

Afwegingskader voor
Fase 3: code zwart

in de verpleeghuiszorg,
kleinschalige woonvoorzieningen,
wijkverpleging, kortdurende zorg, begeleiding
en hulp bij het huishouden

Inhoud

Inleiding	3
1. Context en reikwijdte	5
2. Voorafgaand aan Fase 3: code zwart	6
3. Fase 3: code zwart	12
4. Na Fase 3: code zwart	17
Bijlagen	
1. Implicaties van fases voorafgaand aan Fase 3: code zwart	19
2. Vragenlijst: afstemmen inzet mantelzorgers bij zorgcrisis	23
3. Borgen minimale medische zorg	25
4. a. Handvat afwegingskader fase 3: Verpleeghuis (V&VN)	31
b. Handvat afwegingskader fase 3: Wijkverpleging (V&VN)	44
5. Organisatie en wettelijk kader	57
6. De rol van de cliëntenraad (LOC)	62

Inleiding

In de verpleeghuiszorg, kleinschalige woonvoorzieningen, wijkverpleging, kortdurende zorg, begeleiding en hulp bij het huishouden (samengevat VVT-sector) ontvangen meer dan 400.000 mensen dagelijks zorg. Het gaat veelal om langdurige en plaatsgebonden zorg die niet stopgezet kan worden. De zorg voor deze mensen kan door infectieziekten onder druk staan. In dat geval zijn organisaties gedwongen om de zorg (tijdelijk) af te schalen. Dit betekent dat mensen minder zorg hebben ontvangen dan we conform de landelijk geldende richtlijnen en kwaliteitskaders graag zouden willen en moeten bieden. Op deze situatie dient de sector voorbereid te zijn.

Het is voor zorgorganisaties en de sector als geheel van belang om ons voor te bereiden op een situatie waarin de zorgverlening tot een absoluut minimum moet worden beperkt; er wordt dan gesproken van Fase 3: code zwart. Fase 3: code zwart houdt in dat er door een grote toename van cliënten en/of een hoog ziekteverzuim onder (zorg)medewerkers de beschikbare capaciteit niet langer toereikend is om in de gehele zorgketen de continuïteit van zorg en ondersteuning te borgen. In dat geval is het van belang om afspraken te hebben over het verlenen van minimale zorg.

In Fase 3: code zwart wordt afgeschaald tot minimale zorg. Het doel van dit afwegingskader is om zorgorganisaties en (zorg)medewerkers te faciliteren in het maken van afspraken over hoe te handelen in geval er sprake is van keuzes en afwegingen omtrent de zorgverlening wanneer 'Fase 3: code zwart' wordt afgegeven. Dit kan - ondanks de enorme inspanningen van (zorg)medewerkers en zorgorganisaties om Fase 3: code zwart af te wenden - realiteit worden.

Totstandkoming en status van het afwegingskader

Het 'Afwegingskader Fase 3: code zwart' voor de verpleeghuiszorg, kleinschalige woonvoorzieningen, wijkverpleging, kortdurende zorg, begeleiding en hulp bij het huishouden (VVT) is opgesteld door ActiZ, V&VN, Verenso en Zorgthuis.nl. NIP, PFN, Alzheimer Nederland, LOC Waardevolle zorg en Mantelzorg.nl. Deze handreiking vormt samen met de handreiking Bezoek en Sociaal contact en de Stip op de horizon Covid-19 voor zowel de langdurige zorg als zorg thuis een basis voor de afwegingen rondom uitbraken van virussen en ziekteverwekkende micro-organismen. De handreikingen worden periodiek geactualiseerd.

De ontwikkeling van het afwegingskader heeft plaatsgevonden in samenspraak met Patiëntenfederatie Nederland, LOC Waardevolle zorg en MantelzorgNL. Het kader is in de randvoorwaardelijke sfeer voorgelegd aan het ministerie van VWS, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en GGD GHOR Nederland.

Het afwegingskader is in eerste instantie geschreven voor een dreiging van Fase 3:code zwart als gevolg van de (snellere) verspreiding van het coronavirus. De betrokken partijen hebben het kader aangepast zodat het in de toekomst kan worden gebruikt voor andere (dreigende) epidemische of pandemische situaties.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de context en de reikwijdte van dit kader beschreven. Hoofdstuk 2 beschrijft de periode van voorbereiding, voorafgaand aan Fase 3: code zwart. Hoofdstuk 3 betreft de situatie waarbij Fase 3: code zwart is vastgesteld. In hoofdstuk 4 wordt beschreven wat de aandachtpunten zijn in periode na Fase 3: code zwart.

1. Context en reikwijdte

Context

In veel regio's zijn tijdens de covid-pandemie afspraken gemaakt hoe de zorg verleend wordt in geval de continuïteit onder druk staat. Veelal is daarbij is ook een afwegingskader gemaakt indien Fase 3: code zwart wordt vastgesteld. Het is van belang om deze afwegingskaders toekomstbestendig te maken, ter voorbereiding op een toekomstige pandemische situatie. Dit landelijke afwegingskader voor de VVT is nadrukkelijk niet bedoeld om regionale afspraken en plannen te vervangen maar dient als toetssteen en handvat voor hetgeen in de regio overeen is gekomen. In het geval er in een regio nog geen plannen liggen om de overeengekomen afspraken robuust te maken, kan dit afwegingskader gezien worden als een document dat richting geeft aan het handelen in de regio.

Reikwijdte

De reikwijdte van dit afwegingskader betreft de gehele VVT-sector. Daaronder wordt verstaan de verpleeghuiszorg, kleinschalige woonvormen, kortdurende zorgvormen (waaronder eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg), wijkverpleging, dagbesteding, dagbehandeling, begeleiding en hulp bij het huishouden.

2. Voorafgaand aan Fase 3: code zwart

Periode van voorbereiding

De situatie in de zorg verandert niet van de ene op de andere dag. Het vaststellen van Fase 3: code zwart wordt voorafgegaan door een periode van dreiging, toenemende afschaling, beperking van de zorgverlening en vermindering in kwaliteit van zorg, regionaal dan wel landelijk. Een goede voorbereiding is cruciaal om in Fase 3: code zwart adequaat te kunnen handelen. Elke regio maakt een plan om de zorg af te schalen en de onderlinge ondersteuning op te schalen wanneer de zorgcontinuïteit bij één of meerdere zorgorganisaties in een regio niet meer gewaarborgd kan worden.

Wanneer de zorgcontinuïteit onder druk staat is het onvermijdelijk dat er moeilijke en pijnlijke keuzes gemaakt worden. De zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen kan niet worden gestopt, maar kan (in overleg) wel worden afgeschaald. Van zorgorganisaties mag worden verwacht dat wanneer de zorgcontinuïteit onder druk staat, zij er alles aan doen Fase 3: code zwart af te wenden. In samenspraak, met de cliëntenraad, OR /PVT, VAR/ PAR, regiebehandelaren en het crisisteam, wordt bezien hoe de zorg zo goed en zo lang mogelijk toegankelijk en (enigszins) op peil gehouden kan worden voor zoveel mogelijk mensen.

Indien de zorgcontinuïteit in een regio of in de keten – ondanks alle inspanningen – niet langer gewaarborgd kan worden en er geen ondersteuning uit omliggende regio's mogelijk is, kan de minister van VWS, in samenspraak met Directeuren Publieke Gezondheid en verschillende ROAZ, besluiten tot de vaststelling van Fase 3: code zwart. Het afkondigen van Fase 3: code zwart is een besluit van de minister van VWS dat geldt voor het hele land.

Ter voorbereiding op Fase 3: code zwart dienen zorgorganisaties een plan te maken hoe er in geval van Fase 3: code zwart wordt gehandeld. Dit plan is afgestemd met de relevante partijen binnen de zorgorganisaties (cliëntenraad, OR /PVT, VAR/PAR, regiebehandelaren en crisisteam), in de regio (regionaal VVT-overleg en DPG) en in de keten (via ROAZ). Ieder plan moet voor wat betreft de medische aandachtspunten door een specialist ouderengeneeskunde worden getoetst aan **bijlage 3** Borgen minimale medische zorg in verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen tijdens (aanloop naar) fase 3: code zwart. Indien het kleine zorgorganisatie in de thuiszorg/wijkverpleging betreft waarbij het minder vanzelf-

sprekend is om af te stemmen met bovengenoemde partijen, dan is het raadzaam om tijdig in contact te treden met de regio, lokale GGD, ROAZ en betrokken huisartsen mee te laten toetsen.

In het plan wordt omschreven welke afwegingen worden gemaakt in Fase 3: code zwart. In het plan is in ieder geval aandacht voor:

1. Opnamebeleid en in-, uit- en doorstroom

Er dienen regionaal tussen VVT-organisaties afspraken gemaakt te worden over de in-, door- en uitstroom van cliënten. Daarbij dient aandacht te zijn voor de zorg rondom de infectieziekte als de reguliere zorg. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van **bijlage 3** door de regiebehandelaren en **bijlage 4** (verpleeghuis en wijkverpleging) door helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen. Er dient regionaal inzage te zijn in het aantal beschikbare bedden en de beschikbare personele capaciteit, van dit laatste zowel intramuraal als in de zorg thuis. Het is van belang om afspraken over de in-, door- en uitstroom van cliënten in gezamenlijkheid met huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties en revalidatiecentra te maken. Regionaal moet gekomen worden tot leidende principes, vervolgens wordt de keten en dus de in-, door- en uitstroom daar verder op ingericht. Zorgorganisaties maken afspraken met de GGD GHOR over welke informatie en data zij nodig hebben om de zorgcontinuïteit te kunnen monitoren.

2. Inzet van medewerkers en voorbereiding keuzes

Er zit een grens aan ieders kunnen, zowel fysiek als mentaal. Het is noodzakelijk dat de continuïteit van de inzet van medewerkers een hoge prioriteit heeft. Daarom is het van belang om voortdurend te kijken naar een zorgvuldige inzet van de beschikbare (zorg) medewerkers. Ook wordt afgesproken welke keuzes worden gemaakt rondom de inzet van vrijwilligers, mantelzorgers, behandelaren, stafmedewerkers en ondersteuning uit andere sectoren om de minimale zorg te kunnen blijven leveren. Het is van belang deze keuzes in de voorbereiding te maken in afstemming met (zorg)medewerkers, cliënten, vrijwilligers, mantelzorgers en cliëntenraden. Hiertoe is een gespreksleidraad opgesteld (zie **bijlage 2**).

3. Besluitvorming

In de voorbereiding op Fase 3: code zwart worden alle partijen binnen de zorgorganisatie (cliëntenraad, OR, VAR/PAR, regiebehandelaren en crisisteam), in de regio (regionaal VVT-overleg en DPG) en in de keten (via ROAZ) betrokken. Er wordt afgesproken wat de rol is van de partijen binnen de zorgorganisatie (cliëntenraad, OR, VAR/PAR, regiebehandelaren en crisisteam) gedurende Fase 3: code zwart. Ook wordt afgesproken wat de rol is van de organisatie bij de regionale besluitvorming en wordt inzichtelijk gemaakt hoe regionaal de verantwoordelijkheden zijn belegd. Zorgorganisaties informeren het zorgkantoor en de

zorgverzekeraar (via het ROAZ) en eventueel de gemeente over de aanpassingen die zij doen in hun zorgverlening op het moment dat Fase 3: code zwart wordt vastgesteld. Zij geven aan wat de gevolgen zijn voor de zorgcontinuïteit en de zorgplicht van de verzekeraars.

4. Betrekken van werkgroep communicatie

Ten tijde van Fase 3: code zwart is communicatie met betrokkenen van groot belang. Hoe deze communicatie plaatsvindt moet vooraf worden besproken. De aanpak en het verloop van de COVID-19 pandemie is soms onvoorspelbaar maar in geval van Fase 3: code zwart wordt dit regionaal of landelijk vastgesteld. De landelijke en/of regionale communicatie moet zo snel mogelijk opgevolgd worden door communicatie aan direct betrokkenen. Wat betekent het voor hun specifieke situatie? Het is belangrijk dat cliënten, naasten, vrijwilligers en (zorg)medewerkers begrijpen waar ze aan toe zijn. Wat kan wel, wat kan niet en onder welke omstandigheden. Hiervoor is duidelijke en begrijpelijke informatie nodig. In het bijzonder voor mensen met lage taal- en/of gezondheidsvaardigheden. Het moet voor cliënten, naasten, vrijwilligers en (zorg)medewerkers duidelijk zijn waar zij (toegankelijk) informatie en eventueel contactgegevens kunnen vinden.

1. Zorgcontinuïteit in de VVT-sector niet gewaarborgd

Indien de zorgcontinuïteit bij een of meerdere organisatie(s) in de VVT-sector niet gewaarborgd kan worden en zij daartoe alles gedaan hebben wat in hun vermogen ligt om dit te voorkomen melden zij zich bij de DPG. De DPG is verantwoordelijk voor de zorgcontinuïteit in de regio. In de regio zal de DPG, samen met de betrokken organisaties in de VVT, afspraken maken welke maatregelen genomen moeten worden om de continuïteit van zorg alsnog te borgen.

Elke zorgorganisatie dient aangesloten te zijn bij een regionaal VVT-overleg. Indien een organisatie die aansluiting niet heeft, kan de betreffende organisatie zich melden bij de GGD. Zorgorganisaties maken samen met de GGD en in het ROAZ afspraken over hoe zorgorganisaties (groot, klein en ZZP'ers) betrokken zijn bij de regionale afspraken.

Wanneer de DPG in samenspraak met de VVT-organisaties er niet in slaagt de maatregelen te nemen die nodig zijn voor de continuïteit van zorg, dan wordt ondersteuning gevraagd aan (1) andere sectoren in de regio of (2) VVT-organisaties in aangrenzende regio's.

Wat als de zorgcontinuïteit bij één zorgorganisatie (VVT) niet gewaarborgd kan worden.

Er zijn drie redenen waardoor zorgcontinuïteit bij een zorgorganisatie niet gewaarborgd kan worden.

1. Het niet kunnen waarborgen van de kwaliteit (en veiligheid) van zorg door een tijdelijk tekort aan (zorg)medewerkers (vanwege (ziekte)verzuim);
2. Een (plotselinge) grote instroom van cliënten door capaciteitsproblemen in andere sectoren;
3. Een toenemende complexiteit van de zorgvraag.

De volgende mogelijke maatregelen kunnen besproken worden binnen zorgorganisaties:

- Alleen in zorg nemen van urgente cliënten, als er grote vraagstukken met betrekking tot de zorgcontinuïteit in de keten zijn, dient een opnamestop heroverwogen te worden, rekening houdend met de druk die dat legt op de rest van de keten;
- Versneld ontslag van cliënten GRZ/ELV;
- Het tijdelijk afschalen van zorg;
- In de wijkverpleging is het eventueel mogelijk om routes samen te voegen, routes langer te maken en het instellen wijkteams;
- Daarnaast is het mogelijk om ook voor cliënten uit de wijk locaties in te regelen waar wijkverpleging geleverd wordt (noodlocaties);
- Het efficiënt organiseren van de intramurale zorg door per kamer meerdere bedden te plaatsen;
- Bedden plaatsen in ruimtes die normaal gesproken voor een andere functie gebruikt worden;
- Stopzetten van dagopvang/dagbehandeling;
- Inzet van andere(n):
 - Inzet van familieleden, vrijwilligers, medewerkers uit andere sectoren zoals horeca, gemeenten, etc. voor ondersteuning bij zorgtaken;
 - Inzet van medewerkers van zorgorganisatie (ondersteunende diensten) voor ondersteuning bij zorgtaken;
 - Intern reservistenplan (plan van flexibele schil (zorg)medewerkers) om de schaarste te verdelen over alle locaties;
- Specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialist (intramuraal) en wijkverpleging samen met de huisarts (extramuraal) richten zich op triage en urgente medische zorg;
- Maaltijdvoorziening extern organiseren.

Indien het ondanks de genomen maatregelen niet mogelijk is om de zorgcontinuïteit te waarborgen dan meldt de zorgorganisatie dit bij de GGD en in het regionale VVT-overleg.

Wat als de zorgcontinuïteit bij meerdere zorgorganisaties (VVT) niet gewaarborgd kan worden.

Indien de zorgcontinuïteit bij een of meerdere organisatie(s) in de VVT-sector niet gewaarborgd kan worden en zij daartoe alles gedaan hebben wat in hun vermogen ligt om dit te voorkomen, maken de zorgorganisaties gezamenlijk afspraken in het regionale VVT-overleg over de mogelijke maatregelen:

- Uitlenen van (zorg)medewerkers tussen zorgorganisaties in een regio;
- Verdeling en verplaatsen van cliënten en bewoners naar andere (centrale) locaties.

Wanneer de organisaties in de VVT-sector er niet in slagen om de zorgcontinuïteit te waarborgen, dan melden zij dit in het ROAZ. Er wordt dan gevraagd om ondersteuning van andere sectoren in de keten.

2. Zorgcontinuïteit in de keten niet gewaarborgd

Wanneer de zorgcontinuïteit in een regio in meerdere sectoren niet gewaarborgd kan worden, maken partijen in het ROAZ afspraken welke maatregelen nodig zijn om de zorg in de regio te continueren. Indien de maatregelen niet afdoende zijn om de continuïteit te garanderen dan is het aan de DPG om bovenregionaal ondersteuning te vragen. In eerste instantie zal in omliggende regio's om ondersteuning gevraagd worden.

Wat als de zorgcontinuïteit bij andere sectoren in de regio niet gewaarborgd kan worden.

Indien andere sectoren de zorgcontinuïteit in hun sector niet kunnen waarborgen dan kunnen zij een beroep doen op de VVT om hen te ondersteunen. Via het ROAZ-overleg en de DPG zal aan het regionale VVT-overleg gevraagd worden om andere sectoren te ondersteunen.

Wanneer bijvoorbeeld de toestroom van patiënten in de ziekenhuizen zo groot is dat er niet meer aan de minimale zorg wordt voldaan dan worden er regionaal afspraken gemaakt over de in- uit- en doorstroom van patiënten/cliënten. Ook worden afspraken gemaakt over het uitwisselen van (zorg)medewerkers tussen zorgorganisaties uit verschillende sectoren.

Gezamenlijk wordt besloten hoe de beschikbare beddencapaciteit, zowel in het ziekenhuis als in de VVT zo goed mogelijk wordt benut. In de regio kunnen de volgende mogelijke maatregelen getroffen worden:

- Gezamenlijke triage specialist ouderengeneeskunde, huisarts, medisch specialist en psycholoog op de SEH;
- Efficiënt gebruik van bedden en bedden beschikbaar stellen voor verschillende doelgroepen (een bed in een verpleeghuis kan beschikbaar komen voor kortdurende zorg, palliatieve zorg etc.). Alles om te voorkomen dat er op meerdere locaties, zoals hotels en tenten, zorg verleend wordt, waardoor de beschikbare personeelscapaciteit inefficiënt wordt benut.

Indien een regio er niet in slaagt om de continuïteit van zorg in de keten te borgen dan wordt dit allereerst in het ROAZ-overleg besproken. De voorzitter van het ROAZ en de DPG kunnen gezamenlijk besluiten dat aan de hand van de criteria vastgesteld in het regionale plan er sprake is van Fase 3: code zwart. Er wordt dan bovenregionaal ondersteuning gevraagd. Ook kan geëscaleerd worden op landelijk niveau. De minister van VWS kan besluiten om Fase 3: code zwart landelijk vast te stellen.

In **bijlage 1** zijn de implicaties van de afschaling van de zorg schematisch weergegeven.

3. Fase 3: code zwart

In dit hoofdstuk is de definitie van Fase 3: code zwart terug te lezen, maar ook welke minimale zorg op dat moment verleend wordt binnen de VVT-sector.

Fase 3: code zwart kan de VVT-sector op twee manieren raken: (1) De toename van cliënten of uitval van (zorg)medewerkers in de sector is zo groot dat er niet voldaan kan worden aan de minimale zorgvraag, of (2) de druk in andere sectoren in de keten wordt zo groot dat de VVT-sector gevraagd wordt bij te springen om andere sectoren te ondersteunen. In beide gevallen moeten er vergaande besluiten worden genomen over welke zorg nog wel en welke niet meer verleend kan worden. Fase 3: code zwart wordt vastgesteld door de DPG in afstemming met de voorzitter ROAZ op basis van regionaal vastgestelde criteria (regionaal) of de minister van VWS (landelijk).

Definitie Fase 3: code zwart

In Fase 3: code zwart is het voor zorgorganisaties in de VVT enkel nog mogelijk om minimale zorg te verlenen, al dan niet met behulp van mantelzorgers, vrijwilligers en andere betrokkenen, conform de in dit afwegingskader gegeven definitie van minimale zorg.

Mogelijke oorzaak Fase 3: code zwart

Er zijn verschillende oorzaken die er (in samenhang) toe kunnen leiden dat Fase 3: code zwart wordt vastgesteld.

1. Een snelle toename van het aantal besmettingen van een infectieziekte onder bewoners en cliënten wat leidt tot een grotere zorgvraag.
2. Een (tijdelijk) tekort aan medewerkers:
 - 2.1. De zorgorganisatie is niet meer in staat om de kwaliteit van zorg te waarborgen omdat de complexiteit van zorg meer gekwalificeerde (zorg)medewerkers vereist dan beschikbaar.
 - 2.2. Het ziekteverzuim dermate hoog is dat er onvoldoende gekwalificeerde (zorg)medewerkers meer beschikbaar zijn.

- 2.3. De basis kwaliteit van zorg is niet meer te waarborgen omdat onder andere:
 - 2.3.1. (Zorg)medewerkers met zeer hoge werkdruk kampen en het onverantwoord is om de (zorg)medewerkers in die omstandigheden langer door te laten werken;
 - 2.3.2. Onvoldoende aandacht geboden kan worden bij het verstrekken van eten en drinken en medicatie van cliënten;
 - 2.3.3. Het rooster van bevoegde/bekwame (zorg)medewerkers kan niet meer sluitend gemaakt worden;
 - 2.3.4. Het rooster van bevoegde/bekwame (zorg)medewerkers voor het verrichten van voorbehouden en risicovolle handelingen kan niet meer sluitend gemaakt worden;
 - 2.3.5. Het kunnen leveren van urgente en medische behandeling/verpleegkundige zorg staat onder druk door hoge werkdruk en het niet rond krijgen van de roosters.
 - 2.3.6. De cliënten (thuis) niet (allemaal) meer bereikt kunnen worden (onvoldoende (zorg)medewerkers die op route kunnen).

3. Het niet kunnen waarborgen van de persoonlijke veiligheid van (zorg)medewerkers:

- 3.1. Onredelijke boosheid van mantelzorgers/naastenmantelzorgers/naasten;
- 3.2. Toename van probleemgedrag door de afname van begeleiding/dagstructuur;
- 3.3. De professionele veiligheid "achter de voordeur" niet gewaarborgd kan worden (middelen of materialen om de zorg te verlenen zijn schaars of niet meer beschikbaar).
- 3.4. Landelijk een tekort van PBM.

4. Door capaciteitsproblemen in andere sectoren:

- 4.1. De zorgcontinuïteit in de acute zorg is niet meer te waarborgen waardoor een beroep gedaan wordt op de VVT-sector.
- 4.2. Niet meer in kunnen sturen van cliënten doordat ziekenhuis en verpleeghuisbedden vol liggen.

5. Toenemende complexiteit van de zorgvraag, omdat kritisch zieke cliënten thuis of in het verpleeghuis blijven, in plaats van naar ziekenhuis gaan.

Besluitvorming

Regionaal

Het is aan de DPG, in overleg met de voorzitter van de ROAZ, om te constateren dat regionaal de zorgcontinuïteit niet langer gewaarborgd kan worden en er geen ondersteuning uit omliggende regio's is.

Landelijk

Het ROAZ informeert het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) over de zorgcontinuïteit in de regio. Het LCPS constateert wanneer op zeer korte termijn de situatie zich voordoet dat alle capaciteit is benut. Het LCPS en het ROAZ melden deze situatie tijdig aan de IGJ en de minister. De IGJ vergewist zich er vervolgens per ommevande van of dit inderdaad aan de orde is. Dit doet de IGJ in ieder geval door: zich met alle voorzitters van de ROAZ-regio's en DPG'en te verstaan; de eigen inspecteurs daarover te bevragen; daar waar relevant ook andere gegevens in te winnen. Als ook uit deze informatie die de IGJ heeft verzameld blijkt dat deze situatie zich voordoet, dan meldt de IGJ dit aan de minister. De minister zal de Tweede Kamer hiervan op de hoogte stellen.

IGJ

In Fase 3: code zwart hanteert de IGJ de lijn dat zorgaanbieders in een crisissituatie de ruimte hebben om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, mits hierbij het bieden van veilige en verantwoorde zorg voorop staat. De professionele afweging moet navolgbaar zijn en worden vastgelegd. De bestuurder is en blijft hier eindverantwoordelijk voor.

Minimale zorg

Wanneer Fase 3: code zwart is vastgesteld wordt uitsluitend minimale zorg (verpleging en verzorging) verleend. Uitgangpunt is daarbij dat de continuïteit van zorg voor zoveel mogelijk mensen is geborgd. Het is belangrijk om in de voorbereiding op Fase 3: code zwart een gesprek te voeren met (zorg)medewerkers, de cliënt en zijn naasten en/of mantelzorger over wat het leveren van minimale zorg betekent. De minimale zorg is gericht op overleven, waarbij geen kwaliteit van leven nagestreefd kan worden. Het is belangrijk om in het gesprek rekening te houden met de context en de complexiteit van de zorgvraag en wat de cliënt en zijn naasten en/of mantelzorgers zelf belangrijk vinden. In Fase 3: code zwart val je terug op de afspraken die in de voorbereiding op Fase 3: code zwart zijn gemaakt over wie welke zorg op welk moment verleend.

Fase 3: code zwart is een situatie die relatief kort kan duren, maar er bestaat ook de mogelijkheid dat deze situatie een langere periode aanhoudt. Indien dit laatste het geval is

zal met regelmaat gezien moeten worden of de gemaakte afspraken over de verlening van de minimale zorg nog passend zijn voor zowel de (zorg)medewerkers als de cliënt en zijn naasten en/of mantelzorger.

Voor de gehele VVT-zorg geldt dat de volgende elementen onderdeel uitmaken van minimale zorg:

1. zorgdragen voor eten en drinken;
2. voorschrijven, aanreiken/toedienen van medicatie;
3. zorgdragen voor zuurstof;
4. voorbehouden en risicovolle handelingen;
5. assistentie bij toiletgang of incontinentie;
6. verzorgend wassen;
7. urgente en acute medische behandeling (zie **bijlage 3**, Verenso);
8. bieden van dagstructuur;
9. palliatieve zorg.

Verenso (**bijlage 3**) en V&VN (**zie pagina 7**) hebben een handvat opgesteld hoe door zorgmedewerkers kan worden gehandeld in Fase 3: code zwart.

Implicaties van Fase 3: code zwart

	Doet zich voor wanneer	Besluitvorming	Kenmerken van de fase	Wat betekent dit voor cliënten/bewoners?	Wat betekent dit voor mantelzorgers?	Wat betekent dit voor cliëntenraden?	Wat betekent dit voor (zorg)medewerkers?	Wat betekent dit voor de zorgorganisatie?
Fase 3: code zwart	<p>Door een grote toename van cliënten of een hoog ziekteverzuim onder (zorg) medewerkers is de beschikbare capaciteit niet langer toereikend om in de gehele zorgketen de continuïteit van zorg te borgen.</p> <p>Deze situatie kan zich lokaal en boven regionaal voordoen, maar kan ook landelijk aan de orde zijn.</p> <p>Wanneer een toenemende pandemische druk niet meer regionaal in de zorgketen kan worden opgelost, zal er ook landelijk een vorm van regie en doorzettingsmacht nodig zijn.</p>	<p>Regionaal gaat het om een besluit door de ROAZ en de DPG op basis van de vastgestelde regionale criteria.</p> <p>Landelijk gaat het om een besluit door de minister van VWS op basis van een advies van het LCPS, afvaardiging van de DPG/voorzitters veiligheidsregio's en de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een regionaal plan en een landelijk overkoepelend afwegingskader voor Fase 3: code zwart in de gehele zorgketen. • Zorgorganisaties en (zorg) medewerkers verlenen enkel nog minimale zorg, zoals opgenomen in dit afwegingskader. • Het betreft een uitzonderlijke situatie waardoor niet altijd meer de zorg geleverd kan worden middels de geldende kwaliteitskaders en richtlijnen. 	<ul style="list-style-type: none"> • De zorg wordt afgeschaald tot de minimale zorg. Cliënten/ bewoners/ naasten worden hierover geïnformeerd. • De minimale zorg kan gegeven worden door een andere (hulp)verlener die werkzaam is bij een andere zorgorganisatie. Dit wordt kortgesloten met de regiebehandelaar. • Cliënten/ bewoners/ naasten beschikken over een vast aanspreekpunt en kunnen bij vragen de (andere) zorgorganisatie telefonisch of via beeldbellen bereiken. 	<p>Conform eerder gemaakte afspraken wordt gevraagd aan mantelzorgers om zorgtaken over te nemen. (zie Zorgladder).</p> <p>Bij thuissituaties: organiseer afstemming in de driehoek zorgaanbieder – mantelzorger – lokaal steunpunt mantelzorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De cliëntenraad houdt in de gaten wat cliënten in de praktijk ervaren. En bespreekt dit steeds met OR, VAR/PAR, regiebehandelaren, crisisteam en zorgorganisatie. Hiervoor krijgt de cliëntenraad ondersteuning vanuit de organisatie. • Onderwerp van gesprek is ook wanneer de zorg weer opgeschaald kan worden. • Cliëntenraden van verschillende organisaties in de regio zoeken elkaar op om ervaringen te delen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beperken tot het uitvoeren van de minimale zorg. Dit is niet overeenkomend met kwaliteit van zorg volgens richtlijnen en standaarden. • Blijf rapporteren om zorgcontinuïteit te borgen indien nodig door anderen volgens eerdere afspraken. • Verschuiving van taken wellicht naar lagere deskundigheidsniveaus wel waar mogelijk met scholing, bijvoorbeeld huiskamer-assistentes voert enkele adl-taken uit. • Geef instructie aan mantelzorgers over eenvoudige voorbehouden/risicovolle handelingen. Monitor hoe dit gaat. • Vraag ingezette hulpverleners en de mantelzorgers te rapporteren in het zorgdossier. Monitor dit. • Volg de afspraken die gemaakt zijn hoe contact te houden met cliënten waar zorg is afgeschaald en overgenomen door anderen. • Het medisch handelen (bijlage 3) van Verenso en de handvatten (bijlage 4) van V&VN bieden (zorg) medewerkers informatie bij verschillende afwegingen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het uitgangspunt is dat een zorgorganisatie alleen zorg verleent conform de afgesproken minimale zorg met cliënten en naasten. • Er is een regionaal plan (met maatregelen), zowel binnen de sector als over de keten heen, over de afspraken omtrent Fase 3: code zwart. • Er is over het plan afstemming geweest met de DPG en gedurende Fase 3: code zwart blijft deze afstemming. • Alle (zorg)medewerkers worden ingezet als ondersteuning bij Fase 3: code zwart. • Cliënten/ bewoners/ naasten, (zorg)medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers informeren over situatie. • Over zorg continuïteit stemt de zorgorganisatie niet alleen af met de DPG maar ook met de zorgverzekeraar/ zorgkantoor (zorgplicht) en de GGD (als het gaat om inzage in data).

4. Na Fase 3: code zwart

Fase 3: code zwart wordt vastgesteld door de DPG samen met de voorzitter van het ROAZ (regionaal) of de minister van VWS (landelijk). Wanneer de druk op de zorg afneemt, wordt Fase 3: code zwart ingetrokken. De reguliere zorg zal gefaseerd weer opgestart moeten worden. Het opstarten van de zorg moet aansluiten bij de draagkracht en de belasting moet verantwoord zijn in de gehele keten. Zorgorganisaties zullen er alles aan doen om zo snel mogelijk weer de zorg te verlenen conform de standaarden die gelden in 'normale' tijden. Regionaal wordt bekeken hoe en welke reguliere zorg weer opgeschaald kan worden. Hierbij worden de belangen van de diverse betrokkenen samengebracht. Elke organisatie bespreekt de afwegingen en mogelijkheden tot opschalen in de eigen zorgorganisatie (cliëntenraad, OR, VAR/PAR en regiebehandelaar), in het regionale VVT overleg en in het ROAZ.

In het ROAZ-overleg vindt de afstemming over de opschaling van de (reguliere) zorg in de keten plaats. Aangezien de opstart van bijv. de ziekenhuiszorg gevolgen heeft voor de druk op de VVT is van belang dat de opschalingsbehoefte van de diverse sectoren goed met elkaar worden afgestemd.

Bijlagen

Er behoren verschillende bijlagen tot dit afwegingskader. Bijlage 1 betreft de implicaties van afschaling van zorg voorafgaand aan Fase 3: code zwart. De gesprekshandleiding met daarin een vragenlijst als (zorg)medewerkers met cliënten en zijn naasten en mantelzorgers is vervolgens opgenomen in **bijlage 2**.

Bijlage 3 en **bijlage 4** bieden informatie voor zorgprofessionals. In **bijlage 3** is het medisch handelen beschreven door Verenso. Dit biedt informatie voor de regiebehandelaren binnen de verpleeghuiszorg. **Bijlage 4** bestaat uit handvatten voor (zorg)medewerkers, zowel voor de voorbereidende fase als voor Fase 3: code zwart.

In het afwegingskader is beschreven dat er afspraken gemaakt moeten worden over besluitvorming in Fase 3: code zwart. Dit moeten zorgorganisaties in de voorbereidende fase al vastgesteld hebben. Meer informatie over de rol van de cliëntenraad bij deze besluitvorming is opgenomen in **bijlage 6**.

Bijlage 1

Implicaties afschaling van zorg voorafgaand aan Fase 3: code zwart

Dit schema past bij hoofdstuk 2 over de voorbereiding op Fase 3: code zwart.
Het gaat hier om de fases voorafgaand aan Fase 3: code zwart.

Implicaties afschaling van zorg voorafgaand aan Fase 3: code zwart

Fase	Doet zich voor wanneer	Besluitvorming	Kenmerken van de fase	Wat betekent dit voor cliënten/bewoners?	Wat betekent dit voor mantelzorgers?	Wat betekent dit voor cliëntenraden?	Wat betekent dit voor (zorg) medewerkers?	Wat betekent dit voor de zorgorganisatie?
Afschalen van zorg	Zorgorganisaties keuzes maken over de zorg aan ouderen in tijden van een pandemische situatie.	Het gaat om een besluit door de VVT-organisatie. In samenspraak (CR, OR, VAR/PAR, regiebehandelaren, crisisteam en zorgorganisatie) kan gekeken worden, op basis van de plannen die er zijn, hoe de zorg zo goed mogelijk toegankelijk en op peil te houden is in tijden van een grote lokale of regionale uitbraak.	<ul style="list-style-type: none"> Keuzes hebben consequenties in de hele keten, regionale en lokale afstemming hierover is essentieel. De zorgorganisatie is en blijft (bestuurlijk) eindverantwoordelijk voor continuïteit en kwaliteit van de geleverde zorg. De wijze waarop keuzes kunnen worden vormgegeven, wordt in hoge mate bepaald door lokale omstandigheden. Het organiseren en leveren van zorg kan alleen samen. Er moet rekening gehouden worden met iedereen die een bijdrage levert. 	<ul style="list-style-type: none"> Een cliënt/bewoner ontvangt reguliere zorg/ behandeling die in deze fase beperkt kan worden afgeschaald. Bij afschaling van zorg worden keuzes gemaakt in samenspraak met de cliënt/ bewoner/naasten. De regiebehandelaar wordt ten alle tijden geïnformeerd. Cliënten/ bewoners/ naasten hebben een vast aanspreekpunt en kunnen bij vragen de zorgorganisatie telefonisch of via beeldbellen bereiken. 	<ul style="list-style-type: none"> Zie hoofdstuk 1 van het afwegingskader. De inzet van familieleden a.d.h.v. uitgevoerde inventarisatie, voor ondersteuning bij zorgtaken of huishoudelijke taken (ontbijtondersteuning, koffie/thee, schoonmaak, bedden verschonen) of verschuiving naar lagere deskundigheidsniveau. Heeft voorafgaand aan het moment van afschalen een gesprek met zijn naaste en een (zorg)medewerkers over het overnemen van taken wanneer professionele zorg moet worden afgeschaald. Afschalen en zorgtaken overhevelen naar mantelzorg vindt slechts dan plaats als de mantelzorggeconsulteerd is en toestemt. De mantelzorg wordt voldoende begeleid. Bij dreigende zware of overbelasting van de mantelzorg neemt de zorgorganisatie de zorg van mantelzorg. 	<ul style="list-style-type: none"> De cliëntenraad bespreekt met OR, VAR/PAR, regiebehandelaren, crisisteam en zorgorganisatie hoe de zorg zo goed mogelijk in stand kan blijven. En welke maatregelen daarvoor nodig zijn. De cliëntenraad haalt bij zijn achterban op wat zij belangrijk vinden. 	<ul style="list-style-type: none"> Bespreek in de voorbereidende fase met de client en mantelzorg als door de pandemische situatie minder professionele zorg beschikbaar is (pro actieve zorgplanning en advance care planning (ACP) . Leg vast in zorgdossier. Bespreek alternatieven voor inzet van formele zorg, zoals beeldbellen, sensoren en apps en de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers (denk aan WZD) Leg vast in zorgdossier. Overleg in fase 1 met behandelaar(s) hoe lang het verantwoord is om een bepaalde behandeling/verpleging/ verzorging te stoppen of te verminderen. Bespreek dit met cliënt en mantelzorg(er)s. Maak afspraken en leg vast in zorgdossier. Stem af indien nodig ook met andere betrokken zorgprofessionals. Bespreek met cliënt en naasten welke zorg gegeven kan worden door een andere (hulp)verleners of mantelzorg(er)s die bij de client komen. Blijf met de client en mantelzorg(er)s in gesprek over de keuzes die gemaakt worden en over hoe je contact blijft houden. Leg vast in zorgdossier. <p>Zie voor aanvullende informatie de bijlage vanuit V&VN en Verenso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gebruik risiconiveaus waakzaam, zorgelijk, ernstig en zeer ernstig om te bepalen of, wanneer en in welke mate andere keuzes over zorg moeten worden gemaakt. Blijf met elkaar in gesprek over de beslissingen die worden genomen, in de regio, op organisatieniveau en op clientniveau. Herstel de normale situatie zodra het verantwoord kan. Stem regionaal keuzes af, via ROAZ en lokale samenwerkingsverbanden. Maar waar mogelijk gezamenlijk beleid. Stem keuzes af met alle relevante partijen in de keten. Stem keuzes af met (zorg) medewerkers (via VAR/PAR, regiebehandelaar. Alleen kwaliteitsbevorderende activiteiten en overlegvormen die noodzakelijk zijn voor de zorg aan cliënten.

Fase	Doet zich voor wanneer	Besluitvorming	Kenmerken van de fase	Wat betekent dit voor cliënten/bewoners?	Wat betekent dit voor mantelzorgers?	Wat betekent dit voor cliëntenraden?	Wat betekent dit voor (zorg) medewerkers?	Wat betekent dit voor de zorgorganisatie?
Zorgcontinuïteit bij één of meerdere zorgorganisatie(s) in de VVT kan niet gewaarborgd worden.	Een of meerdere zorgorganisaties niet in staat zijn de continuïteit te borgen zonder ondersteuning.	In het overleg van de VVT-organisatie afstemming met het regionale overleg acute zorg (ROAZ). In samenspraak (CR, OR, VAR/PAR, regiebehandelaren, crisisteam en zorgorganisatie) kan gekeken worden hoe de zorg zo goed mogelijk toegankelijk en op peil te houden is in tijden van een grote lokale of regionale uitbraak.	<ul style="list-style-type: none"> • Iedere zorgorganisatie heeft een eigen aanpak voor het waarborgen van zorgcontinuïteit. • Maatregelen zijn getroffen, daarbij kan gedacht worden aan de mogelijke maatregelen die benoemd zijn in hoofdstuk 1 van dit afwegingskader. • Er zijn regionaal afspraken gemaakt bij welke zorgorganisatie in deze situatie terecht kan voor ondersteuning. • Het regionale crisisteam brengt zorgorganisaties in verbinding om de zorgcontinuïteit te waarborgen. 	<ul style="list-style-type: none"> • De zorg wordt afgeschaald tot de minimale zorg. Cliënten/ bewoners/ naasten worden hierover geïnformeerd. • De minimale zorg kan gegeven worden door een andere bevoegde (hulp) verlener van de eigen zorgaanbieder. Dit wordt kortgesloten met de regiebehandelaar. • Cliënten/ bewoners/ naasten hebben een vast aanspreekpunt en kunnen bij vragen de zorgorganisatie telefonisch of via beeldbellen bereiken. 	<ul style="list-style-type: none"> • De zorg wordt afgeschaald tot de minimale zorg. Cliënten/bewoners/ naasten worden hierover geïnformeerd. • De minimale zorg kan gegeven worden door een andere bevoegde (hulp) verlener van de eigen zorgaanbieder. Dit wordt kortgesloten met de regiebehandelaar. • Cliënten/ bewoners/ naasten hebben een vast aanspreekpunt en kunnen bij vragen de zorgorganisatie telefonisch of via beeldbellen bereiken. • De inzet van o.a. mantelzorg is nodig, want professionele zorg is alleen haalbaar als de nodige maatregelen genomen worden. • Mantelzorgers inzetten op meer taken dan bij Fase 0, en is mogelijk op ieder onderdeel van de minimale zorg die in de kolom hier links wordt genoemd. • Inzet op persoonlijke verzorging en verpleegtechnische handelingen vindt slechts dan plaats na overleg met en instemming van de mantelzorger. • Bij overbelasting van de mantelzorger moet inzet professionals echter weer mogelijk zijn (zie Zorgladder stap 3 en 4). 	<ul style="list-style-type: none"> • De cliëntenraad houdt in de gaten wat cliënten in de praktijk ervaren. En bespreekt dit steeds met OR, VAR/PAR, regiebehandelaren, crisisteam en zorgorganisatie. • Hiervoor krijgt de cliëntenraad ondersteuning vanuit de zorgorganisatie. • Onderwerp van gesprek is ook hoe de zorg weer terug kan naar de normale situatie. • Cliëntenraden van verschillende organisaties in de regio zoeken elkaar op om ervaringen te delen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Als hierboven genoemd. • Volg de afspraken die regionaal gemaakt zijn. • Maak in iedere dienst met beschikbare mensen die zorg gaan uitvoeren afspraken: Wie doet wat? • Evalueer en beslis met elkaar. Steun en zorg voor elkaar. • Benoem een collega die dit alles monitort. Rapporteer dagelijks bij management de dagelijkse mentale gezondheid van het team. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maatregelen zijn getroffen, daarbij kan gedacht worden aan de mogelijke maatregelen die benoemd zijn in hoofdstuk 1 van dit afwegingskader. • Inventariseren aanleiding Fase 3: code zwart, formuleren hulpvraag. • Hulpvraag in de regio uitzetten. • Het regionale crisisteam heeft mandaat om samen met andere zorgorganisaties afspraken te maken over de inzet van (zorg)medewerkers. • Cliënten/ bewoners/naasten, (zorg)medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers informeren over situatie.

Fase	Doet zich voor wanneer	Besluitvorming	Kenmerken van de fase	Wat betekent dit voor cliënten/bewoners?	Wat betekent dit voor mantelzorgers?	Wat betekent dit voor cliëntenraden?	Wat betekent dit voor (zorg) medewerkers?	Wat betekent dit voor de zorgorganisatie?
Zorgcontinuïteit in de andere sectoren (niet-VVT) kan niet meer gewaarborgd worden.	De continuïteit van zorg in andere sectoren in de keten in de regio niet meer geborgd is zonder ondersteuning.	In het regionaal overleg acute zorg en in het regionale VVT-overleg worden maatregelen genomen om de continuïteit van zorg overeind te houden.	Er dient een analyse gemaakt te worden van welke ondersteuningsvraag zich voor doet: personeel, capaciteit etc. En hoe sectoren elkaar in de keten kunnen ondersteunen.	<ul style="list-style-type: none"> • De zorg wordt afgeschaald tot de minimale zorg. Cliënten/ bewoners/ naasten worden hierover geïnformeerd. • De minimale zorg kan gegeven worden door een andere bevoegde (hulp) verlener die werkzaam is bij een andere zorgorganisatie. Dit wordt kortgesloten met de regiebehandelaar. • Cliënten/ bewoners/ naasten beschikken over een vast aanspreekpunt en kunnen bij vragen de (andere) zorgorganisatie telefonisch of via beeldbellen bereiken. • Mogelijke overplaatsing in verband met concentratie cliëntgroepen. 	Bij thuiszorgsituaties: organiseer afstemming in de driehoek zorgaanbieder – mantelzorger – lokaal steunpunt mantelzorg.	De cliëntenraad houdt in de gaten wat cliënten in de praktijk ervaren. En bespreekt dit steeds met OR, VAR/PAR, regiebehandelaren, crisisteam en zorgorganisatie. Hiervoor krijgt de organisatie ondersteuning vanuit de organisatie. Onderwerp van gesprek is ook hoe de zorg weer terug kan naar de normale situatie.	<ul style="list-style-type: none"> • Volg de regionale afspraken die zorgorganisaties met elkaar maken, zowel binnen de sector als binnen de gehele zorgketen. • De DPG zal aanwijzen waar nood het hoogst is en waar prioriteit aangegeven moet worden. • Volg aanwijzingen van DPG, de informatie wordt beschikbaar gesteld via de zorgorganisatie van het team. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deelname aan acute zorg overleg. Analyse maken van ondersteuningsvraag en aanbod. • Cliënten/ bewoners/naasten, (zorg)medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers informeren over situatie.

Bijlage 2

Vragenlijst: afstemmen inzet netwerk cliënt bij afschalen zorg

Inleiding

Het is niet bekend hoe de coronacrisis zich gaat ontwikkelen. Om voorbereid te zijn op een zorgcrisis door een grote toename van het aantal zieke mensen en er een tekort aan beschikbare professionele zorg ontstaat, is het nodig om op tijd met de cliënten diens mantelzorger(s) in gesprek te gaan over wat de mantelzorger(s) eventueel extra kan doen, overnemen of betekenen. Deze vragenlijst is bedoeld als handvat voor de (zorg)medewerker om het gesprek met betrokkenen te voeren. Het is belangrijk om dit gesprek nu al te voeren voordat een zorgcrisis een feit is.

Inventariserend gesprek

1. Bespreek de huidige situatie van de cliënt.
2. Waar bestaat de formele (professionele) zorgverlening uit?
3. Wat vindt de cliënt (en diens mantelzorger) belangrijk om hiervan door te laten gaan als er tijdelijk minder of geen formele (professionele) zorg beschikbaar is?
4. Welke zorg geeft de mantelzorger nu al?
5. Welke zorg zou een mantelzorger tijdelijk extra op zich kunnen nemen?

Denk aan:

- het klaarmaken en/of helpen bij het eten en drinken (onderverdelen in ontbijt, lunch, diner en tussendoortjes);
- hulp bij medicatie (helpen herinneren en/of aanreiken/toedienen);
- assisteren bij toiletgang of incontinentie;
- ondersteunen bij opstaan en naar bed gaan;
- persoonlijke verzorging zoals douchen, aan- en uitkleden etc.;
- overnemen huishoudelijke taken, zoals opruimen, stofzuigen, afwassen, bed verschonen, boodschappen, etc;
- bieden van dagstructuur en afleiding;
- overig.

6. Vraag aan de cliënt: zijn er naast uw mantelzorger(s) andere mensen in uw netwerk die tijdelijk iets voor u kunnen doen? Bijvoorbeeld een buurvrouw die iedere dag tijdens lunchtijd langskomt om te helpen bij de lunch.
7. Bespreek wat nodig is voor de mantelzorger(s) om de zorg over te nemen en leg de afspraken vast in het zorgdossier.
8. Spreek af hoe er contact gehouden kan worden (om te vragen hoe het gaat, of de extra zorg goed verloopt en vol te houden is). Leg de afspraken vast in het zorgdossier.
9. Informeer de mantelzorger(s) dat deze er niet alleen hoeft voor te komen staan. Hulp kan bijvoorbeeld geboden worden door het lokale steunpunt mantelzorg.

Alvast doen

Het lokale steunpunt mantelzorg kan een luisterend oor bieden voor de mantelzorger, meedenken over oplossingen etc. Zoek alvast contact:

1. Vind je lokale ondersteuningsorganisatie
2. Of bel de landelijke organisatie MantelzorgNL op werkdagen tussen 09 – 17 uur op 030 - 760 60 55
3. Bekijk alvast de Zorgladder. Waar kan de mantelzorger hulp krijgen?

Bijlage 3

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) fase 3/code zwart is er enerzijds een (steeds grotere) toeloop van patiënten te verwachten vanuit de ziekenhuizen en/of de 1e 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 geriatr. 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 1e lijn.
3. Het (regionaal) concentreren van met name patiënten met de betreffende infectieziekte in de besmettelijke fase.
4. Triëren van patiënten met aandacht voor:
 - Opname van patiënten waarvoor de minimale (medische) zorg kan worden geborgd.
 - 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 1e 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.

Bijlage 4A

Afwegingskader fase 3: Verpleeghuis

Een pandemie van ziekmakende micro-organismen leidt mogelijk tot crisisfase 3 (“code zwart”): een zeer ernstige verstoring van de gezondheidszorg. Deze fase kan een enorme impact hebben op de manier waarop wij zorg verlenen. De zorg is in dit scenario vooral gericht op het voorkomen van onherstelbare schade, op overleven en op het verlenen van zo goed mogelijke palliatieve zorg. Het is dan onmogelijk om alle zorg te verlenen zoals je dit normaal doet.

Hoe bepaal je welke zorg je wel en niet verleent? Om je hiermee te helpen heeft V&VN afwegingskaders gemaakt voor de verzorgende en verpleegkundige praktijk. Deze maken deel uit van de sectorplannen die de samenwerkende brancheorganisaties en beroepsverenigingen hebben opgesteld. Het Afwegingskader Fase 3 is een hulpmiddel om te ondersteunen bij het maken van keuzes en je voor te bereiden op hoe je handelt als de continuïteit van de zorg zwaar onder druk komt te staan.

Hoe gebruik je een afwegingskader?

- Je gebruikt een afwegingskader uitsluitend tijdens de pandemische crisis. Je zet het niet in op een ander moment voor het maken van keuzes in zorgverlening.
- Een afwegingskader is geen blauwdruk. Het schrijft niet voor welke zorg wel of niet moet worden uitgevoerd, maar helpt je bij het maken van keuzes tijdens de verschillende fases van de crisis. De keuzes die gemaakt worden zijn altijd afhankelijk van de patiënt, het specialisme en de zorgcontext. Beoordeel alle punten in het afwegingskader in samenhang met elkaar.
- Gebruik een afwegingskader nooit zelfstandig, maar ga hierover in gesprek met collega’s, leidinggevende, regiebehandelaar, behandelend arts en andere belanghebbenden in de organisatie. Maak gezamenlijk keuzes, betrek de patiënt en diens naasten bij het maken van de keuzes en stel ze op de hoogte. Spreek af wie eindverantwoordelijk is en leg de keuzes altijd vast in het dossier van de patiënt. Maak

afspraken over monitoring en evaluatie zodat eventuele complicaties vroegtijdig gesignaleerd worden.

Feedback

Heb je vragen of opmerkingen over de afwegingskaders? Of heb je aanvullingen? Stuur een bericht naar info@venvn.nl, o.v.m. afwegingskader Fase 3 pandemie. Op basis van nieuwe inbreng van leden (en niet-leden) kunnen de afwegingskaders tussentijds worden bijgewerkt.

Disclaimer

V&VN heeft samen met de betrokken verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten en partijen in de zorg met de grootst mogelijke zorg en aandacht aan de inhoud van de afwegingskaders gewerkt. Ontwikkelingen rondom en tijdens een pandemische crisis volgen elkaar snel op. Daarom kunnen de afwegingskaders tussentijds worden bijgewerkt of ingetrokken.

V&VN is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in dit document. De meest actuele versie is vindbaar op de website van V&VN. De afwegingskaders zijn geldig vanaf 4 maart 2021 en worden herzien als daar aanleiding toe bestaat. Het beheer van de afwegingskaders ligt bij V&VN.

Afwegingskader fase 3: verpleeghuis

Situatiebeoordeling in fase 1, 2 en 3 van de zorgcrisis als gevolg van de pandemie

Dit afwegingskader is gemaakt voor gebruik door verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten tijdens de pandemie. Beschouw het afwegingskader niet als blauwdruk, maar als hulpmiddel bij het maken van keuzes. Beoordeel alle punten in samenhang met elkaar.

CRISISFASE *	Fase 1: normaal Vorbereidende fase	Fase 2: kritiek	Fase 3: crisis Code zwart
Ruimte in opnamecapaciteit	<ul style="list-style-type: none"> • Triage op basis van urgentie door regiebehandelaar. • Ruimte om nieuwe cliënten in zorg te nemen. • Volg de intern gemaakte afspraken bij het afschalen van de zorginzet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Triage op basis van urgentie door regiebehandelaar. • Weinig ruimte voor in-, door- en uitstroom van cliënten. • Volg de interne en regionale gemaakte afspraken. 	<ul style="list-style-type: none"> • Triage op basis van urgentie door regiebehandelaar. • Beperkt tot geen ruimte voor instroom van cliënten. • Cliënten kunnen niet door- en uitstromen naar ziekenhuis/cohort-afdeling/ander verblijf.
Beschikbaarheid zorgmedewerkers	<ul style="list-style-type: none"> • Extra zorgmedewerkers beschikbaar indien nodig. • Bereid alle zorgmedewerkers voor op de volgende fases. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grotere inzetbaarheid nodig van zorgmedewerkers, meer cliënten per verzorgende en verpleegkundige. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende zorgmedewerkers of onvoldoende geschoolde medewerkers inzetbaar
Ziekteverzuim verzorgenden en verpleegkundigen**	<ul style="list-style-type: none"> • < 10% 	<ul style="list-style-type: none"> • 10% - 20% 	<ul style="list-style-type: none"> • > 20%
Zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening gebeurt volgens afspraken in het zorgplan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening aanpassen volgens gemaakte afspraken en vastleggen in zorgdossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening beperken tot minimale zorg. • Palliatieve terminale zorg.
Kwaliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Normaal, conform beroepsnormen, protocollen, richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en kwaliteitskader verpleeghuis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enige impact, zoveel mogelijk overeenkomend met beroepsnormen etc. • Gericht op wat voor cliënt belangrijk is qua professionele zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niet overeenkomend met normale kwaliteit van zorg. • Gericht op voorkomen van onherstelbare schade en overleven van cliënten en/of comfortabel sterven op de huidige plek.
Besluitvorming	<ul style="list-style-type: none"> • Lokaal 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionaal door VVT-regio en ROAZ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationaal door minister VWS.

*) Per situatie kan er sprake zijn van een verschil in fase. Beoordeel alle punten in samenhang met elkaar.

**) Ziekteverzuim staat altijd in relatie tot de zorgzwaarte en hoeveelheid cliëntenzorg (contextafhankelijk).

1. Afstemming zorginzet

Veel zorgorganisaties hebben beleid en stappenplannen ontwikkeld voor fase 2 en 3. Volg de interne en regionaal gemaakte afspraken.

Fase 1: normaal

- Eerstverantwoordelijke stemt af met cliënt, mantelzorg en behandelaar(s).
- Volg de intern gemaakte afspraken bij afschalen van de zorginzet.

Fase 2: kritiek

- Eerstverantwoordelijke (namens team) stemt af met management en behandelaar(s).
- Volg de regionaal gemaakte afspraken voor in-, door- en uitstroom en samenwerking met andere zorgaanbieders.
- Afstemming met ziekenhuis, ROAZ.

Fase 3: crisis

- Volg de regionaal gemaakte afspraken.
- Volg de aanwijzingen van de Directeur Publieke Gezondheid Crisisteam (GGD GHOR i.s.m. ROAZ). Deze informatie komt via jouw zorgorganisatie.

2. Zorgverlening

Voorbereiding

Zorg ervoor dat cliënt en mantelzorgers ervan op de hoogte zijn dat bij een zorgcrisis keuzes gemaakt moeten worden in de te verlenen zorg (= proactieve zorgplanning).

Leg de gemaakte afspraken vast in het zorgdossier.

Wanneer je een keuze moet maken in het uitvoeren van de zorgverlening, is het belangrijk dat de cliënt en diens mantelzorg aangeven wat voor hen belangrijk is als er minder professionele zorg beschikbaar is. Wat zouden zij mogelijk zelf kunnen doen?

Gebruik onderstaande vragen:

- Is het mogelijk deze interventie minder frequent uit te voeren?
- Is het mogelijk de interventie op een minder tijdrovende manier uit te voeren?
- Kan deze interventie op een ander (mogelijk rustiger) moment worden uitgevoerd?
- Kan iemand anders (lagere deskundigheid, niet-zorgmedewerker, mantelzorg, vrijwilliger) deze interventie uitvoeren? Geef zo nodig instructie.
- Wat is het gezondheidsrisico voor de cliënt als je iets niet (meer) of minder doet?
 - Lichamelijk
 - Psychisch
- Wat betekent het voor de kwaliteit/veiligheid van zorg?
- Wat doet het met mij als verzorgende, verpleegkundige, verpleegkundig specialist?
- Wat levert het aan tijdswinst op?

>

Concludeer aan de hand van bovenstaande vragen of de keuze opweegt tegen het risico van het niet of anders uitvoeren van de interventie. Is het risico niet aanvaardbaar, dan moet de interventie volgens de geldende afspraken worden uitgevoerd.

Belangrijke punten bij het maken van keuzes voor fase 2 en 3

- Overleg bij het maken van keuzes met de cliënt en diens mantelzorger(s).
- Maak de keuze niet alleen, maar ga hierover in gesprek met een multidisciplinair team van collega's, leidinggevende, regiebehandelaar etc.
- Maak keuzes altijd in afstemming met de regiebehandelaar.
- Stel vast wie eindverantwoordelijk is voor de gemaakte beslissing.
- Zorg ervoor dat je de gemaakte keuzes vastlegt in het zorgdossier.
- Maak afspraken over monitoring en evaluatie van de gemaakte keuzes, zodat je mogelijke complicaties vroegtijdig signaleert.

In fase 3 wordt op basis van de kennis van dat moment besloten wat wel en niet uitgevoerd moet worden, als de situatie daarom vraagt. Leg de besluitvorming vast in het zorgdossier.

Palliatieve terminale zorg

Volg het Zorgpad Stervensfase. Afscheid kunnen nemen is voor cliënt en naasten belangrijk. Bekijk per situatie wat wenselijk en mogelijk is. Ga flexibel om met de bezoeksregeling, die op dat moment in het verpleeghuis van kracht is.

Fase 1: normaal	Fase 2: kritiek	Fase 3: crisis
<ul style="list-style-type: none">• Professionele zorgverlening volgens afspraken in zorgplan.• Stem af met behandelaar(s).• Stem af met andere betrokken disciplines.• Denk aan proactieve zorgplanning.• Breng gezondheidsrisico's van cliënt in kaart bij mogelijk afschalen van zorg: psychisch, fysiek en welbevinden (positieve gezondheid).• Stem af met cliënt en mantelzorg wat aanvaardbaar is voor hem of haar om af te bouwen bij fase 2 en 3.• Maak afspraken hoe je contact houdt bij afschalen zorg.	<ul style="list-style-type: none">• Het is niet meer mogelijk alle professionele zorg uit te voeren.• Prioriteer in overleg met cliënt, mantelzorg en behandelaar(s) de minimale professionele zorg.• Breng de voorbehouden en risicovolle handelingen in kaart. Prioriteer.• Breng de frequentie van het uitvoeren van professionele zorg omlaag volgens de afspraken.• Houd volgens afspraak contact bij het verminderen van professionele zorg.• Verspreid zorgverlening over de dag.• Denk aan Advance Care Planning.	<ul style="list-style-type: none">• Uitvoeren van professionele zorg is niet mogelijk.• Zorg is gericht op houdbaar houden van de situatie en het voorkomen van crisissituaties.• Beperk tot het uitvoeren van minimale zorg conform de gemaakte afspraken met cliënt en mantelzorg.• Houd bij minimale zorg volgens afspraak contact.• Mantelzorg en niet-zorgmedewerkers nemen zorgtaken over. Monitoren is belangrijk.• Palliatieve terminale zorg: werk volgens gemaakte ACP-afspraken. Werk volgens <u>Zorgpad Stervensfase</u>.

- Bespreek alternatieve vormen van zorgverlening via (eHealth)technologie

- Afhankelijk van interne afspraken, cluster pandemische cliënten op een cohortafdeling.

- Afhankelijke van regionale afspraken, cluster pandemische cliënten van meerdere locaties op één locatie.

3. Ketenzorg

De doorstroom in de keten kan stagneren doordat er geen capaciteit (bedden en/of zorgmedewerkers) beschikbaar is om de zorg te verlenen. Dat houdt mogelijk in dat cliënten in het verpleeghuis zullen blijven die eigenlijk opgenomen dienen te worden of dat cliënten vervoegd in het verpleeghuis komen. De zorgzwaarte neemt hierdoor toe. Volg de regionaal gemaakte afspraken in deze situatie. Mogelijk is zorg over te dragen aan regionale, cohortverpleging, noodlocaties etc.

Fase 1: normaal

- Juiste zorg op de juiste plek.

Fase 2: kritiek

- Beperk de verplaatsingen in de keten tot een minimum.

Fase 3: crisis

- Doorstroming in de keten is zeer beperkt tot niet meer mogelijk. De hele keten is overbelast.

4. Zorg voor collega's

Evalueer altijd de dienst met de mensen met wie je hebt samengewerkt. Probeer zoveel mogelijk samen besluiten te nemen. Blijf niet zitten met wat je dwars zit. Of met een voor jou aangrijpende situatie. Heb oog voor de ander. Steun en zorg voor elkaar als iemand er doorheen zit. Tip: benoem iemand per dienst die dit alles 'bewaakt' en bespreekbaar maakt met collega's en met de leidinggevende.

Fase 1: normaal

- Evalueer de werkdag, evalueer de samenwerking onderling, bespreek irritaties en geef complimenten. Heb oog voor de emotionele gezondheid van je collega's.

Fase 2: kritiek

- Evalueer, beslis, steun en zorg voor elkaar.
- Heb oog voor de emotionele gezondheid van je collega's.

Fase 3: crisis

- Evalueer, beslis, steun en zorg voor elkaar.
- Heb oog voor de emotionele gezondheid van je collega's.

5. Beschikbaarheid zorgmedewerkers

Het inzetten van andere personen dan zorgprofessionals heeft als doel dat zorgprofessionals zich kunnen richten op de meest essentiële en specifieke zorg. Denk hierbij aan interventies die alleen door bevoegde en bekwame verzorgenden en verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd. Denk aan instructie aan cliënt of mantelzorg om een eenvoudige interventie zelf uit te voeren.

Vorbereiding

Breng nu al in kaart wie je waarvoor in kunt zetten en hoe je deze mensen snel kunt bereiken? De PAR/VAR in je organisatie kan hierin een ondersteunende rol spelen. Wat hebben deze mensen nodig om straks te kunnen ondersteunen en wat kun je nu al doen om ze hierop voor te bereiden?

Mogelijke ondersteuners

Binnen de organisatie

- Medewerkers met een zorgachtergrond, denk hierbij aan beleidsmedewerkers, zorgmanagers, opleiders etc.
- Medewerkers zonder zorgachtergrond, medewerkers van de backoffice, facilitaire dienst etc.

Buiten de organisatie

- Studenten verpleegkunde, leerling verzorgenden, agogisch medewerkers, medewerkers uit zelfstandige klinieken, studenten geneeskunde, hotel(school)medewerkers, reisleiders of andere dienstverlenende beroepen etc.

Maak duidelijke afspraken over de inzetbaarheid, verwachting en verantwoordelijkheid (taakdifferentiatie). Wanneer mensen van buiten de eigen instelling worden ingezet, mogen zij nooit in een verantwoordelijke positie worden geplaatst. Ook moet rekening worden gehouden met de draagkracht en draaglast van deze personen.

Andere oplossingen

Wanneer er problemen zijn met de personele bezetting, is het mogelijk dat je samen met je team en leidinggevende kijkt naar uitbreiding van het aantal cliënten per verzorgende of verpleegkundige. Ook kan het uitbreiden van werkuren (langere werkdagen) en/of de zorgverlening meer verspreiden over de dag oplossingen bieden. De zorgzwaarte, beschikbaarheid van ondersteuners, zelfredzaamheid van de cliënt, inzet familie etc. zijn van invloed op de beslissingen die hierover worden genomen. In deze tijd waarin je als verzorgende of verpleegkundige continue onder druk staat, is het belangrijk dat jij zelf je draagkracht en draaglast bewaakt. Geef het tijdig aan bij je leidinggevende wanneer je het gevoel hebt dat het je niet lukt om de verantwoordelijkheid over (nog) meer cliënten te hebben. Hiermee voorkom je potentieel gevaarlijke situaties voor je cliënt, maar ook voor jezelf. Voor het >>

uitbreiden van het aantal cliënten per verzorgende of verpleegkundige is geen standaard berekening mogelijk. Houd rekening met verschillen tussen afdelingen/locaties en de mogelijkheden tot het uitbreiden van het aantal cliënten per verzorgende of verpleegkundige.

Fase 1: normaal

- Via pool of uitzendbureau.
- Collega's van andere afdelingen of locaties.
- Bespreek het uitbreiden van het aantal cliënten per verzorgende of verpleegkundige.
- Bereid alle zorgmedewerkers voor op de volgende fases.

Fase 2: kritiek

- Andere zorg-medewerkers uit de organisatie.
- Collega's van andere zorgaanbieders.
- Uitbreiden van het aantal cliënten per zorgmedewerker.
- Afdelingen samenvoegen.

Fase 3: crisis

- Hulp van niet-zorgmedewerkers en vrijwilligers, bijvoorbeeld via Rode Kruis of Extrahandenvoorde zorg.nl

6. Verpleegkundige / verzorgende verslaglegging

Het is belangrijk om te blijven rapporteren. Dit is essentieel voor het borgen van continuïteit van zorg. Dat verschilt niet per fase. Wel geldt dat als je niet zelf de zorg verleent, maar bijvoorbeeld een mantelzorger, vrijwilliger of andere professional, je actief moet ophalen wat zijn of haar observaties zijn van de zorgsituatie. Deze observaties kunnen ze mogelijk zelf vastleggen, mogelijk niet. Uiteraard is de beleving van de cliënt en diens naasten essentieel en belangrijk om steeds in de gaten te houden.

Fase 1: normaal

- Rapporteer (conform de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging) om continuïteit van zorg te waarborgen.

Fase 2: kritiek

- Blijf rapporteren om continuïteit te borgen
- Vraag mantelzorg te rapporteren volgens eerdere afspraken. Monitor dit.

Fase 3: crisis

- Blijf rapporteren om continuïteit te borgen, indien nodig door anderen volgens eerdere afspraken. Monitor dit.

7. Inzetbaarheid mantelzorg (cliëntsysteem / eigen sociale netwerk) en vrijwilligers

Vorbereiding

Besprek in fase 1 met cliënt en mantelzorg welke zorgverlening de mantelzorg (cliëntsysteem/ eigen sociale netwerk) en vrijwilligers over kunnen nemen in fase 2 en 3. Informeer of er nog andere mensen in de naaste omgeving zijn die kunnen bijspringen. Geef zo nodig instructies over de interventie(s). Maak afspraken over hoe je contact houdt met de mantelzorg(er)s in fase 2 en 3. Leg dit vast in het zorgdossier. Houd rekening met overbelasting en uitval door de pandemie. Evalueer regelmatig hoe het gaat. Attendeer mantelzorg op het lokale mantelzorgsteunpunt voor advies en ondersteuning.

Fase 1: normaal

- Conform afspraken in het zorgplan.
- Monitor uitval van mantelzorg.
- Maak afspraken: wat kan mantelzorg bieden bij fase 2 en 3? Geef nu al instructie/ scholing en oefen.
- Geef instructie over en oefen rapporteren in fase 2 en 3.
- Maak afspraken hoe contact te houden bij fase

Fase 2: kritiek

- Mantelzorg neemt een deel van professionele zorg over conform de afspraken.
- Wees alert op uitval van mantelzorg.

Fase 3: crisis

- Mantelzorg en vrijwilliger(s), nemen indien mogelijk professionele zorg over conform de afspraken.
- Wees alert op uitval van mantelzorg.

8. Inzet (e-health) technologie

Vorbereiding

Zorg dat er een overzicht is van beschikbare ondersteunende 'slimme' technologieën. Maak afspraken over hoe je deze kunt gaan inzetten. Bij het gebruik van apps/sensoren is 24/7 de bereikbaarheid van een verpleegkundige of verzorgende vereist.

Fase 1: normaal

- Zet waar mogelijk slimme technologie en monitoring in via apps/sensoren.

Fase 2: kritiek

- Zet waar mogelijk slimme technologie en monitoring in via apps/sensoren.

Fase 3: crisis

- Zet waar mogelijk slimme technologie en monitoring in via apps/sensoren.

9. Hulpmiddelen en medicatie

Het gaat hier om zuurstof, saturatiemeters, medicatie-infuuspompen, urinekatheters, verbandmateriaal etc. Als in fase 2 de hulpmiddelen of medicatie niet binnen 24 uur geleverd worden, escaleer naar je leidinggevende. Volg de interne en regionaal gemaakte afspraken. Volg in fase 3 de instructies van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en ROAZ.

Fase 1: normaal

- Normale bevoorrading van hulpmiddelen en medicatie.
- Maak plannen bij te verwachten schaarste. Bedenk alternatieven.

Fase 2: kritiek

- Bevoorrading van hulpmiddelen en medicatie niet mogelijk binnen 24 uur? Escaleer naar het management.
- Volg de regionaal gemaakte afspraken.
- Toepassen van alternatieven daar waar schaarste heerst.

Fase 3: crisis

- Hulpmiddelen en medicatie zijn schaars tot niet beschikbaar.
- Verdelen van schaarse middelen via regionaal gemaakte afspraken.
- Overweeg cliënten in cohort op noodlocatie bij elkaar te brengen.

10. Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)

Indien persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) schaars en moeilijk leverbaar zijn, ga je zorgvuldig om met de materialen. Geen PBM beschikbaar = geen zorg verlenen, tenzij jij andere professionele afwegingen maakt. Jouw eigen veiligheid gaat altijd voor. Als in fase 2 PBM schaars wordt, escaleer dan naar je leidinggevende. Volg in fase 3 de instructies van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en ROAZ. Zie ook: [leidraad V&VN](#) over preventief gebruik FFP2-maskers.

Fase 1: normaal

- Normale bevoorrading van PBM.
- Volg richtlijnen juist en preventief gebruik van PBM.

Fase 2: kritiek

- Preventief gebruik van medische mondneus-maskers bij zorg binnen 1,5 meter of langer dan 15 minuten in één ruimte.
- Bewust omgaan met materiaal.
- Vervanging en hergebruik waar mogelijk.

Fase 3: crisis

- PBM is schaars tot niet beschikbaar.
- Zorg voor je eigen veiligheid: geen PBM = geen zorg, tenzij.

11. Registraties / screening / checklists

Vorbereiding

Maak alvast een overzicht van de registraties, screenings, checklists etc. die je uitvoert bij jouw cliënten. Stem af met cliënt en collega's welke registraties je als eerste niet meer uitvoert en welke je wel blijft uitvoeren als het relevant is voor de pandemische zorg in fase 2 en fase 3. Het registreren van delier (via DOS), pijnregistratie, vochtbalans en mantelzorgbelasting (via CSI) zijn belangrijk, juist bij pandemische zorg. Ga uit van je professionaliteit en je klinische blik. Welke screening kan je als verzorgende of verpleegkundige ook monitoren zonder een screeningsinstrument te gebruiken?

Belangrijke punten bij het maken van keuzes

- Maak keuzes niet alleen, maar ga hierover in gesprek met je collega's en leidinggevende.
- Stel altijd de regiebehandelaar op de hoogte van de gemaakte keuzes.
- Stel vast wie eindverantwoordelijk is voor de gemaakte keuze.
- Leg de gemaakte keuzes vast in het zorgdossier.
- Maak afspraken over monitoring en evaluatie van gemaakte keuzes zodat je mogelijke complicaties vroegtijdig signaleert.

Fase 1: normaal

- Registreer conform afspraken in het zorgplan en de organisatie.
- Instrueer anderen (mantelzorgers, niet-zorgmedewerkers) hoe registraties uit te voeren.

Fase 2: kritiek

- Registreer zoveel mogelijk beperken, tenzij van belang voor pandemische zorg.
- Monitor de uitvoering van registraties door mantelzorgers en niet-zorgmedewerkers

Fase 3: crisis

- Per pandemische cliënt beoordelen: alleen strikt noodzakelijke registraties.
- Monitor de uitvoering van registraties door mantelzorgers en niet-zorgmedewerkers.

12. Deskundigheidsbevordering

Vorbereiding

Geef instructie en scholing over interventies, rapporteren en registreren aan mantelzorgers en niet-zorgmedewerkers als voorbereiding op fase 2 en 3. Maak afspraken hoe je dit monitort in fase 2 en 3. Bekijk samen met collega's en leidinggevende kritisch welke deskundigheidsbevordering wel of geen doorgang moeten vinden in fase 1. Maak hierover afspraken met elkaar en leg deze vast. Laat in fase 2 en 3 alleen deskundigheidsbevordering doorgaan indien het noodzakelijk is voor de zorg.

Fase 1: normaal

- Continueren met prioriteit voor pandemische gerelateerde scholingen.
- In voorbereiding op fases 2 en 3: geef instructie en scholing aan mantelzorgers en niet-zorgverleners over interventies, rapporteren en registreren.

Fase 2: kritiek

- Zoveel mogelijk beperken, tenzij van belang voor pandemische zorg.

Fase 3: crisis

- Tot nader order stopzetten, tenzij noodzakelijk voor pandemische zorg.

13. Projecten

Vorbereiding

Bekijk samen met je collega's en leidinggevende kritisch welke projecten er wel of geen doorgang moeten vinden in fase 1. Maak hierover afspraken met elkaar en leg deze vast. Laat in fase 2 alleen projecten doorgaan indien relevant voor de zorg. In fase 3 wordt alles stopgezet.

Fase 1: normaal

- Continueer projecten, met prioriteit voor pandemische gerelateerde projecten.

Fase 2: kritiek

- Beperk projecten zoveel mogelijk, conform gemaakte afspraken.

Fase 3: crisis

- Tot nader order stopzetten van projecten, conform gemaakte afspraken.

14. Overleggen / medewerkersbijeenkomsten

Vorbereiding

Bedenk nu alvast welke overleggen geen prioriteit hebben en dus niet doorgaan wanneer dit niet mogelijk is. Maak ook afspraken om bijvoorbeeld het teamoverleg wel door te laten gaan, hetzij korter en mogelijk digitaal. Indien mogelijk, ontwikkel een plan voor bijeenkomsten die makkelijk toegankelijk zijn voor medewerkers. Stem intern af (bijvoorbeeld met PAR/VAR) welke andere vormen mogelijk zijn om belangrijke informatie snel te delen. Maak afspraken voor fase 2: overleg over de continuïteit van zorg en het volhouden met elkaar. En voor fase 3: overleg om crisissituaties te voorkomen. Leg de afspraken vast.

Fase 1: normaal

- Continueer overleggen, met prioriteit voor pandemische gerelateerde overleggen en medewerkersbijeenkomsten.

Fase 2: kritiek

- Beperk overleg zoveel mogelijk, conform gemaakte afspraken.
- Overleg gericht op de continuïteit van zorg en het volhouden met elkaar.

Fase 3: crisis

- Tot nader order stopzetten van overleg, conform gemaakte afspraken.
- Overleggen gericht op het voorkomen van crisissituaties.

Bijlage 4B

Afwegingskader fase 3: Wijkverpleging

Een pandemie van ziekmakende micro-organismen leidt mogelijk tot crisisfase 3 (“code zwart”): een zeer ernstige verstoring van de gezondheidszorg. Deze fase kan een enorme impact hebben op de manier waarop wij zorg verlenen. De zorg is in dit scenario vooral gericht op het voorkomen van onherstelbare schade, op overleven en op het verlenen van zo goed mogelijke palliatieve zorg. Het is dan onmogelijk om alle zorg te verlenen zoals je dit normaal doet.

Hoe bepaal je welke zorg je wel en niet verleent? Om je hiermee te helpen heeft V&VN afwegingskaders gemaakt voor de verzorgende en verpleegkundige praktijk. Deze maken deel uit van de sectorplannen die de samenwerkende brancheorganisaties en beroepsverenigingen hebben opgesteld. Het Afwegingskader Fase 3 is een hulpmiddel om te ondersteunen bij het maken van keuzes en je voor te bereiden op hoe je handelt als de continuïteit van de zorg zwaar onder druk komt te staan.

Hoe gebruik je een afwegingskader?

- Je gebruikt een afwegingskader uitsluitend tijdens een pandemische crisis. Je zet het niet in op een ander moment voor het maken van keuzes in zorgverlening.
- Een afwegingskader is geen blauwdruk. Het schrijft niet voor welke zorg wel of niet moet worden uitgevoerd, maar helpt je bij het maken van keuzes tijdens de verschillende fases van de crisis. De keuzes die gemaakt worden zijn altijd afhankelijk van de patiënt, het specialisme en de zorgcontext. Beoordeel alle punten in het afwegingskader in samenhang met elkaar.
- Gebruik een afwegingskader nooit zelfstandig, maar ga hierover in gesprek met collega’s, leidinggevende, regiebehandelaar, behandelend arts en andere belanghebbenden in de organisatie. Maak gezamenlijk keuzes, betrek de patiënt en diens naasten bij het maken van de keuzes en stel ze op de hoogte. Spreek af wie eindverantwoordelijk is en leg de keuzes altijd vast in het dossier van de patiënt. Maak

afspraken over monitoring en evaluatie zodat eventuele complicaties vroegtijdig gesignaleerd worden.

Feedback

Heb je vragen of opmerkingen over de afwegingskaders? Of heb je aanvullingen? Stuur een bericht naar info@venvn.nl, onder vermelding van afwegingskader Fase 3 pandemie. Op basis van nieuwe inbreng van leden (en niet-leden) kunnen de afwegingskaders tussentijds worden bijgewerkt.

Disclaimer

V&VN heeft samen met de betrokken verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten en partijen in de zorg met de grootst mogelijke zorg en aandacht aan de inhoud van de afwegingskaders gewerkt. Ontwikkelingen rondom en tijdens een pandemische crisis volgen elkaar snel op. Daarom kunnen de afwegingskaders tussentijds worden bijgewerkt of ingetrokken.

V&VN is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in dit document. De meest actuele versie is vindbaar op de website van V&VN. De afwegingskaders zijn geldig vanaf 4 maart 2021 en worden herzien als daar aanleiding toe bestaat. Het beheer van de afwegingskaders ligt bij V&VN.

Afwegingskader fase 3: wijkverpleging

Situatiebeoordeling in fase 1, 2 en 3 van de zorgcrisis als gevolg van de pandemie

Dit afwegingskader is gemaakt voor gebruik door verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten tijdens de pandemie. Beschouw het afwegingskader niet als blauwdruk, maar als hulpmiddel bij het maken van keuzes. Beoordeel alle punten in samenhang met elkaar.

CRISISFASE *	Fase 1: normaal Vorbereidende fase	Fase 2: kritiek	Fase 3: crisis Code zwart
Ruimte in opnamecapaciteit	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Triage</u> op basis van urgentie door regiebehandelaar. • Ruimte om nieuwe cliënten in zorg te nemen. • Volg de intern gemaakte afspraken bij het afschalen van de zorginzet. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Triage</u> op basis van urgentie door wijkverpleegkundige. • Weinig ruimte voor in-, door- en uitstroom van cliënten. • Volg de interne en regionale gemaakte afspraken. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Triage</u> op basis van urgentie door wijkverpleegkundige. • Beperkt tot geen ruimte voor instroom van cliënten. • Cliënten kunnen niet door- en uitstromen naar ziekenhuis/cohort-afdeling/ander verblijf.
Beschikbaarheid zorgmedewerkers	<ul style="list-style-type: none"> • Extra verzorgenden en verpleegkundigen beschikbaar, indien nodig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grotere inzetbaarheid nodig van verzorgenden en verpleegkundigen. Meer cliënten per verzorgende en verpleegkundige. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende verzorgenden en verpleegkundigen, of onvoldoende geschoolde medewerkers inzetbaar.
Ziekteverzuim verzorgenden en verpleegkundigen**	<ul style="list-style-type: none"> • < 10% 	<ul style="list-style-type: none"> • 10% - 20% 	<ul style="list-style-type: none"> • > 20%
Zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening gebeurt volgens afspraken in het zorgplan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening aanpassen volgens gemaakte afspraken en vastleggen in zorgdossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening beperken tot minimale zorg. • Palliatieve terminale zorg is in deze fase belangrijk en moet voorrang krijgen.
Kwaliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Normaal, conform beroepsnormen, protocollen, richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en kwaliteitskader wijkverpleging. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enige impact, zoveel mogelijk overeenkomend met beroepsnormen etc. • Gericht op wat voor cliëntsituatie belangrijk is qua professionele zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niet overeenkomend met normale kwaliteit van zorg. • Gericht op voorkomen van onherstelbare schade en overleven van cliënten en/of comfortabel sterven op de huidige plek (thuis).
Besluitvorming	<ul style="list-style-type: none"> • Lokaal 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionaal door VVT-regio en ROAZ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationaal door minister VWS.

*) Per situatie kan er sprake zijn van een verschil in fase. Beoordeel alle punten in samenhang met elkaar.

***) Ziekteverzuim staat altijd in relatie tot de zorgzwaarte en hoeveelheid cliëntenzorg (contextafhankelijk).

1. Afstemming zorginzet

Vorbereiding

Veel zorgorganisaties hebben samen met hun medewerkers beleid en stappenplannen ontwikkeld voor fase 2 en 3. En er zijn gesprekken gevoerd met cliënten, mantelzorgers en andere betrokken ondersteuners. Volg de interne en regionaal gemaakte afspraken.

Fase 1: normaal

- Wijkverpleegkundige stemt af met cliënt(systeem) en diens huisarts.
- Volg de intern gemaakte afspraken bij het afschalen van de zorginzet.

Fase 2: kritiek

- Wijkverpleegkundige stemt (namens wijkteam) af met management.
- Volg de regionaal gemaakte afspraken voor in-, door- en uitstroom en samenwerking met andere zorgaanbieders.
- Afstemming met huisartsen, ziekenhuis, verpleeghuis, ROAZ.

Fase 3: crisis

- Volg de regionaal gemaakte afspraken.
- Volg de aanwijzingen van de Directeur Publieke Gezondheid Crisisteam (GGD GHOR i.s.m. ROAZ). Deze informatie komt via de zorgorganisatie.

2. Zorgverlening

Vorbereiding

Zorg ervoor dat cliënt en mantelzorgers ervan op de hoogte zijn dat bij een zorgcrisis keuzes gemaakt moeten worden in de te verlenen zorg (= proactieve zorgplanning). Bespreek met cliënt en mantelzorg wat er mogelijk is. Instrueer en oefen in fase 1. Leg de gemaakte afspraken vast in het zorgdossier.

Wanneer je een keuze moet maken in het uitvoeren van de zorgverlening is het belangrijk dat de cliënt en diens mantelzorg aangeven wat voor hen belangrijk is als er minder professionele zorg beschikbaar is. Wat zouden zij mogelijk zelf kunnen doen?

Gebruik onderstaande vragen:

- Is het mogelijk deze interventie minder frequent uit te voeren?
- Is het mogelijk de interventie op een minder tijdrovende manier uit te voeren?
- Kan deze interventie op een ander (mogelijk rustiger) moment worden uitgevoerd?
- Kan iemand anders (lagere deskundigheid, niet-zorgmedewerker, mantelzorg, vrijwilliger) deze interventie uitvoeren? Geef zo nodig instructie.
- Wat is het gezondheidsrisico voor de cliënt als je iets niet (meer) of minder doet?
 - Lichamelijk
 - Psychisch

- Wat betekent het voor de kwaliteit/veiligheid van zorg?
- Wat doet het met mij als verzorgende, verpleegkundige, verpleegkundig specialist?
- Wat levert het aan tijdswinst op?

Concludeer aan de hand van bovenstaande vragen of de keuze opweegt tegen het risico van het niet of anders uitvoeren van de interventie. Is het risico niet aanvaardbaar dan moet de interventie volgens de geldende afspraken worden uitgevoerd.

Belangrijke punten bij het maken van keuzes voor fase 2 en 3

- Overleg bij het maken van keuzes met de cliënt en diens mantelzorger(s).
- Maak de keuze niet alleen, maar ga hierover in gesprek met een multidisciplinair team van collega's, leidinggevende, huisarts, verzorgingswerker etc.
- Maak keuzes altijd in afstemming met de huisarts.
- Stel vast wie eindverantwoordelijk is voor de gemaakte beslissing.
- Zorg ervoor dat je de gemaakte keuzes vastlegt in het zorgdossier.
- Maak afspraken over monitoring en evaluatie van de gemaakte keuzes, zodat je mogelijke complicaties vroegtijdig signaleert.

In fase 3 wordt op basis van de kennis van dat moment besloten wat wel en niet uitgevoerd moet worden, als de situatie daarom vraagt. Leg de besluitvorming vast in het zorgdossier.

Fase 1: normaal	Fase 2: kritiek	Fase 3: crisis
<ul style="list-style-type: none"> • Professionele zorgverlening volgens afspraken in zorgplan. • Stem af met huisarts en meld dat cliënt wijkverpleging ontvangt. • Stem af met andere betrokken disciplines. • Denk aan proactieve zorgplanning. • Breng gezondheidsrisico's cliëntsituatie in kaart bij mogelijk afschalen van zorg: psychisch, fysiek en welbevinden (positieve gezondheid). • Stem af met cliënt en mantelzorg wat aanvaardbaar is voor cliëntsituatie om af te bouwen bij fase 2 en 3. • Maak afspraken hoe je contact houdt bij afschalen zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het is niet meer mogelijk alle professionele zorg uit te voeren. • Prioriteer in overleg met cliënt(systeem) de minimale professionele zorg conform gemaakte afspraken. • Breng de voorbehouden en risicovolle handelingen in kaart. Prioriteer. • Breng frequentie van het uitvoeren van professionele zorg omlaag tot minimale zorg conform gemaakte afspraken. • Verspreid zorgverlening over de dag. • Denk aan Advance Care Planning. • Houd volgens afspraak contact bij minimale zorg in cliëntsituatie. • Afhankelijk van regionale 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren van professionele zorg is bijna onmogelijk. • Zorg is gericht op houdbaar houden van situatie thuis en het voorkomen van crisissituaties en opnames. • Beperk tot het uitvoeren van minimale zorg conform de gemaakte afspraken. • Houd bij minimale zorg volgens afspraak contact. • Palliatieve terminale Zorg: werk volgens gemaakte ACP-afspraken. Werk volgens Zorgpad Stervensfase. • Cluster pandemische cliënten in een specialistisch verpleegkundig team. • Maak zuurstof-behandeling thuis mogelijk. Dit voor-

- Bespreek alternatieve vormen van zorgverlening via (e-health)technologie.

afspraken, cluster pandemische cliënten in een specialistisch verpleegkundig team.

- Maak zuurstof-behandeling thuis mogelijk. Dit voorkomt opnames en maakt vervroegd ontslag uit instelling mogelijk.

komt opnames en maakt vervroegd ontslag uit instelling mogelijk.

3. Ketenzorg

De doorstroom in de keten kan stagneren doordat er geen capaciteit (bedden en/of zorgmedewerkers) in de instellingen beschikbaar is om zorg te verlenen. Dat houdt mogelijk in dat cliënten thuis zullen blijven die eigenlijk opgenomen dienen te worden. De zorgzwaarte thuis neemt hierdoor toe. Volg de regionaal gemaakte afspraken in deze situatie. Mogelijk is de zorg over te dragen aan regionale pandemische teams, cohortverpleging, noodlocaties etc.

Fase 1: normaal

- Juiste zorg op de juiste plek.

Fase 2: kritiek

- Beperk de verplaatsingen in de keten tot een minimum.

Fase 3: crisis

- Doorstroming in de keten is zeer beperkt tot niet meer mogelijk. De hele keten is overbelast.

4. Zorg voor collega's

Evalueer altijd de dienst met de mensen met wie je hebt samengewerkt. Probeer zoveel mogelijk samen besluiten te nemen. Blijf niet zitten met wat je dwars zit. Of met een voor jou aangrijpende situatie. Heb oog voor de ander. Steun en zorg voor elkaar als iemand er doorheen zit. Tip: benoem iemand per dienst die dit alles 'bewaakt' en bespreekbaar maakt met collega's en de leidinggevende.

Fase 1: normaal

- Evalueer de werkdag, evalueer de samenwerking onderling, bespreek irritaties en geef complimenten. Heb oog voor de emotionele gezondheid van je collega's.

Fase 2: kritiek

- Evalueer, beslis, steun en zorg voor elkaar.
- Monitor de inzetbaarheid van collega's.

Fase 3: crisis

- Evalueer, beslis, steun en zorg voor elkaar.
- Monitor de inzetbaarheid van collega's.

5. Beschikbaarheid zorgmedewerkers

Het inzetten van andere personen dan zorgprofessionals in fase 2 en 3 heeft als doel dat zorgprofessionals zich kunnen richten op de meest essentiële en specifieke zorg. Denk hierbij aan interventies die alleen door bevoegde en bekwame verzorgenden en verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd. Denk aan instructies aan cliënt, mantelzorg of vrijwilligers om eenvoudige interventies zelf uit te voeren.

Vorbereiding

Breng nu al in kaart wie je waarvoor in kunt zetten en hoe je deze mensen snel kunt bereiken en inzetten. De PAR/VAR in je organisatie kan hierin een ondersteunende rol spelen. Wat hebben deze mensen nodig om straks te kunnen ondersteunen en wat kun je nu al doen om ze hierop voor te bereiden?

Samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio en lokaal

Informeer naar de samenwerkingsafspraken. Organiseer de zorg geclusterd samen met andere zorgaanbieders. Kijk of routes zijn te combineren ('voorkom dat je met 5 auto's voor een flatgebouw staat'). Inventariseer de bevoegdheden en bekwaamheden van de zorgmedewerkers van de verschillende organisaties (een 'wijkplanning').

Mogelijke ondersteuners

Binnen de organisatie

- Medewerkers met een zorgachtergrond, denk hierbij aan beleidsmedewerkers, zorgmanagers, opleiders etc.
- Medewerkers zonder zorgachtergrond, medewerkers van de backoffice, facilitaire dienst etc.

Buiten de organisatie

- Studenten verpleegkunde, leerling-verzorgenden, agogisch medewerkers, medewerkers uit zelfstandige klinieken, studenten geneeskunde, hotel(school)medewerkers, reisleiders of andere dienstverlenende beroepen, etc.

Maak duidelijke afspraken over de inzetbaarheid, verwachting en verantwoordelijkheid (taakdifferentiatie). Wanneer mensen van buiten de eigen instelling worden ingezet mogen zij nooit in een verantwoordelijke positie worden geplaatst. Ook moet rekening worden gehouden met de draagkracht en draaglast van deze personen.

Andere oplossingen

Wanneer er problemen zijn met de personele bezetting is het mogelijk dat je samen met je team en leidinggevende kijkt naar uitbreiding van het aantal cliënten per verzorgende of verpleegkundige. Ook kan het uitbreiden van werkuren (langere werkdagen) en/of de zorgverlening meer verspreiden over de dag oplossingen bieden. De zorgzwaarte, beschikbaarheid van ondersteuners, zelfredzaamheid van de cliënt, inzet familie etc. zijn van invloed op de

beslissingen die hierover worden genomen. In deze tijd waarin je als verzorgende of verpleegkundige continue onder druk staat, is het belangrijk dat jij zelf je draagkracht en draaglast bewaakt. Geef het tijdig aan bij je leidinggevende wanneer je het gevoel hebt dat het je niet lukt om de verantwoordelijkheid over (nog) meer cliënten te hebben. Hiermee voorkom je potentieel gevaarlijke situaties voor je cliënt maar ook voor jezelf. Voor het uitbreiden van het aantal cliënten per verzorgende of verpleegkundige is geen standaard berekening mogelijk. Houd rekening met verschillen tussen locaties/teams en de mogelijkheden tot het uitbreiden van het aantal cliënten per verzorgende of verpleegkundige.

Fase 1: normaal

- Via pool of uitzendbureau.
- Collega's van andere wijkteams of locaties.
- Bereid alle zorgmedewerkers voor op de volgende fases.

Fase 2: kritiek

- Andere zorgmedewerkers uit de organisatie.
- Collega's van andere zorgaanbieders.
- Uitbreiden van het aantal cliënten per zorgmedewerker.
- Samenstellen van (speciële) wijkteams vanuit meerdere zorgaanbieders.

Fase 3: crisis

- Hulp van niet-zorgmedewerkers en ondersteuners buiten de organisatie (bijvoorbeeld via Rode Kruis of Extrahandenvoordezorg.nl)

6. Verpleegkundige / verzorgende verslaglegging

Het is belangrijk om te blijven rapporteren. Dit is essentieel voor het borgen van continuïteit van zorg. Dat verschilt niet per fase. Wel geldt dat als je niet zelf de zorg verleent, maar bijvoorbeeld een mantelzorger, vrijwilliger of andere professional, je actief moet ophalen wat zijn/haar observaties zijn van de zorgsituatie. Deze observaties kunnen ze mogelijk zelf vastleggen, mogelijk niet. Uiteraard is de beleving van de cliënt en diens naasten essentieel en belangrijk om steeds in de gaten te houden.

Fase 1: normaal

- Rapporteer (conform de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging) om continuïteit van zorg te waarborgen.

Fase 2: kritiek

- Blijf rapporteren om continuïteit te borgen
- Vraag mantelzorg te rapporteren volgens eerdere afspraken. Monitor dit.

Fase 3: crisis

- Blijf rapporteren om continuïteit te borgen, indien nodig door anderen volgens eerdere afspraken. Monitor dit.

7. Inzetbaarheid mantelzorg (cliëntsysteem / eigen sociale netwerk) en vrijwilligers

Vorbereiding

Besprek in fase 1 met cliënt en mantelzorg welke zorgverlening de mantelzorg (cliëntsysteem / eigen sociale netwerk) en vrijwilligers kunnen overnemen in fase 2 en 3. informeer of er nog andere mensen in de naaste omgeving zijn die kunnen bijspringen. Geef zo nodig instructies over de interventie(s). Maak afspraken over hoe je contact houdt met de mantelzorg(er)s in fase 2 en 3. Leg dit vast in het zorgdossier. Houd rekening met overbelasting en uitval door de pandemie. Evalueer regelmatig hoe het gaat. Attendeer mantelzorg op het lokale mantelzorgsteunpunt voor advies en ondersteuning.

Fase 1: normaal

- Conform afspraken in het zorgplan.
- Monitor uitval van mantelzorg.
- Maak afspraken: wat kan mantelzorg bieden bij fase 2 en 3? Geef nu al instructie/ scholing. Oefen, ook alvast met monitoring op afstand.
- Geef instructie over en oefen rapporteren in fase 2 en 3.
- Maak afspraken hoe contact te houden bij fase 2 en 3.

Fase 2: kritiek

- Mantelzorg neemt een deel van professionele zorg over conform de afspraken.
- Wees alert op uitval van mantelzorg.
- Houd contact volgens gemaakte afspraken.

Fase 3: crisis

- Mantelzorg neemt indien mogelijk professionele zorg over conform afspraken.
- Wees alert op uitval van mantelzorg.
- Houd contact volgens gemaakte afspraken

8. Inzet (e-health) technologie

Vorbereiding

Zorg dat er een overzicht is van beschikbare ondersteunende 'slimme' technologieën. Maak afspraken over hoe je deze kunt gaan inzetten. Bij het gebruik van apps/sensoren is 24/7 de bereikbaarheid van een verpleegkundige of verzorgende vereist.

Fase 1: normaal

- Zet waar mogelijk slimme technologie en monitoring in via apps/sensoren.

Fase 2: kritiek

- Zet waar mogelijk slimme technologie en monitoring in via apps/sensoren.

Fase 3: crisis

- Zet waar mogelijk slimme technologie en monitoring in via apps/sensoren.

9. Hulpmiddelen en medicatie

Het gaat hier om zuurstof, saturatiemeters, medicatie-infuuspompen, urine-katheters, verbandmateriaal, hooglaagbedden etc. Als in fase 2 de hulpmiddelen en medicatie niet binnen 24 uur geleverd worden, escaleer naar het management. Volg de interne en regionaal gemaakte afspraken. Volg in fase 3 de instructies van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en ROAZ.

Fase 1: normaal

- Normale bevoorrading van hulpmiddelen en medicatie.
- Maak plannen bij te verwachten schaarste. Bedenk alternatieven.

Fase 2: kritiek

- Bevoorrading van hulpmiddelen en medicatie niet mogelijk binnen 24 uur? Escaleer naar management.
- Volg de regionale gemaakte afspraken.
- Toepassen van alternatieven daar waar schaarste heerst.

Fase 3: crisis

- Hulpmiddelen en medicatie zijn schaars tot niet beschikbaar.
- Verdelen van schaarse medicatie via regionaal gemaakte afspraken.
- Overweeg cliënten in cohort op noodlocatie bij elkaar te brengen.

10. Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)

Indien persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) schaars en moeilijk leverbaar zijn, ga je zorgvuldig om met de materialen. Geen PBM beschikbaar = geen zorg verlenen, tenzij jij andere professionele afwegingen maakt. Jouw eigen veiligheid gaat altijd voor. Als in fase 2 PBM schaars wordt, escaleer dan naar je leidinggevende. Volg in fase 3 de instructies van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en ROAZ. Zie ook: [leidraad V&VN](#) over preventief gebruik FFP2-maskers.

Fase 1: normaal

- Normale bevoorrading van PBM.
- Volg richtlijnen juist en preventief gebruik van PBM.

Fase 2: kritiek

- Preventief gebruik van medische mondneus-maskers bij zorg binnen 1,5 meter of langer dan 15 minuten in één ruimte.
- Bewust omgaan met materiaal.
- Vervanging en hergebruik waar mogelijk.

Fase 3: crisis

- PBM is schaars tot niet beschikbaar.
- Zorg voor je eigen veiligheid: geen PBM = geen zorg, tenzij.

11. Registraties / screening / checklists

Vorbereiding

Maak alvast een overzicht van de registraties, screenings, checklists etc. die je uitvoert bij jouw cliënten. Stem af met cliënt en collega's welke registraties je als eerste niet meer uitvoert en welke je wel blijft uitvoeren als het relevant is voor de pandemische zorg in fase 2 en fase 3. Het registreren van delier (via DOS), pijnregistratie, vochtbalans en mantelzorgbelasting (via CSI) zijn belangrijk, juist bij pandemische zorg. Ga uit van je professionaliteit en je klinische blik. Welke screening kun je als verzorgende of verpleegkundige ook monitoren zonder een screeningsinstrument te gebruiken?

Belangrijke punten bij het maken van keuzes

- Maak de keuzes niet alleen, maar ga hierover in gesprek met je collega's en leidinggevende.
- Stel altijd de huisarts op de hoogte van de gemaakte keuzes.
- Stel vast wie eindverantwoordelijk is voor de gemaakte keuze.
- Leg de gemaakte keuzes vast in het zorgdossier.
- Maak afspraken over monitoring en evaluatie van gemaakte keuzes zodat je mogelijke complicaties vroegtijdig signaleert.

Fase 1: normaal

- Registreer conform afspraken in het zorgplan en de organisatie.
- Instrueer anderen (mantelzorgers, niet-zorgmedewerkers) hoe registraties uit te voeren.

Fase 2: kritiek

- Registreer zoveel mogelijk beperken, tenzij van belang voor pandemische zorg.
- Monitor de uitvoering van registraties door mantelzorgers/niet-zorgmedewerkers.

Fase 3: crisis

- Per pandemische cliënt beoordelen: alleen strikt noodzakelijke registraties.
- Monitor de uitvoering van registraties door mantelzorgers en niet-zorgmedewerkers.

12. Deskundigheidsbevordering

Vorbereiding

Geef instructie en scholing over interventies, rapporteren en registreren aan mantelzorgers en niet-zorgmedewerkers als voorbereiding op fase 2 en 3. Maak afspraken hoe je dit monitort in fase 2 en 3. Bekijk samen met collega's en leidinggevende kritisch welke deskundigheidsbevordering wel of geen doorgang moeten vinden in fase 1. Maak hierover afspraken met elkaar en leg deze vast. Laat in fase 2 en 3 alleen deskundigheidsbevordering doorgaan indien het noodzakelijk is voor de zorg.

Fase 1: normaal

- Continueren met prioriteit voor pandemische gerelateerde scholingen.
- In voorbereiding op fases 2 en 3: geef instructie en scholing aan mantelzorgers en niet-zorgverleners over interventies, rapporteren en registreren.

Fase 2: kritiek

- Zoveel mogelijk beperken, tenzij van belang voor pandemische zorg.

Fase 3: crisis

- Tot nader order stopzetten, tenzij noodzakelijk voor pandemische zorg.

13. Projecten

Vorbereiding

Bekijk samen met je collega's en leidinggevende kritisch welke projecten er wel of geen doorgang moeten vinden in fase 1. Maak hierover afspraken met elkaar en leg deze vast. Laat in fase 2 alleen projecten doorgaan indien relevant voor de zorg. In fase 3 wordt alles stopgezet.

Fase 1: normaal

- Continueer projecten, met prioriteit voor pandemische gerelateerde projecten.

Fase 2: kritiek

- Beperk projecten zoveel mogelijk, conform gemaakte afspraken.

Fase 3: crisis

- Tot nader order stopzetten van projecten, conform gemaakte afspraken.

14. Overleggen / medewerkersbijeenkomsten

Vorbereiding

Bedenk nu alvast welke overleggen geen prioriteit hebben en dus niet doorgaan wanneer dit niet mogelijk is. Maak ook afspraken om bijvoorbeeld het teamoverleg wel door te laten gaan, hetzij kort en mogelijk digitaal. Indien mogelijk, ontwikkel een plan voor bijeenkomsten die makkelijk toegankelijk zijn voor medewerkers. Stem intern af (bijvoorbeeld met PAR/VAR) welke andere vormen mogelijk zijn om belangrijke informatie snel te delen. Maak afspraken voor fase 2: overleg over de continuïteit van zorg en het volhouden met elkaar. En voor fase 3: overleg om crisissituaties te voorkomen. Leg de afspraken vast.

Fase 1: normaal

- Continueer overleggen, met prioriteit voor pandemische gerelateerde overleggen en medewerkersbijeenkomsten.

Fase 2: kritiek

- Beperk overleg zoveel mogelijk, conform gemaakte afspraken.
- Overleg gericht op de continuïteit van zorg en het volhouden met elkaar.

Fase 3: crisis

- Tot nader order stopzetten van overleg, conform gemaakte afspraken.
- Overleggen gericht op het voorkomen van crisissituaties.

Bijlage 5

Organisatie en wettelijk kader

Indien Fase 3: code zwart wordt afgegeven betekent dit ook een (tijdelijke) aanpassing van de wettelijke kaders die gelden. Deze bijlage beschrijft welke elementen uit de wettelijke kaders relevant zijn in geval Fase 3: code zwart in werking treedt en wat de consequenties hiervan zijn.

Organisatie, bevoegdheden en mandaat

ROAZ

Op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) organiseren de ziekenhuizen met aanwijzing traumacentrum een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Nederland is ingedeeld in 11 ROAZ-gebieden. Deze gebieden zijn groter dan de 25 veiligheidsregio's. De deelname aan het ROAZ van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is in de regelgeving niet formeel geregeld, maar de DPG is in de praktijk wel altijd lid. De opdracht van het ROAZ is: zorgdragen dat de cliënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek adequate zorg geboden krijgt. Daartoe wordt het acute zorgaanbod in de regio in kaart gebracht.

De VVT-sector sluit aan op de deze acute zorgketen met een bestuurder en in veel ROAZ-regio's is er inmiddels een regionaal VVT-overleg. Regionaal weten deze twee overleggen elkaar ook beter te vinden en sluit de VVT vaak al aan bij het ROAZ-overleg.

In het regionale VVT-overleg over niet-acute zorg kunnen zorgorganisaties afspraken maken over zorgcontinuïteit in de sector. Vervolgens dienen deze afspraken ook in het ROAZ-overleg bekend te zijn om daar met alle partijen uit de zorgketen afspraken te maken over Fase 3: code zwart in de keten.

Directeur Publieke Gezondheid (DPG)

Infectieziektebestrijding valt onder de publieke gezondheidszorg en is een verantwoordelijkheid van de GGD. De GGD valt samen met de GHOR (veiligheidsregio) onder de verantwoordelijkheid van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG). De DPG geeft dagelijks leiding aan de GGD en de GHOR. De DPG is tevens belast met de operationele leiding en geeft tijdens rampen of openbare ordeverstoringen sturing aan de geneeskundige hulpverlening ('de witte keten'). Hij kan daartoe bevelen geven aan de zorgorganisaties, inclusief private zorgorganisaties. Hoewel formeel breder toepasbaar, beperkt de operationele leiding zich in de praktijk vaak tot de coördinatie van de acute gezondheidszorg (van eerste zorg op locatie tot en met het vervoer naar de zorgorganisaties). De zorgorganisaties blijven zelf verantwoordelijk voor uitvoeren van zorg.

Voor de afstemming binnen de geneeskundige keten worden de afspraken over dagelijkse en opgeschaalde zorg door en met de DPG bij voorkeur gemaakt in het regionale overleg over acute zorg en het regionale overleg van de VVT. Dit geldt ook als het gaat om infectieziektebestrijding en zorgcontinuïteit. In de regio's ligt het primaat om gezamenlijk de knelpunten te signaleren en daarvoor ook gezamenlijk oplossingen te vinden.

Het vertrekpunt is daarom dat in de voorbereiding op Fase 3: code zwart de DPG in goed overleg met de zorgaanbieders tot afspraken komt. Bijvoorbeeld over de situatie dat gedurende Fase 3: code zwart personeel over instellingen heen moet worden verdeeld vanwege diverse lokale uitbraken en het daardoor ontstane tekort aan professionals. Het instellingsbelang kan dan ondergeschikt worden aan het algemene belang. Als een zorgaanbieder in dat geval terughoudend is om zijn medewerking te verlenen kan de DPG via de voorzitter van de veiligheidsregio deze zorgaanbieder een aanwijzing geven.

De DPG en ROAZ kunnen gezamenlijk, wanneer de regio niet meer de continuïteit van zorg kan waarborgen, bovenregionaal ondersteuning vragen. Daarnaast kunnen de DPG en de ROAZ gezamenlijk regionaal Fase 3: code zwart instellen.

Minister

Het besluit of er sprake is van Fase 3: code zwart, landelijk, is aan de minister. De minister communiceert over deze situatie aan de Tweede Kamer indien er sprake is van Fase 3: code zwart. Op dat moment kan er gehandeld worden in de sector aan de hand van de verschillende afwegingskaders, richtlijnen etc. De besluitvorming is terug te lezen in de **Kamerbrief Infectiebestrijding** van 7 april 2020 en dit is ook beschreven in hoofdstuk 3 van dit afwegingskader.

Wanneer het niet meer mogelijk wordt dat een ieder de gebruikelijke zorg krijgt die de zorgaanbieder op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is gehouden te leveren, dan betekent dat niet dat cliënten verstoken raken van zorg. Cliënten zullen zo goed mogelijk zorg krijgen in de gegeven omstandigheden. Dat zorgorganisaties onder die omstandigheden niet de anders gebruikelijke zorg, maar wel een minimale zorg kunnen verlenen, is hun als (zorg)medewerkers niet toe te rekenen. Daar zal de minister de IGJ ook toe vragen in de handhaving daar rekening mee te houden en het is ook relevant in tuchtrechtelijke zin.

Wettelijk kader

Wet zorg en dwang (Wzd)

De hoofdregel van de Wzd is dat onvrijwillige zorg wordt verleend op basis van een zorgplan, dat is vastgesteld nadat de daarvoor geldende besluitvormingsprocedure (het stappenplan) is gevolgd. In een code zwart-scenario kan een zorgorganisatie tijdelijk niet in staat zijn de besluitvorming van de Wzd (geheel) te doorlopen. Dan kan worden aangesloten bij de guidance die het ministerie van VWS en de IGJ eerder gegeven hebben ten aanzien van de naleving van de Wzd COVID-19 tijd. [De Wet zorg en dwang en COVID-19 | Wet zorg en dwang \(Wzd\) | Informatiepunt dwang in de zorg](#). In deze guidance wordt ruimte gegeven aan zorgaanbieders en professionals om hun eigen professionele afweging te maken om –als dat nodig is– af te wijken van de Wzd en van het stappenplan. Gemaakte afwegingen moeten zo veel als mogelijk worden vastgelegd in het dossier van de cliënt.

Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz)

De Wkkgz (art 9) voorzien in een verplichting om incidenten en calamiteiten te melden, te registreren en te onderzoeken. Deze onderzoeken vergen veel tijd van betrokken zorgverleners. Wij stellen daarom voor om de verplichting van melding en registratie intact te laten, maar de verplichting tot onderzoek in een Fase 3: code zwart op te schorten (tot einde van dit scenario). De Wkkgz voorziet daarnaast in een klachtrecht van cliënten (en vertegenwoordigers). De behandeling van een klacht – vaak in de vorm van een bemiddelings-traject door de klachtenfunctionaris – vergt tijd van zorgverleners die direct of indirect betrokken zijn bij de klacht. Voorgesteld om het klachtbemiddelingstraject eveneens op te schorten (tot einde scenario).

Tuchtrechtelijk

De tuchtrechter beoordeelt wat ‘een redelijk handelend en redelijk bekwaam vakgenoot onder soortgelijke omstandigheden’ zou hebben gedaan. Soortgelijk is niet: omstandigheden

zonder coronaproblemen. In het toetsingscriterium is dus ingebouwd dat je niet altijd kunt doen wat je eigenlijk zou moeten doen. Daarnaast moet de zorgplicht van arts en andere zorgverleners beoordeeld worden in het licht van de zeer bijzondere omstandigheden van de huidige coronapandemie en de criteria die in de richtlijnen voor code zwart worden genoemd.

Ook dit is opgenomen in de eerder genoemde **Kamerbrief**.

Wet langdurige zorg (Wlz), Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

In het zorgplan staan de afspraken die de zorgaanbieder met de cliënt maakt over de wijze waarop en de mate waarin zorg wordt verleend. In Fase 3: code zwart kan het voorkomen dat het zorgplan/ondersteuningsplan niet volledig of niet op de overeengekomen tijdstippen kan worden uitgevoerd. Als daartoe overgegaan wordt moet de cliënt en zijn vertegenwoordiger daarover zo spoedig mogelijk worden geïnformeerd. De zorgorganisatie maakt een noodplan op waarin de veiligheid van de cliënt is gewaarborgd en deelt dit met de cliënt en de vertegenwoordiger.

Cao/Arbeidstijdenwet

De cao biedt voldoende ruimte om mensen in lange diensten in te zetten. Standaard kunnen mensen al ingeroosterd worden voor diensten van 10 uur en de cao maakt het mogelijk om in incidentele situaties mensen in te roosteren in diensten van 12 uur (art. 5.1 lid 2 CAO VVT). Het mag duidelijk zijn dat scenario zwart tot een incidentele situatie mag worden gerekend. Mensen langer inroosteren dan 12 uur is onverantwoord en dan ook niet gewenst.

Verantwoording en registratie

De partijen die gewerkt hebben aan dit afwegingskader hechten in normale omstandigheden grote waarde aan de kwaliteitseisen die in onze sector gelden. Desalniettemin betreft Fase 3: code zwart een uitzonderlijke situatie. Om de minimale zorg te kunnen blijven leveren hebben zorgorganisatie en (zorg)medewerkers vrijstelling van wettelijke en/of contractuele verplichtingen inzake kwaliteit van zorg anders dan volgend uit professionele verantwoordelijkheid van medewerkers. Het gaat om:

- Géén dubbele controles op medicatie.
- Géén scores op valpreventie, decubitus, SNAQ en dergelijke.
- Géén enkele uitvraag in de komende maanden of zo lang als het Code zwart scenario duurt. Dus geen PREM, PROM, NPS of welke andere uitvraag dan ook.
- Ook geen uitvragen ten bate van nieuwe bekostiging zoals Integrale Vergelijking of capaciteitsopgaven.

Financiële randvoorwaarden

Ook Fase 3: code zwart zal leiden tot veel extra kosten en verlies van (betaalde) productie voor VVT-organisaties. Tegelijkertijd kunnen zij minder zorg (betaalde productie) realiseren.

Voorbeelden zijn:

- ruimte maken voor snelle opvang van mensen uit of in plaats van het ziekenhuis;
- meer tijd nodig dan geïndiceerd wegens ongeruste en onrustige cliënten;
- tijdelijk minder verpleegkundige-, verzorgende- en huishoudelijke inzet bij cliënten in de wijk;
- zorg zonder passende indicatie;
- sluiting dagopvang of dagbesteding;
- verhoogd verzuim;
- dure extra inzet om continuïteit te kunnen bieden waar dat moet;
- toename van de zorgvraag doordat het ziekenhuis en/of verpleeghuis geen nieuwe cliënten op kan nemen of cliënten versneld ontstaan.

Zorgorganisaties in de VVT dienen er vanuit te kunnen gaan dat de zorg die nodig wordt geacht in Fase 3: code zwart ook geleverd kan worden, ongeacht de contractuele afspraken met financiers. Daarnaast worden alle (zorg)medewerkers ingezet voor het verlenen van de minimale zorg. Registratie en bijwerken van zorgdossier en zorgplan is secundair. Dit mag geen aanleiding zijn tot een materiele controle of tot problemen leiden in een materiele controle nadien.

Bijlage 6

De rol van de cliëntenraad (LOC)

Bij het gesprek over het afschalen van zorg tijdens crisissituaties (Fase 3: code zwart) is de cliëntenraad een belangrijke partner. In deze bijlage is de rol van de cliëntenraad bij de voorbereiding op Fase 3: code zwart beschreven. De cliëntenraad vertegenwoordigt de cliënten van de zorgorganisatie en behartigt hun belangen. De cliëntenraad is betrokken bij alle belangrijke besluiten van de zorgorganisatie. De betrokkenheid bij het gesprek over een locatie/regio is belegd bij de lokale/regionale cliëntenraad. De centrale cliëntenraad is aan zet als het om het hele concern gaat.

Voorbereiding cliëntenraad

De cliëntenraad maakt zelf de afweging hoe hij betrokken wil zijn bij de besluitvorming omtrent het afschalen van zorg. Hij bespreekt deze afwegingen intern (eventueel digitaal) en de uitkomst met alle betrokken partijen. Zoals de manager, bestuurder, PAR/VAR en OR. Daarnaast kan de cliëntenraad een uitvraag doen bij de achterban hoe die aankijkt tegen de gevolgen van afschalen van zorg en waar de zorgorganisatie rekening mee moet houden. De cliëntenraad kan een brede oproep doen via de zorgorganisatie om meningen en ervaringen te delen. Vaak zijn naasten lid van de cliëntenraad. Zij kunnen ook andere naasten benaderen. Mede op basis van deze inbreng kan de raad vervolgens een eigen afweging maken.

Afschalen van zorg

Tijdens deze fase bespreken cliëntenraad, OR, VAR/PAR, regiebehandelaren, crisisteam en zorgorganisatie hoe de zorg zo goed mogelijk in stand kan blijven tijdens een uitbraak. En welke maatregelen daarvoor nodig zijn. Tijdens het overleg kan een delegatie van de cliëntenraad aanwezig zijn. Zij hebben mandaat vanuit de cliëntenraad gekregen. De cliëntenraad haalt bij de achterban op wat die belangrijk vinden. Op het moment dat een besluit voorligt over het (tijdelijk) beëindigen van zorgverlening, is de cliëntenraad bevoegd om een advies hierover uit te brengen. Hierover wordt continu overleg gevoerd met alle partijen binnen de zorgorganisatie.

Zorgcontinuïteit bij één of meerdere zorgorganisatie(s) in de VVT kan niet gewaarborgd worden. Of Zorgcontinuïteit in de andere sectoren (niet-VVT) kan niet meer gewaarborgd worden. De cliëntenraad houdt steeds in de gaten wat cliënten in de praktijk ervaren. Dat kan door cliënten/naasten te bellen of signalen te verzamelen. Belangrijk is dit steeds te bespreken met OR, VAR/PAR, regiebehandelaren, crisisteam en zorgorganisatie. Hiervoor krijgt de cliëntenraad ondersteuning vanuit de zorgorganisatie. Onderwerp van gesprek is ook of de zorgorganisatie over moet gaan naar een nog strengere fase of weer terug kan naar een vorige fase/de normale situatie. Wanneer dit onderwerp wordt besproken, krijgen cliëntenraad en OR, VAR/PAR de mogelijkheid om hierover advies uit te brengen. Vooraf wordt hier een termijn voor afgesproken. De Wmcz biedt ruimte om van eerder afgesproken termijnen af te wijken als de situatie daar om vraagt.

Het is aan te raden om contact te leggen met de cliëntenraden van deze zorgorganisaties. En hier ervaringen uit te wisselen en waar nodig elkaar te helpen. LOC Cliëntenraden kan hierin ondersteunen.

De rol van de cliëntenraad in deze fase is hetzelfde als in fase 2. Ook in fase 3 gaat het om meerdere zorgorganisaties in de regio. Daarom is het aan te raden om contact te leggen met de cliëntenraden van deze zorgorganisaties. En hier ervaringen uit te wisselen en waar nodig elkaar te helpen. LOC Cliëntenraden kan hierin ondersteunen.

Delen van ervaringen en ondersteuning

De cliëntenraad kan ervaringen delen via de (digitale) kanalen van LOC (www.clientenraad.nl). Cliëntenraden die ondersteuning nodig hebben bij afschaling van zorg, kunnen contact opnemen met LOC (vraagbaak@loc.nl en 030 284 32 00).



Dit document is opgesteld door ActiZ, Zorgthuisnl, Verenso, LOC Waardevolle zorg en V&VN in samenspraak met Patiëntenfederatie Nederland, Nederlands Instituut van Psychologen, Alzheimer Nederland en MantelzorgNL.

Mei 2022

Deze uitgave mag zonder toestemming van de partijen voor niet-commercieel gebruik worden gedownload. Afzonderlijk gebruik van het beeldmateriaal is niet toegestaan. Voorts alle rechten voorbehouden.

Disclaimer drukwerk

Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is evenwel niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat. De partijen aanvaarden geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Ontwerp en opmaak **hollandse meesters, Utrecht**

