

- Versie 23-02-21; d.d. 22-12-21 gecheckt op actualiteit: geen wijzigingen

## Medisch beleid<sup>1</sup> in verpleeghuizen en kleinschalig woonvormen tijdens (aanloop naar) code zwart

### Inleiding

Code zwart zal ook consequenties hebben voor de medisch zorgverlening. Tijdens (de aanloop naar) code zwart is er een (steeds grotere) toeloop van patiënten te verwachten vanuit de ziekenhuizen en de 1<sup>e</sup> lijn. Dat zullen naar verwachting veel COVID-19 patiënten zijn maar ook de opnames van patiënten om andere redenen moeten daar waar nodig doorgang kunnen vinden. Daarnaast zal door ziekte van specialisten ouderengeneeskunde<sup>2</sup> (in opleiding) en basisartsen de werkdruk toenemen doordat er per arts aan meer patiënten medische zorg verleend moet worden. Voor het ingaan van code zwart 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 code zwart 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 de specialist ouderengeneeskunde. Het hoofdbehandelaarschap kan zo nodig, bij inbreng van externe medische capaciteit tijdelijk worden overgedragen aan een arts met ouderengeneeskundige kennis, zoals een arts voor verstandelijk gehandicapten, kaderhuisarts ouderengeneeskunde of klinisch geriater. De uitvoering van medische zorg kan worden overgenomen door externe (basis)artsen onder supervisie van de (tijdelijke) hoofdbehandelaar.
- 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).

Tijdens de (aanloop naar) 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 zorg om zoveel mogelijk patiënten medische zorg te kunnen verlenen
2. Toename van opnames uit zowel ziekenhuis als vanuit de 1<sup>e</sup> lijn. Naar verwachting is er een toename van de volgende patiëntgroepen:
  - Patiënten met COVID-19 in de acute besmettelijke fase (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie) wegens versneld ontslag uit resp. onvoldoende plek in het ziekenhuis
  - Patiënten met (besmettelijke) COVID-19 in de revalidatie/herstelfase (GRZ<sup>3</sup>/ELV<sup>4</sup>)
  - Patiënten met (besmettelijke) COVID-19 in de palliatieve fase
  - Overige niet-COVID-19 patiënten (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie)
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 (medische/VVT) zorg het meeste nodig hebben

<sup>1</sup> Het betreft medisch beleid van bewoners waarbij de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar is.

<sup>2</sup> Waar specialist ouderengeneeskunde staat kan ook verpleegkundig specialist of physician assistant worden gelezen voor zover deskundig in de ouderengeneeskunde en binnen wettelijke kaders van de wet BIG.

<sup>3</sup> Geriatrische revalidatie

<sup>4</sup> Eerstelijnsverblijf

## 1 Afschalen van medische zorg bij opgenomen patiënten

Om zoveel mogelijk patiënten de benodigde medische zorg te kunnen geven tijdens (de aanloop naar) code zwart moet de medische zorg voor alle patiënten worden afgeschaald tot noodzakelijke basiszorg waarbij in ieder geval de minimale medische 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 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 te voorkomen.
- Maak gebruik van de [Support Helpdesk Ouderengeneeskunde](#) van ActiZ en Verenso.

## 2 Toename van opnames

Er zal een toename zijn van het aanbod van patiënten vanuit ziekenhuis zijn door bijvoorbeeld versneld ontslag en via de SEH. Dat zullen overwegend COVID-19 patiënten zijn in verschillende fases van de ziekte. Ook vanuit de 1<sup>e</sup> 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 COVID-19 in de acute besmettelijke fase (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie)
- B. Patiënten met COVID-19 in de revalidatie/herstelfase (GRZ/ELV)
- C. Patiënten met COVID-19 in de palliatieve fase
- D. Overige patiënten (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).
- ACP-gegevens 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 COVID-19 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 COVID-19. Daarmee centreer je personeel, materieel en kennis/ervaring (mogelijk/waarschijnlijk patiënten met een intensievere/complexere hulpvraag).
- Voorwaarden:
  - 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

### B. *Patiënten met (besmettelijke) COVID-19 in de herstel/revalidatiefase*

- Voorwaarde voor opname:
  - Er is sprake van urgentie: beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie is ontoereikend

- o Niet besmettelijk → naar GRZ (revalidatie) of ELV (herstel)
  - o Besmettelijk → eerst naar (regionale) COVID-19 cohort (zie punt 3)
- Opname op GRZ of ELV
- Baseer de minimale kwaliteit van (medische) zorg aan revalidatiepatiënten op [Behandeladvies Post-COVID-19 \(Geriatrische\) revalidatie](#).

#### C. *Patiënten met (besmettelijke) COVID-19 in de palliatieve fase*

- Voorwaarden:
  - o Op basis van triage in ziekenhuis/thuissituatie: besluit tot palliatieve zorg is besproken met de familie en bij voorkeur vastgelegd.
  - o Besmettelijk → naar (regionale) COVID-19 cohort (zie punt 3)
  - o Niet besmettelijk → opname indien beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie ontoereikend
  - o Voldoende morfine, midazolam en levomepromazine aanwezig
  - o ACP-gegevens zijn beschikbaar (minimaal wel/niet reanimeren, wel/niet IC, wel/niet ziekenhuisopname). Maak regionaal afspraken hoe/waar deze zijn in te zien.

#### D. *Overige patiënten (via ziekenhuis/SEH, thuissituatie)*

- Voorwaarde:
  - o Er is sprake van urgentie: beschikbare minimale (medische) zorg in thuissituatie ontoereikend
  - o 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](#))
  - o Bij opname via SEH: minimale diagnostiek is uitgevoerd (lab, röntgenonderzoek, COVID-19 test) indien van toepassing.
- In geval patiënt onder BCO valt: handelen conform beleid in Verenso/NVAVG [Behandeladvies Acute fase en nazorg](#).

### 3 (regionaal) Concentreren van patiëntgroepen

- Concentreer (regionaal) patiëntengroepen, bijvoorbeeld patiënten: met besmettelijke COVID-19, in quarantaine, met een palliatief behandelbeleid.

### 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:
  - o Patiënt op de juiste plek:
    - (verdenking) COVID-19?
      - ✓ COVID-19: wel/niet besmettelijk?
      - ✓ Verdenking: i.p. wachten op testuitslag
    - Hoog/laag risico op COVID-19?
    - COVID-19:
      - ✓ Stadium/behandelbeleid
      - ✓ Zuurstof nodig? Hoeveel?
      - ✓ Medicamenteuze behandeling? Mogelijk in VVT?
  - o De minimale kwaliteit van (medische) zorg kan worden geborgd door specialist ouderengeneeskunde en V&V
  - o Urgente (medische) situatie die opname vereist binnen de VVT
- Creëer triage bedden voor niet-COVID-19 patiënten: de verwachting is dat behandelbeleid voor een deel van de patiënten na opname vastgesteld zal moeten worden.