

5

# Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk

10

15

20

## 25 Disclaimer

### **Algemeen**

De Federatie Medisch Specialisten heeft samen met de wetenschappelijke verenigingen de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van dit Raamwerk. Desondanks accepteren zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit Raamwerk.

### **Copyright**

De in dit Raamwerk getoonde informatie zoals teksten en afbeeldingen, of informatie in andere vorm, is eigendom van de Federatie Medisch Specialisten.

35 De informatie in dit document mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet gewijzigd worden, gereproduceerd of gedistribueerd, en ook niet worden gebruikt voor commerciële doeleinden, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de makers.

### **Looptijd**

40 Het Raamwerk is geldig vanaf 30 oktober 2020 en kan tussentijds worden herzien, waarbij ook andere partijen betrokken kunnen worden. De meest actuele versie is de versie die staat op de website van de Federatie Medisch Specialisten.

## Verantwoording

### 45 **Doel en reikwijdte van dit document**

Doel van het Raamwerk is bijdragen aan het borgen van de toegankelijkheid van kritieke planbare klinische zorg en (semi-)acute zorg voor alle Nederlanders, lokaal en regionaal, op een landelijk gelijk niveau. Het gaat in dit document expliciet om de behandelingen, interventies en operaties binnen de klinische zorg. Uitgangspunt is dat de (semi-)acute zorg altijd doorgang moet vinden, zoals ook geborgd tijdens de eerste COVID-19 golf. Ook is het van belang om de poliklinische zorg vooralsnog volledig doorgang te laten vinden, juist om potentiële gezondheidsschade op termijn te voorkomen. Daarbij moeten wel heldere afspraken worden gemaakt zodat de belasting van diagnostiek door poliklinische activiteiten niet leidt tot capaciteitsproblemen voor de (semi-)acute of kritisch planbare klinische zorg.

55 Randvoorwaarde voor de bruikbaarheid van het Raamwerk is dat er optimale landelijke spreiding van COVID-19 patiënten is en er geen onevenredig grote verschillen qua vrijgespeelde capaciteit binnen en tussen regio's bestaan. Bij deze spreiding van COVID-19 zorg zal ook goed bewaakt moeten worden, dat hierdoor niet de (semi-)acute en kritieke planbare zorg van non-COVID-19 patiënten in het gedrang komt. Keuzes omtrent afschaling van planbare zorg moeten los staan van COVID-19, of non-COVID zorg, maar plaatsvinden op basis van de ernst van het ziektebeeld, potentiële gezondheidsschade en kans op herstel. Keuzes op individueel niveau dienen plaats te vinden tussen de patiënt en diens behandelaar waarin naast voorgenoemde aspecten ook plaats is voor de context en wens van de patiënt.

65 Dit Raamwerk beoogt ondersteuning te bieden aan medisch specialisten en het management/de raad van bestuur van de instelling bij de gesprekken over afschaling van klinische non-COVID zorg bij oplopende pandemische druk op ons zorgsysteem. Hiermee wordt continuïteit van de acute en de kritieke planbare zorg voor de patiënt binnen de instelling gewaarborgd. Het Raamwerk is opgesteld vanuit het perspectief van de individuele zorgaanbieder, zijnde de zorginstelling voor medisch specialistische zorg<sup>1</sup> en haar medische staf. Het Raamwerk is ontwikkeld op het moment (oktober 2020) dat de zorgcontinuïteit ernstig onder druk is komen te staan en er scherpere keuzes gemaakt moeten worden. Het document vormt een aanvulling op de *Handreiking keuzes voor het op- en afschalen van poliklinische non-COVID zorg* van de Federatie Medisch Specialisten, de Landelijke Huisartsenvereniging LHV, het Nederlands Huisartsen Genootschap NHG en Patiëntenfederatie Nederland. In deze Handreiking staan de principes voor op- en afschaling van de poliklinische non-COVID zorg beschreven.

De raad van bestuur van de instelling is en blijft eindverantwoordelijk voor continuïteit en kwaliteit van de geleverde zorg en daarmee voor de organisatie van zorg zoals vastgelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)<sup>2</sup>. De wijze waarop de tijdelijke afschaling met zoveel mogelijk behoud van reguliere planbare poliklinische en klinische zorg kan worden vormgegeven, wordt beïnvloed door lokale omstandigheden, personele beschikbaarheid, faciliteiten en keuzes. Het document kan helpen bij de dialoog tussen de raad van bestuur en medisch specialisten over het afschalen van de klinische non-COVID zorg met het kleinste negatieve effect op het behoud van kwaliteit.

---

<sup>1</sup> Zorginstelling voor medisch specialistische zorg (instelling): in dit document zijn hiermee bedoeld ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra.

<sup>2</sup> Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, specifiek artikel 2 en 3 (wettekst Wkkgz)

### **Totstandkoming**

90 Dit Raamwerk is opgesteld door de Federatie Medisch Specialisten en ter consultatie voorgelegd aan  
de LHV en het NHG, NVZ, NFU, ZKN, Patiëntenfederatie Nederland, IGJ en NZa. Vanuit de Federatie  
Medisch Specialisten was bij het opstellen van dit Raamwerk een werkgroep met  
95 vertegenwoordiging uit de volgende wetenschappelijke verenigingen en platforms betrokken: NIV,  
NVvH, NVN, NVVC, NVK, NVDV, NVU, NOV, NVKNO, NVKG, NVALT, NVA, NVOG, NVvR, NOG en  
SONCOS. Het document is opgesteld met ondersteuning vanuit het bureau van de Federatie Medisch  
Specialisten.

## Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk

### 100 **Achtergrond**

105 Hoewel tijdens de eerste golf van de COVID-19 pandemie te allen tijde de (semi-)acute zorg geborgd bleef, werd de planbare poliklinische en klinische non-COVID zorg direct en ongedifferentieerd afgeschaald. Tijdens de evaluatie van ervaringen met het afschalen en weer opschalen van de reguliere zorg was een van de belangrijkste 'lessons learned' dat men de reguliere non-COVID zorg bij een eventuele nieuwe piek in deze pandemie niet opnieuw zo massaal en integraal wenst af te schalen vanwege de (ernstige) gevolgen voor de gezondheid van patiënten. We moeten dus toe naar 'gedoseerd' en rationeel afschalen van de zorg met behoud van kwaliteit en veiligheid, waarbij we ons in het voorliggende document beperken tot de klinische zorg.

110 De afschaling van klinische non-COVID zorg tijdens de eerste golf berustte op de mate van urgentie van het gezondheidsprobleem van de individuele patiënt, waarbij het voorkomen van gezondheidsschade en verlengen van levensjaren richtinggevend waren.

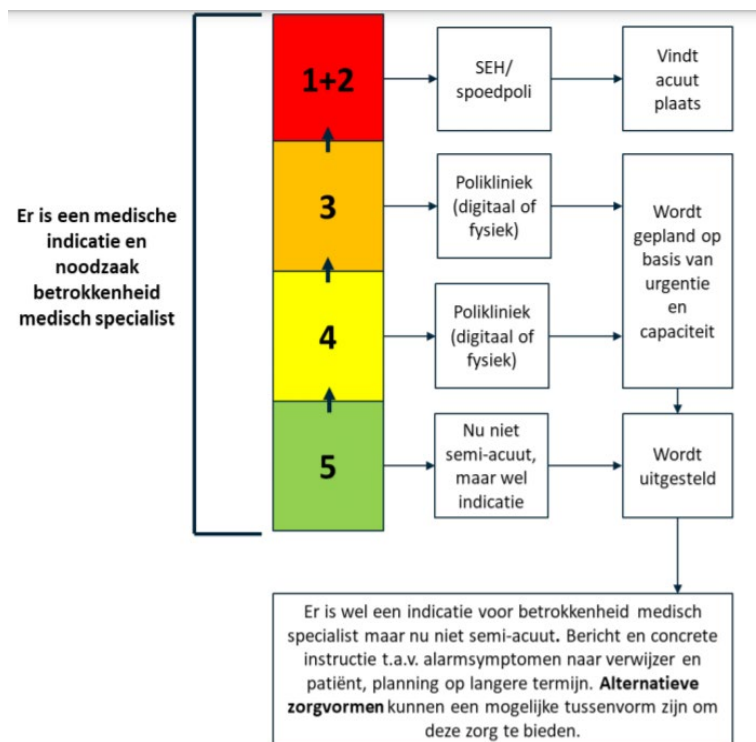
115 In aanvulling hierop hebben de Federatie Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen een uitgebreid pakket aan maatregelen/handvatten geformuleerd om voldoende kwaliteit van zorg te kunnen blijven leveren, afhankelijk van de fase van capaciteitsreductie. Op deze manier slaagde de oncologie er bijvoorbeeld in om de reguliere zorg te continueren ondanks de ontstane capaciteitsproblemen. Grote kanttekening is dat minder diagnoses werden gesteld omdat er sprake was van zorgmijding door patiënten, en door het stoppen van de bevolkingsonderzoeken. Wij vinden het onwenselijk dat een dergelijk situatie opnieuw ontstaat: patiënten moeten met hun klachten contact blijven zoeken met hun arts en er moet naar gestreefd worden dat ook de bevolkingsonderzoeken doorgang vinden.

### **Urgentiebepaling klinische non-COVID zorg**

125 Met een steeds verder oplopend aantal besmettingen, een daardoor toenemend aantal (verdachte) COVID-patiënten op de SEH, en een toenemend aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdelingen en de IC, neemt ook de druk op de reguliere zorg weer toe. In de *Handreiking keuzes voor het op- en afschalen van poliklinische non-COVID zorg* van de Federatie, LHV, NHG en Patiëntenfederatie Nederland zijn concrete handvatten en adviezen aangereikt om de poliklinische non-COVID zorg verantwoord af te schalen (en weer op te schalen). Deze handreiking beschrijft de principes en randvoorwaarden voor afschaling en de wijze waarop de tijdelijke afschaling met zoveel mogelijk behoud van reguliere poliklinische zorg kan worden vormgegeven, en recht doet aan lokale omstandigheden, faciliteiten en keuzes. De handreiking biedt eveneens handvatten voor het behoud van de klinische non-COVID zorg. De handreiking geeft namelijk een classificatie voor urgentiebeoordeling die breed toepasbaar is (zie figuur 1).

140

145 **Figuur 1: Voorbeeld 5 punts-triage voor leveren van poliklinische zorg in de instelling en stroom van patiënten op basis van de urgentie.**



Noot: zie ook paragraaf Uitstel van zorg over informeren patiënt bij uitstel

150 Voor het hierna beschreven Raamwerk voor de klinische non-COVID zorg is de hierboven weergegeven indeling gebruikt en omgezet in vijf klassen van urgentie, die voor de klinische zorg toepasbaar zijn. Arbitrair wordt een indeling gemaakt in (semi-)acute zorg (zorg noodzakelijk < 1 week), kritieke planbare zorg (1-6 weken), en overige planbare zorg (> 6 weken)( zie tabel 1).

**Tabel 1 – 5 klassen van urgentie voor klinische non-COVID zorg**

Klasse		Definitie in dit document	Termijn van zorg
Klasse 1 en 2	<i>Semi-acute zorg</i>	Zorg noodzakelijk, zeer hoog risico op gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 1 week.	< 1 week
Klasse 3	<i>Kritieke planbare zorg</i>	Aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 6 weken.	< 6 weken
Klasse 4	<i>Overig planbare zorg</i>	Enig risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 6 weken.	> 6 weken
Klasse 5	<i>Overig planbare zorg</i>	Geen permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel te verwachten.	> 6 weken

155 De bepaling van de mate van urgentie wordt gedaan op basis van potentiële gezondheidsschade dan  
wel verlies van levensjaren. De classificaties voor urgentiebeoordeling zijn slechts richtinggevend en  
vormen geen harde afbakeningen om zorgindicaties in te delen. De inschatting van urgentie is  
multifactorieel en situatie-afhankelijk. Hierbij is het essentieel in gedachten te houden dat op het  
moment dat patiënten zich presenteren met een klacht, meestal nog niet duidelijk is wat de  
160 onderliggende oorzaak is en dus welk urgentieniveau daarbij hoort.

160 Een klacht kan zowel een uiting zijn van een aandoening die acute zorg behoeft, als van een vorm van  
planbare zorg. De (mogelijke) aandoening die verantwoordelijk is voor de klinische situatie/klachten,  
de mate van progressie van klachten, de context van de patiënt (zoals comorbiditeit, behandelwens  
en sociale situatie) en de mogelijkheid om effectieve behandeling in te zetten, zijn daarbij de  
165 belangrijkste bepalende factoren die zorgvuldig moeten worden gewogen. Een harde afbakening  
puur op basis van symptomen of diagnose alleen, is daarom niet (altijd) mogelijk. Deze indeling  
beoogt wel een richting en kader te geven voor een uniforme beoordeling noodzakelijk voor een op  
landelijk niveau zoveel mogelijk gelijke toegang per urgentieklasse. De uiteindelijke  
urgentiebeoordeling ligt bij het behandelteam in samenspraak met de individuele instellingen.  
170 Desgewenst wordt overleg gepleegd met de huisarts

*Casuïstische voorbeelden:*

*Klasse 3: Een niertransplantatie met een nier van levende donor hoeft niet direct plaats te vinden, maar binnen 6 weken. Zodra echter een tekort aan dialysecapaciteit ontstaat in een regio, dient een niertransplantatie bij levende donor ook aangemerkt te worden als Klasse 1/2.*

*Klasse 4: Een patiënt met een liesbreuk hoeft niet urgent geopereerd te worden. Echter, als een darmlis beklemd raakt in de liesbreuk, is een operatie wel direct noodzakelijk.*

**Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg**

175 In deze tweede piek van de pandemie ligt de druk initieel op de capaciteit van de SEH en  
verpleegafdelingen. Met de oplopende cijfers zal vervolgens ook weer snel druk ontstaan op de IC.  
Opnieuw is de vraag hoe de balans kan worden gevonden in het behouden van reguliere zorg met de  
beschikbare mensen en middelen. En gegeven de complexere omstandigheden, om die reguliere  
zorg persoonlijk, maar ook fysiek te kunnen bieden gezien de infectiepreventiemaatregelen.  
180 Vanwege de huidige toename van COVID-patiënten lukt het niet meer om zowel de COVID-stroom  
als de volledige reguliere zorg tegelijk voort te zetten. We zijn op het punt gekomen dat uitstel van  
(delen van) planbare zorg, wederom, realiteit is geworden.

185 In onderstaand Raamwerk voor behoud van de reguliere zorg, naar voorbeeld van het Amerikaanse  
Centers for Disease Control and Prevention<sup>3</sup>, is de keuze voor het behouden of afschalen van  
reguliere non-COVID zorg ingedeeld naar de mogelijke gezondheidsschade en/of verlies van  
levensjaren voor de patiënt indien de zorg wordt uitgesteld, in relatie tot de fase waarin de  
pandemie zich bevindt (schaarste aan capaciteit). Gezien de dynamische aard van de pandemie en de  
ontwikkelingen rondom preventie en behandeling, kunnen overwegingen in de loop van de tijd  
veranderen en bovendien per praktijktype, omgeving en regio verschillen.

---

<sup>3</sup> CDC Non-COVID Care Network: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html>

- 190 De drie verschillende niveaus van gezondheidsschade kunnen gekoppeld worden aan de klasse-indeling zoals hierboven beschreven. Voor de crisisfase-indeling baseert het Raamwerk zich op de fase-indeling zoals die in het *Opschalingsplan COVID-19* van het Landelijk Netwerk Acute Zorg LNAZ<sup>4</sup> (zie ook bijlage 1 op pagina 15).
- 195 Maatwerk en flexibiliteit zijn belangrijke uitgangspunten voor zorgvuldige besluitvorming bij het afschalen van bestaande zorg. De besluiten om al dan niet zorg uit te stellen, moeten uiteindelijk in de individuele instellingen zelf genomen worden. Dit gaat alleen maar goed werken als de COVID-19 zorg optimaal en gelijkmatig over het land verspreid is.
- 200 Het Raamwerk biedt ondersteuning aan medisch specialisten en hun raden van bestuur om lokaal het gesprek te voeren over welke non-COVID zorg in welk stadium van de pandemie dient te worden behouden. Hierbij heeft ieder een eigen verantwoordelijkheid: de medisch specialisten hun professionele en de raden van bestuur hun bestuurlijke. De voorbeelden in het Raamwerk zijn uitdrukkelijk bedoeld als voorbeeld. De Federatie Medisch Specialisten vraagt daarnaast de
- 205 wetenschappelijke verenigingen om de beschikbare informatie over het afschalen van reguliere zorg en de ervaringen uit de eerste golf te delen met vakgroepen, medische staven en raden van bestuur om zo veel mogelijk inzicht/handvatten te geven bij het maken van beslissingen.

---

<sup>4</sup> [https://www.lnaz.nl/cms/files/opschalingsplan\\_covid-19\\_def.pdf](https://www.lnaz.nl/cms/files/opschalingsplan_covid-19_def.pdf)



210 **Raamwerk voor reguliere non-COVID zorg in de COVID-19 pandemie, o.b.v. urgentieklasse van zorg en per situatie en fase van crisis**

Kans op gezondheidsschade en urgentieklasse	Voorbeelden van zorg	Regionale zorgcontinuïteit op orde, eventueel wel lokale druk (fase 1a/1b)	Regionale zorgcontinuïteit onder druk (fase 2a/2b)	Landelijke zorgcontinuïteit ernstig bedreigd (fase 2c/2d)
<p><b>(Semi-)acute zorg (Klasse 1 en 2; zorg &lt; 1 week)</b></p> <p>Uitstel van zorg leidt zeer waarschijnlijk tot permanente gezondheidsschade en/of verlies aan levensjaren.</p>	<p>Voorbeelden</p> <p>Behandeling van (dreigend) hartinfarct of herseninfarct/hersenvloeding.</p> <p>Operatie wegens geruptureerd thoracaal of abdominaal aneurysma.</p> <p>Behandeling van sepsis, longembolie, hypertensieve crisis.</p> <p>Dreigende dwarslaesie neurochirurgische decompressie wegens dreigende dwarslaesie.</p> <p>Behandeling van ernstig delier/ acuut probleemgedrag bij verdenking onderliggende somatiek of ernstig ontregelde sociale situatie.</p>	<p>Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.</p>	<p>Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.</p>	<p>Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.</p>

<p><b>Kritieke planbare zorg (Klasse 3; zorg 1 – 6 weken)</b></p> <p>Aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade en/of verlies van levensjaren bij uitstel &gt; 6 weken. (#)</p>	<p><u>Voorbeelden</u></p> <p>Operatieve verwijdering darmkanker.</p> <p>(Invasieve) oncologische pijnbehandeling</p> <p>Niertransplantatie met een nier van levende donor.</p> <p>Behandeling van kanker middels chemo-/immunotherapie en/of radiotherapie en/of stamceltransplantatie.</p> <p>Operatie van maculagat.</p>	<p>Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.</p>	<p>Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.</p> <p>Overweeg haalbaarheid van het verplaatsen/doorverwijzen van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders (*), regionaal (2a) dan wel via professioneel zorgnetwerken (2b).</p>	<p>Zolang mogelijk zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.</p> <p>Overweeg haalbaarheid van het verplaatsen/doorverwijzen van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders via professionele zorgnetwerken (2c).</p> <p>Indien zorg wordt uitgesteld (grens 2d/3): geef patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.</p>
<p><b>Overige planbare zorg (Klasse 4; zorg &gt; 6 weken)</b></p> <p>Enig risico op permanente gezondheidsschade en/of verlies van levensjaren bij uitstel &gt;6 weken.</p>	<p><u>Voorbeelden</u></p> <p>Heupvervangning in verband met enkelvoudige invaliderende artrose.</p> <p>Liesbreukcorrectie.</p> <p>Operatie voor ernia ucle ulposi (zonder cauda syndroom)</p> <p>Radiologische interventie bij perifeer vaatlijden Fontaine II</p> <p>ICD implantatie als primaire preventie</p>	<p>Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.</p>	<p>Zolang als mogelijk zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.</p> <p>Overweeg haalbaarheid van het verplaatsen/doorverwijzen van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders (*) regionaal (2a).</p> <p>Zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar kan een optie zijn.</p> <p>Indien zorg wordt uitgesteld (2b): geef patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.</p>	<p>Zorg is afgeschaald.</p> <p>Indien zorg wordt uitgesteld: geef patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.</p>

<p><b>Overige planbare zorg (Klasse 5; zorg &gt; 6 weken)</b></p> <p>Geen permanente gezondheidsschade en/of verlies van levensjaren bij uitstel te verwachten.</p>	<p><u>Voorbeelden</u></p> <p>Vasectomie</p> <p>Cosmetische chirurgie</p> <p>Besnijdenis</p> <p>Behandeling carpaal tunnel syndroom</p> <p>Radiologische ablatie osteoid osteoom</p>	<p>Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk (1a) of zolang als mogelijk (1b).</p> <p>Overweeg haalbaarheid van het verplaatsen/doorverwijzen van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders (*) in de regio (1b).</p> <p>Zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar kan een optie zijn.</p>	<p>Zorg is afgeschaald.</p> <p>Indien zorg wordt uitgesteld: bied patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.</p>	<p>Zorg is afgeschaald.</p> <p>Indien zorg wordt uitgesteld: bied patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.</p>
---	---	--	---	---

215 # ) Waarin bovenstaande tabel staat vermeld “overweeg haalbaarheid van het verplaatsen”: voor delen van de (kritisch) planbare zorg die, geleverd door expertisecentra verbonden aan academische ziekenhuizen of topklinische ziekenhuizen, en/of eventueel wmbw plichtig is, en/of sterk afhankelijk is van IC-capaciteit, zal dit niet haalbaar blijken en de mogelijkheid tot dergelijke (kritisch)planbare zorg zolang mogelijk geborgd moeten blijven in die centra. In geval de crisissituatie zo is dat deze zorg pas > 6 weken kan worden geleverd kan gekozen worden aan deze zorg een Klasse 2 prioriteit te geven.

\*) Bijvoorbeeld zelfstandige behandelcentra

## 220 Organisatie van triage van klinische non-COVID zorg aan de hand van dit Raamwerk

### Uitgangspunten

225 Er zijn een aantal uitgangspunten voor de toepassing van het Raamwerk ten behoeve van het behoud van de klinische non-COVID zorg. Voor de lokale uitwerking van het Raamwerk is zoals gezegd allereerst een optimale landelijke spreiding van COVID patiënten over de instellingen van cruciaal belang. Afhankelijk van de fase van de pandemie en van landelijke, regionale en lokale omstandigheden, zullen medisch specialisten en hun raden van bestuur lokaal een ander gesprek moeten starten over de invulling van de planbare zorg.

230 Een tweede uitgangspunt is dat triage door de huisarts geborgd is. Een belangrijk deel van de beoordeling van de urgentie van patiënten vindt plaats door de huisarts, al dan niet op de huisartsenpost. De huisarts verwijst patiënten door naar de instelling. De principes van triage door de huisarts naar de instelling voor non-COVID zorg staan beschreven in de *Handreiking keuzes voor het op- en afschalen van poliklinische non-COVID zorg*. Daarnaast handelen huisartsen op basis van hun eigen richtlijnen, zoals de NHG-standaarden en het coronadossier: [corona.nhg.org](https://corona.nhg.org).

240 Een derde belangrijk uitgangspunt voor de triage van de klinische non-COVID zorg in de instelling is dat poliklinische non-COVID zorg zo goed mogelijk gecontinueerd wordt. En dat geborgd is dat diagnostiek beschikbaar blijft: indicatiestellingen voor (niet-acute) klinische zorg volgen veelal uit poliklinische beoordelingen en diagnostiek. Poliklinische zorg voor chronische patiënten kan bovendien bijdragen om acute situaties/exacerbaties en daaruit voortvloeiende klinische opnames te voorkomen.

### Aanpak

245 De volgende aanpak kan worden voorgesteld om binnen de instelling vast te stellen welke zorg in Klasse 3, 4 en 5 al dan niet kan worden afgeschaald en voor welke patiënten:

- Bepaal eerst in welke fase van de pandemie we ons bevinden - de fase bepaalt immers de mate waarin reguliere zorg voor deze groep patiënten al dan niet doorgang moet vinden. Hanteer hiervoor de crisis-indeling die landelijk wordt vastgesteld.
- 250 • Wetenschappelijke verenigingen hebben reeds handvatten geformuleerd aan de hand waarvan het gesprek over triage kan worden gevoerd. Ook hebben de wetenschappelijke verenigingen voorbeeldcasuïstiek aangeleverd van klachten of aandoeningen met behandelingen, interventies en/of operaties die in de betreffende klassen zijn in te delen of al ingedeeld zijn. De handvatten en de casuïstiek zijn voor de lokale vakgroepen het
- 255 inhoudelijk vertrekpunt van waaruit zij samen met andere vakgroepen binnen de medische staf, verpleegkundigen en managers, in afstemming met en onder verantwoordelijkheid van de raad van bestuur in gezamenlijkheid de patiëntenplanning voor poliklinische zorg en klinische opnames kunnen doorlopen. Streef ernaar om een ziekenhuisbrede aanpak te formuleren waarbij onderlinge solidariteit het uitgangspunt is.
- 260 • Bekijk de planning voor bijvoorbeeld de komende weken en bekijk per patiënt of deze in Klasse 3, 4, of 5 is te plaatsen op grond van ziektebeeld, klachtenpatroon en reden van geplande behandeling, interventie en operatie in dagopname of klinische opnamesetting, in samenhang met diens persoonlijke situatie/omstandigheden.

265

- In het geval er sprake is van de fase waarin de zorgcontinuïteit landelijk ernstig is bedreigd:
  - Klasse 5: uitstellen van behandelingen, interventies en operaties in dagopname of klinische opnamesetting.
  - Klasse 4: uitstellen van behandelingen, interventies en operaties in dagopname of klinische opnamesetting. Herbeoordeling ten aanzien van het risico op gezondheidsschade na bijvoorbeeld 3 weken. Oppassen met voortdurend uitstellen van zorg in relatie tot mogelijke gezondheidsschade. Afhankelijk van de (mogelijke) aandoening verantwoordelijk voor de klinische situatie/klachten, de mate van progressie van klachten, de context van de patiënt (zoals comorbiditeit, behandelwens en sociale situatie) voor individuele patiënten eventueel wél afspraak aanbieden.
  - Klasse 3: deze zorg moet in principe binnen 6 weken in de instelling aangeboden worden aan de patiënt. Indien de verwachting is dat deze termijn niet geborgd is, dan dient bezien te worden of verplaatsing/doorverwijzing van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders (in de regio) mogelijk is. Maak gebruik van bestaande afspraken tussen zorgaanbieders en/of de professionele zorgnetwerken, waardoor een “warme” overdracht gegarandeerd is.
- Informeer de patiënt en diens verwijzer bij uitstel van zorg. Waarborg dat patiënten van wie zorg wordt uitgesteld niet uit beeld raken door follow-up te organiseren, inclusief een eventuele herbeoordeling van de urgentie. Navolgbaarheid en vastlegging is van belang zowel voor de patiënt als de zorgaanbieder.

Klasse 1 en 2 vormen samen de (semi-)acute zorg die binnen een week onder alle omstandigheden geboden moet worden. De richtlijn *Beleid rondom spoedoperaties* beschrijft de logistieke aspecten en criteria voor prioritering en organisatie van acute operaties en interventies in de instelling.

### **Uitstel van zorg**

Indien de zorg voorlopig moet worden uitgesteld, dan moet de patiënt goed worden geïnformeerd over wat dit betekent voor de planning van het zorgcontact, en over hoe te handelen in het geval van alarmsymptomen. Voor patiënten is het van groot belang dat hen perspectief geboden wordt. Verder kan ook aanvullende informatie worden aangeboden, bijvoorbeeld welke preventieve maatregelen genomen kunnen worden, welke risico's er zijn, wat de patiënt zelf kan doen, welke situaties hij/zij moet vermijden, en wat te doen in een noodsituatie. Indien van toepassing én in de betreffende crisisfase beschikbaar, kan de patiënt gewezen worden op de mogelijkheid om naar een andere zorgverlener te gaan, en op de eventuele mogelijkheid tot zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Het is noodzakelijk dat de eigen huisarts over de planning en de verstrekte informatie wordt geïnformeerd. Overweeg in aanvulling op een brief een warme overdracht in de vorm van telefonisch contact met de huisarts/verwijzend medisch specialist. Overleg indien gewenst over mogelijkheden van gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase (Bron: *Handreiking keuzes voor het op- en afschalen van poliklinische non-COVID zorg*) (zie tabel 2).

305 Tabel 2: Overwegingen t.a.v. momenten voor gesprekken en besluiten voor op- en afschaling van reguliere non-COVID zorg.

Toenemende pandemische druk en afnemende capaciteit	Afschaling bij toenemende pandemische druk en afnemende capaciteit			Opschaling bij afnemende pandemische druk en toenemende capaciteit			Afnemende pandemische druk en toenemende capaciteit
	Klasse 5	Klasse 4	Klasse 3	Klasse 5	Klasse 4	Klasse 3	
	Fase 1b	Start op korte termijn gesprek over afschaling			Implementeer binnen instelling geformuleerde beleid		
Fase 2a	Implementeer <i>snel</i> binnen instelling geformuleerde beleid	Start op korte termijn gesprek over afschaling		Start gesprek over opschaling	Implementeer binnen instelling geformuleerde beleid		Fase 2a
Fase 2b/c		Implementeer <i>snel</i> binnen instelling geformuleerde beleid	Start op korte termijn gesprek over afschaling		Start gesprek over opschaling	Implementeer binnen instelling geformuleerde beleid	Fase 2b/c
Fase 2d			Implementeer <i>snel</i> binnen instelling geformuleerde beleid			Start gesprek over opschaling	Fase 2d

Bijlage 1 Figuur 4.1 uit Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg LNAZ, pagina 20.  
 Voorstel fasering voor coördinatie in reguliere zorg, opgeschaalde zorg en zorg in een crisissituatie.

		Conventionele IC-zorg		Opgeschaalde IC zorg			Crisis	
		Fase 1a	Fase 1b	Fase 2a	Fase 2b	Fase 2c	Fase 2d	Fase 3
Definitie	Definitie	Reguliere zorgverlening bij individuele zorgaanbieders met dagelijkse piekbelasting maar zonder bedreiging van de zorgcontinuïteit.	Druk op enkel ziekenhuis in een regio. Om zorgcontinuïteit te borgen is regionale hulp nodig. Regionale MICU-capaciteit is voldoende	Druk op meerdere ziekenhuizen. Regio-coördinatie noodzakelijk om zorgcontinuïteit te bieden. Reguliere regionale MICU-capaciteit schiet te kort.	Druk op een of meerdere regio's. Regionale continuïteit staat onder druk. Reguliere landelijke MICU-capaciteit schiet tekort. Landelijke coördinatie bovenop regionale coördinatie.	Druk op alle regio's. Reguliere IC-capaciteit staat onder druk. Reguliere landelijke MICU-capaciteit schiet tekort. Volledige landelijke coördinatie	Landelijk zorgcontinuïteit ernstig in het gedrang. Opgeschaalde landelijke IC- en MICU-capaciteit schiet tekort. Volledige landelijk coördinatie.	Crisis Alle capaciteit is uitput
	Kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geen maatregelen nodig</li> <li>Bezetting &lt; 80%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lokale schaarste</li> <li>Maatregelen nodig</li> <li>Regionale samenwerking</li> <li>Bezetting tot regio-equivalent van 1.350 IC-bedden (120%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regio maatregelen niet altijd voldoende om continuïteit te bieden</li> <li>Bezetting tot (equivalent van) 1.350 IC-bedden (120%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regio maatregelen onvoldoende voor continuïteit</li> <li>Landelijke maatregelen noodzakelijk</li> <li>Opschalen naar 1.350 IC-bedden (120%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landelijke coördinatie niet voldoende voor continuïteit</li> <li>Aanvullende maatregelen noodzakelijk</li> <li>Opschalen naar 1.700 IC-bedden (150%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landelijke maatregelen niet voldoende voor continuïteit</li> <li>Internationale bijstand noodzakelijk</li> <li>Opschalen naar maximaal aantal bedden*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle elementaire zorg en subacute zorg gestaakt</li> <li>Alle IC-bedden bezet</li> <li>Triage noodzakelijk</li> </ul>
	Capaciteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reguliere capaciteit</li> <li>MICU op indicatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gebruik maximale reguliere capaciteit</li> <li>Regionale coördinatie MICU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regionale IC-opschaling en coördinatie bedden</li> <li>Landelijke coördinatie MICU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landelijke coördinatie bedden en MICU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landelijke coördinatie bedden en MICU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landelijke coördinatie bedden en MICU</li> <li>Gebruik van Duitse IC-capaciteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landelijke coördinatie bedden en MICU</li> <li>Gebruik van Duitse IC capaciteit</li> </ul>
	Target	Alle IC's <80% bezet	Maximaal 1 IC > 80% bezet	Meerdere IC's > 80% bezet, Regio < 80% bezet	Één regio > 80% bezet Landelijk <80% bezet	Landelijk opgeschaalde capaciteit < 80% bezet	Landelijk opgeschaalde capaciteit > 80% bezet	Alle bedden bezet

\*Deel fase 2b en fase 3 wordt verder uit gewerkt in opdracht voor 1 september