

## **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 crishandboeken 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 Corona 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 bezoekcijfers (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.