

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

DGLZ

Deadline:

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

Ontworpen door

5.1.2e

langdurige zorg

T 070- 5.1.2e

M +31(0)6- 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

nota

(ter beslissing)

vervolg verpleeghuizen en gehandicaptenzorg

Paraaf directeur

Paraaf DGLZ

Datum

28 april 2020

Kenmerk**Zaaknummer****Bijlage(n)**

div

Afschrift aan

cornona 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 bezoeksregeling, 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 bezoeksregeling (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 bezoeksregeling 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 bezoeksregeling

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 voorname 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

5.1.2e

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, bezoekenregeling);
- 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-cliënten 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 hygiënespecialist. 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 toestemmen 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 bezoekerscijfers (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	Worden er problemen geconstateerd in Langdurige ouderenzorg	welke maatregelen zijn er van toepassing	is bezoek toegestaan	Overige
5.1.2a				

5.1.2a				
Denemarken	Corona komt ook in verpleegtehuizen voor maar dit is niet een brandhaard voor corona.	geen specifieke maatregelen, Denemarken kent weinig tot geen grootschalige ouderenzorg zoals wij deze in NL hebben.	ja	
Verenigd Koninkrijk	ja, veel problemen	Verzorgingstehuizen geïsoleerd Ouderen worden verzocht zich in isolement te houden (indien thuis).	nee	Groot tekort aan PPE
Oostenrijk	nee, maar het neemt wel toe.	Zowel verplegend personeel als bewoners moeten bescherming dragen (maskers, handschoenen)	nee	Oostenrijk gaat de komende dagen alle bewoners en alle medewerkers in verpleegtehuizen testen
5.1.2a				
Noorwegen	Ja, alleen in Oslo	patienten en personeel ouderenzorg snel getest en geïsoleerd.	nee	

5.1.2a				
Zweden	Ja veel problemen.	verpleegkundige die covid klachten vertonen (ook milde klachten) wordt gevraagd thuis te blijven	nee, niet meer	Veel maatschappelijke onrust over het feit dat ouderen de prijs betalen voor de weinige maatregelen die weden heeft afgekondigt

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

5.1.2e

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 5.1.2e 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).

15 - 47

5.1.5

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 wel 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 diënten gaan zorgaanbieders voorzichtig - stapje voor stapje - kijken wat voor ruimte er ligt in de bestaande bezoeksregeling. 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 bezoeksregeling 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 tegenhoudt 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 opengesteld 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 Ieren 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.