

Borgen minimale medische zorg in verpleeghuizen en kleinschalig woonvormen tijdens (aanloop naar) fase 3/code zwart

Inleiding

Tijdens een epidemie of pandemie van een infectieziekte kan door een grote toename van patiënten en/of een hoog ziekteverzuim onder (zorg)medewerkers de situatie ontstaan dat de beschikbare capaciteit niet langer toereikend is om in de gehele zorgketen de continuïteit van zorg te borgen. Dit kan zowel regionaal als landelijk aan de orde zijn. Dit kan leiden tot een situatie waarin de zorgverlening tot een absoluut minimum moet worden beperkt. De minister kan dan fase 3/code zwart uitroepen. Fase 3/code zwart zal ook consequenties hebben voor de medisch zorgverlening.

Tijdens (de aanloop naar) fase3/code zwart is er enerzijds een (steeds grotere) toeloop van patiënten te verwachten vanuit de ziekenhuizen en/of de 1^e lijn. Dat zullen naar verwachting veel patiënten zijn met de betreffende infectieziekte maar ook de opnames van patiënten om andere redenen moeten, waar nodig, doorgang kunnen vinden. Anderzijds zal door ziekte van specialisten ouderengeneeskunde (in opleiding), basisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants de werkdruk toenemen doordat er per behandelaar aan meer patiënten medische zorg verleend moet worden. Voor het ingaan van fase 3/code zwart zal zich de situatie voordoen van (het steeds verder) afschalen van zorg totdat het in fase 3/code zwart alleen nog mogelijk is om minimale kwaliteit van medische zorg aan zoveel mogelijk patiënten te kunnen leveren. Dit document richt zich op de situatie van fase 3/code zwart en de directe aanloop daarnaartoe.

Definitie minimale medische zorg

- Minimale medische zorg is het minimaal leveren van urgente en acute medische behandeling, evenals behandeling waarbij het achterwege laten van medische behandeling (mogelijk) irreversibele en/of grote consequenties heeft voor de gezondheid.

Uitgangspunten bij minimale medische zorg

- Bij de afweging van minimale medische zorg zijn de landelijke richtlijnen/adviezen van [Verenso](#), het [LCI](#) en/of het [Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie \(SRI\)](#)¹ het uitgangspunt.
- De specialist ouderengeneeskunde kan, in situaties waar dat in normale tijden niet/minder opportuun is en binnen de kaders van het bieden van minimale medische zorg, taken als regievoerend behandelaar intern tijdelijk overdragen aan een basisarts of aan een verpleegkundig specialist of physician assistant². Bij mogelijkheid tot inbreng van externe medische capaciteit kan de medische zorg tijdelijk worden overgedragen aan een arts met ouderengeneeskundige kennis, zoals een arts voor verstandelijk gehandicapten, kaderhuisarts ouderengeneeskunde of klinisch geriater. De uitvoering van medische zorg kan worden overgenomen door externe (basis)artsen onder supervisie van de (tijdelijke) regievoerend behandelaar. Bij de overdracht van taken van de specialist ouderengeneeskunde naar andere behandelaren wordt rekening gehouden met de deskundigheid van de behandelaar en de complexiteit van de medische zorgvraag.
- Voorwaarde voor uitvoering van/regievoering over de medische zorg door externe artsen is dat er toegang is tot het elektronisch behandeldossier.

Voorwaarden bij minimale medische zorg

- Er is voldoende personele capaciteit in het medische domein voor het verlenen van minimale medische zorg. Hierbij wordt rekening gehouden met de balans in de aanwezige deskundigheid van regievoerende behandelaren en de complexiteit van de medische zorgvraag.
- Er zijn voldoende diagnostische, therapeutische en beschermende middelen en voorzieningen om de minimale medische zorg te kunnen borgen.

¹ Voortzetting van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP).

² Zie de handreiking 'Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg Specialist ouderengeneeskunde, Verpleegkundig specialist – Physician assistant' (Verenso/V&VN/NAPA, 2022).

Code zwart/fase 3

Tijdens de (aanloop naar) fase 3/code zwart spelen de volgende zaken ten aanzien van het medisch beleid:

1. Het (steeds verder) afschalen van de medische zorg bij opgenomen patiënten, zo nodig tot minimale medische zorg om zoveel mogelijk patiënten medische zorg te kunnen verlenen.
2. Toename van opnames uit zowel ziekenhuis als vanuit de 1^e lijn.
3. Het (regionaal) concentreren van met name patiënten met de betreffende infectieziekte in de besmettelijke fase.
4. Triëren van patiënten met aandacht voor:
 - o Opname van patiënten waarvoor de minimale (medische) zorg kan worden geborgd.
 - o Opname van die patiënten die de (medische/VVT) zorg het meeste nodig hebben.

1 Afschalen van medische zorg bij opgenomen patiënten

Om zoveel mogelijk patiënten de benodigde (medische) zorg te kunnen geven tijdens (de aanloop naar) fase 3/code zwart moet de (medische) zorg voor alle patiënten worden afgeschaald waarbij de minimale (medische) zorg voor iedere patiënt is geborgd. Het gaat bij het afschalen van medische zorg om zaken als:

- Het, in overleg met collega-behandelaren, de zorg en de patiënt/wettelijk vertegenwoordiger, leveren van alleen de noodzakelijke/minimale (paramedische) behandeling/zorg. Bepaal, in overleg met collega-behandelaren, hoe lang het verantwoord is om de (para)medische behandeling te stoppen of te minderen in relatie tot het leveren van minimale medische zorg.
- Bepaal, in overleg met collega-behandelaren, of de behandeling gegeven kan worden door een andere (hulp)verlener of mantelzorger die bij de patiënt komt (bijvoorbeeld mobiliteit oefenen, hulp bij logopedische oefeningen).
- Gebruik mogelijkheden om de reguliere zorg efficiënter te maken, bijvoorbeeld door zorg op afstand door bijvoorbeeld beeldbellen.
- Stop niet-noodzakelijke patiëntenzorg zoals MDO's, medicatiereviews, vaste visiterondes, tenzij dit voor een individuele patiënt valt onder noodzakelijke basiszorg/urgente zorg.
- Stop de niet voor de directe patiëntenzorg bedoelde kwaliteitsbevorderende activiteiten (bijv. FTO, project/kwaliteitscommissies, refereren, intervisie).
- Werk met wisseldiensten om uitval door ziekte van artsen en behandelaren zoveel mogelijk te voorkomen.

2 Toename van opnames

Er zal een toename zijn van het aanbod van patiënten vanuit ziekenhuis zijn door bijvoorbeeld versneld ontslag en via de Spoed Eisende Hulp (SEH). Dat zullen overwegend patiënten zijn met de betreffende infectieziekte in verschillende fases van de ziekte. Ook vanuit de 1^e lijn zal een toenemend aanbod zijn omdat patiënten niet in de ziekenhuizen terecht kunnen. Naar verwachting onderscheiden zich vier groepen patiënten in het aanbod:

- A. Patiënten met de betreffende infectieziekte in de acute besmettelijke fase (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie) wegens versneld ontslag uit respectievelijk onvoldoende plek in het ziekenhuis.
- B. Patiënten met de betreffende infectieziekte (al dan niet in de besmettelijke fase) in de revalidatie/herstelfase (GRZ/ELV)
- C. Patiënten met de betreffende infectieziekte (al dan niet in de besmettelijke fase) in de palliatieve fase
- D. Overige patiënten die niet de betreffende infectieziekte hebben (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie)

Uitgangspunten bij opname:

- Er is sprake van urgente (medische) zorg die in het verpleeghuis geboden kan worden, te bepalen in samenspraak met de betrokken zorgprofessionals in de regio.
- Triage vindt plaats voor opname. De verantwoordelijk (huis)arts/medisch specialist overlegt vooraf over de status van de triagecriteria met de specialist ouderengeneeskunde (zie punt 4).
- Gegevens met betrekking tot medische proactieve zorgplanning zijn bekend en beschikbaar (minimaal wel/niet reanimeren, wel/niet ziekenhuisopname, wel/niet IC). Maak regionaal afspraken hoe/waar deze zijn te vinden.

A. Patiënten met de betreffende infectieziekte in de acute besmettelijke fase

- Patiënten in de besmettelijke fase: creëer één of meerdere centrale plekken in de regio voor de opvang van patiënten met de betreffende infectieziekte. Daarmee centreer je personeel,

materieel en kennis/ervaring (mogelijk/waarschijnlijk patiënten met een intensievere/complexere hulpvraag).

- Voorwaarden voor opname:
 - De (medische) zorg aan de patiënt met de betreffende infectieziekte kan alleen worden geborgd op basis van (voldoende) beschikbaarheid van benodigde diagnostische, therapeutische en beschermende middelen.
 - Indien vanuit thuissituatie: beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie is ontoereikend.

- B. Patiënten met (besmettelijke) infectieziekte in de herstel/revalidatiefase**
- Voorwaarde voor opname:
 - Er is sprake van urgentie: beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie is ontoereikend
- Opname op GRZ of ELV
 - Niet besmettelijk → naar GRZ (revalidatie) of ELV (herstel)
 - Besmettelijk → in principe eerst naar (regionaal) infectieziekte cohort (zie punt 3)

- C. Patiënten met (besmettelijke) infectieziekte in de palliatieve fase**
- Voorwaarden:
 - Op basis van triage in ziekenhuis/thuissituatie: besluit tot palliatieve zorg is besproken met de familie en bij voorkeur vastgelegd.
 - Gegevens met betrekking tot proactieve zorgplanning zijn beschikbaar (minimaal wel/niet reanimeren, wel/niet IC, wel/niet ziekenhuisopname). Maak regionaal afspraken hoe/waar deze zijn in te zien.
- Opname:
 - Opname indien beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie ontoereikend is.
 - Besmettelijk → in principe eerst naar (regionale) infectieziekte cohort (zie punt 3)

- D. Overige patiënten (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie)**
- Voorwaarde:
 - Er is sprake van urgentie: beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie is ontoereikend
 - Bij opname vanuit thuissituatie/SEH: eerst beoordeling aanwezigheid infectieziekte (middels uitslag diagnostische test, casusdefinitie of andere diagnostische criteria).
 - ✓ Indien opname nodig voordat uitslag bekend is: neem maatregelen conform landelijk Opnamebeleid rondom de betreffende infectieziekte zoals geformuleerd door [Verenso](#)
 - Bij opname via SEH: minimale diagnostiek is, indien van toepassing, uitgevoerd (zoals diagnostiek betreffende infectieziekte, bloedonderzoek, röntgenonderzoek).
- In geval patiënt (mogelijk) onbeschermd contact heeft gehad: handel conform landelijk beleid.

3 (regionaal) Concentreren van patiëntgroepen

- Concentreer (regionaal) patiëntengroepen, bijvoorbeeld patiënten met de besmettelijke infectieziekte en/of in quarantaine.

4 Triëren

- Triage (het bepalen van de medische urgentie voor opname in het verpleeghuis) vindt plaats voor opname. Overleg voor opname met de verantwoordelijk (huis)arts/medisch specialist; trieer zo nodig (nogmaals) direct na opname.
- Triagecriteria/wegingskader:
 - Patiënt op de juiste plek:
 - (verdenking) Betreffende infectieziekte?
 - ✓ Betreffende infectieziekte: wel/niet besmettelijk?
 - ✓ Verdenking betreffende infectieziekte : in principe wachten op testuitslag (indien beschikbaar), anders behandelen als besmettelijk.
 - Hoog/laag risico op betreffende infectieziekte?
 - Betreffende infectieziekte, bijvoorbeeld:
 - ✓ Stadium/behandelbeleid
 - ✓ Medicamenteuze behandeling? Mogelijk in verpleeghuis?
 - ✓ Medisch/verpleegtechnische behandeling nodig? Welke? Mogelijk in verpleeghuis?
 - De minimale kwaliteit van (medische) zorg kan worden geborgd door specialist ouderengeneeskunde en V&V.

- Urgente (medische) situatie die opname vereist in het verpleeghuis.
- Creëer triage bedden voor patiënten zonder de betreffende infectieziekte: de verwachting is dat behandelbeleid voor een deel van de patiënten na opname vastgesteld zal moeten worden.