

NOTITIE

Aan : ROAZ Kernteam

Van : LHV Kring MN / IVVU

Betreft : Uitgangspunten aanpak COVID-19 in collectieve woonvormen voor ouderen

Datum : 17 april 2020

Aanleiding

Voor ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn afspraken gemaakt om te voorkomen dat COVID-19 zich (verder) verspreid onder bewoners en verzorgers. Het kabinet heeft 20 maart jl. besloten om geen bezoek aan verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen meer toe te staan.

Deze afspraken en beperkingen gelden (nog) niet voor collectieve woonvormen voor ouderen, waaronder aan- en inleunwoningen, maar ook serviceflats en particuliere initiatieven. In deze complexen wonen veel kwetsbare ouderen bij elkaar. De bewoners, mantelzorgers en familie kunnen zich vrij bewegen en elkaar bezoeken, waardoor risico op besmetting niet is uitgesloten en vervolgens een uitbraak op de loer ligt. Overigens gelden ook voor deze complexen de algemene maatregelen die voorschrijven zo veel mogelijk thuis te blijven, 1,5 meter afstand te houden en hygiënemaatregelen te nemen.

In deze woonvormen zijn verpleging en medische zorg in combinatie met ondersteuning individueel, per bewoner, geregeld. Meestal gaat het om een combinatie van huisartsenzorg, wijkverpleging, huishoudelijke hulp en/of dagbesteding (uiteraard in combinatie met mantelzorg of vrijwilligerswerk). De mate van regie op de zorg op het niveau van een gebouw of terrein hangt af van de setting.

Veel regie (ter vergelijking, want niet de scope van deze notitie) is er in verpleeg- en verzorgingshuizen, waar de verpleging en verzorging door één aanbieder wordt geleverd en de medische zorg wordt uitgevoerd door een specialist ouderengeneeskunde of door samenwerking met een gering aantal huisartsenpraktijken, die een specialist ouderengeneeskunde inschakelen bij complexe vraagstukken.

De minste regie is er bijvoorbeeld bij serviceflats of woonzorgcomplexen van woningbouwverenigingen (waar wonen en zorg gescheiden zijn) met relatief zelfstandige ouderen. De ouderen in deze woonvormen krijgen zorg van veel verschillende thuiszorgorganisaties en veel verschillende huisartsen.

Het kan echter ook zo zijn dat ouderen geen zorg krijgen, omdat ze het bijvoorbeeld net redden met mantelzorg en ondersteuning uit de Wmo. Deze groep is echter niet minder kwetsbaar.

NB – Tussen bovengenoemde vormen (verpleeghuizen c.q. serviceflats etc.) zitten de aanleunwoningen die al dan niet in eigendom zijn van de zorgorganisatie. Ook hier is het niet uitgesloten dat meer thuiszorgaanbieders actief zijn, want wijkverpleging is een product uit de Zvw en de cliënten bepalen dus zelf van wie ze dit willen ontvangen. Er is wellicht wel meer zicht op wie er als aanbieder actief zijn.

In een normale niet-crisis situatie wisselen zorgverleners geen informatie uit over hun cliënten. Tijdens de COVID-19 epidemie is er bij een uitbraak binnen een gebouw of terrein wel behoefte aan regie en afstemming, omdat alleen maatregelen op het niveau van de individuele patiënt en zorgverlener onvoldoende zijn om verdere besmettingen te voorkomen en goede zorg te leveren. Regie is nodig om een uitbraak te voorkomen en de situatie beheersbaar te houden.

Wie zijn betrokken?

Voor inzicht in de complexiteit van regie volgt hier een overzicht van betrokken partijen.

1. Verhuurders (woningbouwverenigingen/zorginstellingen)
2. Bewoners/Patiënten en hun mantelzorgers/families
3. Zorgverzekeraars
4. Huisartsen, lokaal crisisteam huisartsen
5. GGD
6. Thuiszorgorganisaties
7. Huishoudelijke hulp/schoonmaak en dagbesteding
8. Gemeenten (portefeuilles gezondheid en openbare orde)
9. GHOR
10. Apotheken
11. Laboratorium
12. Maaltijdvoorziening, boodschappendienst

Aanpak COVID-19 in een collectieve woonvorm met kwetsbare ouderen

Verschillende fasen in de aanpak.

1. Tijdige en passende (preventieve) maatregelen te nemen zoals:
 - a. In kaart brengen van de collectieve woonvormen voor/met kwetsbare ouderen
 - b. Beperken van de toegang
 - Voorlichting en uitleg
 - Fysieke maatregelen
 - Handhaving
 - c. Nemen van infectiepreventiemaatregelen
2. Een uitbraak tijdig signaleren
 - a. In kaart brengen van de besmettingen
 - b. Verpleging, verzorging en medische behandeling van patiënten
 - c. Zo nodig (collectieve) uitplaatsing naar cohortverpleging (*zie casuïstiek hieronder*)
3. Zorgdragen voor continuïteit van (noodzakelijke) zorg voor niet-besmette patiënten
 - a. Verpleging en verzorging
 - b. Huishoudelijke hulp, boodschappen, bezorging van medicatie
 - c. Diagnostiek trombosedienst, overig lab aan huis

Casuïstiek

Bijzondere aandacht willen we vragen voor de met regelmaat voorkomende casus van echtparen, waarbij de ene de mantelzorger is voor de ander, die daardoor met veel pijn en moeite nog net thuis kan blijven wonen. Als de 'gezonde' partner ziek wordt en uitvalt om zorg te verlenen aan de 'zieke' partner, dan is er direct een probleem in de thuissituatie. Als de 'gezonde' partner naar het ziekenhuis of een cohort moet, dan moet er ook opvang worden gezocht voor de 'zieke' partner.

De complexiteit is nog groter als, en daarvan is ook in toenemende mate sprake, als de 'zieke' partner dementie of NAH heeft. Het overplaatsen van deze mensen zorgt mogelijk in de opvanglocatie voor extra problemen en wellicht blijkt er dan behoefte aan een specifieke cohortopvanglocatie voor PG/NAH patiënten.

Wat is er nodig om deze aanpak te realiseren?

De aanpak vraagt om initiatief, coördinatie en samenwerking tussen verschillende betrokken partijen, zodat gericht (preventieve) maatregelen ter voorkoming van verspreiding van COVID kunnen worden getroffen. Samenwerking tussen betrokken partijen moet ertoe leiden dat alle partijen op de hoogte zijn van de situatie en er een eenduidige aanpak c.q. crisisbeleid ontwikkeld worden en gezamenlijk maatregelen gecommuniceerd en uitgevoerd worden.

In fase 1 zijn met name verhuurders, gemeenten en GGD betrokken partijen in de regie. In de fasen daarna verschuift de regie naar zorgverleners en GGD.

Acties

1. GGD /Gemeenten inventariseren de betrokken locaties in de regio Utrecht.
2. Per locatie wordt geïnterviewd welke zorgverleners (en wellicht ook andere dienstverleners) actief zijn en wie de contactpersoon is per zorgverlener. Contactpersonen onderhouden contact en vormen indien nodig het crisisteam voor de locatie.
3. Contactpersonen wijzen een regisseur aan (zorgverlener/zorgorganisatie) of gemeente/DPG draagt dat op aan één van de betrokken zorgverleners
4. GGD adviseert in infectiepreventie en isolatiemaatregelen inclusief beperking van toegang.
5. Verhuurders informeren in samenwerking met GGD bewoners en bezoekers over risico's en infectiepreventie.
6. Huisartsen zorgen voor één aanspreekpunt voor ketenpartners en hebben onderling contact over besmettingen en melden verdenking COVID-19 laagdrempelig bij GGD in bij deze kwetsbare locaties.
7. GGD regelt dat meldingen uit wooncomplexen gesignaleerd worden en duidelijk is dat er meerdere besmettingen op één locatie zijn.
8. Gemeenten dwingen zo nodig isolatiemaatregelen af en coördineren aanbod van welzijn (maaltijdvoorziening, boodschappendienst).

NB – Alles wat in deze notitie staat geldt in meer of mindere mate ook voor kwetsbare ouderen in de wijk, zeker in wijken waar bekend is dat er veel ouderen wonen. Ze wonen dan wel in eigen woningen, maar de saamhorigheid en het elkaar helpen kan tot dezelfde situaties leiden.