

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	
3. Medisch handelen (Verenso)	
4. Handvat crisisstadia COVID-19 pandemie (V&VN)	
5. De rol van de cliëntenraad (LOC)	
6. Tijdelijk beleidskader kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 (nog niet gereed)	
7. Toezicht van de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg (nog niet gereed)	

NB: Indien blijkt dat na publicatie van het tijdelijk beleidskader van VWS (bijlage 6) of het document van de IGJ (bijlage 7) op specifieke punten aanpassing nodig is in dit afwegingskader dan zal op die punten het afwegingskader geactualiseerd worden.

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 afgelopen maanden is de zorg voor deze mensen door de uitbraak van het COVID-19 virus onder druk komen te staan. Veel organisaties zijn 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. Door mutaties (de Britse en Zuid-Afrikaanse variant) is het mogelijk dat het aantal besmettingen de aankomende periode snel toeneemt. Op deze situatie dient de sector voorbereid te zijn.

Het Ministerie van VWS heeft de opdracht gegeven aan de sector 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 of een hoog ziekteverzuim onder (zorg)medewerkers de beschikbare capaciteit niet langer toereikend is om in de gehele zorgketen de continuïteit van zorg te borgen. In dat geval is het van belang om afspraken te hebben over het verlenen van minimale zorg. Dit kan zowel regionaal als landelijk aan de orde zijn.

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 Zorgthuisnl.

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 ministerie van VWS werkt aan een tijdelijk beleidskader: Kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de Covid-19 pandemie dat van toepassing is voor de gehele zorgsector. Dit tijdelijk beleidskader is op het moment van publicatie van dit afwegingskader nog niet gereed.¹

Het afwegingskader is geschreven voor een dreiging van Fase 3:code zwart als gevolg van de (snelle) verspreiding van de Britse en/of Zuid-Afrikaanse variant van het coronavirus. Het kader kan in de toekomst mogelijk ook gebruikt worden in andere crisissituaties. Op termijn passen de deelnemende partijen dit kader - waar nodig - aan zodat het ook in andere (dreigende) crisissituaties gehanteerd kan worden.

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 aandachtspunten zijn in periode na Fase 3: code zwart.

1 Indien blijkt dat na publicatie van het tijdelijk beleidskader van VWS aanpassing nodig is in dit afwegingskader dan zal dit afwegingskader geactualiseerd worden.

1. Context en reikwijdte

Context

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) komt op korte termijn met een tijdelijk beleidskader 'kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie'. Iedere sector is gevraagd om hiertoe een sectoraal afwegingskader te maken. De LNAZ heeft de opdracht gekregen om samen met de betrokken partijen zorg te dragen voor de verbinding tussen deze sectorale afwegingskaders. Daarnaast heeft zij de opdracht om regionale plannen te beoordelen op basis van een op te stellen vergelijkingskader. Ook werkt de LNAZ aan verbreding van de informatiepositie door bestaande informatie aan elkaar te koppelen en waar nodig uit te breiden. Dit om het inzicht in de druk op de hele zorgketen en de beschikbare capaciteit scherp in beeld te hebben.

In veel regio's zijn 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. 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 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.

Aangezien de zorgverlening in onze sector en de zorgverlening door huisartsen in praktijk sterk samenhangt is daar waar mogelijk aangesloten bij het HaROP (Huisartsen Rampen-OpvangPlan). De **HaROP** is voor huisartsen leidend in geval Fase 3: code zwart wordt vastgesteld.

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 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, 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 in een regio de zorgcontinuïteit in een organisatie of in de keten – ondanks alle inspanningen – niet langer gewaarborgd kan worden en er geen ondersteuning uit omliggende regio's mogelijk is, kan de DPG in samenspraak met het ROAZ, met goedkeuring van de minister van VWS besluiten tot de vaststelling van Fase 3: code zwart.

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, 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** Medisch beleid in verpleeghuizen en kleinschalig woonvormen tijdens (aanloop naar) code zwart.

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 zowel de COVID-19 zorg als de non-COVID-19 zorg. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van **bijlage 3** door de regiebehandelaren en bijlage 4 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 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 op keuzes

Er zit een grens aan ieders kunnen, zowel fysiek als mentaal. Het is noodzakelijk dat de continuïteit van de 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) 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. 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 (toegankelijk) zij 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 COVID-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;
 - Taakgerichte inzet van (zorg)medewerkers en de ondersteuning via medewerkers van zorgorganisaties, 'extra handen voor de zorg', Support Helpdesk Ouderengeneeskunde, familieleden, vrijwilligers en mantelzorgers.

- 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 afspraken COVID en non-COVID, 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 (zorg)medewerkers met COVID-19 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 is 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 COVID-19 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 onbegrepen gedrag 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, door COVID-19 zorg, maar ook omdat kritisch zieke cliënten nu dus thuis of in het verpleeghuis blijven, in plaats van naar ziekenhuis.

Besluitvorming

In de **Kamerbrief Infectiebestrijding** (7 april 2020) staat de besluitvorming omtrent Fase 3: code zwart opgenomen. Daarnaast zijn daar ook de voorbereidende stappen benoemd als het gaat om de inwerkingtreding van Fase 3: code zwart.

Regionaal

Het is aan de DPG, in overleg met de voorzitter van de ROAZ, om te constateren dat er regionaal sprake is van Fase 3: code zwart op basis van de criteria het regionale plan vastgesteld.

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 omme-gaande 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. De IGJ heeft een document hoe zij haar toezicht houdende taak in Fase 3: code zwart zal uitvoeren (bijlage 7).

Minimale zorg

Wanneer Fase 3: code zwart is vastgesteld wordt uitsluitend minimale zorg (verpleging en verzorging) verleend. Uitgangspunt 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. 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 (bijlage 4) 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	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. Deze situatie kan zich lokaal en boven regionaal voordoen, maar kan ook landelijk aan de orde zijn. 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.	Regionaal gaat het om een besluit door de ROAZ en de DPG op basis van de vastgestelde regionale criteria. 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).	• 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.	• 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.	Conform eerder gemaakte afspraken wordt gevraagd aan mantelzorgers om zorgtaken over te nemen. (zie <u>Zorgladder</u>). Bij thuissituaties: 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 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.	• 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.	• 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 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 5.

Het tijdelijk beleidskader kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van VWS (bijlage 6) en het toezicht van de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg (bijlage 7) zijn nog niet gereed. Indien nodig wordt dit afwegingskader na publicatie van genoemde bijlages geactualiseerd.

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 COVID-19.	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.	• 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.	• 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.	• 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 mantelzorger geconsulteerd is en toestemt. • De mantelzorger wordt voldoende begeleid. • Bij dreigende zware of overbelasting van de mantelzorger neemt de zorgorganisatie de zorg van mantelzorger.	• 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.	• Bespreek in de voorbereidende fase met de client en mantelzorger als door COVID 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 code groen met behandelaar(s) hoe lang het verantwoord is om een bepaalde behandeling/verpleging/ verzorging te stoppen of te verminderen. Bespreek dit met cliënt en mantelzorger(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 mantelzorger(s) die bij de client komen. • Blijf met de client en mantelzorger(s) in gesprek over de keuzes die gemaakt worden en over hoe je contact blijft houden. Leg vast in zorgdossier. Zie voor aanvullende informatie de bijlage vanuit V&VN en Verenso.	• 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 zorgorgani- satie(s) in de VVT kan niet gewaar- borgd 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, regiebehande- laren, crisisteam en gekeken worden hoe de zorg zo goed mogelijk toegankelijk en op peil te houden is in tijden van een grote lokale of regionale uitbraak.	• 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 zorg-continuïteit te waarborgen.	• 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 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 verpleeg-technische 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 <u>Zorgladder</u> stap 3 en 4).	• De cliëntenraad houdt in de gaten wat cliënten in de praktijk ervaren. En bespreekt dit steeds met OR, VAR/PAR, regie-behandelaren, crisisteam en zorgorganisatie. • Hiervoor krijgt de cliënten-raad 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.	• 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.	• Maatregelen zijn getroffen, daarbij kan gedacht worden aan de mogelijke maat-regelen 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, vrij-willigers 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.	- 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.	- 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.	- Deelname aan acute zorg overleg. Analyse maken van ondersteuningsvraag en aanbod. - Cliënten/ bewoners/naasten, (zorg)medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers informeren over situatie.



versie **2 maart 2021**

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**

