



*Kennis delen en
leren van elkaar*

CORONA IN HET VERPLEEGHUIS

LESSONS LEARNED IN UKON-ZORGORGANISATIES

Thema's:

*1. Preventie, quarantaine,
isolatie, cohort*

*2. Persoonlijke Beschermingsmaterialen
(PBM)*

3. Angst voor besmetting

4. Ervaringen client en familie

5. Ervaringen medewerkers

6. Communicatie in en tussen teams

7. Communicatie organisatiebreed

Vragen:

Wat ging goed?

Wat kan beter?

Welke onderzoeks- en kennisvragen zijn er?

1. PREVENTIE, QUARANTAINES, ISOLATIE, COHORT



1. PREVENTIE, QUARANTAINES, ISOLATIE, COHORT

Wat ging goed?

- Handhygiëne is gewoon geworden
- Snel testen, snel in isolatie (?)
- Aparte looppaden, ook voor 1e lijns cliënten
- Bij isolatie apart team op de afdeling dat die bewoners verzorgt
- Apart gecreëerde cohortafdeling (met alleen covid-patienten): goede protocollen, verzorgenden hebben gekozen voor deze zorg, geen angst, haalbaar om randvoorwaarden te realiseren. Bewoners zijn niet geïsoleerd. Op andere afdeling kan leven gewoon doorgaan.
- Samenwerking met regionale instellingen, bijv. opzetten cohortafdeling

1. PREVENTIE, QUARANTAINES, ISOLATIE, COHORT

Wat kan beter?

- Het omgaan met isolatie en cohortverpleging indien terminale en palliatieve fase
- Meer aandacht voor welzijn, voor de individuele bewoner
- Meer op locatie en afdelingsniveau beleid maken
- Minder snel wisselende protocollen: geeft vertrouwen en rust
- Heldere protocollen. Interpretatie en uitvoering protocollen verschilde per team en afdeling (bijv. inzet behandelaren, van kamer af kunnen, van afdeling af voor therapie)
- Bij isolatie: meer duidelijkheid over wat schoon en vies is (bijv. dienblad, telefoon)
- Sneller testen en sneller uitslag
- aparte locatie beschikbaar hebben om eigen bewoners in cohort te gaan verplegen

1. PREVENTIE, QUARANTAINES, ISOLATIE, COHORT

Welke onderzoeks- en kennisvragen zijn er?

- Is quarantaine altijd wel zinvol, ook gezien het personeelsbeleid?
 - (bijv. bij inhuizing en testen)
- Hoe zou je minder vaak kunnen isoleren?
- Hoe strikt moet isolatie? Er zijn tussenvormen, afhankelijk van fam/gebouw.
- Is sederen een optie om een pg-bewoner te isoleren?
- Wanneer een cohort starten?
 - Omdat pg-bewoner isolatie niet begrijpt;
 - Het voorkómt vereenzaming?
 - omdat het minder PBM vraagt en efficiënter is?
- Heeft een niet-besmette bewoner in een cohort méér kans op besmetting?
- Kan bewoner/familie weigeren om in cohort te gaan indien familielid niet besmet is?
- Hoe omgaan met dilemma's: (tegenstrijdige) wensen van klanten, familie en personeel, organisatie
- Hoe sluit Nederlandse beleid aan op het internationale beleid?
- Testen zijn te weinig sensitief?

2. PERSOONLIJKE BESCHERMINGSMATERIALEN (PBM)



2. PERSOONLIJKE BESCHERMINGSMATERIALEN (PBM)

Wat ging goed?

- Instructie PBM aan de hand van filmpjes, foto's, aanwezigheid van een vraagbaak
- Voldoende PBM aanwezig en goed van kwaliteit

Wat kan beter?

- Voldoende en goede kwaliteit van PBM: spatbril past niet over bril, schorten niet vochtafwerend, te korte mouwen
- Verkeerd gebruik van PBM; verkeerde volgorde, verkeerde toepassing
- Duidelijkheid welke PBM-middelen vaker gebruikt moeten worden en hoe dan?
- Geloofwaardigheid wisselende protocollen mbt toepassen PBM bijv. halterschorten
- Toestemming nodig om PBM toe te passen: van arts of verpleegkundige

2. PERSOONLIJKE BESCHERMINGSMATERIALEN (PBM)

Welke onderzoeks- en kennisvragen zijn er?

- Hoe komt het dat ene zorgorganisatie voldoende PBM heeft en de ander niet?
- Voorkomt het dragen van mondmasker bij zorg binnen 1,5 meter, een uitbraak?
- Voorkomt gelaatsmasker een uitbraak? (is vriendelijker voor bewoner, gezicht blijft zichtbaar)
- Als op COVID-afd. na een week nog nieuwe besmettingen voordoen: is er dan onhygiënisch gewerkt?

3. ANGST VOOR BESMETTING

- Er was angst onder zorgmedewerkers, m.n. om bewoners te besmetten en eigen familieleden
- Zorgmedewerkers hebben in hun eigen leven veel dingen aangepast om zo min mogelijk risico te lopen anderen (bewoners/familie) te besmetten.
- werd beïnvloed: wisselende berichtgeving in de media, veranderende protocollen en de aanwezigheid en beschikbaarheid van kwalitatief goede PBM's

Noot: op 9 juni waren 17.000 van de 40.000 vastgestelde besmettingen van zorgmedewerkers. In de leeftijd van jonger dan 70 jaar (totaal 30.000) was dit 56%. Er zijn 11 mensen overleden aan covid die zorgmedewerker waren. (Medisch contact, 9 juni 2020)



3. ANGST VOOR BESMETTING

Wat ging goed?

- Informatie en kennis delen over verspreiding van het virus
- Erkennen dat er angst is, onderling en in de lijn.
- Mentale ondersteuning bieden aan zorgmedewerkers door:
- Binnen het team: elkaar in de gaten houden.
- Aandacht van de leidinggevende
- (Proactieve) Psychosociale ondersteuning bieden door psychologen of geestelijk verzorgende.
- Telefonische hulplijn waar zorgmedewerkers met hun vragen en zorgen terecht konden

3. ANGST VOOR BESMETTING

Wat kan beter?

- Duidelijke en transparante informatie over verspreiding van het virus
- Direct mentale ondersteuning van teams wanneer besmettingen worden geconstateerd
- Psycho-educatie over omgaan met angsten en morele dilemma's bij zorgmedewerkers

Welke onderzoeks- en kennisvragen zijn er?

- Wat zijn ervaringen met psychosociale ondersteuning? Effecten?
- Welke methodieken zijn toegepast?
- Was het aanvragen van psychosociale ondersteuning een te hoge drempel? Wat was het bereik?

4. ERVARINGEN MET BEWONER EN FAMILIE



4. ERVARINGEN MET BEWONER EN FAMILIE

Wat ging goed?

- Zorgteam richt zich op welzijn, zinvolle daginvulling en contact familie
- De rust in de huiskamer op pg-afdeling
- Communicatie met familie en afdeling, wederzijds respect
- Creatieve oplossingen om communicatie (kost wel veel tijd)
 - tussen bewoner en familie te bevorderen:
Raamcontact, contact in aparte kamer,
extra begeleiding om contactmoment te bevorderen, beeldbellen
 - tussen bew/fam en de afdeling/organisatie te bevorderen:
Goed tool om bezoek in te plannen; apart mailadres, apart luisterlijn, deurdiensten,
beeldbellen, MDO via beeldbellen, vast moment om feedback te geven
- Betrekken in besluit over invulling bezoekersregeling: personeel en cliënten(raad)

4. ERVARINGEN MET BEWONER EN FAMILIE

Wat kan beter?

- Geen bezoekersverbod meer, is zeer onwenselijk.
- Contact met familie tijdens terminale en palliatieve fase (is kwaliteit van leven)
- Het fysiek afscheid kunnen nemen is essentieel
- Meer bezoek toelaten in PBM bij preventie, isolatie, cohort
- Besluit in gezamenlijkheid nemen
- Meer openheid over besmettingen en besluit in gezamenlijkheid mbt isolatie, cohort snelheid is belangrijk, alle contactpersonen bellen
- Juiste balans tussen hoeveelheid en juistheid van informatie
- Een 24-uurs aanspreekpunt voor familie
- Het houden aan de regels door bezoek, zorgmedewerkers zijn bezorgd
- Cliënten uit de 1e lijn zijn verwaarloosd
 - (dagbehandeling en behandeling 1e lijn)
- Betrekken van communicatiemedewerker

4. ERVARINGEN MET BEWONER EN FAMILIE

Welke onderzoeks- en kennisvragen zijn er?

- Welke methode voor ethische besluitvorming in crisistijd zijn er?
- Hoe omgaan met individueel zelfbeschikking (eigen regie) en groepsbelang?
- Hoe geef je nazorg vorm?
- Wat zijn gevolgen van minder bezoek voor de bewoners (somatiek en pg)
- Hoe kan je als zorgmedewerker bijdragen aan het rouwproces van achterblijvers als afdeling op slot moet?

5. ERVARINGEN MEDEWERKERS



5. ERVARINGEN MEDEWERKERS

Wat ging goed?

- Gevoel van trots, denken in mogelijkheden, saamhorigheid, gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel
- Flexibiliteit van medewerkers
 - intrekken van vakanties, minder overlegmomenten, overwerken, vaker werken, extra diensten
- Minder ziekteverzuim
- Ook niet-zorgmedewerkers wilden taken uitvoeren (bijv. deurwacht), gevoel van teamwork, meer inzicht in elkaars werk
- Centrale ontmoetingsplek ook voor collega's prettig, even bijkletsen, samen sta je sterk
- Enorme inzet van HR-afdelingen om personeelstekorten te verminderen:
- Flexibele ring opzetten:
Medewerkers meer inzetten • Intrekken vakantie • Flexmedewerkers inzetten, nieuwe werven • Oud-medewerkers terug in de zorg, ook gepensioneerden • functiemix anders inzetten • behandelaren ingezet in de zorg, • Facilitaire dienst ingezet. • vakantie- en weekeindhulpen • BBL-studenten die niet naar roc mochten: extra ingezet • Overname personeel thuiszorg die juist minder werk hadden

5. ERVARINGEN MEDEWERKERS

Wat kan beter?

- Sneller hulp organiseren bij behoefte aan mentale ondersteuning (praktische vragen of emotionele belasting).
- De drempel verlagen om mentale ondersteuning te vragen.
- Tekort aan personeel zorgteams, o.a. door ziekteverzuim.
 - Daardoor continuïteit van zorg in gedrag. Flexen werken meer taakgericht werken. Maken van goede combi vast-flex personeel
- Tekort aan artsen, tgv meer medische vraag
- Tekorten aan behandelaren, tgv maar op één afdeling mogen werken
- Meer verpleegkundigen inzetten
- Beter inwerken en instrueren van nieuw personeel,
 - o.a. personeel dat lang uit de zorg was
- Uitwisselen personeel tussen (rustige) afdelingen kan nog beter
- Omgaan met familieleden die niet aan de regels houden: hoe te acteren,
 - bijv. voor receptiemedewerkers

5. ERVARINGEN MEDEWERKERS

Welke onderzoeks- en kennisvragen zijn er?

- Hoe regel je nazorg en rouwverwerking voor personeel?
- Hoe ga je in zorgteams om met de stress en het verlies/rouw als gevolg van verhoogde aantal overlijdens?

6. COMMUNICATIE ZORG- EN BEHANDELTEAMS



6. COMMUNICATIE ZORG- EN BEHANDELTEAMS

Wat ging goed?

- Samenwerking verliep goed, vanwege gezamenlijk belang.
- Vaker overleg, kortere lijnen, wegvallen van schotten, vraaggerichter, meer kennisoverdracht.
- Vaste behandelaren koppelen aan locaties
- Digitaal (video) overleggen
 - scheelt reistijd, makkelijker in te plannen. Ook geschikt voor communicatie met MT en regionaal
- Inzet van behandelaren in de zorg en dagactiviteiten
- Elke verzorgende kan interdisciplinair consult aanvragen
- Betrokkenheid locatiemanager, met aandacht voor wel en wee op de werkvloer.

6. COMMUNICATIE ZORG- EN BEHANDELTEAMS

Wat kan beter?

- Gemis van behandelaren, door fysieke afwezigheid
 - Verzorgenden ervoeren drempel om iemand erbij te vragen
- Geen eenduidige protocollen over inzet en aanwezigheid van behandelaren
- Korter, bondiger en eenduidiger communiceren zodat risico op interpretatie zo klein mogelijk is. Naast intranet en email ook mondeling toelichten
- In zelforganiserende teams: leiderschap gemist terwijl snel beslissingen genomen moesten worden
- Een centraal aanspreekpunt per locatie om vragen te kunnen stellen helpt
- Afstemming landelijk tussen richtlijnen van diverse beroepsgroepen

Welke onderzoeks- en kennisvragen zijn er?

- Zijn er tips over het omgaan met uiteenlopende wensen en behoeften in zorg- en behandelteams (groepsdynamiek)?

7. COMMUNICATIE ORGANISATIEBREED EN BELEID



7. COMMUNICATIE ORGANISATIEBREED EN BELEID

Wat ging goed?

- Uitgangspunt voor besluitvorming door crisisteam: cliënten en medewerkers.
- Communicatie van crisisteam: snel, zowel op centraal als lokaal niveau.
- Dagelijkse/wekelijkse updates. Transparant, eerlijk en opeenvolgend.
- Teamleiders/management zorgt voor communicatie in detail en overlegt regelmatig met zorgteams en behandelaren
- Schriftelijk én beeldmateriaal gebruiken (o.a. intranet, email, nieuwsbrieven, webinars)
- Snel schakelen, snel handelen. Dit geeft daadkracht.
- Inzet van zorgtechnologie: gaat heel goed
- Samenwerking regionale instellingen: was goed en werd uitgebreid

7. COMMUNICATIE ORGANISATIEBREED EN BELEID

Wat kan beter? **A**

- Samenstelling crisisteams met o.a. kwaliteitsadviseur en projectmedewerker.
- Besluitvorming op bredere grond door ethici, zorgmedewerkers, psychologen en maatschappelijk werk erbij te betrekken
- Inspraak werd gemist op afgesproken beleid
- Voldoende mandaat
- Overvloed aan informatie: niet goed gebundeld, teveel tekst.
 - Maak gebruik van meer visuals, figuren, schema's en houd het kort en bondig.
- Zichtbaarheid van bestuur op de werkvloer draagt bij aan “hart onder de riem” gevoel. Dit werd gemist.
- Organisatiebeleid vertalen naar locatie- en afdelingsniveau
- Inzetten van lokale crisisteams, aanspreekpunten (maatwerk).
- Beleid is teveel op de groep gericht en te weinig op het individu
- Duidelijk beleid wat wel of niet mag, o.a. mogen bewoners van hun kamer af voor therapie

7. COMMUNICATIE ORGANISATIEBREED EN BELEID

Wat kan beter? **B**

- Eenduidige interpretatie en uitvoering van protocollen binnen de locaties, afdelingen en zorgteams
- Communiceer met alle medewerkers in de zorgorganisatie en niet alleen met de zorgteams
- Tijdstip van besluiten: crisisteam overleg op handig moment zodat acties uitgevoerd kunnen worden (en niet op een vrijdagmiddag).
- Continuïteit van zorg en behandeling voor 1e -lijns cliënten/ dagbehandeling
- Aparte ingangen / looppaden creëren voor 1e-lijns cliënten.
- Betere voorraad van PBM
- Bij de eerste klachten direct testen
- Medewerkers goed geïsoleerd inzetten, niet meewerken op andere afdelingen
- Meer ondersteuning nodig van facilitaire dienst
- Inzet paramedici (en andere behandelaren) was beperkt doordat ze niet overal mochten komen.

7. COMMUNICATIE ORGANISATIEBREED EN BELEID

Welke onderzoeks- en kennisvragen zijn er?

- Hoe zorg en behandeling bieden met inachtneming van 1,5 meter afstand?
- Is aanpak in NL nu beter dan in buitenland? Hebben we het dan goed gedaan? Wat kan beter?
- Behoeftte aan overzicht van beschikbare en correcte informatie over COVID-19
 - zoals ziektebeeld, verspreiding, besmettingsrisico, wanneer welke PBM, rol ventilatie etc.
- Is overgaan op cohortverpleging ingegeven omdat dit goedkoper is of mede omdat het minder PBM kost? Of minder tijd kost?
- Wat is de beste manier van communicatie? Hoe vaak, digitaal of niet?

Respons

UKON heeft samen met de science practitioners een vragenlijst opgesteld en uitgezet in 15 UKON-organisaties in de periode juli en augustus (na de eerste Corona-golf).

Verzoek per organisatie om de vragenlijst door maximaal 15 medewerkers in te laten vullen en gericht uit te zetten onder medewerkers met een specifieke rol relevant voor het ophalen van lessons learned.

Respons: n=59

Ervaring met covid? (N=59)	ja	
Covid-besmettingen	28	47%
Cohortverpleging	25	42%
Geen van beide	21	35%

Respondenten werkten op:

- groot- en kleinschalig:
 - resp. 63% en 67%
- alle typen afdelingen:
 - Somatiek en pg (allebei 67%), GRZ (43%) en hospice 12%

			Frequency
V&V	N=12	Verzorgende	1
		Verpleegkundige	10
		Verpleegk. Specialist	1
Behandelaren	N=14	Psycholoog	2
		SO	1
		Ergotherapeut	3
		Geestelijk verzorgende	2
		Activiteitenbegeleider	2
Management	N=15	Manager	12
		Teamleider	3
Overig	N=18	Beleidsmedewerker	5
		Bestuurder/-secretaris	2
		overig	3
		onbekend	8
		Totaal	59

Datum uitgave 6 november 2020

Anke Persoon, Sander Ranke en Marlies van Kordelaar, UKON
ukon.elg@radboudumc.nl