

FACTSHEET LESSONS LEARNED VERPLEEGHUIZORG

LESSONS LEARNED	ACTIES + OPVOLGING
1. De basis(veiligheid) op orde in alle verpleeghuizen	<ul style="list-style-type: none"> Het gaat hierbij om het aanpassen van de crisisplannen of draaiboeken (inclusief communicatieaanpak richting verwanten) als voorbereiding. het vergroten van de kennis en vaardigheden van zorgverleners met betrekking tot hygiëne en infectiepreventie en de samenwerking met de GGD'en. De IGJ houdt toezicht op de uitvoering van de Wkkgz
2. Ondersteuning voor zorgaanbieders verpleeghuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> Er is een kenniscoalitie opgezet. Dat is een samenwerkingsverband bestaande uit de GGD'en, ActiZ, de Antibiotica Resistentie (ABR)-zorgnetwerken, de Academische Werkplaatsen ouderenzorg en 'Waardigheid en Trots op locatie'. Doel: bijeenbrengen van de kennis die de zorgaanbieders nodig hebben om het virus buiten de deur te houden. Deze kennis bij elkaar vormt een wegwijzer voor de verpleeghuizen en staat reeds online op waardigheidentrots.nl
3. Goede landelijke en regionale positionering verpleeghuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> Onder het Uitvoeringsbesluit Wkkgz zal een ministeriële regeling komen die bepaalt dat Wlz-aanbieders deelnemen aan het ROAZ. Regionale samenwerkingsverbanden zoals de RONAZ. Verder heeft de samenwerking tussen GGD'en en LZ sector een belangrijke impuls gekregen Handhaven van het landelijke koepeloverleg LZ (wekelijks en opschalen indien nodig).
4. Voldoende zorgprofessionals en hun welzijn en betrokkenheid	<ul style="list-style-type: none"> Er is voor laagdrempelige ondersteuning het steunpunt 'Sterk in je Werk'. Voor de meer complexe hulpvragen zoals traumaverwerking en PTSS-klachten is er het contactpunt 'Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals' van ARQ IVP. de regionale werkgeversverenigingen verenigd in <i>RegioPlus is</i> gevraagd om de ROAZ- en GGD-regio's te faciliteren. Ook hebben we gevraagd de regionale actieplannen aanpak tekorten (RAAT) te richten op de parallelle uitdaging van én COVID-19- -zorg én reguliere zorg.
5. Voldoende (opschaalbare) capaciteit voor Covid-patiënten	<ul style="list-style-type: none"> Op basis van ervaringen tijdens de eerste golf hebben de DPG'en een ramingsmodel opgesteld. Samengevat komt dit erop neer dat: <ul style="list-style-type: none"> landelijk 300 plekken direct beschikbaar kunnen worden gemaakt voor nieuwe patiënten met COVID-19 na ziekenhuisopname of vanuit de thuissituatie als geen ziekenhuiszorg (meer) nodig is. aanvullend op deze 300 plekken landelijk tot 550 plekken binnen 72 uur flexibel te organiseren zijn. voornoemde 850 plekken binnen twee weken opschaalbaar kunnen zijn tot een landelijk totaal van 2000 plekken.
6. Financieel comfort voor continuïteit	<ul style="list-style-type: none"> het kabinet heeft bij de eerste golf een set aan financiële maatregelen geïntroduceerd met als doel de meerkosten in coronatijd te vergoeden en de continuïteit van zorg op de korte termijn te garanderen. De meerkostenregeling loopt tot 1 januari 2021. de NZa pas op verzoek van de minister voor de periode daarna haar beleidsregel aan, zodat zorgkantoren de mogelijkheid krijgen om in uitzonderlijke situaties tot 1 januari 2021 maatwerkafspraken te maken. Deze maatwerkregeling wordt in overleg met de NZa en ZN nu uitgewerkt.

6. Signalering, analyse en interventie	<ul style="list-style-type: none"> • Vanaf het begin van de uitbraak is de strategie gericht op het maximaal controleren van het virus. Voor de <i>landelijke</i> monitoring is op coronadashboard.rijksoverheid.nl informatie opgenomen ten behoeve van vroegsignalering. Het RIVM monitort en duidt de actuele ontwikkelingen • Specifiek voor de verpleeghuizen bevat het dashboard informatie over het aantal locaties met minimaal één besmette bewoner, het aantal positief geteste bewoners en het aantal overleden personen. • De GGD houdt zicht op de situatie in de regio, onder andere door testbeleid en bron- en contactonderzoek. • In overleg met met partijen (GGD, RIVM, ActiZ, Verenso) wordt gewerkt om ook op regionaal niveau betrouwbare informatie over verpleeghuislocaties te realiseren.
7. Sneller en gericht testen	<ul style="list-style-type: none"> • Sinds 1 juni is het advies dat iedereen in Nederland met klachten zich laat testen. • De testcapaciteit is inmiddels schaalbaar. De benodigde testcapaciteit wordt afgestemd op inschattingen van het RIVM van de te verwachten testvraag. • GGD'en kunnen nu mensen zonder klachten testen bij regionale uitbraken waarbij mensen een besmettingsrisico lopen. Momenteel vindt op advies van het OMT onderzoek plaats naar de meerwaarde van testen zonder klachten bij groepen die verhoogd risico hebben gelopen
8. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Door betere inkoop en vervolgens ook eigen productie is meer PBM beschikbaar. Uitgangspunt is dat zorgaanbieders zo veel mogelijk zelf hun PBM inkopen via de reguliere kanalen. • Daar waar de reguliere toelieferingen onvoldoende zijn voorziet het LCH in de extra behoefte. • De beroepsvereniging V&VN heeft voor de verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundige specialisten een handreiking opgesteld met handvatten over het gebruik van PBM. • Duidelijkheid creëren over rollen en verantwoordelijkheden in de voorbereiding op een eventuele tweede golf, vooral bij het vervolg van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en bijbehorende strategie wat de LCH kan doen en wat zorgaanbieders en anderen zelf doen. • Beter cijfermatig inzicht in (en mogelijke scenario's ten aanzien van) de toekomstige vraag naar PBM, de consequenties voor het LCH en een goede communicatie hierover naar zorgpartijen, andere partijen en de bevolking. • Meer communicatie en instructie over PBM-gebruik, zowel voor zorgprofessionals, mantelzorgers en vrijwilligers als cliënten. • Het RIVM heeft recent GGD-artsen laten weten dat als in de omgeving van een zorginstelling het aantal besmettingen toeneemt, het tijdelijk meer preventief gebruik van PBM overwogen kan worden. Dit wordt betrokken bij de inkoop van de benodigde voorraden.
9. Een evenwichtige en gedifferentieerde bezoeksregeling	<ul style="list-style-type: none"> • Bij een uitbraak in een verpleeghuislocatie is het aan de bestuurder om te besluiten over het sluiten van de locatie voor bezoek. De bestuurder van de instelling besluit hierover in samenspraak met de cliënten(raad), medezeggenschap en de specialist ouderengeneeskunde en de VAR/PAR, en communiceert daarover. • Als het de bestuurder <i>niet</i> tot overeenstemming komt, kan zo nodig, na een signaal van de bestuurder, op basis van een aanwijzing/noodverordening (bij spoed) of een ministeriële regeling (als de TWM van kracht is) een gerichte bezoeksregeling worden ingevoerd. • Ook bij een in de regio oplopende besmettingsgraad, zonder besmetting op een verpleeghuislocatie, kan een bestuurder in overleg met cliënten en professionals

	<p>bovengenoemde afweging maken.</p> <ul style="list-style-type: none">• Belangrijk om te benadrukken is dat ook ingeval bezoek onverhoopt moet worden beperkt, het ouderen vrij staat om de instelling te verlaten.• Al met al zal er meer ruimte zijn voor differentiatie geënt op de regionale situatie en de specifiek situatie bij de zorgaanbieders.• De branche- en beroepsorganisaties werkt samen met cliëntenorganisaties aan een 'Handreiking Bezoek en sociaal contact, corona & verpleeghuiszorg'. Deze komt vooralsnog begin september beschikbaar.• Verenso heeft een handreiking 'Medisch maatregelen rondom bezoek' opgesteld. Deze handreiking gaat onder andere in op de gezondheidscheck bij entree en de registratie van bezoekers.
--	---