internet-bijeenkomsten te organiseren, om belangstellenden te informeren. Hierin kan een versnelling worden gebracht.
- De coaches van 'Waardigheid en Trots op locatie' die reeds actief zijn bij zorgaanbieders kunnen hen helpen om de kennis in de praktijk te brengen.
- Via de kennispleinen van Vilans. Deze kennen zeer hoge maandelijkse bezoekerijfers (ongeveer een half miljoen bezoekers per maand).
- Via de brancheorganisaties en beroepsorganisaties. Deze kunnen informatie aan hun achterban doen toekomen.

6 Impact kennisdeling in beeld

De impact van de kennisdeling wordt in beeld gebracht met rapportages waarbij blijkt:

- Beschrijving van de aangeboden kennis;
- Aantallen zorgaanbieders gebruik maken van de kennis;
- De frequentie waarin zij gebruik maken van de kennis;
- Het vragen aan de zorgaanbieders naar de ervaringen die zij met deze kennis hebben;
- De aanvullende kennisvragen die zorgaanbieders stellen.

Dit wordt in beeld gebracht door webbezoeken, downloads en gestelde vragen te monitoren. Hiervoor zijn op de site van 'Waardigheid en Trots op locatie' reeds tools aanwezig. Over de ondersteuning die 'Waardigheid en Trots op locatie' levert worden reeds rapportages opgesteld. Daarbij zal nader worden ingegaan op de ondersteuning die in het kader van covid wordt geleverd.

7 Partners

In de brief aan de Tweede Kamer is aangegeven dat deze aanpak wordt uitgewerkt samen het veld. De meest betrokken partijen in het veld zijn:

- De Academische Werkplaatsen Leiden en Groningen
- Verenso dat contacten heeft met alle Academische Werkplaatsen
- RIVM
- Actiz
- V&VN

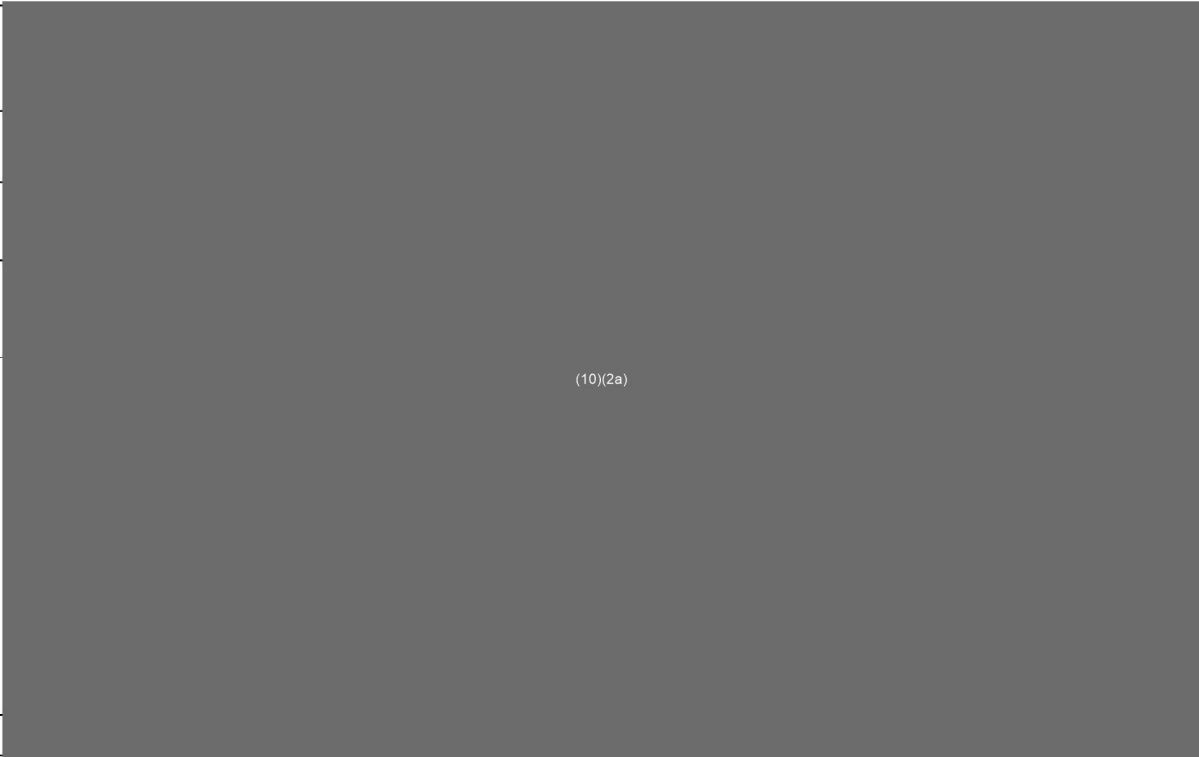
8 Vooruitkijken

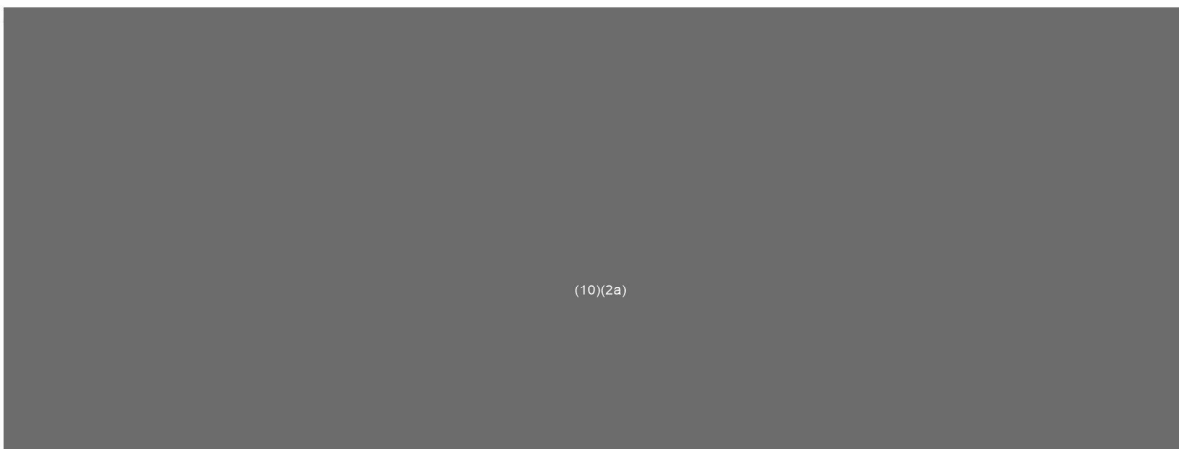
Zowel uit de cijfers van het RIVM als de crisisdagboeken als de signalen uit het veld en de media blijkt dat de meest acute fase inmiddels voorbij is. Wenselijk is om ons nu reeds te gaan voorbereiden op het vervolg. Daarbij valt onderscheid te maken tussen (1) de doorstartfase in casu vanuit leegstand toewerken naar een volledige bezetting die past bij de 1,5m-samenleving (2) de voorbereiding op een tweede golf en (3) de wat langere termijn. Hetgeen we nu kunnen leren zal zich moeten gaan vertalen naar beleid voor de volgende fases. Te denken valt aan

- Infrastructuur van de verpleeghuizen, waarbij afstand gehouden moet kunnen worden;
- Het toepassen van technologie waarmee we nu heel snel veel nieuwe ervaringen opdoen;
- De wijze waarop nieuwe besmettingen worden geregistreerd;
- Eisen op het gebied van hygiëne.

Bijlage: Internationaal

Landen	
Belgie	<p>(10),(2a)</p>

Duitsland		
Denemarken		
Verenigd Koninkrijk		
Oostenrijk		
Frankrijk		(10)(2a)
Noorwegen		

Spanje	 <p>(10)(2a)</p>
Zweden	

Volgende fase verpleeghuizen**Lijn 3: Bevorderen van innovatieve behandelmethodes****1 Inleiding**

In de covid-19 brief van 21 april 2020 is voor de vervolgaanpak verpleeghuizen o.a. opgenomen de volgende passage over het bevorderen van innovatieve behandelmethodes.

Ik wil naast het leren van elkaars kennis en ervaringen ook verkennen welke mogelijke effectieve behandelmethoden er zijn die bewoners en zorgverleners kunnen beschermen tegen COVID-19. Het kan daarbij ook over preventieve middelen gaan of anderszins. Deze mogelijkheden in beeld brengen, kan een middel tot lange termijnperspectief bieden. Het gaat hierbij zowel om nationaal onderzoek als naar kennis uit andere landen. Ik zal samen met deskundigen en beroepsgroepen verkennen welke studies, innovaties en onderzoeken bruikbaar zijn ter bescherming en behandeling van bewoners en zorgmedewerkers in verpleeghuizen bij COVID-19 gevallen. Uiteraard staat ook hierbij veiligheid van de ouderen voorop.

In deze notitie wordt een eerste voorstel gedaan voor voorgaande passage.

2 Doelstelling

De doelstelling is:

- a. Zicht te krijgen op mogelijk effectieve methoden van preventie of behandeling van Covid-19 bij bewoners van verpleeghuizen en de mogelijkheid van inzetten daarvan in Nederlandse verpleeghuizen.
- b. Mogelijk maken dat onderzoek wordt verricht naar nieuwe methoden van preventie of behandeling van Covid-19 bij bewoners van verpleeghuizen.

3 Zicht krijgen op effectieve methoden van preventie of behandeling

Voorstel:

De Gezondheidsraad (GR) vragen 1) te inventariseren wat hierover is gepubliceerd in wetenschappelijke literatuur en (als mogelijk, pm) welke nationale en internationale onderzoeken er lopen over mogelijk effectieve methoden van preventie of behandeling van Covid-19 bij ouderen c.q. verpleeghuisbewoners. 2) De GR vragen te adviseren over de verantwoorde inzetbaarheid hiervan bij bewoners van Nederlandse verpleeghuizen.

Stand van zaken:

Er is contact geweest met de secretaris van de GR. De conclusie was dat dit in principe een vraag is waarover de GR kan adviseren.

4 Mogelijk maken dat onderzoek wordt verricht naar nieuwe methoden van preventie of behandeling**a. Onderzoek mogelijk maken via het Zonmw-Covid 19 programma**

Voorstel:

Onderzoek naar preventie of behandeling van Covid bij verpleeghuisbewoners bottom-up tot stand laten komen en dit vervolgens zoveel mogelijk faciliteren. Behandelaren in verpleeghuizen in samenwerking met onderzoekers kunnen het beste inschatten wat nodig is en welk onderzoek haalbaar is op gebied van preventie en behandeling. Het Covid 19-onderzoeksprogramma van Zonmw kent een bottom-up procedure, waarin ook onderzoeksvoorstellen in de care kunnen meelopen.

Stand van zaken: de subsidieoproep van de bottom-up ronde van de aandachtsgebieden diagnostiek en behandeling resp. zorg en preventie worden op 1 mei gepubliceerd op de ZonMw- en NWO-subsidiekalender. Naar verwachting kunnen de eerste projecten eind juni/begin juli gehonoreerd worden.

Er wordt nog uitgezocht of het mogelijk is een extra oproep te doen om voorstellen voor onderzoek bij verpleeghuisbewoners in te dienen.

b. Lopend onderzoek naar effect van toedienen van plasma van herstelde Covid-19 patiënten ((10)(2e))

Voorstel:

De onderzoeker vragen bij de verdere uitwerking van zijn onderzoeksvoorstel een gedeelte toe te voegen over onderzoek bij bewoners van een verpleeghuis, voor zover dat mogelijk is binnen de randvoorwaarden die gelden voor medisch-wetenschappelijk onderzoek bij deze doelgroep. Hiertoe zijn specifieke randvoorwaarden meegeven (zie onder).

Stand van zaken:

ZonMW heeft afgelopen vrijdag het onderzoek van Bart Rijnders in de expertcommissie besproken. Het voorstel was (ondanks verzoek van VWS) nog niet aangevuld met verpleeghuisbewoners. Het onderzoek is wel aangemerkt als belangrijk voor VWS. VWS heeft aangegeven dat het onderzoek beleidsprioritair is. Dit betekent dat de onderzoeker wordt gevraagd het onderzoek uit te werken, waarna het zonder aanvullende selectie wordt gefinancierd als wordt voldaan aan de eisen. Deze uitnodiging is (als het goed is) donderdag 30 april verzonden.

Voor het uitwerken van het onderzoeksvoorstel, met als hoofddoelstelling behandelingsperspectief te verkrijgen ten aanzien van Covid-19, zijn de volgende randvoorwaarden meegegeven:

- Er dient een perspectief te worden geboden voor behandeling in verpleeghuizen door de uitbreiding van de trial naar verpleeghuizen
- Er dient een zo groot mogelijke nationale dekking te worden nagestreefd (studie sites) [lees ook: aansluiting met vergelijkbare initiatieven, Leiden is kennelijk ook met iets bezig, Sanquin.]
- Door samenwerkingen wordt de studievoortgang gewaarborgd (zoals samenwerking met Sanquin tbv plasma inzameling)
- Internationaal aansluiten met vergelijkbare studies zodat versneld conclusies kunnen worden getrokken (minimaal op EU niveau)

Er vindt vanuit GMT nog overleg plaats met Sanquin over hun rol in dit onderzoeksvoorstel, en de coördinatie van vergelijkbare nationale en internationale inzet. Parallel wordt uitgezocht wat er precies moet gebeuren zodat verpleeghuizen op korte termijn op veilige manier (tijdelijk) plasma mogen ontvangen en toedienen (is nu verboden).

Corona in verpleeghuizen: informatie via crisisteams

Vertrouwelijke informatie, rapportage datum 20 april 2020



De COVID-19 pandemie stelt verpleeghuizen in Nederland voor grote uitdagingen. Veel verpleeghuizen coördineren deze uitdagingen door het instellen van crisisteams, waarin o.a. de status van besmettingen, de inzet van personeel, de voorraad materialen, problemen en te nemen maatregelen worden besproken.

Met deze rapportage voor beleidsmakers (bestuurders deelnemende instellingen, VWS, Actiz, V&VN, Verenso en de Chief Nurse Officer) beoogt het onderzoeksteam met informatie van crisisteams actuele ontwikkelingen omtrent de COVID-19 epidemie in verpleeghuizen in kaart te brengen, zodat men een betere indruk krijgt hoe de situatie is en wat er (acuut) nodig is in de sector.

Aanpak

Zorginstellingen delen notulen en vergaderstukken van hun crisisteams met onderzoekers van UNC-ZH en UNO-UMCG. In de rapportage wordt informatie verwerkt over een week, ditmaal week 15 (maandag 6 april tot en met zondag 12 april 2020).

De onderzoekers gebruiken zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden (*mixed-methods*) om een samenvatting te krijgen van de informatie. Hiervoor moeten zij de vrije tekst beoordelen en selecties maken (in dit rapport notities genaamd). Dit betekent dat de rapportage niet uitputtend of volledig is, maar dat naar beste kunnen een keuze gemaakt is wat belangrijk geacht wordt. Deze keuze baseert het onderzoeksteam wekelijks op onder andere de actuele ontwikkelingen in richtlijnen en praktijk en de vernomen behoeften van beleidsmakers en betrokken organisaties.

Er is gekozen om geen uitdrukkelijke kwantificering van aantal zorgorganisaties bij maatregelen of thema's te plaatsen, omdat dit naar de aard van de bronnen en selecties een vertekenend beeld kan geven. De weergaven van de notulen zijn weliswaar ook bedoeld om goede ideeën/good practices met elkaar te delen, maar dienen niet als alternatieve bron beschouwd te worden voor (evidence based) informatie, zoals de richtlijnen van het RIVM die zijn. Op dit moment kunnen er ook geen gevolgtrekkingen getrokken worden, bijvoorbeeld of bepaalde maatregelen effectief waren.

Deelnemende zorginstellingen

Afgelopen week stuurden in totaal 16 zorginstellingen, met gezamenlijk 166 locaties en naar schatting ongeveer 18.000 cliënten intramuraal, informatie toe. Dit waren 5 deelnemers uit het academische netwerk UNC-ZH (Zuid-Holland) en 11 uit UNO-UMCG (Noord-Nederland). In 14 van de 16 (88%) instellingen had men te maken met COVID-19 besmettingen onder cliënten. Als er in de informatie niet gesproken werd over (COVID-19) besmettingen is aangenomen dat er in de zorginstelling nog geen sprake was van COVID-19 besmettingen onder cliënten.

Samenvatting van indrukken uit notities week 15 (6 tot en met 12 april 2020)

Ter informatie en inspiratie volgt hieronder een samenvatting van de indrukken uit notities m.b.t. maatregelen, problemen en voorraad uit vergaderstukken van crisisteams van de 16 deelnemende zorginstellingen, op thema. Daarna volgt een overzicht van de notities, met daarbij steeds nog eens het bijbehorende deel van deze samenvatting.

De top 5 aandachtspunten in week 15 zijn:

- Verschillende adviezen van instanties omtrent isolatie bij terugkomst in het verpleeghuis
- Cohortering vereist verhuizingen binnen locaties en binnen organisaties
- Veel aandacht voor inzetbaarheid en welzijn personeel
- Onrust bij bewoners en familie, diverse meningen over strengheid in maatregelen
- Schaarste, onrust en creatieve oplossingen betreffende persoonlijke beschermingsmiddelen

Bedden, afzondering en isolatie: intramuraal, opnamebeleid, keten

In de verpleeghuizen is een toename te zien in het aantal zieke, en positief geteste cliënten, ook omdat het aantal beschikbare testen is toegenomen. Als gevolg van toename van het aantal zieke cliënten, wordt er meer gekozen voor cohort verpleging, soms op nieuwe locaties. Een speciale cohort afdeling meldt dat er nog een behoorlijk aantal bedden beschikbaar is. De regels omtrent isolatie bij terugkomst in het verpleeghuis, of na ziek geweest zijn, verschillen omdat verschillende instanties verschillende adviezen geven. Isolatie is zwaar voor mensen met dementie die bijvoorbeeld loopdrang hebben, of bij psychiatrische problematiek.

Er zijn verpleeghuizen die nieuwe cliënten bij opname eerst testen, en quarantaine afspreken van zeven tot veertien dagen, terwijl andere verpleeghuizen alleen testen bij klachten. Cliënten uit de thuiszorg die positief getest zijn, kunnen in een aantal regio's op speciale afdelingen van het verpleeghuis worden opgenomen. Er worden mogelijkheden voor opname buiten kantooruren opgezet, soms is de beschikbaarheid van PBM hiervoor wel een bottleneck.

Naast de opvang van de eigen zieke cliënten, en de opvang van de zieke cliënten uit de thuiszorg, creëren verpleeghuizen capaciteit voor overnames van patiënten uit het ziekenhuis en de eerste lijn. Er worden grootschalige faciliteiten opgezet, waarbij er sprake is van een indeling in hoog en laagcomplex zorg. Twee andere groepen die apart genoemd worden, zijn cliënten die palliatief zijn, en mensen met dementie. De operaties die organisaties/regio's inzetten om deze rol in de keten te vervullen vereisen soms het verhuizen van afdelingen, of verschuiving van doelgroepen. De organisaties werken samen om invulling te geven aan personeelsbezetting.

Ziekte, zorg en beleid

Nu het aantal besmettingen oploopt, zal men inzicht krijgen in het ziektebeeld van verpleeghuis-clieënten met Corona. Dit beeld lijkt a-typisch te kunnen zijn, zoals vaker het geval is voor aandoeningen onder ouderen. Er worden nog steeds richtlijnen gemaakt en bijgesteld die verspreiding van het virus moeten voorkomen, zoals het beperken van contact tussen medewerkers en cliënten, cliëntenvervoer en hygiëne. Echter, de crisissituatie lijkt wat te stabiliseren. We interpreteren voorzichtig dat organisaties daarom langzaam toe lijken te komen aan zorg- en beleidsvraagstukken die als iets minder acuut worden gezien, zoals het inrichten van fysiotherapie voor revalidatie na Corona, beleid rondom media contact en financieel beleid.

Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en andere materialen

Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) blijven schaars. Waar het aantal besmettingen oploopt, slinkt de voorraad nog sneller dan voorheen. De voorraad schorten lijkt nijpend te zijn. Aan mondklappers is de afgelopen weken voortdurend behoefte, de omloop van ongeschikte maskers is een probleem. In een enkel geval leidt de schaarste ertoe dat richtlijnen voor inzet van PBM niet kunnen worden nageleefd. Logischerwijs maakt men zich zorgen. Organisaties blijven genoodzaakt tot creatieve oplossingen, zoals (ver)delen van middelen tussen organisaties en het beperken van gebruik waar enigszins mogelijk. Ook ontstaan er steeds meer initiatieven tot reinigen en hergebruik. Eén organisatie ontwierp een prognose-model, om verbruik en voorraden te kunnen voorspellen. Zuurstofapparatuur is schaars. Er wordt nagedacht over herverdeling, beschikbaarheid op de juiste plekken en reiniging van het materiaal. Aan desinfectiemiddelen lijkt nog geen tekort, wel zijn oor thermometers en bedbeschermers een probleem.

Personeel: inzet, testbeleid, welzijn

De organisaties zoeken naar mogelijkheden voor inzet van extra personeel. Bijvoorbeeld door te zoeken naar flex-medewerkers en stagiaires of studenten. Ook wordt extra scholing geboden, bijvoorbeeld aan vrijwilligers. Planning blijft aandacht vragen. Ook facilitering van medewerkers is belangrijk, zoals 24u kinderopvang. Daarnaast moet aandacht gegeven worden aan de beweging/routes van personeel tussen schone en besmette locaties, niet alleen voor zorgmedewerkers maar ook voor de schoonmakers. Bekeken wordt wie wel of niet kan worden ingezet in corona-cohorten. Vraagstukken die hierbij opspelen: wat te doen met medewerkers met een partner in de zorg, of medewerkers met twee banen in de zorg?

Het testbeleid van medewerkers vraagt aandacht van de crisisteams. Het testen moet in de logistiek van de organisaties worden ingepast: waar testen, door wie testen, en wanneer precies. En dan moet bekeken worden, hoe de testuitlag in de procedure rondom inzet van personeel kan worden ingepast. Dit vergt afstemming met diverse partijen.

Er is blijvend aandacht voor het welzijn van de medewerkers. Zo wordt van buitenaf (extra) psychologische hulp aangeboden. En regelt een organisatie videocalls met medewerkers aan het einde van hun dienst. Er blijven wisselende geluiden rondom ziekteverzuim: enerzijds locaties met groot verzuim, anderzijds melding van stabiel of afgenomen verzuimpercentage. Afhankelijk van de situatie wordt gekeken welke informatie naar medewerkers moet.

Welzijn bewoners, familie, palliatieve situatie

Er is onrust onder de bewoners, ze willen bijvoorbeeld naar buiten, en sommige situaties zijn 'heftig'. De familie zoekt manieren om met geliefden in contact te komen, maar er zijn restricties op 'raamvisites' of visites via de tuin, en er worden hekken geplaatst. Eén organisatie spreekt zelfs van een samenscholing, waar de wijkagent op wordt gezet. Er is spanning tussen familie onderling. Zo noemt een organisatie dat sommige familieleden de regels te streng vinden, terwijl anderen de regels niet streng genoeg vinden. Bij verhuizing mag familie naar binnen, terwijl anderen dit eigenlijk ook willen. Familie overweegt soms om de bewoner mee naar huis te nemen.

In de palliatieve fase is er een regeling voor bezoek. Hiervoor is een definitie van deze fase nodig, wat soms tot discussie kan leiden. Ook zijn er extra regels rondom gebruik PBM voor de bezoekers, soms afhankelijk van de voorraad.

Overzicht van notities

In week 15 registreerden de onderzoekers in totaal 265 notities om de vrije teksten samen te vatten. In onderstaande tabellen staat een overzicht van deze notities naar thema.

Thema	aantal notities
Bedden, afzondering en isolatie (van cliënten)	43
Familie, overlijden	22
Personeel	57
Hygiëne en ontsmetten, zorg bij besmetting	17
Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)	48
Vroege opsporing	19
Materialen en voorraad	13
Financiën	2
Overig	44
totaal	265

Hieronder volgt een selectie van maatregelen op thema ter informatie en inspiratie. Daarnaast rapporteren we over problemen en voorraad. Per thema is het bijbehorende deel van de samenvatting nogmaals als toelichting onder de tabel neergezet. De focus ligt bij de selectie op verpleeghuizen. Echter, deze zorgsector is complex en heeft een ketenfunctie. Belangrijke informatie hierover uit vergaderstukken van de crisisteams kan daarom terugkomen in deze rapportage. De notities laten zien dat de organisaties een breed scala aan uitdagingen hebben.

Bedden, afzondering en isolatie: INTRAMURAAL
Eén cohort afdeling: 8 bedden gevuld, 24 bedden leeg.
Interpretatie cijfers: er wordt nu meer getest, dus er zijn meer positieve uitslagen.
Client moet 2 weken in quarantaine bij terugkomst na het verlaten locatie
Plan van aanpak maken voor een lopende bewoner in het verpleeghuis, met het corona virus.
Bij (tijdelijke) overplaatsing afspraken wie vervoer van cliënt regelt.
Interne verhuizing door verhuisbedrijf i.v.m. extra afdeling cohortverpleging. Eigen bel-team informeert familie.
Tuin is afgesloten.
Zieke cliënten moeten worden verplaatst en geïsoleerd op een aparte afdeling.
Bewoners in individuele isolatie kunnen in overleg overgeplaatst naar Corona-cohort.
Besluit over route bij overplaatsen positief besmette cliënten, afhankelijk van aantal cliënten.
In locatie wordt gekeken naar oplossingen om cohortafdeling in te richten zodat overplaatsing niet nodig is.
Nieuwe vleugel van locatie in gebruik als cohort afdeling om druk af te nemen
De woongroep X wordt vanaf nu cohortverpleging.
Bij één positieve cliënt een uitbraakteam installeren, om ook goede afweging op die plek te maken voor moment van cohort en gebruik PBM
Onduidelijkheid over isolatie na geen klachten, 24 uur (RIVM richtlijn) vs 72 uur (GGD richtlijn).

Als een cliënt 48u klachtenvrij is gaat deze uit cohort.
Eén psychiatrische cliënt in isolatie hetgeen heel moeilijk te hanteren is.
Bij grote uitbraken kunnen medewerkers met milde klachten ingezet worden op cohort met alleen besmette bewoners, veiligheid voor niet besmette bewoners/collega's is aandachtspunt.

Toelichting

In de verpleeghuizen is een toename te zien in het aantal zieke, en positief geteste cliënten, ook omdat het aantal beschikbare testen is toegenomen. Als gevolg van toename van het aantal zieke cliënten, wordt er meer gekozen voor cohort verpleging, soms op nieuwe locaties. Een speciale cohort afdeling meldt dat er nog een behoorlijk aantal bedden beschikbaar is. De regels omtrent isolatie bij terugkomst in het verpleeghuis, of na ziek geweest zijn, verschillen omdat verschillende instanties verschillende adviezen geven. Isolatie is zwaar voor mensen met dementie die bijvoorbeeld loopdrang hebben, of bij psychiatrische problematiek.

Bedden, afzondering en isolatie: OPNAMEBELEID
Iedere thuiszorg cliënt die positief test wordt overgenomen door andere organisatie met coronaroute.
Cliënten kunnen in avond worden opgenomen op locatie X met de dienstdoend arts.
Geen opnamestop (gezonde) cliënten, maar op locatie X plekken (GR en ELV) vrijhouden voor quarantaine-unit en op termijn mogelijk een cohort-afdeling (geeft onduidelijkheid).
Nieuwe opnames hoeven niet getest te worden, alleen bij klachten.
Als een klant voor nieuwe opname nu weigert, wordt het aan de volgende op de wachtlijst gegeven.
Na overlijden kan een plek in het verpleeghuis worden vrijgegeven voor een nieuwe bewoner. Wanneer het een plek in een Corona-cohort is kan alleen een nieuwe bewoner met (verdenking van) Corona worden geplaatst.
Bij nieuwe opname testen bij binnenkomst en bij negatief resultaat de cliënt 7 dagen in quarantaine zetten en nogmaals testen.
Opnames in locaties met positief geteste bewoners kunnen doorgaan mits de spankracht van de medewerkers groot genoeg is.
Een administratief systeem wordt ingericht waarin de leegstand i.v.m. Covid-19 kan worden ingegeven.
In de thuiszorg 1 besmet echtpaar dat nu verhuist naar Locatie X.
Bij opname nieuwe cliënten kweekbeleid aangescherpt, conform richtlijn, en 14 dagen quarantaine.
Bij nieuwe aanmeldingen terminale nachtzorg neemt organisatie de cliënt alleen in zorg als er voldoende PBM is.

Toelichting

Er zijn verpleeghuizen die nieuwe cliënten bij opname eerst testen, en quarantaine afspreken van zeven tot veertien dagen, terwijl andere verpleeghuizen alleen testen bij klachten. Cliënten uit de thuiszorg die positief getest zijn, kunnen in een aantal regio's op speciale afdelingen van het verpleeghuis worden opgenomen. Er worden mogelijkheden voor opname buiten kantooruren opgezet, soms is de beschikbaarheid van PBM hiervoor wel een bottleneck.

Bedden, afzondering en isolatie: KETEN
Opnamevraag neemt af, druk lijkt minimaal. In overleg tussen zorgbemiddeling en regiomanagers heeft bedbezetting de volledige aandacht.
Begin volgende week [±/- 14-04] opening externe locatie 600-700 bedden voor laag complex eerstelijnsverblijf. Huisarts is verantwoordelijk, er wordt gekeken of Specialisten Ouderengeneeskunde kunnen ondersteunen.
Herstelde cliënten kunnen worden teruggeplaatst naar eigen organisatie, en zo weer ruimte op high care afdeling.
Capaciteit high care locatie X niet uitbreiden
Drie Corona-units, waarvan 2 nog gesloten, gaan een voor een open.
ROAZ vraagt of cliënten PG uit thuissituatie met Corona kunnen worden opgevangen. Dat kan, als locatie X eerst als Corona-centrum wordt aangemerkt.
Omdat [externe locatie] is ingericht als Corona-centrum eerstelijnsverblijf wordt [andere externe locatie] voor respijtzorg of geboortecentrum. [Twee andere externe locaties] worden ingericht voor lichte GGZ en zware GGZ cliënten met Corona.
Er lijken geen problemen te zijn bij noodhospitelen, goede cohortmogelijkheden.
ROAZ vraagt of cliënten met een stoma behandeld kunnen worden: nee, hebben we geen capaciteit voor
Besloten ook eerstelijns patiënten in Corona-cohort in te laten stromen.
Corona-centrum: opnames vanuit verpleeghuizen, ziekenhuis en terminaal zieken. Aparte PG etage, nog weinig somatische bedden.
PG cliënten hebben soms geen somatische aandoening dus kunnen minder snel naar het ziekenhuis en kunnen alleen naar het Corona-cohort.
ROAZ niet akkoord met opnemen van eerstelijns patiënten in Corona-centrum, hier is een andere locatie voor ingericht.
Bij interne verhuizing van cliënt verzorgingshuis naar Corona-cohort wordt de plek vrijgehouden voor terugkeer (i.v.m. veel eigen spullen). Bij verpleeghuiscliënt niet, dan wordt bij herstel een (andere) plek in het verpleeghuis gezocht.
90 extra bedden vrijgemaakt, waarvan 22 nu bezet. [Externe locatie] wordt binnenkort in gebruik genomen.
Alleen thuiszorgcliënten gaan naar [externe locatie, geen Corona-centrum] ingericht voor Corona.
Personeel
Personeelsflat-locatie X: strenge maatregelen over 1,5 meter, afstand, apart koken en zoveel mogelijk op de kamer blijven en daarmee het risico dat ze elkaar besmetten en het ook naar locatie X gaat is ingeperkt.
Huishoudelijke hulp is voorbereid om indien nodig een Corona-route te starten.
Personeel voor zorghotel wordt in FTEs door iedere VVT aangeleverd, of op vrijwillige basis.
GGZ wil niet komen bij Corona-verdachte cliënt.

Toelichting

Naast de opvang van de eigen zieke cliënten, en de opvang van de zieke cliënten uit de thuiszorg, creëren verpleeghuizen capaciteit voor overnames van patiënten uit het ziekenhuis en de eerste lijn. Er worden grootschalige faciliteiten opgezet, waarbij er sprake is van een indeling in hoog en laagcomplex zorg. Twee andere groepen die apart genoemd worden, zijn cliënten die palliatief zijn, en mensen met dementie. De operaties die organisaties/regio's inzetten om deze rol in de keten te vervullen vereisen soms het verhuizen van afdelingen, of verschuiving van doelgroepen. De organisaties werken samen om invulling te geven aan personeelsbezetting.

Ziekte, Zorg en Beleid
<p>Ziektebeeld Door de a-typische klachten, is er enige onzekerheid. Hoe voorkomen wij dat bewoners toch besmet zijn, zonder de standaard klachten?</p> <p>Maag en darm klachten lijken een rol te spelen bij besmette cliënten.</p>
<p>Beleid en zorg rondom besmettingen Afschalen als cliënt 24 uur klachten vrij is conform richtlijn RIVM. Medewerkers ook laten beeldbellen met bewoners. Vervoer van cliënten naar poliklinische afspraken alleen in uiterste nood, familie mag niet mee als begeleider. Locatie X mist de behandelinstellen; bij medische noodzaak geoorloofd aan bed. Volgens richtlijn in de thuiszorg alleen borstcompressie, geen mond-op-mond beademing, geven in de thuiszorg. Zorgelijk dat is afgesproken mee te gaan in landelijke richtlijn om dagvoorzieningen te sluiten. Bij collega-organisatie is er dagopvang alleen voor enkele moeilijke cliënten. Schoonmaak heeft een richtlijn geschreven voor de zorg om ruimtes in isolatie zelf goed hygienisch schoon te maken. Verplichte e-learning handhygiëne voor medewerkers. 42% heeft deze voor de deadline gemaakt Als bewoner besmet is met Corona, dan werkwijze retourmedicatie anders dan gebruikelijk. Afstemming met apotheek over weggooien of hergebruik halve ampullen morfine en dormicum. Fysiotherapie wordt voorbereid voor longrevalidatie na Corona. Om media aandacht te beperken en onrust over een bepaalde locaties te voorkomen worden wekelijks, samen met andere zorgorganisaties [in de regio], gezamenlijke cijfers en mooie initiatieven gedeeld met [krant].</p>
<p>Intern communicatiebeleid Crisisteam merkt dat de situatie en daarmee de stroom informatie wat stabiliseert. Daarom morgen (08-04) geen update aan medewerkers. Omdat veel dingen beginnen te lopen, meeste maatregelen bekend zijn en richtlijnen zijn opgesteld worden updates naar de manager niet meer dagelijks maar enkele keren per week verstuurd.</p>
<p>Financien Oormerk om kosten voor Corona inzichtelijk te maken: facturen van medische hulpmiddelen (via eigen leveranciers) en extra uren medewerkers, in overleg met leidinggevende. Kosten door cohortverpleging en compensatie van ziekenhuis aan organisatie bij ziekenhuisopname wordt bijgehouden voor zorgkantoor.</p>

Toelichting

Nu het aantal besmettingen oploopt, zal men inzicht krijgen in het ziektebeeld van verpleeghuis-clieënten met Corona. Dit beeld lijkt a-typisch te kunnen zijn, zoals vaker het geval is voor aandoeningen onder ouderen. Er worden nog steeds richtlijnen gemaakt en bijgesteld die verspreiding van het virus moeten voorkomen, zoals het beperken van contact tussen medewerkers en cliënten, cliëntenvervoer en hygiëne. Echter, de crisissituatie lijkt wat te stabiliseren. We interpreteren voorzichtig dat organisaties daarom langzaam toe lijken te komen aan zorg- en beleidsvraagstukken die als iets minder acuut worden gezien, zoals het inrichten van fysiotherapie voor revalidatie na Corona, beleid rondom media contact en financieel beleid.

Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM)
Voorraad
PBM-voorraad is beperkt, maar er is voldoende toezegging in geval er sprake is van een besmetting.
PBM is schaars, [regionale brancheorganisatie] doet van alles om voldoende in te kopen voor aangesloten partijen.
Niet voldoende PBM om standaard met chirurgisch masker en handschoenen te werken.
PBM voorraad t/m het Paasweekend.
Wegens schaarste PBM: partijen aangesloten bij de brancheorganisatie wijken af van richtlijnen RIVM.
Toegezegde levering beschermende middelen nog niet ontvangen.
Momenteel verbruik van 300 schorten 200 mondmaskers per dag. Dagelijks bezig nieuwe voorraden in te kopen.
PBM knelpunten in thuiszorg (ook signalen van medewerkers).
Voor komende weken voldoende PBM. Handschoenen ruim voldoende op voorraad.
Vandaag op hoofdlocatie bezorging aantal PBM pakketten om een paar dagen een paar cliënten veilig te kunnen helpen.
Afgelopen weekend zijn de eerste 10 000 mond-/neusmaskers zijn ontvangen, daarnaast worden op 6 april 10 000 mondmaskers bezorgd.
Vanwege gebrek aan schorten zijn doktersjassen (wasbaar) besteld.
Kritiek zijn schorten.
Grote partij schorten zonder coating ontvangen. Samen met halterschorten en sleeves kunnen deze als pakket worden ingezet, deze worden besteld. Wel minder comfortabel: Besluit deze in te zetten in de thuiszorg waar met het korter draagt.
Er wordt gezocht naar alternatief voor schorten, bijv. halterschorten.
Urgentie levering schorten is hoog. Mondmaskers voorraad is minder urgent.
Chirurgische maskers in gebruik blijken niet geschikt voor verpleging en verzorging, deze worden direct teruggestuurd. Nieuwe, geschikte, maskers worden geleverd.
Er worden vandaag FFP2 mondkapjes geleverd.
700 FFP2 maskers in huis, ruim 3000 chirurgische mondkapjes.
Verbruik handschoenen is erg hoog.
Exponentiële toename PBM gebruik op vanaf het moment dat meer cliënten Corona positief zijn bevonden, dus dagelijks gebruik zal hoger zijn en de voorraad sneller slinken.
Onrust
Onrust op andere locaties die bang zijn dat nu alle PBM naar de Corona-unit gaat.
Afgekeurde partij mondmaskers wordt getest op doorlaatbaarheid materiaal. Als deze 15.000 stuks toch kunnen worden gebruikt scheelt dat in onrust.
Bezorgdheid omtrent kwaliteit mondkapjes, elastieken van mondkapjes laten snel los.
Ethische dilemma's bij PBM tekort, overleg met ethische commissie.
Medewerker wil eigen mondkapje dragen en verzorgen, lastig toe te staan, lastig te verbieden. Beleid is dat de organisatie voor mondkapjes moet zorgen.
(Ver)delen van middelen
Ziekenhuizen willen PBM voor een week meegeven.
Corona-cohort krijgt PBM voorraad vanuit het ziekehuis.
Verzoek aan andere organisaties om cliënten bij overdracht PBM mee te geven.
Nieuw verdeelmodel mondmaskers.

<p>Gebruik beperken Wegens krapte in schorten nog steeds maar 3 zorgmomenten per dag bij individuele isolatie.</p> <p>Gezamenlijke afspraak partijen aangesloten bij brancheorganisatie is dat thuiszorgmedewerkers geen maskers gebruiken.</p> <p>Mondkapjes voor medewerkers/vrijwilligers in overleg met teamcoach.</p> <p>Medewerkers van afdeling krijgen beschikking over chirurgisch masker als op afdeling 2 bewoners worden getest of 1 bewoner met loopdrang.</p> <p>PBM is schaars, we volgen de richtlijnen van het RIVM (07-04): niet inzetten als het niet noodzakelijk is voor het beschermen van medewerkers, geen middelen inzetten die alleen schijnzekerheid bieden. Bij cliënten met Corona gebruiken we juist PBM op juiste manier.</p> <p>Handschoenen voorraad op cliëntkamers beperken.</p>
<p>Hergebruik Deze week wordt een apparaat om zelf mondmaskers te steriliseren verwacht.</p> <p>Sterilisatieapparatuur kan gezamenlijk worden gekocht. Organisatie maakt gebruik van sterilisatie via ROAZ. Werkt goed, behalve dat er meer is ingeleverd dan wordt terugontvangen.</p> <p>Mogelijk schorten te steriliseren en hergebruiken, wordt uitgezocht.</p> <p>Reinigen 150 maskers per dag door ziekenhuis.</p> <p>Herwasbare schorten worden getest.</p> <p>Ophaalproces voor sterilisatie (PBM) loopt goed, vieze materialen worden niet meegeteld in voorraad.</p> <p>Mondkapjes moeten ingeleverd worden, dat gebeurt soms niet.</p> <p>Instructie reinigen van brillen: banden met alcohol, glazen met water en zeep (van alcohol worden ze wazig).</p>
<p>Overig Prognosemodel voor verbruik PBM per cohort en diensten naar aantal besmettingen, voorraden ontwikkeld voor aantal scenario's. Ons model wordt gedeeld met [regionale branchorganisatie]</p> <p>Zorgmedewerkers paramedici op quarantaine afdeling dienen mond-/neuskapje en handschoenen te dragen i.v.m. besmettingsgevaar door nieuwe opnames.</p> <p>Vraag naar mondkapjes bij bewoner met longklachten, per bewoner in overleg met wijkverpleegkundigen en kwaliteitsverpleegkundige.</p> <p>Oprachten mondkapjes zijn gewijzigd na aandacht in de media.</p> <p>Met betrekking tot het beschermende kleding beleid verzoek tot instructie bij personeel.</p>

Toelichting

Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) blijven schaars. Waar het aantal besmettingen oploopt, slinkt de voorraad nog sneller dan voorheen. De voorraad schorten lijkt nijpend te zijn. Aan mondkapjes is de afgelopen weken voortdurend behoefte, de omloop van ongeschikte maskers is een probleem. In een enkel geval leidt de schaarste ertoe dat richtlijnen voor inzet van PBM niet kunnen worden nageleefd. Logischerwijs maakt men zich zorgen. Organisaties blijven genooddaakt tot creatieve oplossingen, zoals (ver)delen van middelen tussen organisaties en het beperken van gebruik waar enigszins mogelijk. Ook ontstaan er steeds meer initiatieven tot reinigen en hergebruik. Eén organisatie ontwierp een prognose-model, om verbruik en voorraden te kunnen voorspellen.

Materialen (anders dan PBM)
<p>Zuurstof Zuurstoftoedieningsapparatuur zijn schaars en niet tot nauwelijks meer te bestellen.</p>
Herverdeling zuurstofconcentratoren per locatie. Alternatief voor zuurstofcilinders bleek niet bruikbaar. Er dient zuiniger om te gaan met filters en concentraten.
Een herverdelingsplan voor zuurstoftoedieningsapparatuur is opgesteld vanwege schaarste. Deze herverdeling vindt over enkele dagen plaats.
Uitzoeken welke afdeling van locatie X gebruikt gaat worden als corona afdeling, omdat er nog onduidelijkheid is over het gebruik kunnen maken van zuurstof uit de muur.
Na gebruik zuurstofconcentrator moet de filter vervangen worden.
Na gebruik zuurstofconcentrator op niet-Corona-afdeling moet deze worden gereinigd, filter worden vervangen en 48u in quarantaine.
<p>Overige materialen</p>
Instructie om lege (kleine) steriliëmflesjes te bewaren voor bijvullen, omdat reguliere verpakkingen niet meer te krijgen zijn.
Er worden 100 flessen 70% alcohol geleverd.
Nog geen aanleiding voor tekort handen alcohol: medewerkers zijn zuinig en het kan besteld worden.
Toetsenborden, piepers etc. mogen ontsmet worden met 70% alcohol, maar i.v.m. voorraad niet met een doekje.
Vernevel apparaten zijn veel in gebruik. Wordt geïnventariseerd. Kan een probleem worden.
Oor thermometers zorgelijk. Infraroodthermometers zijn een alternatief, maar vragen gerichte inzet met scholing.
Bed beschermers nodig bij positief geteste cliënten, stoffen zijn moeilijk te reinigen. Zijn niet beschikbaar, er is geen andere oplossing voor

Toelichting

Zuurstofapparatuur is schaars. Er wordt nagedacht over herverdeling, beschikbaarheid op de juiste plekken en reiniging van het materiaal. Aan desinfectiemiddelen lijkt nog geen tekort, wel zijn oor thermometers en bedbeschermers een probleem.

Personeel: inzet
Medewerkers moeten vakantie zo veel mogelijk opnemen.
Kinderopvang X biedt 24-uurszorg aan.
We kunnen niet voldoen aan opleidingsvereisten medewerkers, dit is landelijk probleem.
Planningsproblemen; ondersteunende disciplines worden ingezet voor niveau 1 werkzaamheden.
<p>Beweging, besmetting, schoonmaak</p>
Medewerkers zijn naar huis gestuurd in het weekend door de SO, omdat ze in aanraking waren geweest met een mogelijk verdacht besmet persoon.

Volgens richtlijn GGD geen inzet medewerkers op cohortafdeling die: ouder dan 60 zijn, één van de genoemde aandoeningen hebben, een verminderde weerstand tegen infecties hebben vanwege bijv. een van de genoemde redenen, chemotherapie of bestraling krijgen.
Risico op verspreiding bij personeel is hoog, hebben geen klachten wel positief getest.
Medewerkers mogen niet switchen van locatie of afdeling, enkel van schoon naar schoon.
Behandelaren mogen niet naar schone locaties tenzij medisch noodzakelijk.
Schoonmaak mag niet de ene dag op een Corona-cohort en de volgende dag op een andere afdeling werken. Ze moeten weer op het cohort of op een plek zonder cliëntencontact worden ingezet.
Schoonmaak niet met z'n tweeën: één voor dagelijkse schoonmaak en één voor eindschoonmaak.
Advies vragen aan de ziekenhuishygiënist hoe om te gaan met partners die ook in de zorg werken (andere locatie) van medewerkers die werken met besmette bewoners op een andere locatie.
Contact met GGD omtrent casus. Partner ziek thuis, zorgmedewerker ook automatisch verdacht.
Beleid is dat medewerkers met twee banen in de zorg moeten kiezen. Medewerkers met een ander type tweede baan wordt per persoon bekeken. Aantal casuïstiek en vragen neemt toe.
Verzoek vanuit de besmette afdeling meer ondersteuning bijvoorbeeld schoonmaak.
Locaties met bewoners met COVID zorgen zoveel mogelijk dat eigen medewerkers deze diensten werken.
Extra inzet
Slechts één van drie zorgbureaus in staat personeel te leveren.
Extra cohortverpleging afdeling X door grote uitval medewerkers en verhoging aantal besmettingen. Extra personeel via uitzendbureaus en andere huizen.
Nog openstaande diensten voor komende week, wordt gezocht naar geschikte flex-medewerkers of geneeskundestudenten.
Vervanging regelen voor leden crisisteam (indien zij besmet raken met Corona).
Geen inzet vrijwilligers op huiskamers om transmissie te voorkomen.
Trainingen zijn bijna klaar waardoor ook vrijwilligers, anders-geschoolden en oud-medewerkers aan de slag kunnen.
Stagiaires worden meer ingezet.
Met name in locatie X wordt extra/extern personeel ingezet.

Toelichting

De organisaties zoeken naar mogelijkheden voor inzet van extra personeel. Bijvoorbeeld door te zoeken naar flex-medewerkers en stagiaires of studenten. Ook wordt extra scholing geboden, bijvoorbeeld aan vrijwilligers. Planning blijft aandacht vragen. Ook facilitering van medewerkers is belangrijk, zoals 24u kinderopvang. Daarnaast moet aandacht gegeven worden aan de beweging/routes van personeel tussen schone en besmette locaties, niet alleen voor zorgmedewerkers maar ook voor de schoonmakers. Bekeken wordt wie wel of niet kan worden ingezet in corona-cohorten. Vraagstukken die hierbij opspelen: wat te doen met medewerkers met een partner in de zorg, of medewerkers met twee banen in de zorg?

Personeel: testbeleid
Criteria testbeleid medewerkers van besmette afdeling worden naar beneden bijgesteld, om zo verdere uitbreiding besmetting te voorkomen.
Medewerkers die getest zijn werken niet totdat uitslag bekend is.

Protocol testen medewerkers. Op basis van klachten, cruciale functie, niet vervangbaarheid en onmisbaarheid in het rooster. In overleg met leidinggevende.
Testen medewerkers bij de voordeur of op afdeling. Alleen op locaties waar besmetting is.
Contact met GGD omtrent casus. Partner ziek thuis, zorgmedewerker ook automatisch verdacht. Omgang testen.
Er wordt ook getest als een medewerker luchtwegklachten heeft, maar geen koorts.
Sinds maandag [06-04] kunnen medewerkers intramuraal zich laten testen: met triage- en toestemmingsformulier van leidinggevende beoordeelt de GGD of testen noodzakelijk is en krijgt de medewerker een afspraak.
(Al) zieke medewerkers ziekten thuis uit volgens advies GGD. Alleen als de continuïteit van zorg in het gedrang komt kan getest worden.
Medewerkers pas testen na 24u klachten, dan pas is de test sensitief genoeg.
Medewerker is nog wel ziek, regiomanager overlegt met SO over nogmaals testen.
Testbeleid: in afwachting van de test werkt de medewerker niet. Bij personele bezettingsproblemen kan in overleg met de leidinggevende gewerkt worden met PBM.
Vanaf woensdag [08-04] mogelijkheid verkouden medewerkers te laten testen.
Medewerkers kunnen nu worden getest door de GGD, doorverwijzing van bedrijfsartsen loopt inmiddels goed. Organisatie test daarom zelf geen medewerkers meer.
Leidinggevende vraagt test aan voor zorgmedewerker/huishoudelijke hulpen.
Testen zorgmedewerkers met milde klachten die cliëntencontact hebben: rechtstreeks naar de GGD, wel contact met manager zodat die weet wat er speelt.
Medewerkers dag-voorzieningen zijn geen zorgmedewerkers, worden in principe niet getest.
Medewerkers die te ziek zijn om te komen naar hun afspraak met de GGD voor een test, worden niet getest; zijn immers ook te ziek om te werken.
Thuiszorg medewerkers binnen verschillende GGD regio's konden niet allemaal gebruik maken van testen opgezet in GGD regio X. Thuiszorgmedewerkers werden daarom getest door organisatie zelf. Inmiddels test ook GGD Y, kan testen via beide wegen.
Problemen rond testen (aantallen en doorlooptijd) is gemeld bij X.
Nog niet duidelijk wie het testen van medewerkers betaalt: via GGD of via zorgverzekeraar medewerker? In dat laatste geval binnen de organisatie overwegen deze kosten aan medewerkers te vergoeden.
Acht testen aangevraagd door medewerkers.
Testen van de kweken wel betrouwbaar?
De triage voor het testen gaat via het Serviceteam en de inzetbaarheidscoaches.

Toelichting

Het testbeleid van medewerkers vraagt aandacht van de crisisteams. Het testen moet in de logistiek van de organisaties worden ingepast: waar testen, door wie testen, en wanneer precies. En dan moet bekeken worden, hoe de testuitlag in de procedure rondom inzet van personeel kan worden ingepast. Dit vergt afstemming met diverse partijen.

Personeel: welzijn en ziekte

Welzijn

Van buitenaf wordt gratis psychologische hulp aan personeel aangeboden. In overleg met (eigen) psychologen kan dit voor thuiszorgmedewerkers beschikbaar worden, intramuraal is al een regeling.

Medewerker heeft na late dienst onveilig gevoel in het OV, waar niet meer gecontroleerd wordt. Op individuele afweging (terughoudend) kan de manager taxikosten betalen.

<p>Protocollen zijn wel duidelijk, maar het is een gevoelskwestie, dat medewerkers zich niet altijd even safe voelen.</p> <p>Impact op medewerkers privé situatie, besmettingen partners en ouders.</p> <p>Alle medewerkers krijgen een attentie thuisgestuurd als blijk van dank.</p> <p>Videocalls met met medewerkers aan het einde van hun dienst; afgelopen week vast gesteld, maar nog niet geïmplementeerd, besloten om nu te regelen dat dit gaat starten.</p> <p>Ziekte</p> <p>Meerdere [minimaal 4] medewerkers thuiszorg ziek die bij besmette cliënt of bij cliënt met besmette partner binnen te zijn geweest. Zou fijn zijn als de medewerkers zo snel mogelijk getest worden.</p> <p>Ziekte verzuim is afgenomen naar 10,9%.</p> <p>43 zieken onder personeel, 1 medewerker positief bevonden op een niet besmette afdeling.</p> <p>Eén lijst van medewerkers die verdacht zijn en wel/niet getest zijn bijhouden.</p> <p>Stabiel personeelsverzuim.</p> <p>In locatie X zijn 20 zorgmedewerkers ziek, veel Corona gerelateerd.</p>

Toelichting

Er is blijvend aandacht voor het welzijn van de medewerkers. Zo wordt van buitenaf (extra) psychologische hulp aangeboden. En regelt een organisatie videocalls met medewerkers aan het einde van hun dienst. Er blijven wisselende geluiden rondom ziekteverzuim: enerzijds locaties met groot verzuim, anderzijds melding van stabiel of afgenomen verzuimpercentage. Afhankelijk van de situatie wordt gekeken welke informatie naar medewerkers moet.

<p>Welzijn cliënten</p> <p>De situatie op locatie X is heftig voor bewoners en medewerkers. Mogelijkheden om bewoners voor individuele isolatie over te plaatsen naar Corona-centrum?</p> <p>Gesloten deuren op afdeling leidt tot extra onrust bij anderen (onduidelijk of PG afdeling of niet).</p> <p>Bewoners willen graag naar buiten. Afgesloten tuin. Grote kans op verspreiding van ene naar andere huiskamer.</p> <p>Onrust onder bewoners locatie X.</p> <p>Begrafenis mw. wel naar toe met één persoon in de auto en goede handhygiëne voor én na de tijd.</p> <p>Procedure voor cliënten die naar de begrafenis willen van hun partner. Er kan één zorgmedewerker mee.</p> <p>Familie</p> <p>Overlijden van meerdere bewoners doet veel met nabestaanden en medewerkers. Herinnering aan mogelijkheden voor psychosociale hulp.</p> <p>Onrust bij familie neemt toe waarbij een deel de maatregelen te streng en een ander deel de (handhaving van de) maatregelen niet streng genoeg vindt.</p> <p>In locatie X zorgt opnamebeleid in toenemende mate voor spanning: mensen die in huis komen om te verhuizen terwijl familie van huidige bewoners niet op bezoek mogen komen.</p> <p>Vraag om 'raamvisites' te houden wordt afgewezen.</p> <p>Besloten niet alle mantelzorgers van een locatie, maar alleen mantelzorgers van besmette/verdachte bewoners een brief te sturen.</p> <p>Familie mag niet via achtertuin en dan raam van cliënt contact hebben.</p> <p>Er zijn nog meerdere locaties waarbij mensen zo naar binnen kunnen komen.</p>

Om bezoekers op afstand te houden van het hek dat bij Locaties X en Y is geplaatst, worden als proef medewerkers van vervoersbedrijf X ingezet.
Constatering van 'samenshoring' van familie voor de locatie. Wijkagent op zetten.
Er wordt veel voedsel aangeboden door familie etc. Afspraken m.b.t. voedselveiligheid gemaakt (of en hoe en wanneer schoonmaken en uitdelen).
Bezoekbeleid wijkt af van reguliere beleid.
Clïënt is door familieleden opgehaald uit het verpleeghuis, tegen advies in.
Familieid gaat bellen en wil cliënt vanuit locatie X (PG / BOPZ) meenemen naar huis. Beleid is eenmaal uit het gebouw, dan niet mogelijk weer naar binnen te gaan.
Overlijden en palliatieve situatie
Geen tekort aan plekken in mortuaria op dit moment.
Bezoek nog wel toegestaan na overlijden i.v.m. regelzaken.
Familie van stervende cliënt wordt opgevangen en begeleid naar de kamer op 1,5m afstand. Bij klachten is de familie niet welkom.
Bezoekbeleid terminale cliënten; bij verwachte levensduur korter dan 7 dg, 1x per dag 2 naasten, max 3u.
Instructie schrijven voor aanvragen voor cliënten in palliatieve fase.
Bezoek palliatieve en stervende cliënten in principe 2 bezoekers.
In terminale situatie max. 2 bezoekers, richtlijn 1,5m en handhygiëne van toepassing. Bij voldoende voorraad kunnen chirurgische mondklappers beschikbaar worden gesteld
Wat is het verschil tussen palliatieve en stervende cliënten en mogen hier dan meer bezoekers komen. De artsen beoordelen dit.
In terminale fase mag dominee op bezoek komen, is één van de twee mensen per 24 uur, voorzien van chirurgisch masker.

Toelichting

Er is onrust onder de bewoners, ze willen bijvoorbeeld naar buiten, en sommige situaties zijn 'heftig'. De familie zoekt manieren om met geliefden in contact te komen, maar er zijn restricties op 'raamvisites' of visites via de tuin, en er worden hekken geplaatst. Eén organisatie spreekt zelfs van een samenshoring, waar de wijkagent op wordt gezet. Er is spanning tussen familie onderling. Zo noemt een organisatie dat sommige familieleden de regels te streng vinden, terwijl anderen de regels niet streng genoeg vinden. Bij verhuizing mag familie naar binnen, terwijl anderen dit eigenlijk ook willen. Familie overweegt soms om de bewoner mee naar huis te nemen.

In de palliatieve fase is er een regeling voor bezoek. Hiervoor is een definitie van deze fase nodig, wat soms tot discussie kan leiden. Ook zijn er extra regels rondom gebruik PBM voor de bezoekers, soms afhankelijk van de voorraad.

Onderzoeksteam

LUMC afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde o.l.v. prof.dr. W.P. Achterberg, UMCG afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde o.l.v. prof.dr. S.U. Zuidema.

Redactie rapportage

(10)(2e)

Coördinatie

(10)(2e)

(10)(2e) @lumc.nl



Corona in verpleeghuizen: informatie via crisisteams

Vertrouwelijke informatie, rapportage datum 27 april 2020



De COVID-19 pandemie stelt verpleeghuizen in Nederland voor grote uitdagingen. Veel verpleeghuizen coördineren deze uitdagingen door het instellen van crisisteams, waarin o.a. de status van besmettingen, de inzet van personeel, de voorraad materialen, problemen en te nemen maatregelen worden besproken.

Met deze rapportage voor beleidsmakers (bestuurders deelnemende instellingen, VWS, Actiz, V&VN, Verenso en de Chief Nursing Officer) beoogt het onderzoeksteam met informatie van crisisteams actuele ontwikkelingen omtrent de COVID-19 epidemie in verpleeghuizen in kaart te brengen, zodat men een betere indruk krijgt hoe de situatie is en wat er (acuut) nodig is in de sector.

Aanpak

Zorginstellingen delen notulen en vergaderstukken van hun crisisteams met onderzoekers van UNC-ZH en UNO-UMCG. In de rapportage wordt informatie verwerkt over een week, ditmaal week 16 (maandag 13 april tot en met zondag 19 april 2020).

De onderzoekers gebruiken zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden (*mixed-methods*) om een samenvatting te krijgen van de informatie. Hiervoor moeten zij de vrije tekst beoordelen en selecties maken (in dit rapport notities genaamd). Dit betekent dat de rapportage niet uitputtend of volledig is, maar dat naar beste kunnen een keuze gemaakt is wat belangrijk geacht wordt. Deze keuze baseert het onderzoeksteam wekelijks op onder andere de actuele ontwikkelingen in richtlijnen en praktijk en de vernomen behoeften van beleidsmakers en betrokken organisaties.

Er is gekozen om geen uitdrukkelijke kwantificering van aantal zorgorganisaties bij maatregelen of thema's te plaatsen, omdat dit naar de aard van de bronnen en selecties een vertekenend beeld kan geven. De weergaven van de notulen zijn weliswaar ook bedoeld om goede ideeën/good practices met elkaar te delen, maar dienen niet als alternatieve bron beschouwd te worden voor (evidence based) informatie, zoals de richtlijnen van het RIVM die zijn. Op dit moment kunnen er ook geen gevolgtrekkingen getrokken worden, bijvoorbeeld of bepaalde maatregelen effectief waren.

Deelnemende zorginstellingen

Afgelopen week stuurden in totaal 22 zorginstellingen, met gezamenlijk 250 locaties en naar schatting ongeveer 24.750 cliënten intramuraal, informatie toe. Dit waren 6 deelnemers uit het academische netwerk UNC-ZH (Zuid-Holland) en 14 uit UNO-UMCG (Noord-Nederland) en 1 uit Tranzo (Noord-Brabant), en 1 deelnemer buiten de academische netwerken (Zuid-Holland). In 19 van de 22 (86%) instellingen had men te maken met COVID-19 besmettingen onder cliënten. Als er in de informatie niet gesproken werd over (COVID-19) besmettingen is aangenomen dat er in de zorginstelling nog geen sprake was van COVID-19 besmettingen onder cliënten.

Samenvatting van indrukken uit notities week 16 (13 tot en met 19 april 2020)

Ter informatie en inspiratie volgt hieronder een samenvatting van de indrukken uit notities m.b.t. maatregelen, problemen en voorraad uit vergaderstukken van crisisteam van de 22 deelnemende zorginstellingen, op thema. Daarna volgt een overzicht van de notities, met daarbij steeds nog eens het bijbehorende deel van deze samenvatting.

De top 5 aandachtspunten in week 16 zijn:

- Het (lichamelijk en psychisch) welzijn van het personeel staat op verschillende manieren en door verschillende redenen onder druk
- Er komt hier en daar druk van familie om het bezoekverbod aan te passen, en er worden creatieve veilige alternatieven ontwikkeld
- Bij medewerkers is er soms onrust over wanneer mondkapjes wel en niet gedragen moeten worden, ook omdat andere organisaties nog wel eens een ruimte gebruik bepleiten
- Het testbeleid is niet binnen alle organisaties gelijk
- Hergebruik PBM wel mogelijk maar kostbaar, daarom (nog) niet ingezet

Situatie crisis algemeen

In deze rapportage vinden wij het opvallend dat het beeld lijkt te ontstaan dat de rust een beetje weder keert. Zo wordt er al gesproken over afschalen van de frequentie van de crisisteam-vergaderingen, en ook over het weer herstarten van multi-disciplinaire overleggen. Ondanks dat, zijn er nog wel uitbraken op lokaties waar organisaties zich zorgen over maken. Over het algemeen wordt gerapporteerd dat er sprake is van hogere kosten door een combinatie van extra zorg die geleverd wordt, kosten voor extra testen cliënten, kosten door leegstand, en ook voor een deel van de testen voor medewerkers.

Keten

De deelnemende organisaties zijn onderdeel van een keten, tussen eerste lijn en tweede lijn in. Zij hebben aanbod gecreëerd voor COVID patiënten, waarbij de vraag vanuit zowel het ziekenhuis als de thuiszorg komt. Het beeld deze week laat zien dat er over het algemeen voldoende, en ook vaak meer dan voldoende, capaciteit voor deze groep is georganiseerd. Strategisch wordt er nu dan ook al weer gedacht over het weer creëren van 'schone' capaciteit voor het terug opschalen van reguliere zorg, zoals bijvoorbeeld geriatrische revalidatie. Ook de zorgverzekeraar speelt een rol in de keten, en zo is er een voorbeeld van een vergemakkelijkte procedure voor het krijgen van een GRZ indicatie.

Afzondering, isolatie en hygiëne

Er zijn nog steeds geen heldere en eenduidige criteria over wanneer cliënten uit isolatie kunnen, er zijn daarom verschillen tussen organisaties. Een van de problemen bij de criteria is dat het niet duidelijk is wat nou precies wel en niet klachten zijn- zeker in deze groep kwetsbare ouderen blijft dat lastig. Het omgaan met cliënten met loopdrang en/of met PG (psychogeriatric) indicatie blijft een uitdaging in deze situatie (zie ook 'welzijn cliënten en familie'). De afspraken over wanneer personeel weer mag beginnen met werken na ziek zijn worden regelmatig bijgesteld. Bij cohortverpleging zijn er ook nieuwe taak afspraken, om het aantal bewegingen op een afdeling te

beperken. Daarom wordt bijvoorbeeld soms de schoonmaak aan de zorg overgedragen- dat geeft echter (te) veel druk op de zorgtaken.

Testen

Er is nog geen eenduidig testbeleid. Een aantal zorgorganisaties melden dat ze alle cliënten gaan testen (bij klachten), terwijl er ook organisaties zijn die na twee positieve cliënten niet meer verder testen. Bij medewerkers wordt nu ruimer getest. Daar blijven nog wel vragen open, bijvoorbeeld t.a.v. huisgenoten. Organisaties testen zelf, via de GGD of via bedrijfsarts. Er zijn nog wel prioriteringsregels, wanneer niet voldoende testen aanwezig zijn. Men anticipeert op hoger ziekteverzuim door uitbreiding van het testbeleid. De verwerking van testuitslagen moet worden ingepast in de procedure t.a.v. cohorteren, voor zowel cliënten als personeel. Rondom het maken en delen van overzichten moet rekening gehouden worden met de AVG. Bij personeel heeft het (positief) testen ook veel gevolgen voor welzijn ofwel onrust.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

Er lijken minder meldingen van tekorten, maar niet overal. Er zijn meldingen van tekorten op specifieke producten (jasschorten, schoenhoesjes). Hergebruik is vaak al wel mogelijk, maar is ook wel kostbaar. Deze mogelijkheid lijkt nu vaak achter de hand te worden gehouden. Er is veel discussie over de inzet van PBM, met name over mondkapjes. Het beleid (over organisaties heen) is niet eenduidig, en regels worden niet altijd opgevolgd, ook omdat adviezen nogal eens worden aangepast. Beleid bij andere instellingen (waar bijvoorbeeld vaker mondkapjes worden gedragen, ook buiten de richtlijnen om) kan voor onrust zorgen. Er is noodzaak voor goede communicatie naar de medewerkers over inzet van PBM. Medewerkers maken zich zorgen over de voorraad. Soms wordt melding gemaakt van 'tusseloplossing' in gebruik PBM i.v.m. schaarste. Het is lastig om richtlijnen en 'gevoel' over wat wanneer nodig is op één lijn te brengen. Communicatie naar de cliënten en familie toe is ook belangrijk, met name over dragen mondkapjes.

Personeel: inzet

Personele inzet vraagt de nodige aandacht van organisaties. Op het gebied van zorg rondom het Corona-virus is er een organisatie die online scholing aanbiedt. Een organisatie kiest ervoor om medewerkers met een zo hoog mogelijk deskundigheidsniveau in te zetten op een Corona-cohort (één op zes cliënten) om daar alle werkzaamheden te verrichten. Roosters worden aangepast, soms maakt personeel minder uren, bijvoorbeeld als het aantal cliënten op de cohort afdeling laag is. Er wordt nagedacht over wat te doen met vakantieuren. Er zijn over het algemeen toenemende personeelstekorten. Hiertoe worden extra vaste personeelsleden, ondersteunende personeelsleden, stagairs, nieuwe personeelsleden en gepensioneerden ingezet. Waar de ene organisatie vrijwilligers inzet op bepaalde taken, is de ander daarin terughoudend.

Personeel: welzijn

Zorg voor cliënten waarbij het levenseinde nadert vraagt geestelijk en lichamelijk veel van personeel. Personeel ervaart druk, onder andere omdat zij het gevoel hebben de bron te kunnen zijn voor besmettingen van bewoners. Al met al is er meer angst en onrust dan gewoonlijk, en voorziet de organisatie risico op grote uitval personeel vanwege mentale en lichamelijke klachten. In verschillende organisaties wordt psychische ondersteuning geboden aan medewerkers. Organisaties

zetten hiervoor o.a. al psychologen in, die soms werkzaam zijn binnen de organisatie. Andere organisaties zijn nog bezig deze ondersteuning in te richten.

Ziekte en zorg

Naast beleidsmaatregelen voor zorg in het verpleeghuis, wordt er nagedacht over cliënten daarbuiten, zoals voor cliënten in aanleunwoningen bij besmetting met COVID-19 en cliënten en mantelzorgers die niet zonder de dagvoorzieningen kunnen en die nu gesloten zijn. In het ziektebeeld lijken klachten na een aantal dagen weer terug te kunnen komen. Er is aandacht voor atypische presentatie van besmetting, zoals valgedrag bij mensen met dementie. Organisaties nemen nieuwe cliënten op onder bepaalde voorwaarden (zoals twee weken isolatie of na testen), of alleen op locaties waar geen uitbraak is. Organisaties bestellen verschillende materialen om zorg en behandeling te kunnen leveren, o.a. zuurstoftoedienings-systemen.

Welzijn cliënten en familie

Er is aandacht voor wat vrijheidsbeperkende maatregelen voor cliënten betekenen. Organisaties zien geestelijke en lichamelijke gevolgen van de maatregelen onder cliënten, zoals angst, oedeem en obstipatieklachten. Bij cliënten met psychogeriatrische indicatie gaat veiligheid ten koste van vrijheid. Organisaties treffen maatregelen zodat cliënten met 1,5m onderlinge afstand de tuin kunnen blijven betreden. De situatie heeft niet alleen impact op cliënten maar ook op familieleden. Er zijn afspraken en materialen gemaakt voor communicatie tussen de organisatie en familie. Een organisatie spreekt van klachten van familie aan zorginstellingen i.v.m. het overlijden van hun naasten aan Corona. Ook omtrent bezoekersregelingen is er reuring. Organisaties bespreken allerlei manieren om cliënten en hun naasten elkaar te kunnen laten ontmoeten, zoals raamvisites, beeldbellen en speciale bezoekerscabines. Helaas komen deze initiatieven niet snel genoeg. Er vinden zeer vervelende situaties plaats, waarbij familieleden zich niet aan de maatregelen houden en er zelfs personeel wordt uitgescholden of buiten opgewacht.

Overzicht van notities

In week 16 registreerden de onderzoekers in totaal 248 notities om de vrije teksten samen te vatten. In onderstaande tabellen staat een overzicht van deze notities naar thema.

Thema	aantal notities
Bedden, afzondering en isolatie (van cliënten)	36
Familie, overlijden	27
Personeel	93
Hygiëne en ontsmetten, zorg bij besmetting	30
Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)	35
Materialen en voorraad	10
Financiën	6
Communicatie	10
Overig	1
totaal	248

Hieronder volgt een selectie van maatregelen op thema ter informatie en inspiratie. Daarnaast rapporteren we over problemen en voorraad. Per thema is het bijbehorende deel van de samenvatting nogmaals als toelichting onder de tabel neergezet. De focus ligt bij de selectie op verpleeghuizen. Echter, deze zorgsector is complex en heeft een ketenfunctie. Belangrijke informatie hierover uit vergaderstukken van de crisisteams kan daarom terugkomen in deze rapportage. De notities laten zien dat de organisaties een breed scala aan uitdagingen hebben.

Situatie crisis algemeen
Raad van Bestuur houdt centrale cliëntenraad op de hoogte. Managers hebben wekelijks één contact moment met lokale cliëntenraden. De voorzitters van locatie cliëntenraden willen weten hoeveel bewoners zijn overleden. Cijfers mogen, het liefst mondeling, met hen worden gedeeld, met de opmerking dat het vertrouwelijke informatie is.
Organisatie X wil graag dat voor al haar cliënten vastgelegd is wat het medisch beleid (ACP of proactief zorgplan) is waar de cliënt, in samenspraak met een arts, voor kiest. Voor cliënten waar de SOG hoofdbehandelaar is, is dat beleid actueel. Aan wijkverpleegkundigen (cliënten met thuiszorg) en huisartsen (cliënten intramuraal) wordt gevraagd een check te doen in het ECD of de wensen rondom levenseinde actueel zijn. Indien nodig vindt er een gesprek met de cliënt/familie plaats.
Thuiszorg is redelijk stabiel. Er is een dip in de CVA meldingen. Ziekenhuizen geven aan dat ze langzaam weer willen opschalen, iedereen staat een beetje in de wachtstand.
Deze week (week 16) nog dagelijks vergaderen. Als de rust blijft volgende week ma-wo-vr.
Frequentie vergaderen crisisteamoverleg naar beneden. Vanaf nu op maandag en donderdag vergaderen, tenzij er een aanleiding is om op de andere dagen ook te vergaderen. We houden het tijdstip gereserveerd.
MDO's weer starten: arts en verpleegkundige zijn dan fysiek aanwezig en de anderen nemen deel via Microsoft Teams.
In vergelijking met 1ste kwartaal 2019 is er in 1ste kwartaal 2020 geen significante toename van sterfgevallen binnen de zorgorganisatie.

Aanbod van vakgroep-voorzitters, verpleegkundigen en verzorgenden om te participeren in het crisisteam wordt verkend.
Toetsingskader Infectiepreventie doornemen en toetsen aan beleid eigen organisatie.
Vanwege atypische verspreiding en enorme infectiegraad op locatie X voor twee weken aanvullende maatregelen: opnamestop, aangepast beleid inzet mondklappers, alle medewerkers en hierna alle klanten testen, scholing handhygiëne en 1,5m afstand.
Communicatie Media-aandacht: vragenlijst van AD invullen volgens afspraken met brancheorganisatie in regio.
Als de pers specifiek naar cijfers vraagt, worden die gegeven. De organisatie wil transparant zijn en boodschap vatten in ruimer verhaal dan alleen kille cijfers.
Openheid van zaken tav besmetting en overleden cliënten is regionaal opgepakt.
Alleen in [branchorganisatie]-verband worden aantallen gepubliceerd, niet per locatie of afdeling. Aantallen per locatie, afdeling en aantal geteste medewerkers wordt alleen intern gedeeld.
Financiën Voor cliënten op High Care afdeling WLZ10 inzetten, maar wel volgens regels zoals afgesproken met zorgkantoor. Ook met terugwerkende kracht aanvragen voor overledenen. De kosten van het testen van cliënten zijn ten laste van de organisatie. Van deze en andere kosten wordt maandelijks een overzicht gemaakt. Er wordt gemonitord hoeveel leegstand er is (2/3e daarvan door Corona), om in kaart te brengen wat dit financieel betekent. Alle eerstelijnsverblijf voor mensen besmet met Covid-19 zijn dezelfde prijs, hoewel hier landelijk nog over wordt onderhandeld Kosten van het testen van medewerkers komen niet ten laste van de organisatie, behalve die van medewerkers op de Corona-unit, omdat die medewerkers door het ziekenhuis worden getest i.p.v. via de GGD. Leegstandkosten lopen op, regionaal nog geen besluit genomen omtrent clustering cohortafdelingen i.v.m. leegstand.

Toelichting

In deze rapportage vinden wij het opvallend dat het beeld lijkt te ontstaan dat de rust een beetje weder keert. Zo wordt er al gesproken over afschalen van de frequentie van de crisisteamvergaderingen, en ook over het weer herstarten van multi-disciplinaire overleggen. Ondanks dat, zijn er nog wel uitbraken op lokaties waar organisaties zich zorgen over maken. Over het algemeen wordt gerapporteerd dat er sprake is van hogere kosten door een combinatie van extra zorg die geleverd wordt, kosten voor extra testen cliënten, kosten door leegstand, en ook voor een deel van de testen voor medewerkers.

Keten
Volgende week besluitvorming over openen extra corona-unit.
Behoeft aan palliatieve Corona-bedden, intentie deze op de Corona-unit te realiseren.
Deel locatie X wordt echt 'schoon' gehouden van Coronabesmettingen, om daar reguliere GRZ of patiënten uit het ziekenhuis voor revalidatie op te kunnen nemen, nu ziekenhuizen weer starten met opereren.
Pas als de Corona-unit vol is wordt [externe locatie] opgesteld.
Er hoeft geen speciale cohort afdeling te worden gecreëerd. Voldoende in de regio.

Besluit vanuit regio (ROAZ) om eerst alle bestaande bedden in de organisatie(s) te vullen, en daarna pas een externe locatie in gebruik te nemen.
Corona-unit locatie X is leeg. Doelgroep verruimd naar eerstelijns patiënten, en vraag aan managers of verpleeghuisbewoners in isolatie/quarantaine en cliënten uit het verzorgingshuis overgeplaatst worden naar het Corona-cohort
Vanuit cohort afdeling naar GRZ uitstromen mag middels Specialist Ouderengeneeskunde die GRZ label geeft. Dit is afgesproken met zorgverzekeraar.
Samenwerking met een andere organisatie voor de "coronaroutes" in de wijk is mogelijk.
Vraag vanuit regio opname thuiszorg cliënten met cognitieve stoornis en COVID-positief neemt toe.
Volgende week actief de wachtlijst (n=19) benaderen om lege bedden te vullen.
Opnamestop op locatie waar de situatie complex is (groot Corona-cohort). Dit zal naar verwachting slechts voor een minimaal doorstroomprobleem in de keten leiden.

Toelichting

De deelnemende organisaties zijn onderdeel van een keten, tussen eerste lijn en tweede lijn in. Zij hebben aanbod gecreëerd voor COVID patiënten, waarbij de vraag vanuit zowel het ziekenhuis als de thuiszorg komt. Het beeld deze week laat zien dat er over het algemeen voldoende, en ook vaak meer dan voldoende, capaciteit voor deze groep is georganiseerd. Strategisch wordt er nu dan ook al weer gedacht over het weer creëren van 'schone' capaciteit voor het terug opschalen van reguliere zorg, zoals bijvoorbeeld geriatrische revalidatie. Ook de zorgverzekeraar speelt een rol in de keten, en zo is er een voorbeeld van een vergemakkelijkte procedure voor het krijgen van een GRZ indicatie.

Afzondering , isolatie en hygiene
Onduidelijk wanneer iemand uit isolatie mag, geen eenduidigheid over vanuit instanties. Ons beleid is voor nu: 72 uur klachtenvrij tenminste en één eindtest. Isolatie opheffen enkel o.b.v. klachten gaat niet altijd op.
Atypische verspreiding en enorme infectiegraad op locatie X vanwege zwak systeem (leercoaches, teammanagers), medewerkers houden zich niet aan hygiënerichtlijnen.
Er is afgesproken zoveel mogelijk cohortering aan te brengen conform protocol bij cliënten met loopdrang.
Als extra veiligheidsmaatregel wordt afgesproken om betreffende cliënten vervolgens 8 dagen in quarantaine op de eigen afdeling op te nemen, waarna twee testen (met minimaal 24 uur tussentijd) worden afgenomen. Indien beide testen negatief blijken, kan quarantaine worden opgeheven.
Na drie dagen klachtenvrij en minimaal 8 dagen na het stellen van de diagnose d.m.v. test kan de isolatie worden opgeven. Bij twijfel kan voor de tweede keer (minimaal 24 uur tussentijd) worden getest.
Artsen willen duidelijkheid over COVID positief geteste cliënten. Worden deze cliënten verplaatst? Hoe gaat dit doordeweeks en in het weekend. Is er een protocol uitbraak bij PG- en Somatische afdelingen? Daar zal specifiek inhoudelijk naar gekeken moeten worden wat er voor moet komen.
Het is lastig te analyseren met wie bewoner met loopdrang in contact is geweest.
Bestuurder van organisatie X zal navraag doen bij andere VVT organisaties welk beleid zij hanteren m.b.t. "rondlopers" op verpleegafdelingen.
Er zijn veel PG aanmeldingen doch geen opnamemogelijkheid, mede vanwege het feit dat het vrijwel onmogelijk is om PG-clënten in quarantaine op te nemen.

PG bewoners met veel loopdrang zijn lastig 7 dagen in quarantaine te houden, worden daarom niet opgenomen op locatie X, die nog 'schoon' is.
Vanuit cohort afdeling naar GRZ uitstromen mag middels Specialist Ouderengeneeskunde die GRZ label geeft. Dit is afgesproken met [zorgverzekeraar].
Wat is klachtenvrij in relatie tot een kuchje dat weken kan blijven aanhouden.
In de regio ketenschakel appgroep zal organisatie X melden dat ze het eens zijn met het volgen van de richtlijnen 'Regeling werkhervatting van 24 uur voor medewerkers/ 72 uur afbouwen voorzorgsmaatregelen voor cliënten'. Een definitief besluit zal nog volgen vanuit de regio ketenschakel.
Besluit cohortering. De basisafpraak is dat een enkele besmetting naar locatie X gaat, tenzij een cliënt daar niet op zijn plek is. Na overleg is van alles mogelijk. Bij een uitbraak moet je een afdeling formeren.
Bij overplaatsing van cliënten binnen de huizen van onze organisatie is testen en quarantaine niet nodig.
Na 7 dagen op High Care kijken of cliënten zonder klachten zijn. Pas na 72u klachtenvrij is terugplaatsing mogelijk (dus totaal minimaal 10dg op HC).
De voorbereidingen voor een Corona-cohort in verpleeghuis X vinden doorgang.
Nog 7 plaatsen op Corona-cohort, mogelijkheid tot extra cohort.
Cohort verpleging in regio X wordt gehandhaafd.
Regionaal nog geen besluit genomen omtrent clustering cohortafdelingen i.v.m. leegstand.
Deurbeleid: artsen moeten zich legitimeren bij de ingang.
Voor het vervoeren van cliënten die verdacht worden van een besmetting met corona en cliënten die positief getest zijn er twee protocollen gemaakt: voor zittend en ambulance vervoer.
Omdat bij ouderen met een verzwakt immuunsysteem in geconstateerd dat het virus binnen 5-7 dagen toch opnieuw klachten kan veroorzaken, wordt de richtlijn van 48 uur aangepast naar een week klachtenvrij om uit een Corona-cohort ontslagen te worden.
Personeel
Er werken teams op verschillende afdelingen waardoor het lastig is om een afdeling in isolatie te laten gaan. Aanpassing protocol: medewerkers moeten 72u klachtenvrij zijn voordat zij het werk kunnen hervatten.
Onduidelijkheid over vanaf welk tijdstip klachtenvrij wordt aangehouden bij medewerkers.
Onduidelijkheid m.b.t. welk beleid er gevoerd moet worden op cohortniveau als een medewerker positief getest wordt.
Beleid was dat op Corona-cohort zorgmedewerkers alle taken over nemen, incl. schoonmaak. Hiermee blijkt de zorg in het gedrang te kunnen komen. Dan kan 2x per week een schoonmaak medewerker met PBM de schoonmaak komen doen (zorg moet het de andere dagen bijhouden), of als er grote PBM voorraad is 5x per week.
Flex-bureau doet altijd check bij inzetten nieuwe medewerkers, dat ze niet al elders werken. En eisen stellen dat ze geen ander werk aan mogen nemen.
Hygiëne
Voordat beddengoed meegenomen wordt om gewassen te worden door een externe partij, moet het beddengoed eerst 24 uur luchtdicht verpakt zijn.
Telefoons ontsmetten indien deze gebruikt worden indien er PBM ingezet wordt.
Dagelijks overleg met ziekenhuishygiënist.
Niet nodig om post en pakketjes 24 uur apart te houden.
De clustermanager van organisatie X onderzoekt of het bedrijf dat nu het platgoed wast ook het wassen van de kleding kan overnemen. In geval van nood kan de wasserij van locatie Xu1 ingezet worden en is er op locaties X en X een wasmachine aanwezig. Een voorstel zal worden gedaan aan het MT.
Aandacht op de locaties om te kijken of alle hygiëne regels nageleefd worden. Via interne audit controle op de werkprocessen.
Personeel moet opnieuw herinnerd worden aan het feit dat was-richtlijnen van RIVM leidend zijn.
In organisatie X heeft het bedrijf dat de kleding van bewoners wast aangegeven niet te kunnen wassen wanneer er een uitbraak heeft plaatsgevonden op een locatie.

Video instructie voor handhygiëne op intranet wordt onvoldoende bekeken door medewerkers. Dit zou door leercoaches kunnen worden opgepakt.

Toelichting

Er zijn nog steeds geen heldere en eenduidige criteria over wanneer cliënten uit isolatie kunnen, er zijn daarom verschillen tussen organisaties. Een van de problemen bij de criteria is dat het niet duidelijk is wat nou precies wel en niet klachten zijn- zeker in deze groep kwetsbare ouderen blijft dat lastig. Het omgaan met cliënten met loopdrang en/of met PG (psychogeriatric) indicatie blijft een uitdaging in deze situatie (zie ook 'welzijn cliënten en familie'). De afspraken over wanneer personeel weer mag beginnen met werken na ziek zijn worden regelmatig bijgesteld. Bij cohortverpleging zijn er ook nieuwe taak afspraken, om het aantal bewegingen op een afdeling te beperken. Daarom wordt bijvoorbeeld soms de schoonmaak aan de zorg overgedragen- dat geeft echter (te) veel druk op de zorgtaken.

Er is aandacht voor aanvullende scholing over handhygiene, en er worden interne hygiëne audits uitgevoerd, maar er is ook aandacht voor andere hygiëne maatregelen, zoals procedures voor de was, beddegoed, post, telefoon.

Testen
Testbeleid t.o.v. medewerkers en cliënten is aangepast, allen met verkoudheidsklachten, hoesten of koorts kunnen getest worden.
Bij twijfel altijd medewerkers en cliënten testen.
Zolang er weinig besmettingen zijn gaan we niet zelf testen, zoals dat in Brabant nu wel gebeurt.
9 testen in voorraad, 50 worden deze week geleverd.
Er zijn voldoende materialen en testen.
102 testen op locatie, deze worden gebruikt voor het testen van cliënten.
Testen cliënten
Nieuw uitgangspunt is om iedere patiënt met een verdenking op COVID te testen, ook na 1 à 2 positieve patiënten per afdeling/unit/woongroep (uitbraak).
Bewoners die een huisarts hebben moeten via de GGD getest worden en kunnen niet de testen van pg gebruiken.
Voortaan iedere cliënt testen voor plaatsing naar cohort.
Zorgaanbieders gaan niet op eenduidige wijze om met het testen van cliënten op Covid-19. in tegenstelling tot collega aanbieders, worden binnen X na twee positieve cliënten, ook de overige cliënten getest.
Organisatie X test alle bewoners. Omdat andere organisaties stoppen met testen nadat 2 bewoners besmet zijn, lijkt organisatie X meer besmettingen te hebben.
In de thuiszorg behoefte om meer cliënten te laten testen. Huisartsen willen dat niet doen, maar het lijkt erop dat de GGD dit kan verzorgen.
Arts bekijkt dagelijks tussen 8-17u de uitslagen van de testen. Overplaatsingen, alleen in overleg met corona arts, en alleen tussen 8-17u, 7 dagen per week. Dus niets meer buiten kantooruren.
Als een bewoner met WLZ indicatie in de thuiszorg een test weigert, dan wordt degene behandeld als besmet en doorgeplaatst naar afdeling X.

<p>Testen bewoners: hiervoor zijn nieuwe voorschriften van Verenso. Testen medewerkers: Het beleid is veranderd: niet meer alleen m.b.t. koorts. Medewerkers hierop attenderen. Dit meenemen in de update en continu herhalen. De indruk bestaat dat de updates niet goed gelezen worden.</p>
<p>Testen personeel Een aantal medewerkers (3) is ondanks positieve test niet ziekgemeld. HRM worden verzocht om de leidinggeevenden daarop te attenderen.</p>
<p>Onderzocht wordt hoe de werkwijze van de GGD is m.b.t. testen. Na deze evaluatie volgt een memo en een beslissing of we gaan testen via de GGD teststraat of dat we zelf gaan testen.</p>
<p>Medewerkers met koorts worden verwezen om zich te laten testen door GGD.</p>
<p>HRM pakt de actie om te komen tot beleid hoe om te gaan op cohortniveau met positief geteste medewerkers.</p>
<p>Medewerkers worden altijd getest bij klachten.</p>
<p>Sommige medewerkers zijn ziek maar worden negatief getest. Belangrijk is om scherp te blijven op signalen. Gelet op het feit dat testen geen 100% zekerheid bieden, wordt gevraagd of het zinvol is om, na een aantal dagen, een tweede test af te nemen.</p>
<p>Verandering testbeleid: medewerker mag ook met koorts getest worden. (15-04)</p>
<p>Grote behoefte om medewerkers te laten testen, maar consequenties van mogelijk steeds meer positieve medewerkers (ondanks misschien weinig klachten) moeten in kaart worden gebracht.</p>
<p>Testbeleid medewerkers uitgewerkt en vastgesteld. Hierin meegenomen: partner medewerker pos, kwetsbare medewerkers, capaciteit bedrijfsarts.</p>
<p>Vanuit bedrijfsbelang krijgen medewerkers van huizen met grote aantallen besmettingen voorrang met testen.</p>
<p>Bij terugplaatsing medewerkers van High Care naar reguliere zorg deze eerst testen, ook al hebben zij geen klachten.</p>
<p>De regels rondom het testbeleid van huisgenoten is een veel gestelde vraag. Het stroomschema is aangepast, de lijn wordt geïnformeerd en het document met veel gestelde vragen wordt aangepast.</p>
<p>Mogelijkheden voor medewerkers om te testen is decentraal geregeld.</p>
<p>Personeel bij lichte klachten niet werken. Snel laten testen en aan de hand van de uitslag werkadvies. Dit is een aanpassing op het eerdere protocol en afwijkend van advies.</p>
<p>Overweging testbeleid personeel: via GGD geen wachttijd meer, mocht het druk worden, dan max 3 dagen wachttijd. Organisatie X heeft zelf te weinig testen (600 op locaties) en medewerkers om test af te laten nemen.</p>
<p>Als de medewerkers 24 uur verkoudheidsklachten hebben, kunnen zij zich aanmelden voor een test.</p>
<p>Testbeleid wordt aangepast: HH [huishoudelijke hulp?] wordt ook als vitaal beroep gezien.</p>
<p>Organisatie X maakt gebruik van een rekenmodel voor geteste/negatieve/positieve medewerkers.</p>
<p>Monitoring of de GGD voldoende testcapaciteit heeft, zo niet, dan test de organisatie zelf via haar medewerkers in de Corona-route in de thuiszorg.</p>
<p>Het meer testen van medewerkers (in de thuiszorg) leidt tot onrust.</p>
<p>Twee medewerkers, waarvan 1 van de thuiszorg, hebben koorts en kunnen daarom niet getest worden door organisatie X. (13-04)</p>
<p>Twee medewerkers, waarvan 1 thuiszorgmedewerker, met koorts kunnen niet getest worden.(13-04)</p>
<p>Niet meer zelf medewerkers testen i.v.m. krapte in personeel.</p>
<p>Uitbraak binnen één afdeling zou mogelijk van invloed zijn op de mentale gesteldheid van medewerkers binnen de omliggende afdelingen, hetgeen mogelijk lichamelijke klachten kan veroorzaken. Gevolg is dat een hoger aantal medewerkers op dat moment wordt getest. Het vlakkt weer af zodra veel medewerkers Covid-19 negatief blijken.</p>
<p>Lokale cliëntenraad vraagt of ze een kaart naar een positieve medewerker mogen sturen, maar hiermee wordt aan een derde bevestigd dat een medewerker besmet is. De medewerkers zou eerst toestemming moeten geven.</p>

Het is nog niet goed mogelijk een overzicht van medewerkers besmet met COVID-19 in de thuiszorg te maken, omdat thuiszorgmanagers de uitslag van testen i.v.m. AVG niet krijgen, en het invullen/terugsturen van toestemmingsformulieren hiervoor nog niet goed loopt.
Proces voor testen van personeel geldt alleen voor personeel in loondienst. Stagiaires, leerlingen, personeel niet in loondienst valt hier dus buiten.
Tijd tussen testaanvraag en testmoment voor personeel duurt te lang. GGD moet binnen 24 uur kunnen testen.

Toelichting

Er is nog geen eenduidig testbeleid. Een aantal zorgorganisaties melden dat ze alle cliënten gaan testen (bij klachten), terwijl er ook organisaties zijn die na twee positieve cliënten niet meer verder testen. Bij medewerkers wordt nu ruimer getest. Daar blijven nog wel vragen open, bijvoorbeeld t.a.v. huisgenoten. Organisaties testen zelf, via de GGD of via bedrijfsarts. Er zijn nog wel prioriteringsregels, wanneer niet voldoende testen aanwezig zijn. Men anticipeert op hoger ziekteverzuim door uitbreiding van het testbeleid. De verwerking van testuitslagen moet worden ingepast in de procedure t.a.v. cohorteren, voor zowel cliënten als personeel. Rondom het maken en delen van overzichten moet rekening gehouden worden met de AVG. Bij personeel heeft het (positief) testen ook veel gevolgen voor welzijn ofwel onrust.

Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)
Een brief opstellen over het aantrekken van het uniform op gepaste afstand.
Er is verwarring omtrent het gebruik/inzet van mondmaskers, n.a.v. berichten in de media over zelfgemaakte mondneusmaskers die moeten voorkomen dat medewerkers aan hun neus zitten. Zorgorganisatie X blijft de deskundige adviezen en richtlijnen van het RIVM volgen.
De pasvorm van een aantal mond-/neusmaskers is niet altijd goed. Afgesproken wordt dat X een werkinstructie opstelt.
Medewerkers die een uniformjasje dragen bij de zorg dragen bij de koffiepauze schorten.
Hergebruik PBM
Het verzamelen van mondkapjes en schorten voor hergebruik.
Sterilisatie-apparaat 10-04 binnengekomen. Niet grootschalig te gebruiken, maar voor Corona-unit, zodat maskers daar een hele dag gebruikt kunnen worden. Vanaf volgende week worden FFP-maskers waarschijnlijk ook via [leverancier] gesteriliseerd.
Procedure sterilisatie FFP mondneuskapjes is gewijzigd, procesbeschrijving is aangepast. Afhankelijk van soort mondneuskapje welke gesteriliseerd kan worden. Een sterilisatiebedrijf vraagt 1 euro per sterilisatie.
Lastig te beoordelen of een masker te steriliseren is (moet schoon en droog zijn). Organisatie X blijft maskers nog een week bewaren, tot er meer zicht is op de levering.
Steriliseren FFP mondmaskers kost vanaf nu €1.00/1.50 p.st. We blijven wel verzamelen en bewaren (maximaal 4 weken) en afhankelijk van beschikbare hoeveelheden gaan we alsnog inleveren. We volgen het advies deze als laatste te hergebruiken, als de nieuwe maskers echt op zijn.
De FFP2 binnen de organisatie zijn niet geschikt voor sterilisatie/hergebruik.
PBM wordt niet hergebruikt, er is nu weinig aanleiding tot dit soort 'alternatieven' en nieuwe maskers zijn goedkoper dan steriliseren.

<p>Inzet PBM Het gebruik/inzet van mondkapjes binnen de zorgorganisatie is niet eenduidig. Persoon X heeft eenzijdig besloten mondkapjes te laten gebruiken en gaat hiermee voorbij aan de RIVM maatregelen. Het is belangrijk om samen te blijven optrekken en de nieuwe RIVM richtlijnen af te wachten en een vinger aan de pols te houden qua landelijke ontwikkeling.</p>
Negatief advies omtrent het dragen van mondkapjes voor alle zorgmedewerkers.
Ondanks advies om PBM te gebruiken bij (verkoudheids-)klachten komen er signalen dat niet alle medewerkers dit doen. Nogmaals advies afgegeven.
Er is een moreel dilemma m.b.t. het wel of niet preventief gebruiken van chirurgische mondneuskapjes voor zorgmedewerkers. Huidig beleid is nog conform adviezen GGD. Er komt een moreel beraad.
De richtlijnen met betrekking tot het gebruik van mondkapjes zijn aangepast. COVID-verdachte bewoners die wachten op de uitkomst van een test kunnen vanaf nu een chirurgisch mondkapje gebruiken in plaats van een FFP2-masker.
Start met dragen van een mondkapje tijdens de ADL, dus zorgmedewerkers die binnen 1.5 m afstand komen.
Managers moeten hoofd huishoudelijke dienst instrueren inzake juist gebruik PBM.
Het is wenselijk dat medewerkers aan cliënten weten uit te leggen waarom de ene medewerker van organisatie X wel en de andere geen masker draagt.
Als een medewerker hoest/niest of koorts heeft dan kan een chirurgisch mondmasker worden gebruikt. (De medewerker komt natuurlijk alleen werken als hij/zij zich goed genoeg voelt.)
Draagtijd chirurgisch mondmasker maximaal 3 uur, volgens richtlijn RIVM). Dit masker wordt ook gebruikt bij quarantaine. FFP2 maskers maximaal 4 uur. Dit is inpasbaar in het rooster.
De meest comfortabele schorten gaan naar het Corona-cohort. De combi sets schorten gaan naar de thuiszorg, omdat dit korte zorgmomenten zijn.
Geen PBM inzetten voor bezoek bij terminale patiënt.
Verhuizer hoeft 4 dagen na overlijden van cliënt met Corona geen beschermende kleding te dragen, ook niet op een cohort. Mits de regel 1,5m afstand wordt aangehouden.
Op het Corona-cohort gebruikt men twee maskers voor 8 uur dienst. Een extra rustmoment kan daarom niet standaard worden ingezet.
Chirurgisch mondneusmasker voor alle locaties en medewerkers.
Medewerker met hoestklachten werkt met PBM totdat de uitslag van de test bekend is.
Vrijwilligers zetten mondkapjes uit bij medewerkers met verkoudheidsklachten.
Bij twijfel over besmetting cliënt mag een medewerker een mondkapje dragen.
<p>Welzijn personeel Om eventuele onrust onder het personeel weg te nemen bij schaarste PBM zal Communicatie laten weten dat X voldoende PBM heeft.</p>
Een groot aantal medewerkers maakt zich zorgen over de eigen veiligheid door het niet gebruiken van PBM. Naar verwachting zullen deze signalen in de komende periode toenemen. Voorraad is echter onvoldoende. Beperkte inzet als tussenmaatregel, o.b.v. intensiteit verpleging/verzorging.
Sociale druk gebruik van PBM is groot. Er is grote voorraad aanwezig, maar moet wel worden nagedacht over moment van beschikbaar stellen. Richtlijnen en procedures zijn juridisch geborgd. Zodra richtlijnen wijzigen, worden deze aangepast. Doch hier speelt sentiment een grote rol, er is geen sprake van juridisch gegrondheid.
Bij geen/onvoldoende PBM mag je je werk weigeren.
Bezorgdheid vanuit medewerkers om met PBM te werken, wederom uitleggen redenen van niet: schaarste en schijnveiligheid.

Voor locatie X worden voor alle medewerkers chirurgische mondmaskers aangevraagd, gezien de situatie. Thuiszorg team X is in paniek, het doet veel met een team als uit coulance maskers worden ingezet. Hiermee zou de organisatie in gaan tegen de RIVM richtlijnen, deze vraag wordt beoordeeld door de beleidsstaf.
Andere organisaties laten medewerkers met mondkapjes werken. Zorgt voor veel onrust intern.
Voorraad In het algemeen is zichtbaar dat verpleeghuizen sneller bevoorrad worden en de thuiszorg niet. In het algemeen is er nog een tekort aan PBM.
Op dit moment wordt er geen extra PBM geleverd. Alleen met het bellen naar een spoednummer wordt dit gedaan.
Tekorten van PBM.
De voorraad FFP1 maskers is nog voldoende. De nieuwe richtlijnen RIVM (notitie 15-04) die uit gaan van minder hoge bescherming wordt daarom niet gevolgd.
Veel schorten op voorraad in locaties en in de thuiszorg, er wordt nog niet zo veel uitgevraagd.
Materialen: halterschorten niet op voorraad en niet aanwezig, plastic overschoenen niet op voorraad en niet aanwezig, haarnetjes 3 dagen op voorraad (100 aanwezig), spatbrillen 11 dagen op voorraad (239 aanwezig), isolatieschorten 23 dagen op voorraad (3950 aanwezig).
Het verkrijgen van schoenhoesjes is een probleem.
Voldoende PBM, toegezegde leveringen worden ook geleverd.
Huidige voorraad bestaat uit 5700 mondneuskapjes, waarvan 2500 voor X, en waarvan 1860 uit chirurgische mondneuskapjes bestaat (zelfgemaakte worden niet meegerekend). Er worden chirurgische mondneuskapjes besteld, welke pas worden aangeboden als er afspraken over gemaakt zijn.
Mondmaskers waren met spoed nodig. 6000 chirurgische mondmaskers worden vandaag geleverd.
Jasschorten voorraad is zorgelijk.
Er is nog voor maximaal 5 dagen voorraad aan disposable jassen.
Handschoenen kunnen weer op reguliere wijze besteld worden. We verwachten niet dat de voorraad snel uitgeput raakt en in geval van nood is er nog reserve op locatie X.
Vanuit GHOR (regio) n.a.v. regionale uitvraag over voorraad PBM een aantal schorten ontvangen.
Voorraad blauwe schorten is op.
Het algemene beeld dat er voldoende beschermingsmiddelen zijn was onjuist. Echter, organisatie X heeft ondanks de schaarste niemand (daar waar nodig) zonder laten werken. Inmiddels voldoende voorraad om bij medewerkers met klachten chirurgische mondmaskers in te zetten.

Toelichting

Er lijken minder meldingen van tekorten, maar niet overal. Er zijn meldingen van tekorten op specifieke producten (jasschorten, schoenhoesjes). Hergebruik is vaak al wel mogelijk, maar is ook wel kostbaar. Deze mogelijkheid lijkt nu vaak achter de hand te worden gehouden. Er is veel discussie over de inzet van PBM, met name over mondkapjes. Het beleid (over organisaties heen) is niet eenduidig, en regels worden niet altijd opgevolgd, ook omdat adviezen nogal eens worden aangepast. Beleid bij andere instellingen (waar bijvoorbeeld vaker mondkapjes worden gedragen, ook buiten de richtlijnen om) kan voor onrust zorgen. Er is noodzaak voor goede communicatie naar de medewerkers over inzet van PBM. Medewerkers maken zich zorgen over de voorraad. Soms wordt melding gemaakt van 'tusseloplossing' in gebruik PBM i.v.m. schaarste. Het is lastig om richtlijnen en 'gevoel' over wat wanneer nodig is op één lijn te brengen. Communicatie naar de cliënten en familie toe is ook belangrijk, met name over dragen mondkapjes.

Personeel: inzet
Hoe 1,5 meter maatschappij te kunnen toepassen in verpleeghuizen. Werkplekken, thuiswerken, vergaderingen in kleinere groepen. Voorstel volgt.
Online scholing triage (o.a. COVID) mogelijk.
Op Corona-cohort worden medewerkers met een zo hoog mogelijk deskundigheidsniveau ingezet op alle taken op de afdeling verrichten. Als afdelingen elders op de locatie /in de regio een hoger niveau hebben, dienen deze medewerkers te worden ingezet. 1 medewerker op 6 bewoners, 2 op 12.
Kwetsbare medewerkers (vastgesteld door de bedrijfsarts) werken niet in corona team.
Urenregistratie en vakanties
Registreren van de uitgevallen uren van werknemers door corona.
Vanwege het nu nog laag aantal cliënten op de cohort afdeling wordt het huidige rooster (minder en/of kortere diensten) aangepast. De hierdoor ontstane te weinig gewerkte uren bij deze medewerkers, niet aan hun verwijtbaar, worden kwijtgescholden en hoeven niet op een later moment gecompenseerd te worden.
Probleem met vakantie-uren als alle medewerkers deze na de crisis willen opnemen, of de crisis doorloopt. Hier wordt in afwachting van de persconferentie van 21-04 een plan voor gemaakt.
Bespreken van de personeelsverdeling in de meivakantie.
Verzoeken van medewerkers om vastgestelde vakanties te verschuiven worden, tenzij de continuïteit van zorg in het gedrang komt, niet gehonoreerd. Regiomanagers beoordelen eventuele knelpunten en dragen gezamenlijk zorg voor een passende oplossing.
Verzuim medewerkers: geen bijzonderheden.
Personeelstekorten en oplossingen
Met huidige bezetting intramuraal, kan de planning niet rondgemaakt worden.
Ondersteunend personeel meer laten werken.
Vakantie- en weekend, - (nieuwe) uitzendkrachten meer laten werken.
Huidige medewerkers meer uren laten werken.
Medewerker uit het specialistenteam of een palliatief verpleegkundige zullen benaderd worden voor inzet intramuraal, om planning rond te krijgen.
Er zullen extramurale medewerkers uit thuiszorg en kantoor intramuraal ingezet worden om de planning intramuraal rond te maken.
Stagiaires worden ingezet.
Nieuwe medewerkers mogen direct beginnen, geen 14 dagen quarantaine beleid meer.
Extra capaciteit personeel uit gepensioneerd is mager, en minimale bezetting van personeel op de afdeling valt zwaar.
In organisatie X wordt onderzocht of het wel nodig is dat de receptie ook in het weekend wordt bezet, om zo de zorg te ontlasten.
Hulp van vrijwilligers en personeel niet in loondienst afschalen wegens overbezetting personeel.
Inzet vrijwilligers
Het inzetten van een vrijwilliger om de brievenbussen leeg te halen en post op te halen.
Mogelijkheden worden verkend hoe handhavers van [vervoersbedrijf] vervangen kunnen worden door vrijwilligers van zorgorganisatie.
Stop inzet vrijwilligers (met uitzondering van bemanning van een winkeltje in een locatie). Stagiaires die actief zijn in de zorg mogen doorwerken.
Er wordt een plan gemaakt voor inzet van vrijwilligers zonder zorgachtergrond, met terughoudendheid om ze in te zetten op locaties die nu nog schoon zijn.

Besluit genomen om vrijwilliger toe te laten om aquarium schoon te maken indien degene geen gezondheidsklachten heeft en niet in de buurt van bewoners komt.
--

Toelichting

Personeel inzet vraagt de nodige aandacht van organisaties. Op het gebied van zorg rondom het Corona-virus is er een organisatie die online scholing aanbiedt. Een organisatie kiest ervoor om medewerkers met een zo hoog mogelijk deskundigheidsniveau in te zetten op een Corona-cohort (één op zes cliënten) om daar alle werkzaamheden te verrichten. Roosters worden aangepast, soms maakt personeel minder uren, bijvoorbeeld als het aantal cliënten op de cohort afdeling laag is. Er wordt nagedacht over wat te doen met vakantieuren.

Er zijn over het algemeen toenemende personeelstekorten. Hiertoe worden extra vaste personeelsleden, ondersteunende personeelsleden, stagairs, nieuwe personeelsleden en gepensioneerden ingezet. Waar de ene organisatie vrijwilligers inzet op bepaalde taken, is de ander daarin terughoudend.

Personeel: welzijn
Door cohort veel druk op het personeelsrooster. Cohort periode is lang. Bij opheffing cohort wordt bij druk eraf spanning verwacht. Nazorg is van belang.
Cliënten binnen de cohortafdeling vergen veel aandacht, dat heeft impact op medewerkers, o.a. vanwege (naderend) overlijden.
Het waardig levenseinde staat onder druk, hetgeen op medewerkers een negatieve impact heeft c.q. een vervelend gevoel geeft. Belangrijk is dat teams worden ondersteund.
Er komt een tijd geen bezoek meer en daardoor hebben medewerkers druk omdat zij denken dat ze de besmettingen mee de zorginstelling in nemen.
Medewerkers in de thuiszorg troffen soms te veel bezoek aan en wilden geen zorg leveren, omdat de afstandsregel van 1,5m niet kon worden gehandhaafd.
Familie en medewerkers maken zich zorgen over besmettingen en de communicatie hierover.
Onrust onder de huishouding in de huizen.
Onrust en angst onder personeel. Er was dit weekend veel onrust op locatie X, met veel cliënten was iets aan de hand, maar testen bleken negatief. Er moet gehandeld worden vanuit feiten en niet vanuit onrust. Medewerkers moeten het gesprek blijven aangaan, maar zijn soms angstig.
Managers raken moe. Er moet ruimte zijn dat managers twee dagen vrij zijn, met bereikbaarheidsdiensten.
Voorzien risico van grote uitval personeel vanwege mentale en lichamelijke klachten.
Crisisteam vraagt zich af hoe om te gaan met medewerkers die op de IC liggen/komen te overlijden.
Ondersteuning
Verschillende vormen van nazorg voor personeel gestart (licht via geestelijk verzorger en psycholoog en zwaardere versie via bedrijfsopvangteam)
Op basis van informatie van huidige psychische ondersteuning aan medewerkers wordt nu de nazorg ingericht.
Toename aanvragen vanuit personeel voor bedrijfsmaatschappelijk werk, niet duidelijk of dit voor psychosociale of voor bijv. zaken op het financiële vlak is.
Er is een filmpje gemaakt om de angst bij medewerkers weg te nemen waarin besmettingsgevaar en PBM gebruik aan de orde komen.
Raad van Bestuur maakt van medewerkers een filmpje over hun wederwaardigheden.
Managers bellen zieke medewerkers thuis hoe het met ze gaat.

Teams hebben behoefte aan extra nazorg. Wordt geïnventariseerd wat het personeel nodig heeft.
Ondersteuning voor medewerkers (in barre tijden).
Psychologische ondersteuning in de vorm van nazorg mogelijk door vervolgspraak medewerker/psycholoog. Psychologen bellen ook actief naar medewerkers. De medewerkers behandel dienst missen beeldtelefoon mogelijkheid.
Inzet van eigen psychologen wordt dit als zeer waardevol ervaren en psychologen houden dit goed vol. Alle medewerkers (verpleeghuizen en thuiszorg) hebben keuze tussen psychologen van organisatie X of van GGZ.

Toelichting

Zorg voor cliënten waarbij het levenseinde nadert vraagt geestelijk en lichamelijk veel van personeel. Personeel ervaart druk, onder andere omdat zij het gevoel hebben de bron te kunnen zijn voor besmettingen van bewoners. Al met al is er meer angst en onrust dan gewoonlijk, en voorziet de organisatie risico op grote uitval personeel vanwege mentale en lichamelijke klachten. In verschillende organisaties wordt psychische ondersteuning geboden aan medewerkers. Organisaties zetten hiervoor o.a. al psychologen in, die soms werkzaam zijn binnen de organisatie. Andere organisaties zijn nog bezig deze ondersteuning in te richten.

Ziekte en zorg
<p>Zorg voor cliënten</p> <p>Als Corona-positieve bewoner van een aanleuningswoning niet veilig thuis kan wonen, dan wordt degene verplaatst naar de Corona-afdeling</p> <p>Pedicure zorg alleen als het medisch noodzakelijk is, na beoordeling door arts.</p> <p>Na aanleiding van oproep Hugo de Jonge 7 april: Geestelijke verzorging heeft net zoveel meerwaarde als andere disciplines, voorlopig wordt er niet veranderd in beleid. Geestelijke verzorgers zijn op locatie, enkel met besmette locatie telefonisch contact.</p> <p>Na het sluiten van dag voorzieningen worden cliënten/mantelzorgers op verschillende manier ondersteund (wekelijks bellen/boodschappen/maaltijd/dagschema/huisbezoek in acute situaties), maar voor aantal cliënten/mantelzorgers is dat niet voldoende. Voor hen wordt tijdelijke dagbesteding in de vorm van respijtzorg georganiseerd op externe locaties.</p> <p>Als thuiszorg cliënten met COVID die zieker worden, worden ze naar ziekenhuis of verpleeghuis ingestuurd.</p> <p>Na aanleiding van oproep Hugo de Jonge 7 april: Geestelijke verzorging heeft net zoveel meerwaarde als andere disciplines, voorlopig wordt er niet veranderd in beleid. Geestelijke verzorgers zijn op locatie, enkel met besmette locatie telefonisch contact.</p> <p>Geen aanpassingen reanimatiebeleid. Er zijn instellingen waar afgesproken is dat mond-op-mond beademing niet meer wordt gedaan, alleen borstcompressie.</p> <p>Ziekenhuisbezoeken starten weer. Afspraak: Als het noodzakelijk is gaan cliënten in overleg met de arts, met één familielid, met een chirurgisch mondkapje op, naar het ziekenhuis voor een consult. Cliënten gaan niet voor controlebezoeken naar het ziekenhuis.</p>
<p>Terminale fase</p> <p>Er wordt een hospice-afdeling ingericht met eigen zodat bezoekerregeling voor terminale bewoners veilig kan worden uitgevoerd.</p> <p>Er is onduidelijkheid over de laatste verzorging (wassen/kleden) van overleden cliënten door medewerkers/uitvaartonderneming.</p>

<p>Ziektebeeld Omdat bij ouderen met een verzwakt immuunsysteem in geconstateerd dat het virus binnen 5-7 dagen toch opnieuw klachten kan veroorzaken, wordt de richtlijn van 48 uur aangepast naar een week klachtenvrij om uit een Corona-cohort ontslagen te worden. Valgedrag is/kan een teken zijn van COVID-besmetting bij dementie. Dit moet in de gaten gehouden worden.</p>
<p>Opname Bij opname is twee-weken isolatie in eigen kamer (indien van ziekenhuis, zorginstelling of thuissituatie) en twee keer daags temperatuur meting het beleid. Opname op het Corona-cohort gaat via de standaard route.</p>
<p>Nieuwe opnames in verpleeghuizen gaan door, mits nieuwe bewoners van tevoren getest zijn. Bij positieve uitslag kan de opname naar een corona locatie. Bij nieuwe opnames en nieuwe cliënten in thuiszorg gebruiken medewerkers de eerste 7 dagen PBM.</p>
<p>We nemen overal op waar geen uitbraak is, ook al kan er op ieder moment een verdenking komen. In communicatie wordt meegenomen dat nieuwe cliënten risico lopen. Wel opnamestop tot 14 dagen na laatste werkdag van positief geteste medewerker.</p>
<p>I.v.m. hoge besmettingsgraad locatie X nieuwe besmette cliënten doorplaatsen naar locatie Y, totdat de uitbraak onder controle is. GGD eens met maatregelen.</p>
<p>Alleen mensen vanuit de thuissituatie opnemen voor de revalidatie afdeling. Procesbeschrijving inhuizing cliënten wordt op hoofdlijnen doorgenomen en aangepast waar nodig (denk aan rondleiding via beeldbellen, verhuizing van persoonlijke eigendommen door professioneel verhuisbedrijf).</p>
<p>Onder bepaalde criteria wordt een verhuizer ingeschakeld om te voorkomen dat nieuwe bewoners op een kamer van een overledene komen die nog niet is leeggeruimd. Nieuwe cliënt op de COVID-afdeling is na triage aangemeld als DBC-GRZ. Twijfel of DBC-ELV beter is. Een COVID-DBC is in aantocht, blijkt uit informatie van Verenso.</p>
<p>Materialen voor zorg Zorgen om structuur in ontvangst middelen, veel verschil in middelen. Zuurstof concentratoren geleverd en niet geborgd opgeslagen. Tevens bij gebruik borgen. Drie concentratoren vandaag geleverd voor de centrale voorraad. Centraal spoedbestelling zuurstof gedaan, die is geleverd. Leasen bladderscan op afdeling A op kosten Corona. 10 Infrarood thermometers worden vandaag geleverd.</p>

Toelichting

Naast beleidsmaatregelen voor zorg in het verpleeghuis, wordt er nagedacht over cliënten daarbuiten, zoals voor cliënten in aanleunwoningen bij besmetting met COVID-19 en cliënten en mantelzorgers die niet zonder de dagvoorzieningen kunnen en die nu gesloten zijn. In het ziektebeeld lijken klachten na een aantal dagen weer terug te kunnen komen. Er is aandacht voor atypische presentatie van besmetting, zoals valgedrag bij mensen met dementie. Organisaties nemen nieuwe cliënten op onder bepaalde voorwaarden (zoals twee weken isolatie of na testen), of alleen op locaties waar geen uitbraak is. Organisaties bestellen verschillende materialen om zorg en behandeling te kunnen leveren, o.a. zuurstoftoedienings-systemen.

Welzijn cliënten en familie
Er zijn signalen dat door minder beweging o.a. oedeemklachten en obstipatieklachten toenemen.
De suggestie om foto's van medewerkers op PBM schorten te plakken, draagt bij aan welbevinden en wordt meegenomen in de notitie "laatste levensfase".
Bij cliënten met loopdrang die besmet zijn met Corona zijn de klinken er aan de binnenkant afgehaald. Het is een vrijheidsbeperkende maatregel die wordt voorgelegd aan de ethische commissie. Alternatief zou zijn sederen. Bij brandalarm wordt volgens protocol gehandeld, verplichting van BHV op brandmelding te reageren.
De meest kwetsbare groep is PG, deze doelgroep laat zich niet instrueren en kan zelf onvoldoende de hygiëne en afstand regels aanhouden. Voor hen kan het dragen van een mondmasker beangstigend overkomen.
Nieuwe beleid van Verenso omtrent Wet Zorg en Dwang ('voorlopig stilzetten') wordt niet overgenomen.
Buitenlucht
Medewerker beperkt het aantal mensen in de tuin en let op afstand van 1,5 meter.
In de huiskamer wordt de 1,5m afstand niet aangehouden. Dit moet wel in de tuin, waar meerdere woongroepen komen. Is er onvoldoende ruimte, dan wordt een rouleersysteem gehanteerd, net als in centrale ruimten voor maaltijden.
De buitentuin van locatie X wordt opengesteld voor cliënten.
Familie
Familie en medewerkers maken zich zorgen over besmettingen en de communicatie hierover.
Organisatie heeft contact met één mantelzorger als contactpersoon. Antwoorden op veel gestelde vragen zijn voor hen opgesteld.
Klachten familie aan zorginstellingen i.v.m. overlijden bewoners aan Corona.
Was-verzorging van Corona-cohort gebeurt nu in huis, dat heeft veel invloed op de mantelzorger.
Organisatie heeft geen verantwoordelijkheid in nazorg voor familie van overleden cliënten.
Webinars voor familieleden.
Gezinsleden van een cliënt met Corona moet contact leggen met teamcoach.
Bezoekregeling
Bij terminale patiënten mogen 2 unieke personen per 24 uur aanwezig zijn.
Organisatie reageert positief op het verzoek van [branchevereniging] om mee te denken over toekomstige versoepeling van bezoekersregeling.
Vraag aan alle medewerkers om na te denken over mogelijkheden voor familie en naasten om contact te houden met bewoners. Ethische kwesties hieromtrent worden besproken.
Er zijn veel leuke ideeën voor veilige ontmoetingen met bewoners, dit wordt afgestemd met [managers].
Actieplan voor ontmoeting/raamvisite is gemaakt, maar wordt pas in gebruik genomen als behoefte groter wordt.
Richtlijn voor Welzijn hoe beeldbellen met inachtneming van de 1,5m afstand kan worden ingezet.
Er komt op iedere locatie een bezoekcabine voor de somatische en revalidatie-cliënten (nog mobiele cliënten) om bezoek te kunnen ontvangen.
Intramurale medewerkers denken na over hoe bezoek toe te laten. Opties worden besproken, tenten?
In nieuw beleid over naar buiten is gecommuniceerd dat familie 1 meter vanaf het hek en cliënt 2 meter vanaf het hek mag staan. Dit omdat men de grenzen op blijft zoeken.
Er zijn linten gespannen omdat enkele familieleden zich niet hielden aan de Corona-maatregelen.
Personeel is uitgescholden door familie over bezoekregeling- richtlijnen worden opnieuw geventileerd naar familie.
Er is een agressief familielid die een medewerker buiten heeft opgewacht. Organisatie adviseert aangifte te doen, een locatieverbod helpt hierbij niet.

Toelichting

Er is aandacht voor wat vrijheidsbeperkende maatregelen voor cliënten betekenen. Organisaties zien geestelijke en lichamelijke gevolgen van de maatregelen onder cliënten, zoals angst, oedeem en obstipatieklachten. Bij cliënten met psychogeriatrische indicatie gaat veiligheid ten koste van vrijheid. Organisaties treffen maatregelen zodat cliënten met 1,5 m. onderlinge afstand de tuin kunnen blijven betreden.

De situatie heeft niet alleen impact op cliënten maar ook op familieleden. Er zijn afspraken en materialen gemaakt voor communicatie tussen de organisatie en familie. Een organisatie spreekt van klachten van familie aan zorginstellingen i.v.m. het overlijden van hun naasten aan Corona. Ook omtrent bezoekersregelingen is er reuring. Organisaties bespreken allerlei manieren om cliënten en hun naasten elkaar te kunnen laten ontmoeten, zoals raamvisites, beeldbellen en speciale bezoekerscabines. Helaas komen deze initiatieven niet snel genoeg. Er vinden zeer vervelende situaties plaats, waarbij familieleden zich niet aan de maatregelen houden en er zelfs personeel wordt uitgescholden of buiten opgewacht.

Onderzoeksteam

LUMC afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde o.l.v. prof.dr. W.P. Achterberg, UMCG afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde o.l.v. prof.dr. S.U. Zuidema.

Redactie rapportage

(10)(2e)

Coördinatie

(10)(2e)

(10)(2e) @lumc.nl



Aanpak Covid in de gehandicaptenzorg

In de covid-19 brieven is voor de verpleeghuiszorg een aanpak gekozen die zich uitsplitst in drie sporen:

1. Zicht op en inzicht in de ontwikkelingen
2. Ondersteuning van aanbieders en medewerkers
3. De volgende fase

De gehandicaptenzorg heeft in de eerste weken van de covid-aanpak minder in de spotlights gestaan. De besmettingen lijken in deze sector minder heftig te verlopen: ca. 10% van alle aanbieders tegenover ca. 40% in de verpleeghuizen (hoewel er ook enige ondermelding lijkt te zijn in de gehandicaptenzorg. Daarom kon de gehandicaptenzorg voor wat betreft de eerste twee sporen redelijk geruisloos meelopen in de aanpak voor de verpleeghuizen. Als het gaat om de volgende fase, is het wél belangrijk om voor de gehandicaptenzorg te kijken naar een eigen aanpak. Te meer daar de gehandicaptenzorg een sector is die zich op dit moment onvoldoende gezien en gehoord wordt. Daarbij gelden de volgende punten om rekening mee te houden:

- Het denken over de volgende fase staat voor de gehandicaptenzorg deels nog in de kinderschoenen.
- We proberen in de aanpak consistent te blijven en zoveel mogelijk voor dezelfde onderdelen te kiezen als voor de verpleeghuizen. De gehandicaptenzorg kent echter een grote diversiteit aan doelgroepen. De aanpak moet daar ruimte voor laten.
- De bezoekersregeling is in de gehandicaptenzorg niet centraal opgelegd via een aanwijzing/noodverordening, maar op basis van afspraken in de sector. Versoepeling daarvan kent dus ook een zekere mate van vrijwilligheid.
- De dynamiek met de veldpartijen in de gehandicaptenzorg is een andere, waardoor de samenwerking met VGN soms wat stroever verloopt en er minder centrale regie vanuit VWS mogelijk is.

Met inachtneming van deze punten, komen we voor de gehandicaptenzorg uit op drie lijnen voor de volgende fase. Daarin zitten al wel elementen verwerkt die zijn opgehaald uit gesprekken met veldpartijen, maar er heeft nog geen afstemming met hen plaatsgevonden.

1. De bezoekersregeling

In tegenstelling tot de verpleeghuizen, kent de bezoekersregeling in de gehandicaptenzorg een vorm van zelfregulatie. De sector hanteert het 'nee, tenzij' beginsel bij bezoek, wat overigens door veel aanbieders wordt ingevuld met een nee, punt. Omdat inmiddels duidelijk is dat het virus nog een lange tijd een rol blijft spelen in de samenleving, adviseert de VGN haar leden om voorzichtig toe te werken naar versoepeling het nieuwe perspectief van de anderhalve meter samenleving.

Om te komen tot een betere balans tussen gezondheid en welzijn van de cliënten gaan zorgaanbieders voorzichtig - stapje voor stapje - kijken wat voor ruimte er ligt in de bestaande bezoekersregeling. Voor de hand ligt om te beginnen bij mensen met bewezen geringe risico's. Daartoe heeft VGN een hernieuwd afwegingskader gemaakt, dat sinds 29 april is gepubliceerd. Ondersteunend aan het afwegingskader worden de volgende acties ingezet:

Een aanjaag-groep 'Ruimtemakers'

De VGN initieert samen met Ieder(in) en KansPlus een groep van 'Ruimtemakers' om te verkennen wat er in de sector gebeurt en hoe de bezoekersregeling verruimd kan worden. Deze groep bestaat onder andere uit ouders, bestuurders VGN en de wetenschappers Gustaaf Bos en Alistair Niemeijer.

Behoeften-onderzoek

Vanuit VWS zetten we een 'quick and dirty' onderzoekje op naar de vraag wat gehandicaptenorganisaties tegen houdt om te versoepelen en welke randvoorwaarden of hulpmiddelen ze nodig hebben om bezoek volgens de criteria van het afwegingskader wel mogelijk te gaan maken.

Ophalen en verspreiden van verschillende invullingen bezoekersregeling

Om zorgaanbieders te stimuleren op een verantwoorde manier zelf invulling te geven aan een bezoekersregeling, is het belangrijk te laten zien hoe verschillende aanbieders het afwegingskader hebben geconcretiseerd. Welke woningen zijn opgesteld voor bezoek, onder welke voorwaarden en welke vorm van monitoring wordt gebruikt. We gaan deze voorbeelden ophalen en verspreiden en onderzoeken of we daarbij gebruik kunnen maken van de adviseurs van Vilans die betrokken zijn bij de diverse projecten van Volwaardig Leven.

2. Het leren van elkaar

Onderzoek via de Academische werkplaatsen

Ook in de gehandicaptenzorg zijn sommige zorgaanbieders of locaties hard geraakt door covid-besmettingen, terwijl er op andere plekken niets aan de hand is. Verklaringen daarvoor zijn op dit moment gebaseerd op giswerk; niet op feiten en cijfers. Er is dus meer wetenschappelijke kennis nodig over besmettingen in de sector, die vervolgens kan worden gedeeld in de sector. In samenwerking met de Academische werkplaatsen wordt op dit moment verkend of onderzoek kan worden opgezet naar de volgende vragen:

- Welke factoren kunnen worden onderscheiden die de kans op het uitbreken van een besmetting verminderen?
- Zijn er voor de gehandicaptenzorg medische of epidemiologische feiten te onderscheiden waarop zorgaanbieders hun beleid kunnen baseren?
- Welke behandelrichtlijnen zijn er op dit moment beschikbaar en worden zij ook gebruikt door de zorgaanbieders. Zo nee, welke belemmeringen worden daarin ervaren?
- Wat zijn de effecten van een bezoekersregeling op cliënten, hun naasten en zorgprofessionals. Welke effecten zien we als we maatregelen verzachten?

Lessen uit de ABR-aanpak

Om het gebruik van antibiotica te verminderen is reeds kennis ontwikkeld in het project 'Aanpak ABR in verpleeghuizen'. Infectiepreventie en hygiënisch handelen staan in deze aanpak centraal. Beide zijn hoekstenen bij het tegengaan en terugdringen van besmettingen. In dit project is een toolkit ontwikkeld die zorgaanbieders (snel) kunnen gaan toepassen. Onderdelen van deze toolkit betreffen o.a.:

- de (werk)omgeving van zorgverleners en bewoners;
- handhygiëne;
- E-learning;
- methodisch werken.

De kennis in deze toolkit is reeds betrouwbaar en in de praktijk bewezen. Hoewel de kennis primair is ontwikkeld voor de verpleeghuizen, waren er reeds stappen gezet om de beschikbare kennis ook om te zetten voor gebruik in de gehandicaptenzorg. We gaan kijken of we dit kunnen versnellen, zodat er ook voor de gehandicaptenzorg zo snel mogelijk een toolkit beschikbaar komt.

3. Transitie naar het nieuwe normaal in de gehandicaptenzorg: op zoek naar innovatieve werkwijzen

De gehandicaptenzorg wordt gekenmerkt door een grote verscheidenheid aan mensen en doelgroepen. Dat maakt dat het recht doet aan de sector om bij de volgende fase een gedifferentieerde aanpak te kiezen. We denken daarbij aan de volgende onderdelen:

Focusgroepen: wat betekent 1,5 meter in de gehandicaptenzorg?

Op dit moment wordt in de gehandicaptenzorg al gewezen op het feit dat voor veel cliëntengroepen nabijheid belangrijk is. Zelfs zo belangrijk, dat het voor hen niet mogelijk of niet wenselijk is om de 1,5 meter afstand te handhaven. Is voor de gehandicaptenzorg ook de 1,5 meter het nieuwe normaal, of kiezen we er in sommige gevallen voor om de zorg en begeleiding te geven zoals dat voor de corona-crisis gebeurde, inclusief de betrokkenheid van verwanten en vaste vrijwilligers? Samen op een duo-fiets of iemand een knuffel geven omdat hij of zij verdrietig is bijvoorbeeld. Gaan we dat nog maandenlang on hold zetten? En zo nee, in welke gevallen niet, of onder welke voorwaarden. Daarover willen we de komende periode met een aantal verschillende betrokkenen (cliënten, verwanten, zorgverleners, bestuurders etc) in focusgroepen het gesprek voeren.

We richten die focusgroepen in passend bij de verschillende omstandigheden waarin mensen zich kunnen bevinden. Want ouders die thuis voor een ernstig meervoudig beperkt kind zorgen kunnen tot andere uitkomsten komen dan mensen met een lichte verstandelijke beperking die begeleid zelfstandig wonen, of een woonlocatie voor mensen met onbegrepen gedrag. In afstemming met DMO besteden we ook apart aandacht aan de dagbesteding, waarvan veel cliënten, verwanten en zorgverleners het wenselijk vinden om die zo snel mogelijk weer op te starten om structuur te kunnen bieden aan mensen met een beperking.

De uitkomsten van de focusgroepen combineren we met de inzichten die zijn opgedaan in lijn 2, om stapsgewijs te komen tot een goede inrichting van het nieuwe normaal.

Communicatie en hulpmiddelen

Op basis van de focusgroepen en het ophalen van vraagstukken per doelgroep zal er waar nodig specifiek voorlichtingsmateriaal gemaakt worden. Daarbij besteden we nadrukkelijk ook apart aandacht aan vragen van naasten.

Apart voor mensen met beperking die veel deelnemen aan het maatschappelijke verkeer organiseren we een aantal interviews die ingaan op de vraag hoe we het voor hen zo makkelijk en comfortabel mogelijk kunnen maken om dat te doen in een 1,5 meter samenleving.

Daarnaast blijven we doorlopend zorgen voor voorlichting in gemakkelijke taal. Op het kennisplein gehandicaptensector worden goede voorbeelden verzameld. Daarbij bewaken we wel dat de inhoud van de boodschap hetzelfde blijft.

Innovatieve werkprocessen

Vanuit het programma Volwaardig Leven waren diverse projecten gestart die zich richten op innovatieve werkprocessen. Zowel als het gaat om sociale innovaties als technologische innovaties. De ondersteuning die Vilans en Academy Het Dorp daarin aan zorgaanbieders boden, blijft bestaan en kan op maat worden aangepast.

- We gaan de beschikbare kennis versneld ophalen en beschikbaar stellen, omdat een aantal van deze projecten ook in het nieuwe normaal behulpzaam kunnen zijn. Daarbij kan gedacht worden aan implementatielessen bij technologie, de ondersteuning van technologie bij dagbesteding op de woning.

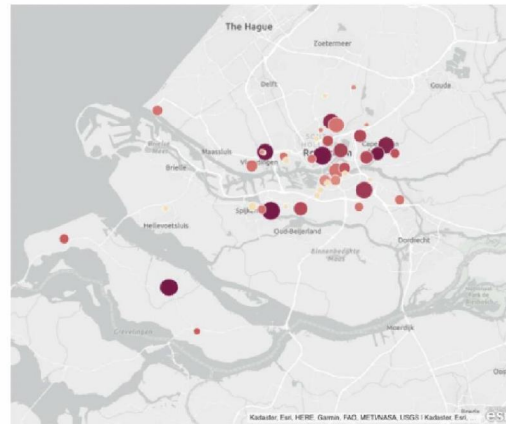
- We gaan de reeds gevormde netwerken inzetten om kennis uit te wisselen rond sociale innovaties, maar ook om expertise rondom specifieke doelgroepen en corona te delen.
- We zullen de inzichten die zijn opgedaan bij het opzetten van de crisis ondersteuningsteams, die adviseren bij de meest complexe zorgvragen, gaan gebruiken om ook op afstand zorgteams te ondersteunen bij crisissituaties.

COVID-19 dilemma's in de VVT

 **GGD**
Rotterdam-Rijnmond



Van 3 naar 75 meldingen covid-19 in VVT instellingen in de Rotterdamse regio tussen 15 maart en 22 april



Aanleidingen



Covid 19 brief aan de Kamer 21 april 2020

- Verschillen in aanpak en uitkomsten
- Leren en delen van kennis via crisisdagboeken

Druk om bezoekerregeling aan te passen

- Dilemma tussen medisch/infectiepreventietechnisch handelen en ethische uitgangspunten

Druk op PBM

- Preventief gebruik mondklappers in verschillende organisaties
- PBM gebruik in PG setting

Voor bescherming van kwetsbaren in de VVT sectoren is meer nodig, want



Het gaat om verschillende soorten kwetsbare oudere mensen:

- Thuiswonenden ouderen / cliënten die gebruik maken van dagbesteding (in de wijk of in een woonzorglocatie)
- Mensen die wonen in een voorziening voor beschermd wonen
- Bewoners van een verpleeghuis (somatisch)
- Bewoners van een verpleeghuis (psychogeriatric)

Deze doelgroep krijgt verschillende soorten zorg en ondersteuning: via huisarts, via mantelzorg, thuiszorg, wijkverpleging (WMO,..), via ouderenzorg (ELV laag, hoog, palliatief..), via zorghotel na ziekenhuisopname.

De gemiddelde verblijfsduur in verpleeghuizen is 1,5 jaar. Veel ouderen die thuiszorg ontvangen durven deze hulp nu niet te krijgen. Veel ouderen op de wachtlijst voor een verpleeghuis durven nu een aangeboden plek niet te accepteren

Aanpak op verschillende terreinen



1. Leren van elkaar
2. Faseren: gedifferentieerd, gefaseerd en gecontroleerd verruimen van de bezoekersregeling naar doelgroep, woonsituatie en infectiedruk in de instelling / de omgeving.
3. Differentiëren: voorwaarden scheppen om bezoekerregelingen te verruimen
4. Controleren:
 - Pro actieve benadering (en ondersteuning) op medische / infectiepreventie maatregelen en Outbreak management ondersteuning
 - Testen en PBM

Leren van elkaar



De doelstelling is:

Het verkrijgen van zicht op de maatregelen die zorgaanbieders op verschillende locaties hebben genomen om de besmettingsgraad zo beperkt mogelijk te houden, of zelfs op nul te houden.

Zicht te krijgen op de effectiviteit van maatregelen die zorgaanbieders nemen in de specifieke lokale situatie.

Deze kennis delen en zorgaanbieders handvatten bieden voor vervolg en het zo beperkt mogelijk houden van besmettingen, nu en in de toekomst.

Er zijn vier bronnen van kennis te benoemen, te weten (1) de crisishandboeken die verpleeghuizen bijhouden (2) ABR-kennis, (3) 'Waardigheid en Trots op locatie' en (4) internationale voorbeelden.

Faseren



Differentiëren naar cliënten:

Binnen de niet-acute zorg zien we verschillende categorieën cliënten.

Versoepling van maatregelen kan niet voor de brede groep cliënten op dezelfde wijze toegepast worden. Voor elke groep moet afzonderlijk beoordeeld worden welke versoepling op welk moment ingevoerd kan worden.

Differentiëren naar infectiedruk:

Er zijn gebieden/instellingen met een hoge infectiedruk (veel besmettingen) en met een lage infectiedruk. Wanneer er in een instelling of in de omgeving sprake is van een hoge infectiedruk, is handhaving van de huidige maatregelen van groot belang.

Faseren:

Het is niet haalbaar en verantwoord om op één moment de hele bezoekenregeling los te laten, of de dagbesteding weer op te starten. Begin met een beperkte versoepling en breidt dit geleidelijk verder uit;

Controleren:

De gedifferentieerde en gefaseerde versoepling moet nauwgezet gevolgd worden door monitoring en onderzoek. Op geleide van de bevindingen en ervaringen zal het tempo van verdere versoepling bepaald worden.

Differentiëren: Voorwaarden scheppen voor bezoekenregelingen



Basis: maximaal inzetten op contactmogelijkheden: beeldbellen, bezoekershuisjes, 1,5 meter inrichten ook voor gezamenlijke maaltijden en dagbesteding

Intensief testen: voorkomen dat besmetting binnenkomt/verspreidt. Zie volgende sheet

Informed consent: toestaan dat instelling met bewoners/familie gewogen risico kunnen en mogen nemen met voorwaarden omkleed (testen, eisen stellen aan bezoek)

Verschillen in beleid: gedoseerd toestaan op basis van in te vullen voorwaarden

Pro actieve benadering en ondersteuning



- Intensief monitoren aantallen besmettingen; snel beginnende uitbraken kunnen signaleren om snel maatregelen te kunnen nemen
- Corona routes vaststellen per instelling. Streng cohorteren binnen instellingen van bewoner en medewerkers en streng isoleren buiten instellingen incl thuis/wijkverpleging. Mogelijk zelfs uitplaatsingen besmettingen bij begin uitbraak.
- Desgewenst inzetten op ondersteuning (boots on the ground) voor kleinere instellingen en ondersteuning infectiepreventie, plus WOL.
- outbreak management ondersteuning bij (grotere) uitbraken

Testen en PBM



Testbeleid verruimen voor deze specifieke groep om humaner verantwoord beleid mogelijk te maken.

- Frequent en preventief, zowel bewoners als medewerkers als (mogelijk) bezoekers
- Bij eerste vermoedens van besmetting zo snel mogelijk containment (test, search, protect)
- Hierop afgewogen gebruik PBM voor medewerkers en als je bezoek toelaat ook voor hen
- Veilige instroom nieuwe bewoners door bij toegang te testen

Wie is aan zet



Land

- RIVM test en PBM beleid aanpassen op doelgroep
- Onderzoek atypische verschijnselen in deze doelgroep (loopt)
- Kennisdeling organiseren
- Inzet WOL

Instellingen

- Toepassing Corona protocollen en werkwijzen
- Creëren Corona routes, cohorteren, concentreren besmettingen
- Voorwaarden scheppen voor verruimen bezoekenregelingen

GGD

- Intensief monitoren aantallen besmettingen; snel beginnende uitbraken kunnen signaleren om snel maatregelen te kunnen nemen
- Ondersteuning voor kleinere instellingen (boots on the ground) en outbreak management ondersteuning bij (grotere) uitbraken, ondersteuning infectiepreventie.
- Zeer laagdrempelig personeel en cliënten testen bij (vermoeden van) besmetting en

ondersteunen psychosociale (na)zorg

Nog verder uit te werken?



- Palliatieve fase
- Concentratie Covid capaciteiten VVT per regio om uitgestelde vraag en angst voor opname te helpen faciliteren (a la concentratie van Covid IC faciliteiten)?
- Inzet defensie?

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

DGLZ

Deadline:

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Ontworpen door
A.G. Pomp
*coördinator strategie
langdurige zorg*
T 070-3406210
M +31(0)6-21101895
[\(10\)26@minvws.nl](mailto:(10)26@minvws.nl)

nota

(ter beslissing)

vervolg verpleeghuizen en gehandicaptenzorg

Paraaf directeur

Paraaf DGLZ

Datum
28 april 2020

Kenmerk**Zaaknummer**

Bijlage(n)
div

Afschrift aan
comona team DLZ

1 Aanleiding voor deze nota

In de brief aan de Tweede Kamer van 21 april jl. over de stand van zaken met betrekking tot covid-19 zijn voor wat betreft de verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg als vervolgbeleid drie lijnen aangegeven. Het betreft de bezoekenregeling, leren van elkaar en innovatieve behandelmethoden. Bijgevoegd treft u voorstellen aan voor de uitwerking hiervan aan. Vrijdag 1 mei a.s. om 9.15 bespreken wij dit.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- In bijgevoegde notities is uitwerking gegeven aan de brief aan de Tweede Kamer.
- Lijn twee 'leren van elkaar' voor de verpleeghuizen is het verste uitgewerkt, de andere onderdelen zijn nog meer work in progress.
- In de uitwerking van 'leren van elkaar' is o.a. afstemming gezocht met de Academische Werkplaatsen en 'Waardigheid en Trots op locatie'.
- Ook is afstemming gaande met de GGD'en.
- Graag vernemen wij of u zich kunt vinden in deze uitwerking.

3 Samenvatting en conclusies

In de brief aan de Tweede Kamer van 21 april jl. is voor de volgende stap aangegeven dat het gaat om (1) de bezoekenregeling (2) leren van elkaar en (3) innovatieve behandelmethoden.

Mede naar aanleiding van uw overleg deze week met de DPG'en werken zij een eigen voorstel uit voor de bezoekersregeling en kennisverspreiding. Een concept van dit voorstel treft u aan als bijlage 3, de powerpoint. Wij denken dat een en ander goed met elkaar te verenigen is. Vrijdagmiddag spreken wij

een aantal van de DPG'en. Voor de hand ligt dat zij tijdens het overleg dat u maandag weer met hen hebt, hierover willen spreken.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

Ouderenzorg

Over de bezoekenregeling hebben wij reeds gesproken en dit 'loopt'.

Kenmerk

Leren van elkaar

Bij 'leren van elkaar' onderscheid gemaakt tussen (1) de kennisbronnen en (2) kennis delen. Bij de kennisbronnen gaat het om:

- a. Kennis over hetgeen de zorgaanbieders doen om de besmettingen tegen te gaan, zoals dat blijkt uit de crisisdagboeken die zij bijhouden. Zie ook de bijgevoegde verslagen daarvan.
- b. ABR-kennis, daaromtrent is reeds een toolkit ontwikkeld.
- c. 'Waardigheid en Trots op locatie'.
- d. Internationale voorbeelden.

Bij de kennisdeling gaat het om:

- a. 'Waardigheid en Trots op locatie'.
- b. De Academische Werkplaatsen.
- c. De brancheorganisaties en beroepsorganisaties.

Bevorderen van innovatieve behandelmethodes

In de uitwerking worden twee acties toegelicht:

- a. Zicht krijgen op effectieve methoden van preventie of behandeling.
- b. Mogelijk maken dat onderzoek wordt verricht naar nieuwe methoden van preventie of behandeling.

Gehandicaptenzorg

De uitwerking voor de gehandicaptenzorg loopt zoveel mogelijk analoog aan de uitwerking voor de verpleeghuiszorg. De dynamiek hieromtrent is echter anders, omdat VWS hier minder in de regie is en er meer bij het veld ligt i.c. de VGN en de cliëntenorganisaties.

De bezoekenregeling

Hier zijn de VGN en de cliëntenorganisaties meer aan zet. Zij werken nu aan een aanpak om meer ruimte te bieden. Hierover wordt in de sector overigens verschillend gedacht.

Leren van elkaar

De populatie cliënten in de gehandicaptenzorg is heterogeen; in de uitwerking voor deze verschillende groepen wordt een onderscheid gemaakt. Voor de verwerving en verspreiding van kennis kan o.a. gebruik gemaakt worden van de Academische Werkplaatsen in de gehandicaptenzorg en de infrastructuur van Volwaardig Leven.

De 1,5-meter samenleving

Voor de gehandicaptenzorg geldt dat nabijheid een voornaam factor is voor de kwaliteit van leven. Juist voor de gehandicaptenzorg geldt daarom dat het zo veel mogelijk vormgeven van de 1,5-metersamenleving een eigen uitwerking vraagt. Deze uitwerking kan met partijen worden uitgevoerd.

4 Draagvlak politiek

Betreft een toezegging aan de Tweede Kamer.

- 5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie**
- Uitvoering hiervan draagt bij aan vermindering van het aantal besmettingen.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg

- 6 Financiële en personele gevolgen**
ntb

Kenmerk

- 7 Juridische aspecten haalbaarheid**
nvt

- 8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)**
- De Academische Werkplaatsen Leiden en Groningen
 - Verenso dat contacten heeft met alle Academische Werkplaatsen
 - RIVM
 - Actiz
 - V&VN
 - VGN
 - Cliëntenorganisaties: Ieder(in), KansPlus, 11b.

- 9 Gevolgen administratieve lasten**
nvt

- 10 Toezeggingen**
nvt

(10)(2e)