

Medisch beleid¹ in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en kleinschalig woonvormen tijdens (aanloop naar) fase 3 COVID-pandemie.

Inleiding

Fase 3 zal ook consequenties hebben voor de medisch zorgverlening. Tijdens (de aanloop naar) Fase 3 is er ook een (steeds grotere) toeloop van cliënten te verwachten vanuit vooral de thuisituatie en in mindere mate ook doorstroom van mensen met een beperking vanuit de ziekenhuizen.

Deze cliënten zullen naar verwachting grotendeels in quarantaine zijn en in enkele gevallen (nog) in isolatie. Naast deze opnames zullen ook de opnames van patiënten om andere redenen doorgang moeten kunnen vinden.

Door enerzijds de toeloop van cliënten en anderzijds uitval door ziekte van AVG's, huisartsen en basisartsen zal de werkdruk toenemen doordat er per arts aan meer cliënten medische zorg verleend moet worden.

Daarnaast is een toename van zorgvraag bij cliënten te verwachten zowel door gebrek aan continuïteit van personeel als door toename van de medische zorgvraag van cliënten.

Voor het ingaan van Fase 3 zal zich de situatie voordoen van (het steeds verder) afschalen van zorg totdat het in 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 en de directe aanloop daarnaartoe.

Definities en voorwaarden:

- 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.
- Bij de afweging van minimale zorg zijn het Verenso/NVAVG Behandeladvies [COVID-19 Acute fase en nazorg](#) of het Behandeladvies [Post-COVID-19 \(Geriatrische\) revalidatie](#) het uitgangspunt.
- Er is voldoende medische capaciteit en er zijn voldoende middelen en voorzieningen om de minimale medische zorg te kunnen borgen.
- Het hoofdbehandelaarschap voor de medische behandeling ligt bij AVG/artsen werkzaam bij de medische dienst van de instelling. Het hoofdbehandelaarschap voor de medische behandeling kan zo nodig, bij inbreng van externe medische capaciteit tijdelijk worden overgedragen aan een arts met VG kennis, zoals een specialist ouderengeneeskunde of huisarts. De uitvoering van medische zorg kan worden overgenomen door externe (basis)artsen onder supervisie van de (tijdelijke) hoofdbehandelaar.
- Voor situaties waarbij de medische zorg geleverd wordt door een reguliere huisartsenpraktijk, zie punt 4.
- Voorwaarde voor uitvoering/regievoering medische zorg door externe artsen is dat er toegang is tot het elektronisch behandeldossier.
- Voldoende PCR-testen zijn beschikbaar evenals een snelle testuitslag (zie Verenso/NVAVG [Behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg](#) voor het testbeleid).

¹ Het betreft medisch beleid van bewoners waarbij de AVG of medische dienst van de instelling de hoofdbehandelaar is.

Tijdens de (aanloop naar) Fase 3 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 zorg om zoveel mogelijk patiënten medische zorg te kunnen verlenen
2. Toename van opnames uit met name de thuissituatie en in mindere mate het ziekenhuis. Naar verwachting is er een toename van de volgende patiëntgroepen:
 - a) Cliënten met een (verstandelijke) beperking (VB) in quarantaine die (tijdelijk) niet meer thuis kunnen wonen door een toegenomen zorgvraag of door uitval van mantelzorgers door COVID19 infecties.
 - b) Cliënten met een VB, met COVID19-infecties in de (acute) besmettelijke fase (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie) wegens versneld ontslag uit resp. onvoldoende plek in het ziekenhuis.
Daaronder vallen zowel cliënten met (besmettelijke) COVID19 infecties in revalidatie/ herstelfase als in de palliatieve fase.
 - c) Cliënten met een VB, met een medische zorgvraag anders dan COVID-19 (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie).
 - d) Cliënten zonder verstandelijke beperking, maar met aanpalende problematiek zoals beginnende dementie, uit de maatschappelijke opvang, zwakbegaafdheid etc, waarvoor een acuut zorgprobleem is ontstaan en waarvoor geen zorg beschikbaar is vanuit wijkzorg en/of het verpleeghuis. Dit betreft onconventionele zorg in Fase 3, zowel op COVID-cohort locaties als elders binnen onze zorg, naar mogelijkheden van de situatie binnen de instelling.
3. Het (regionaal) concentreren van met name COVID-19 patiënten in de besmettelijke fase.
4. Triëren van patiënten met aandacht voor:
 - Opname van patiënten waarvoor het mogelijk is minimale (medische) zorg kan worden geborgd.
 - Opname van die patiënten die de 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 moet de medische zorg voor alle patiënten worden afgeschaald tot noodzakelijke basiszorg waarbij in ieder geval de minimale medische (zowel klinisch als poliklinisch) zorg is geborgd. Het gaat bij afschalen 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 kwaliteit (zie *Definities en voorwaarden*).
- Bepaal, in overleg met collega-behandelaren, of 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 niet-urgente MDO's en medicatiereviews, 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 eventueel met wisseldiensten om uitval door ziekte van artsen en behandelaren te voorkomen.

2 Toename van opnames

Uitgangspunten bij opname:

- Er is sprake van urgente (medische) zorg die binnen de gehandicaptenzorg 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 AVG (zie punt 4).
- Medische beleidsafspraken zijn bekend en beschikbaar (minimaal wel/niet reanimeren-beademen, wel/niet ziekenhuisopname, wel/niet IC). Maak afspraken hoe/waar deze zijn te vinden.

A. Cliënten afkomstig uit de thuissituatie

- Volg het opnamebeleid binnen de instelling voor 'reguliere' crisis-opnames.
- Voor cliënten met een specialistische zorgvraag dient regionaal, binnen 24 uur, indien nodig in overleg met het zorgkantoor, gezocht te worden naar een passende plek.

B. Cliënten met COVID-19 in de (acute) besmettelijke fase en palliatieve fase

- Patiënten in de besmettelijke fase: creëer een centrale plek in de zorgorganisatie voor de opvang van cliënten met COVID-19. Organiseer dit indien mogelijk regionaal met meerdere GHZ-instellingen. Daarmee centreer je personeel, materieel en kennis/ervaring (mogelijk/waarschijnlijk patiënten met een intensievere/complexere hulpvraag).
- Voorwaarde:
 - Indien zuurstofbehoefstig: degene die de patiënt aanmeldt inventariseert de mogelijkheden voor (maximaal aantal liter) zuurstof.
 - Voldoende temperatuurmeters, saturatiemeters, persoonlijke beschermingsmiddelen, zuurstof en medicatie (dexamethason, low molecuulair weight heparin (LMWH), morfine, midazolam, levomepromazine) zijn aanwezig.
 - Zuurstofbehoefstige patiënten: in de regio is bij alle partijen bekend hoeveel liter zuurstof maximaal in de betreffende regio haalbaar is.
 - Indien vanuit thuissituatie: beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie ontoereikend
 - ACP-gegevens zijn beschikbaar (minimaal wel/niet reanimeren, wel/niet IC, wel/niet ziekenhuisopname). Maak regionaal afspraken hoe/waar deze zijn in te zien.

C. Cliënten met een VB, met een medische zorgvraag anders dan COVID-19 (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie).

- Voorwaarde:
 - Er is sprake van urgentie: beschikbare minimale zorg in thuissituatie ontoereikend
 - Bij opname vanuit thuissituatie/SEH: COVID-19-test afgenomen en uitslag bekend, in verband met hoge incidentie/prevalentiecijfers.
 - ✓ Indien opname nodig voordat uitslag bekend is: neem maatregelen conform Opnamebeleid (zie Verenso/NVAVG [Behandeladvies Acute fase en nazorg](#))
 - Er sprake is van opvangcapaciteit in quarantaine apart van schone of positieve cohorten.
 - Bij opname via SEH: minimale diagnostiek is uitgevoerd (lab, röntgenonderzoek, COVID-19 test) indien van toepassing.
- In geval patiënt onder Bron en contact onderzoek (BCO) valt: handelen conform beleid in Verenso/NVAVG [Behandeladvies Acute fase en nazorg](#).

D. Cliënten zonder verstandelijke beperking, maar met aanpalende problematiek.

- Voorwaarde voor opname:
 - Er is sprake van urgentie: beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie is ontoereikend
 - De zorg is op geen andere wijze te organiseren wegens een tekort aan bedden.
 - Niet besmettelijk → naar reguliere crisisplek bij de zorgorganisatie, indien nodig quarantaine plek of cohort.
 - Besmettelijk → cohort-unit op instellingsterrein.
 - Zodra het mogelijk is wordt de cliënt geplaatst in de passende zorgsetting.

3 Triëren

- Triage (het bepalen van de medische urgentie voor opname in de gehandicaptenzorg vindt plaats voor opname. Overleg voor opname met de verantwoordelijk (huis)arts/medisch specialist; trieer zo nodig (nogmaals) direct na opname.
- Triagecriteria/wegingskader:
 - Client op de juiste plek:
 - Specialistische zorgvraag (bijv. bijkomende psychiatrische, verslavings- of (Z)EMB-problematiek
 - (verdenking) COVID-19?
 - ✓ COVID-19: wel/niet besmettelijk?
 - ✓ Verdenking: i.p. wachten op testuitslag
 - COVID-19:
 - ✓ Stadium/behandelbeleid
 - ✓ Zuurstof nodig? Hoeveel?
 - ✓ Medicamenteuze behandeling? Mogelijk in GHZ?
 - De minimale kwaliteit van (medische) zorg kan worden geborgd door medische dienst van de instelling
 - Urgente situatie die opname vereist binnen de gehandicaptenzorg

4 Samenwerking met huisartsen

- Regionaal/lokaal worden afspraken gemaakt hoe bestaande samenwerkingen gecontinueerd worden zowel overdag als tijdens ANW uren.
- Voor cliënten die hun medische zorg primair ontvangen vanuit de reguliere huisartsenzorg is het opschalingsplan van de LHV/HaROP (Huisartsen Rampenopvangplan) van toepassing.
- Bij opschaling binnen het HaROP naar een volgende fase vanwege oplopende druk in de huisartsenketen, kan het nodig zijn dat organisaties extra faciliteren in personeel of vervoer omdat zorg ter plaatse op de woning niet meer geboden kan worden door de huisarts(enpost).
- Mocht een huisarts bij een client in de thuissituatie of bij een client wonende in een instelling zonder eigen medische dienst ervaren dat zorg niet meer geboden kan worden, dan kan hij indien een ziekenhuisopname niet is aangewezen, zich wenden tot de grotere instellingen in zijn regio voor overleg betreffende plaatsing op een crisis of COVID-cohort afdeling.
- AVG artsen bieden de mogelijkheid tot een Second opinion tav APC indien de huisarts of familie hier aanvullende vragen over heeft of zich hier niet volledig bekwaam toe voelt bij een specifieke client of doelgroep.