



Antwoorden op de meest gestelde vragen Landelijk Corona-Webinar Jeroen Bosch Ziekenhuis dinsdag 31 maart 2020

Inleiding

De vragen zijn onderverdeeld in inhoudelijke vragen en praktische vragen. De inhoudelijke vragen zijn ingedeeld in de volgende onderdelen:

- Medische vragen
- Verpleegkundige vragen
- Personeels-, opleidings- en scholingsvragen
- HIX/technologische vragen.

Inhoudelijke vragen

Medische vragen

Hoeveel procent zien jullie niet in het ziekenhuis met milde klachten?

We zien 80% niet in het ziekenhuis, 20% komt in het ziekenhuis.

Kan er in het ziekte beloop een sinuscurve ontstaan met verbetering en verslechtering?

Dat kan zeker en is zelfs kenmerkend. Zoals het zakkaartje ook beschrijft lijken de patiënten aanvankelijk slechts mild ziek, kunnen zelfs opknappen waarna het virus alsnog toeslaat op de longen. Ook vanuit de IC zijn er vergelijkbare ervaringen waarbij patiënt na aanvankelijk pulmonaal herstel, alsnog cardiaal slecht wordt en komt te overlijden.

Ik merk bij artsen dat er nog veel onduidelijkheid is over wel of niet vernevelen. Wat is jullie ervaring?

Wij vernevelen niet i.v.m. aerosol vorming: het wordt als te gevaarlijk beschouwd voor het personeel. Overigens lijkt het ziektebeeld ook nagenoeg geen bronchiale hyperactiviteit te geven, dus lijkt vernevelen ook niet zo zinvol. De patiënten die om andere redenen zoals astma of COPD normaal gesproken verneveling zouden moeten krijgen, geven we inhalatiemedicatie met voorzetskamer.

Wanneer en wie neemt het besluit dat een patiënt naar de IC gaat?

Dat is aan de beoordeling van de intensivist, waarbij we ernaar streven om vroegtijdig te overleggen als we klinische verslechtering zien aankomen. De patiënt wordt dan laagdrempelig alvast gezien.

Is er 24/7 een arts aanwezig op de corona afdeling? Of is een arts beschikbaar om op te roepen? Wat is het advies?

Er zijn op dit moment 100 coronabedden waar 24/7 een arts beschikbaar is (meerdere zelfs). De zorg wordt als erg intensief ervaren door diverse factoren: zieke patiënten, veel overlijdens, isolatiemaatregelen, functioneren in nieuwe teams, hoge turnover. Overdag is de bezetting 1:7

patiënten, in de avond 1:15, in de nacht 1 per unit. De arts mag wel van de isolatieafdeling af, maar kan in 5 minuten op de afdeling aanwezig zijn. Als er meerdere isolatieafdelingen zijn zou ik er zorg voor dragen dat er altijd een arts direct oproepbaar is, een arts die al vast staat in isolatie staat op een andere afdeling is dat per definitie niet.

Hebben jullie een medicatieadvies voor de situatie dat een oudere met palliatief beleid acuut hypoxisch respiatoir insufficiënt wordt. Onze ervaring is dat gebruikelijke doseringen morfine/midazolam niet voldoende zijn

Het merendeel van de patiënten komen we relatief makkelijk uit met normale en zelfs lage doseringen morfine en/of midazolam, de patiënten ervaren weinig klachten bij lage situaties. Echter incidenteel lukt dat niet. De snelheid van acteren bij acute verslechtering is wel belangrijk en het is nuttig om na te denken hoe dat logistiek te regelen.

Wat zijn jullie ervaringen qua herstel voor (kwetsbare) ouderen die 2-3 weken (of langer) onderweg zijn na de eerste ziektedag?

De komende weken gaan we hard aan de slag om de eerste patiënten die het doorstaan hebben te vervolgen. Voor nu hebben we daar nog geen zicht op.

Merk onrust bij onze ouderen in huisartspraktijk qua leeftijdsgrens, wij zien dat anders en kijken naar kwetsbaarheid, dat maakt het soms moeilijk om het gesprek aan te gaan, zijn er tips of adviezen?

Er is geen echte leeftijdsgrens gesteld, maar we weten natuurlijk dat ouderen gemiddeld gesproken minder fit zijn dan jongeren. IC opname door COVID vraagt langdurige beademing en dat is voor iedereen loodzwaar ook voor jongeren. Kan iemand dat aan lichamelijk gezien en is iemand bereid om maanden lang erna te revalideren? Stel een oudere zou van zijn leven niet in een VPH willen wonen en loopt nu met rollator en heeft milde geheugenproblemen, dan is dat kans dat iemand ooit nog zelfstandig kan wonen na corona IC ontzettend klein. Ik stel patiënten de vraag: stel dat het u het zou overleven en u woont in het verpleeghuis nadien, zegt u dan tegen mij dank u wel dokter dat ik nog leef, of zegt u dan, als ik dat geweten had, had ik het nooit gewild?

Veel patiënten antwoorden het tweede, dan kan je daarmee aansluiten bij de wensen van de patiënt door iemand niet dat aan te doen.

Verpleegkundige vragen

Hoe bereiden jullie verpleegkundige voor wat betreft het grillige beloop en de geboden palliatieve zorg. Verpleegkundigen van diverse afdelingen ingezet op de cohort afdelingen met niet allemaal veel ervaring op dit gebied?

Wij hebben per dagdienst 7 dagen per week de consultants van het palliatief advies team (PAT) ingezet op de verschillende corona afdelingen. Met name op de afdelingen waar een populatie patiënten is opgenomen waarvan wij het palliatieve traject hebben ingeschat. De aanwezigheid van de PAT consultants wordt zeer gewaardeerd op die afdelingen door de verpleegkundigen. Zij ervaren veel steun uit de coaching.

Ik ben als verpleegkundige in de GGZ werkzaam op een Cohort, voor patiënten met een psychiatrische beperking die tussen lichte en ernstige klachten in vallen en binnen de GGZ opgenomen moeten worden. Wat zijn belangrijke observatiepunten/ metingen voor de verpleegkundige waar op gelet moet worden, voor ze door gestuurd worden naar het ziekenhuis?

Wanneer zijn de klachten ontstaan? En wanneer evt. verergert? (observatie punten: Hoesten > droge hoest? Productieve hoest?, loopneus, koorts> hoe hoog gemeten?, Thoracale pijn, benauwdheid, hoofdpijn, spierpijn, buikpijn). Heeft betreffende cliënt contact gehad met een bewezen COVID-19 patiënt?

Hoe vaak doen jullie controles en hoe relevant is dit als het verloop zo grillig kan zijn?

Op de COVID-19 pagina tref je een document "achtergrond informatie voor verpleegkundigen" hierin vind je richtinggevend advies. Veelal zien we in de praktijk dat dit maatwerk is en dat op basis van de streefwaarden beleid wordt bijgesteld. Wij maken gebruik van elektrische bloeddrukmeters met saturatiemeters die gekoppeld zijn aan ons elektronisch patiëntendossier. Via die weg kan je mensen, indien gewenst, aan de automatische meting leggen.

Zijn of waren er ook patiënten die verslechterden, daarna in bepaalde mate opknapt en een stijgende lijn lieten zien in opknappen en toch weer verslechterden en opnieuw moesten worden opgenomen in zkhs danwel van afd retour naar IC?

Er zijn patiënten die heropgenomen worden in het ziekenhuis of retour IC geplaatst moeten worden. Onze indruk is dat deze groep niet groter is dan bij de reguliere ziekenhuiszorg.

Welke facilitaire ondersteuning is voor verpleegkundigen en artsen belangrijk om hun werk goed te kunnen doen?

Hiervoor verwijzen wij naar de presentatieslides m.b.t. Ondersteuning personeel van het Webinar. Deze slides zijn te vinden [via de link](#)

Wat is uw advies m.b.t. voeding? Wordt er laagdrempelig gestart met sondevoeding? Wordt dit door de patiënt verdragen naast O2 therapie via neusbriil en/of masker?

Alle patiënten die opgenomen worden en COVID-19 positief of verdacht zijn krijgen een energie+ eiwit+ dieet én starten met 3x daags fresubin proteien energie drinkvoeding. Ook wordt bij alle patiënten de verpleegkundige diagnose (risico op) voedingstekort geopend. Indien patiënt verminderde intake heeft en drinkvoeding niet volstaat, is overleg met de arts en diëtetiek of sondevoeding overwogen dient te worden. COVID-19 is geen contra indicatie voor sondevoeding. Bij het gebruik van zuurstofmaskers kan een gootje overwogen worden (preventief decubitus).

Hebben jullie nazorg voor nabestaanden ingericht/overwogen jullie dat? Hoe?

Voor alle patiënten die vanaf de corona afdeling met ontslag gaan wordt door de nazorg medewerker een informatie pakket verstrekt vanuit de GGD. Bij de opname inventariseren de verpleegkundige de 'sociale ontredde' bij de naasten/contactpersonen. Indien gewenst wordt er tijdens opname al medisch maatschappelijk werk ingezet om ook familie te begeleiden. Patiënten komen allemaal op de poli terug met een thoraxfoto vooraf. Als een patiënt overleden is op de corona afdeling wordt na het overlijden de 1e contactpersoon gebeld door MMW. Tevens volgt er desgewenst een nazorggesprek bij de behandelaar (arts) op de poli. De afdeling stuurt een condoleance kaart.

Ik heb naast het werken op de corona afdeling in de verstandelijk gehandicapten zorg ook te maken met bijkomende problematieken, gedragsproblemen, agressie en bijkomende ziekten die vragen om een constante alertheid, ook voor je eigen veiligheid. Hoe doen jullie dit?

Wij hanteren dat de veiligheid van eigen personeel als prioriteit 1. Ook in het ziekenhuis hebben wij te maken met emotionele patiënten en familie, al dan niet gepaard gaande met agressie. Wij zorgen dat we ruim voldoende personeel hebben, ook ondersteuners. Bij gedragsproblemen vragen wij vaak ook mantelzorg/familie te ondersteunen (regeling dat ze bij patiënt blijven).

Hoe kunnen naasten de patiënt in veiligheid ondersteunen buiten het ziekenhuis? Zij lopen dan toch ook een groot risico om besmet te worden?

Volg richtlijnen van het RIVM en vermijd contact met kwetsbare groepen of patiënten die positief getest zijn en nog geen 24 uur klachten vrij zijn (zie site RIVM).

Bij ons krijgen de IC verpleegkundigen nu regie over meer patiënten en over een team dat nieuw is. Hoe ondersteun je de regie voerende IC verpleegkundige in die pittige rol (verkort opleiden lijkt onmogelijk)?

Het is enorm wennen om als IC verpleegkundige ineens een nieuwe rol, takenpakket en werkzaamheden te krijgen. De één pakt het makkelijker op de ander. Het helpt als van tevoren duidelijk wordt uitgelegd van wie welke rol verwacht wordt, wie waar verantwoordelijk voor is en waar een ieders sterke kanten zitten. Bijvoorbeeld anesthesie, doet het stuk beademing. Ok assistenten al is het maar hand/spandiensten en opruimen afdeling en materialen halen. Het is leren en durven delegeren en dus helpende als leiding/coördinatoren de buddy's opvangen en instrueren, maar ook duidelijk maken aan IC verpleegkundigen wat zij mogen verwachten en kunnen vragen.

Hoe ga je om met de paniek en angst van de patiënt?

Patiënten uiten op verschillende manieren hun emoties en gevoelens (soms ook niet). Als verpleegkundigen hebben wij in ons verpleegkundig dossier de diagnose sociaal isolement en benauwdheid waarbij onder beide diagnose de zorgresultaten angst naar voren komen. Dit helpt ons om in de zorg voor COVID-19 patiënten die in isolatie verpleegd worden aandacht te houden hiervoor. Zorg op dit domein is eigenlijk niet anders dan bij de reguliere zorg. Wij bieden een warme hand, alleen nu met een handschoen er omheen.

Patiënten hebben vaak behoefte aan een 'gezicht'. Kunnen patiënten bij jullie bv via een iPad het gezicht zien van diegene die hem/haar die dag verpleegt?

De zorgverleners dragen op hun schort een foto. Op die manier is zichtbaar wie er die dag voor hen zorgt.

Wat is jullie exacte beleid qua bezoek bij een patiënt die stervende is? De huiskamer impliceert dat er een 'groep' mensen welkom is..? Wij hebben een maximum gesteld. Jullie ook?

Als er afgesproken is om te gaan waken, mag er dag en nacht familie bij de patiënt aanwezig zijn. Om verspreiding van het Coronavirus tegen te gaan, mogen er maximaal 2 personen waken, liefst steeds dezelfde 2 personen. Buiten de afdeling hebben wij een familie kamer ingericht centraal in het ziekenhuis. Hier kunnen naasten tot bezinning komen. Tevens kunnen ze hier maaltijden bestellen en gebruik maken van fruit en tussendoortjes.

- We vragen naasten dus het waken niet af te wisselen met andere familieleden, of dit in ieder geval zoveel mogelijk te beperken.
- Naasten mogen niet vrij rondlopen in het ziekenhuis of op andere afdelingen.
- Er is verder geen bezoek mogelijk.
- Wakende mogen gebruik maken van chirurgisch mondmasker op verzoek. Als naaste dit niet wilt hoeft op de kamer bij de patiënt geen mondmasker gedragen te worden. Is de wakende verkouden of hoest, dan vragen we wel een mondmasker te dragen als hij/zij de patiënt kamer verlaat.
- De wakende hoeft geen afstand te houden van de naaste tijdens het waken. We vragen wel om buiten de patiëntenkamer altijd minimaal 1,5 meter afstand te houden van anderen.

Hoe ziet de verpleegkundige zorg voor corona patiënten er 's nachts uit?

Niet anders dan zorg voor de reguliere patiënt in de nachtdienst. Het grillige aan dit ziektebeeld is dat we vaker zien dat patiënten verslechteren aan het eind van de nacht. Wij werken met extra personeel. 8 verpleegkundige op max. 32 patiënten.

Werken jullie ook met zorgassistenten?

In het JBZ worden zorgassistenten niet anders ingezet dan normaal. Afspraken wisselen per afdeling. Op de corona afdeling hebben we ook te maken met zorgassistenten die vanuit de afdeling van herkomst soms wel, en soms niet in directe patiëntenzorg mee werken. Primair zijn de zorgassistenten verantwoordelijk voor voeding. In sommige gevallen worden zij ingezet in de zorg.

Dit is afhankelijk van de achtergrond van de betreffende zorg assistent. Er is ook een groep medewerkers, van extern of oud verpleegkundigen, die de verpleegkundige zorg ondersteunen.

Hoe zijn de ervaringen met de inzet van poliverpleegkundigen en anderen in de zorg of als zorgondersteuner? Wat zijn de succesfactoren?

Wij hebben een matrix opgesteld met daarin 7 vaardigheden en 4 softskills die wat ons betreft benodigd zijn om ingezet te kunnen worden op de corona afdelingen. Verpleegkundigen die voldoen aan de inhoud van die matrix of waarvan verwacht wordt dat zij zich in de bootcamp en corona scenario training op maat kunnen ontwikkelen naar het gewenste niveau in de matrix worden via een centraal roosterbureau ingepland op de corona afdeling. We blijven continue bezig met de ontwikkeling van verpleegkundigen door hen te laten trainen in scenario training op de vaardigheden die nog onderontwikkeld zijn.

Hoe geven jullie het buddysysteem vorm? Gebruiken jullie een bepaald model?

Staat beschreven in de sheets. Wij zorgen op de COVID IC voor ongeveer 2 patiënten, daar staat soms een buddy bij. Dit is vaak iemand met IC ervaring (oud collega's, doorstroom naar andere functies in huis, pensionadas. Eerst inzet om in te werken, zij pikken alles snel op en kunnen dan sneller ingezet worden. Daarnaast collega's van hartbewaking, anesthesie, POS. Ook kwestie van proberen, matched een collega niet voldoende, dan wordt deze onderaan de lijst geplaatst en pas weer opgeroepen bij nood. Op de Recovery maken we paren van 3 (Recovery, anesthesie en IC). Belangrijk is goede taakverdeling, verdeling verantwoordelijkheid, waar ligt een ieders expertise). Erg zoeken in het begin, en tijd nodig om in te werken. op lange termijn zal dit zijn vruchten afwerpen. We proberen er naar de streven langere periode met dezelfde buddy's te werken, maar in praktijk zien we dat dat heel complex is, en kom je regelmatig uit op afspreken per dienst.

Op niet corona-afdelingen wordt ook zorg binnen 1,5 meter gegeven. Hoe wordt hier mee omgegaan?

Pauzes onderling verdeelt in kleinere groepen om afstand onderling te bewaren. Overlegvormen worden ingedikt en hierin wordt 1,5 meter afstand gehouden. In de zorg voor patiënten ontkom je er niet aan. Zorgverleners zijn extra alert op hand hygiëne. Aan de poort worden patiënten laagdrempelig getest op COVID-19 bij luchtwegklachten dus medewerkers dragen geen beschermende kleding zoals op COVID-19 afdelingen.

Welke dingen zijn er niet goed gegaan waar jullie van geleerd hebben?

Eén van de dingen wat wij in de verpleegkundige bootcamp anders hadden kunnen doen is een nog duidelijker beeld schetsen van wat de zorg exact inhoud. We hadden de mensen die zorg gaan verlenen hier beter op kunnen selecteren en nog beter trainen. Inmiddels hebben we door negatieve ervaring met onvoldoende ervaren of mentaal sterk personeel ingezet te hebben, de vaardigheden matrix ontwikkelt en gaat de roostering veel beter en training gericht worden.

Kun je als zorgverlener gemakkelijk wisselen van afdeling? De ene dag op de Covid afdeling, de volgende op de algemene afdeling?

We zien dat sommige mensen behoefte hebben om covid zorg met reguliere zorg af te wisselen. In de roosters houden we hier rekening mee. Mensen werken in blokjes, dus een aantal dagen COVID en een aantal dagen regulier.

Doen jullie op alle afdeling nu beschermende kleding aan, want je weet nooit of iemand Covid positief is, het voelt zo onzeker om "normale" zorg te verlenen in deze tijd. Er zijn ook mensen die geen moeite hebben continue in de Covid zorg te werken. Maatwerk.

In het JBZ wordt enkel op COVID-19 afdeling of COVID-19 verdachte afdelingen gewerkt in isolatiekleding (schort, muts, bril en mondkapje). Op andere afdelingen hanteren we de richtlijnen

van het RIVM 1,5 meter afstand. In de directe patiëntenzorg gebruiken medewerkers handschoenen en zorgen voor de naleving van de HIP richtlijnen zoals bekend.

Hoe kunnen we in de thuiszorg patiënten met Corona zo goed mogelijk monitoren?

Belangrijke observatie punten bij corona: Hoesten > droge hoest? Productieve hoest?, loopneus, koorts> hoe hoog gemeten?, Thoracale pijn, benauwdheid, hoofdpijn, spierpijn, buikpijn. Bij een saturatiedaling (onder 94% laagdrempelig arts raadplegen). Heeft betreffende cliënt contact gehad met een bewezen COVID-19 patiënt? Indien thuiszorg in beeld komt na een ziekenhuisopname i.v.m. een COVID-19 infectie is de conditie en spierkracht vaak enorm afgenomen. Ondersteun deze mensen bij hun dagindeling (dagprogramma?). Ook is de voedingsbehoefte verhoogd en dient er aandacht gehouden te worden voor een voldoende (eiwit) intake. Begeleiding bij mobiliseren is ook van belang. Verder gelden richtlijnen van RIVM in de thuissituatie.

Welke rol kan de VAR hebben in deze situatie?

De VAR (in dit ziekenhuis verpleegkundige staf VPS) is vertegenwoordigd in het Outbreak management Team. Daarnaast is de VPS voorzitter van het verpleegkundig inzet team en voorzitter van het verpleegkundig expertise team. Verder hebben bestuursleden of andere verpleegkundigen zitting in de andere werkgroepen die zijn opgesteld om de corona zorg zo goed mogelijk te organiseren. In het JBZ streven wij ernaar altijd de verpleegkundige professional vertegenwoordigd te hebben.

Hoe geven jullie buddiesysteem vorm? Gebruiken jullie een bepaald model?

De buddy koppels vormen we tussen of IC verpleegkundigen onderling, of IC verpleegkundige met anesthesie medewerkers, ambulance verpleegkundige, OK personeel, etc. Via deze link Kom je bij de uitgebreidere presentatie van het Webinar. Hierin is een nadere toelichting te vinden.

Hoe wordt de verpleegkundige zorg op de corona-afdelingen georganiseerd? Is er een dagstart, evaluatie, werkt men met buddy's?

Wij hebben het verpleegkundig proces altijd al heel strak in geregeld met dienststart, dienstevaluaties, etc. We hebben m.b.t. corona zorg het samenwerken in teams van buddy's straks ingeregeld.

Patiënten hebben vaak behoefte aan een 'gezicht'. Kunnen patiënten bij jullie bv via een iPad het gezicht zien van degene die hem/haar die dag verpleegt?

We hebben letterlijk een sticker van degene die voor ze zorgt op de schorten geplakt. Zo zien patiënten wie voor hen zorgt, en zie je als onbekende collega's wie je collega is.

Personeel, opleiden en scholing

Trainen jullie medewerkers die op afdelingen ingezet worden nu ook nog fysiek?

Onze training loopt dagelijks door in de praktijk. Trainingsopzet is beschikbaar via [deze link](#)

Hoe hebben jullie de aios en artsen opgeleid die nu op andere plekken ingezet worden?

We hebben een speciale bootcamp ontwikkeld voor artsen, alle documenten hiervoor zijn beschikbaar via [deze link](#).

Werken er ook studenten verpleegkunde op de corona afdelingen? En zo ja, op welke wijze krijgen zij begeleiding/ondersteuning in hun leerproces?

De studenten zijn in ons ziekenhuis niet (meer) ingezet op de corona afdelingen. In eerste instantie werkten de 3^e en 4^e jaars nog wel op die afdelingen. Maar i.v.m. de mentale belasting en

onvoldoende mogelijkheden om hen langdurig te ondersteunen, nadat zij van stageplek zouden gaan veranderen is besloten hen in de reguliere zorg en niet in de corona zorg in de plannen.

Hoe wordt reflectie georganiseerd op dit moment?

Er zijn door het verpleegkundig expertise team 7 vaardigheden en 4 soft skills vastgesteld, waaraan iemand op een corona afdeling zou moeten voldoen. Dagelijks wordt in buddy koppels gewerkt, waarbij voorafgaand aan de dienst en aansluitend aan de dienst gekeken wordt hoe iemand per vaardigheid of soft skills “in de wedstrijd staat”. Op maat wordt feedback gegeven. Er is een scenario trainingsruimte ingericht waar mensen vaardigheden kunnen trainen aan de hand van nagespeelde scenario’s of mentale support krijgen via peers en psychologische begeleiding die voor het team georganiseerd is per dienst. Voor artsen zit in alle overdrachten een psycholoog erbij om samen te praten over hoe het gaat en/of om individuele vraagstukken op te pakken als daar behoefte aan is.

In hoeverre wordt het 'eigen personeel' op de juiste plaatsen duurzaam ingezet in vergelijking met extern personeel?

In principe worden interne verpleegkundigen die beschikbaar zijn altijd eerst ingezet. Dit lukt niet altijd. Soms zijn internen verpleegkundigen nog niet beschikbaar gesteld in het rooster en externen wel. In de eerste dagen, met het opstarten van het centraal roosterbureau, moesten de processen nog geoptimaliseerd worden.

Hoe ziet de psychologische ondersteuning die op de afdeling voor zorgmedewerkers aanwezig is er precies uit?

Dagelijks zijn op de afdelingen ondersteunende teams aanwezig die psychologische ondersteuning bieden. Exacte uitleg vind je morgen via [deze link](#)

Wat is de besmettingsgraad onder verpleegkundigen die deze zorg verlenen?

Dit is niet bekend. 3 weken geleden zijn we gestopt met testen. Toen was het 10% van de 100 geteste medewerkers.

Werken jullie veel met flexzorgwerkers ('ex-zorgmedewerkers') van buiten het ziekenhuis in de teams? Is dat een uitdaging?

Momenteel zijn ongeveer 50 extra flexmedewerkers ingezet, waarvan ook een deel 5e en 6e jaars coassistenten. Daarnaast zijn er verschuivingen binnen het ziekenhuis waardoor teams in een nieuwe samenstelling werken met zowel interne als externe medewerkers. Soms is dat even zoeken, je kijkt wat iemand kan en op welke plek hij ingezet kan worden. Daarbij wil je voorkomen dat iemand zich niet senang voelt, zich echt bekwaam voelt.

Waar kan ik me als vrijwilliger aanmelden?

Momenteel hebben we geen vrijwilligers nodig en kunnen we de werkzaamheden opvangen met het eigen personeel. Wel kunnen artsen en verpleegkundigen met een BIG zich nog steeds aanmelden.

Maken jullie voor training verpleegkundigen en anderen gebruik van bv instrumenten van erasmus mc opleidingscentrum, of ontwikkel je alles zelf?

Wij hebben in een weekend alles zelf ontwikkeld en ter beschikking gesteld. Ongeveer twee weken daarna zijn andere ziekenhuizen in die fase gekomen en daar zijn vele mooie dingen ontwikkeld. Het zou best kunnen dat we daar op een gegeven moment iets uitgepikt hebben maar in de basis hebben we getraind met onze materialen.

Ik ben ook wel benieuwd naar de voorbereiding van het zorgpersoneel

Daar wordt op dit moment aan gewerkt. We bieden ze een maatwerk bootcamp aan en regelen dat ze via een buddy systeem op de afdeling gaan werken. Dus voor ze naar de afdeling gaan en tijdens.

Trainen jullie medewerkers die op afdelingen ingezet worden nu ook nog fysiek?

Als hier face-to-face wordt bedoeld dan ja.

Wat had je nu achteraf willen toevoegen aan de georganiseerde bootcamps?

We hebben in het moment kunnen fijnslijpen dus achteraf toevoegen was niet aan de orde.

Werken er ook studenten verpleegkunde op de corona afdelingen? En zo ja, op welke wijze krijgen zij begeleiding/ondersteuning in hun leerproces?

Ja, in verschillende fasen hebben we maatwerk geleverd als het om studenten verpleegkunde. \

Welke capaciteitstools hebben jullie gebruikt?

Voor de matching van personeel (artsen) hebben we een team die iedereen in beeld heeft, weet wat ze kunnen en zo de matching doet.

Waar kan ik de tools voor berekening benodigde capaciteit terug vinden?

Op de site van het JBZ en de site van de FMS.

Hoe wordt reflectie georganiseerd op dit moment?

Er is een mental support team dat meekijkt, mensen kunnen hen bellen of na de dienst hun verhaal kwijt.

HIX/technologie

Gebruiken jullie beeldconsulten via HiX?

Wij gebruiken beeldconsulten met de oplossing Webcamconsult. Deze is gekoppeld aan HIX. Dus in HIX wordt de afspraak voor een beeldconsult gemaakt en met Webcamconsult wordt deze uitgevoerd.

Is het activiteitenblad te gebruiken in HiX in de standaard content?

Het activiteiten sjabloon corona hebben wij opgesteld specifiek voor in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. In de landelijke gebruikersgroep werd geopperd dat dit misschien landelijk beschikbaar gesteld zou moeten worden. Dit hebben wij met Chipsoft besproken en is voor nu nog niet geaccordeerd door hen (reden: er werken weinig ziekenhuizen met Nanda Noc Nic, zij vragen zich af of dat van meerwaarde is?)

Zetten jullie extra technologie in?

We proberen door het gebruik van iPads zoveel mogelijk contact mogelijk te maken tussen mensen binnen de isolatiesluis en erbuiten (personeel) en voor patiënt en familie. Daarnaast kan indien gewenst familie meebellen op de speaker tijdens artsensite.

Praktische vragen

Kunnen collega's die zich niet hebben aangemeld het Webinar alsnog zien?

Ja, dat kan via [deze link naar het Webinar](#). Je kunt deze link ook doorsturen!

Zijn deze sheets na het Webinar ook nog in te zien?

De sheets met een nadere toelichting zijn terug te vinden via de [deze link](#)

Hoe kan je het zakboekje downloaden?

Het zakboekje is te downloaden via [deze link](#).

Willen jullie het activiteiten blad ook delen?

Het sjabloon in het activiteitenplan is terug te vinden op lportal COVID-19 pagina ([deze link](#)) in het document verpleegkundige achtergrond informatie.