

Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand aan en ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie

Versie 1.0

Datum 23-03-2021

Inhoud

Disclaimer	3
Verantwoording	4
1 Inleiding	6
2 Capaciteit voor de klinische zorg in Nederland ten tijde van de COVID-19 pandemie	8
2.1 Planvorming voor de fases in een pandemie	8
2.2 Toezicht door de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg.....	9
2.3 Het probleem van de COVID-19 pandemie: groot aantal acuut zieken tegelijkertijd.....	9
2.4 Het kantelpunt: de omslag naar crisiszorg	10
2.5 Belangrijkste les eerste golf: de afweging tussen capaciteit voor acute zorg en planbare zorg	11
2.6 Consequentie van zo lang mogelijk blijven leveren urgentieklasse 3 zorg bij toenemende pandemische druk op de ziekenhuis capaciteit.....	13
2.7 Beïnvloeden van instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten ten behoeve van de capaciteit	13
2.8 Sturingselementen voor optimaliseren capaciteit voor acute zorg en reguleren van patiëntstromen.....	14
3 Uitgangspunten voor maximaliseren van de klinische capaciteit in relatie tot kwaliteit van zorg	16
4 Toolkits voor optimaliseren en maximaliseren klinische capaciteit en reguleren van patiëntstromen	18
Vorbereidingsfase.....	22
Stap 1	28
Stap 2	30
LNAZ fase 3 - Crisis.....	32
5 Bottlenecks	33
Bijlage 1 Staff, Stuff, Spaces, Systems en Finance & Governance	34
Bijlage 2 Anders werken in het ziekenhuis	36
Bijlage 3 Urgentieklasse van zorg en per situatie en fase van crisis	38
Bijlage 4 Overzicht samenhang leidraden, handreikingen en raamwerken t.a.v. instroom, doorstroom en uitstroom	39

Disclaimer

Algemeen

De Federatie Medisch Specialisten en de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van het Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand en ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie. Desondanks accepteert 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.

De informatie uit het Raamwerk mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet zonder voorafgaande schriftelijke toestemming worden gewijzigd, gereproduceerd of gedistribueerd.

Looptijd

Het Raamwerk is vastgesteld op 23 maart 2021.

Het Raamwerk zal tussentijds worden bijgewerkt en/of gewijzigd indien er nieuwe (wetenschappelijke) inzichten of ontwikkelingen zijn. De meest actuele versie is de versie die staat op de website van de Federatie Medisch Specialisten.

Het Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie is uitsluitend geldig gedurende de periode dat sprake is van fase 2 en 3.

Verantwoording

Doel en reikwijdte van dit document

Doel van het Raamwerk is zorgaanbieders handvatten te geven om in de lokale en regionale context maatregelen te treffen om klinische capaciteit te optimaliseren en maximaliseren in voorbereiding op en ten tijde van fase 3.

Het optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit ten tijde van de COVID-19 pandemie kan bijdragen aan het borgen van de toegankelijkheid van kritieke planbare klinische zorg en (semi-) acute zorg voor alle Nederlanders, lokaal en regionaal, op een aanvaardbaar kwaliteitsniveau¹. Het gaat in dit document expliciet over de klinische capaciteit binnen het ziekenhuis. Uitgangspunt is de zorg voor urgentieklasse 1 en 2 altijd te borgen en zorg uit urgentieklasse 3 zo lang mogelijk doorgang te laten vinden². Ook is het van belang om de zorg op de spoedeisende hulp (SEH, en in de gehele acute zorg-as) en op de polikliniek doorgang te laten vinden, juist om potentiële gezondheidsschade en/of verlies van levensjaren op termijn te voorkomen. Diagnostiek is essentieel voor het goed kunnen beoordelen tot welke urgentieklasse bepaalde zorg behoort. Een groot deel van de patiënten komt tenslotte niet naar het ziekenhuis met een diagnose, maar met een klacht. Daarbij moeten wel heldere afspraken worden gemaakt zodat de belasting van diagnostiek door poliklinische activiteiten niet leidt tot capaciteitsproblemen voor de (semi-)acute of kritiek planbare klinische zorg.³

Het Raamwerk biedt handvatten en suggesties om invulling te geven aan het optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit. De wijze waarop de klinische capaciteit lokaal/regionaal concreet kan worden geoptimaliseerd en gemaximaliseerd, wordt beïnvloed door de lokale/regionale omstandigheden, personele beschikbaarheid en faciliteiten. Nadere operationalisering in de lokale/regionale context is derhalve noodzakelijk.

De keuze voor specifieke maatregelen valt onder de bestuurlijke eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. 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)⁴.

Pandemische druk en afschaling van zorg op het moment van publicatie

Op het moment van het publiceren van dit document bevinden we ons reeds enige tijd in LNAZ fase 2D. De prognose is dat de pandemische druk verder zal toenemen, terwijl deze al geruime tijd van een verhoogd niveau is. Dat betekent dat veel ziekenhuizen reeds keuzes hebben gemaakt ten aanzien van de capaciteit en daartoe mogelijk zorg in urgentieklasse 3 hebben moeten afschalen om de (semi-)acute zorg uit urgentieklasse 1 en 2 te kunnen blijven borgen. Dit document beoogt handvatten te bieden voor het optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit zodat ziekenhuizen meer mogelijkheden kunnen creëren om de zorg voor urgentieklasse 1 en 2 te borgen en (delen van) zorg uit urgentieklasse 3 zo lang mogelijk doorgang te laten vinden.

Samenhang met andere documenten

In het kader van de uitwerking van het tijdelijk beleidskader 'kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie' is door [de minister voor Medische Zorg en Sport op 12 februari 2021 aan het LNAZ](#) gevraagd een kerngroep te formeren, met deelnemers uit de verschillende zorgsectoren, die de verschillende regionale plannen voor fase 3 op basis van een vergelijkingskader

¹ Met aanvaardbaar kwaliteitsniveau wordt bedoeld: zorg die voldoet aan de Wkkgz-definitie van goede zorg en de invulling daarvan aan de hand van veldnormen.

² Zie ook: [Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk](#)

³ Zie [Handreiking voor keuzes bij het op- en afschalen van reguliere poliklinische non-COVID zorg ten tijde van schaarste in de COVID-19 pandemie](#)

⁴ Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, specifiek artikel 2 en 3 ([wettekst Wkkgz](#))

met elkaar dienen te vergelijken. Het heeft daarmee primair als doel om de regio's te ondersteunen bij het opstellen van de plannen. Ten behoeve van dit vergelijkingskader is aan leden van de kerngroep verzocht om sectorale plannen aan te leveren met mogelijke maatregelen gericht op de zorgverlening en zorgcontinuïteit in fase 3 van de COVID-19 pandemie. Essentieel onderdeel van het vergelijkingskader vormt de borging van samenhang van deze sectorale plannen ten behoeve van de zorgcontinuïteit door de gehele keten bij toenemende pandemische druk, oftewel:

- Als één sector crisiszorg nadert, wat mag van de andere partijen gevraagd/verwacht worden?
- Als één sector crisiszorg levert, wat mag dan van de andere partijen geëist worden?

Dit Raamwerk staat dan ook niet op zichzelf, maar dient gezien te worden in samenhang met het eerder opgestelde [Opschalingsplan COVID-19 voor de IC \(LNAZ\)](#) en de sectorplannen fase 3 van de verpleeghuiszorg, de gehandicaptenzorg, de wijkverpleging, huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ambulancezorg en ziekenhuiszorg.

Het Raamwerk sluit aan bij het Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk van de Federatie Medisch Specialististen en op de Handreiking keuzes voor het op- en afschalen van poliklinische non-COVID zorg van de Federatie Medisch Specialististen, 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 beschreven⁵. Het Raamwerk sluit daarnaast aan op het [Afwegingskader Fase 3](#) van de V&VN.

Totstandkoming

Dit Raamwerk is opgesteld door de Federatie Medisch Specialististen (Federatie) in samenwerking met de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Het Raamwerk is voor reactie voorgelegd aan de LHV en het NHG, de NVZ, NFU, Patiëntenfederatie Nederland en de IGJ. Bij het opstellen van dit Raamwerk was een werkgroep met vertegenwoordiging uit de volgende wetenschappelijke en beroepsverenigingen betrokken: NIV, NVvH, NVALT, NVKG, NVSHA. Het document is opgesteld met ondersteuning vanuit het bureau van de Federatie in samenwerking met het bureau van de V&VN.

De NVKF heeft bijgedragen met het opstellen van de bijlage over medisch technische aandachtspunten bij uitbreiding van klinische capaciteit.

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft geadviseerd ten aanzien van medisch-ethische en gezondheidsrechtelijke aspecten, maar niet ten aanzien van de medische inhoud.

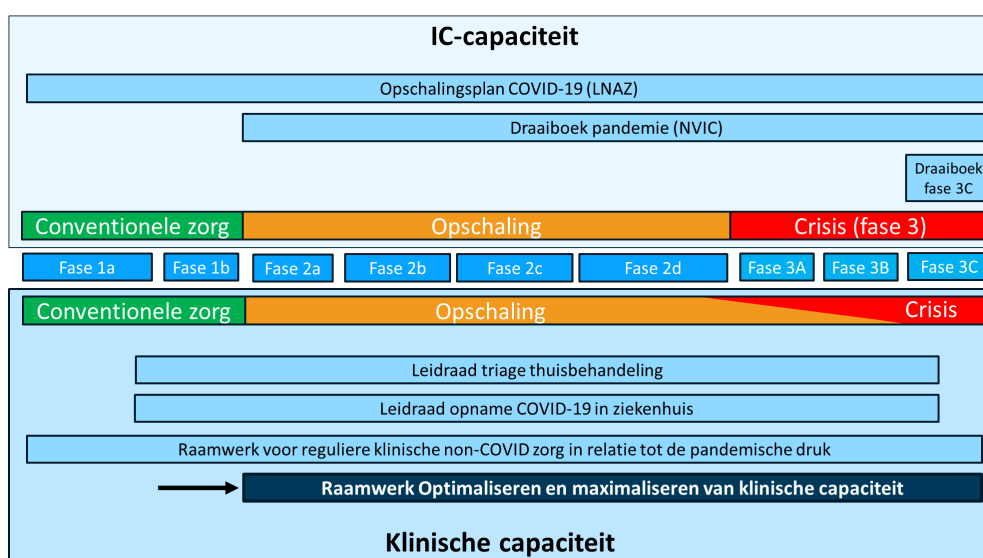
⁵ [Zie voor een overzicht van alle richtlijnen, leidraden, handreikingen andere documenten specifiek voor COVID-19 zorg de themapagina op de website van de Federatie](#)

1 Inleiding

Het afgelopen jaar heeft de zorg continu onder druk gestaan als gevolg van de COVID-19 pandemie. Zowel binnen het ziekenhuis op de verpleegafdelingen en intensive cares (IC) als buiten de muren van het ziekenhuis, zoals in instellingen voor verpleging en verzorging, leidden de COVID-19 opnames tot toenemende druk op de zorg. Door COVID-19 besmettingen bij zorgpersoneel of hun familie werd de zorg tegelijkertijd geconfronteerd met toenemende personeelsuitval, die tevens werd versterkt door zorguitval als gevolg van overmatige belasting. De reguliere zorg is als gevolg van het voorgaande gedurende de eerste en tweede COVID-19 golf in het voorjaar en najaar van 2020 deels afgeschaald.

Hoewel de beschikbaarheid van zorg soms nijpend is geweest, is vooralsnog geen zorginfarct ontstaan. Een veel besproken knelpunt voor een dergelijke situatie is de beschikbaarheid van IC-capaciteit. Hoewel het meermaals kritiek werd, heeft zich tot op heden geen situatie voorgedaan waarin er sprake was van een landelijk absoluut tekort aan operationele IC-bedden (fase 3). Een toenemend aantal opnames heeft niet alleen effect op de beschikbare IC-capaciteit, maar ook kan de capaciteit op verpleegafdelingen een knelpunt worden. Een dergelijke situatie kan zich gaan voordoen op het moment dat de pandemische druk onverhoopt snel oploopt en de toestroom van het aantal COVID- patiënten de mogelijkheid tot opvang op de IC en in de kliniek overstijgt. In zo'n scenario biedt de bovenregionale spreiding van COVID-patiënten over het land geen oplossing meer: de zorg is immers in het hele land overbelast. Dit scenario kan zich onder andere voordoen als de Britse of een andere variant van het virus dominant wordt en een sterke toename van het aantal infecties en acuut zieke patiënten veroorzaakt. Ondanks maximale inzet van landelijke maatregelen kan de hieruit voortvloeiende druk op de zorg onontkoombaar zijn.

Voor de capaciteit van de IC is het [Opschalingsplan COVID-19 \(LNAZ\)](#) gemaakt. Voor het vaststellen van fase 3 en het opnamebeleid op de IC zijn landelijke kaders en draaiboeken gemaakt waarin afspraken staan ten aanzien van het signaleren en vaststellen van fase 3 voor de IC. Vanuit de Federatie Medisch Specialisten zijn diverse handreikingen en leidraden gepubliceerd die handvatten bieden voor instroom, doorstroom en uitstroom van COVID-patiënten en een raamwerk en handreiking voor het behoud van de reguliere zorg in (poli)klinische setting ten tijde van de COVID-19 pandemie⁶. (Zie figuur 1 en bijlage 4).



Figuur 1 Samenhang van fases en verschillende documenten met betrekking tot IC- en klinische capaciteit.

⁶ Zie voor de meest recente versies van deze documenten de [overzichtspagina](#) op de Website van de Federatie Medisch Specialisten

Omdat ook de klinische capaciteit in de knel kan komen voorafgaand en ten tijde van fase 3, biedt het voorliggende Raamwerk uitgangspunten en inhoudelijke overwegingen voor de organisatie van de klinische capaciteit en vormt daarmee een aanvulling op de eerdergenoemde documenten. Acut zieke patiënten hebben een zorgbehoefte waar hoe dan ook zorg voor ingezet moet worden: ook een acut zieke patiënt die door capaciteitsgebrek niet kan worden opgenomen in het ziekenhuis moet ergens opgevangen worden met de best mogelijke zorg. Echter willen we de reflex om bij toenemende druk op de IC en de kliniek de urgentieklasse 3 zorg direct af te schalen bij een volgende golf voorkómen. Ook uitstel van planbare zorg in urgentieklasse 3 kan en zal leiden tot gezondheidsschade en/of verlies aan levensjaren. Belangrijk hierbij is om te realiseren dat verreweg het grootste deel van de uitgestelde zorg het gevolg is van capaciteitsproblemen in de kliniek en dat er andere oplossingen denkbaar zijn om deze capaciteitsproblemen op te pakken.

Zolang mogelijk behoud van urgentieklasse 3 is een principiële keuze

Het is een principiële keuze om de toegankelijkheid voor (semi-)acute zorg (urgentieklasse 1 en 2) altijd te borgen én de kritiek planbare zorg (urgentieklasse 3) zo lang mogelijk te blijven borgen⁷ en op de verpleegafdelingen zo lang mogelijk de best mogelijke zorg voor in principe al deze patiënten te leveren. In dit document staat in hoofdstuk 2 de achtergrond beschreven die tot deze principiële keuze heeft geleid en de sturingselementen die capaciteit beïnvloeden. Hoofdstuk 3 bevat de uitgangspunten voor het maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand en ten tijde van fase 3. Vervolgens bevat hoofdstuk 4 concrete handvatten om dit te realiseren. Dit document staat niet op zichzelf, maar sluit aan bij de overige sectorplannen die zijn opgesteld voor de organisatie van zorg in de keten. Er zal gezamenlijk door alle partijen in de keten ingezet moeten worden op het bieden van zo goed mogelijke zorg gegeven de pandemische druk en beschikbaarheid van mensen en middelen.

⁷ Urgentieklassen 1, 2 en 3 zoals gedefinieerd in het [Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk](#)

2 Capaciteit voor de klinische zorg in Nederland ten tijde van de COVID-19 pandemie

2.1 Planvorming voor de fases in een pandemie

De gouden standaard van crisisbeheersing in de gezondheidszorg vormt (nog steeds) het raamwerk van de Crisis Standards of Care (CSC) van het Institute of Medicine in de Verenigde Staten. Ook in Nederland wordt landelijk gebruik gemaakt van de CSC-indeling van zorgverlening in fasen. Dit Raamwerk volgt daarom ook deze structuur.

1. Fase 1 is de conventionele situatie, waarbij de zorg op normale wijze wordt uitgevoerd op basis van dagelijkse werkafspraken en binnen het gebruikelijke kwaliteitsniveau.⁸ De medisch specialist bepaalt samen met de patiënt welke zorg, waar én wanneer plaatsvindt (conventionele zorgverlening).
2. Fase 2 is de opgeschaalde situatie, waarbij met aanpassingen in de zorgverlening de zorgcapaciteit geleidelijk aan wordt gemaximaliseerd en toenemende kwaliteitsconcessies worden gedaan op basis van lokale of regionale opschalingsplannen teneinde de zorgcontinuïteit zo lang mogelijk te borgen. Er is sprake van goede zorg conform de Wkkgz. De zorg is in deze fase systeemgericht met als doel het voorkomen van een fase 3. De medisch specialist bepaalt samen met de patiënt nog wel welke zorg dient plaats te vinden, maar het systeem bepaalt waar en wanneer die zal plaatsvinden (aangepaste zorgverlening).⁹
3. Fase 3 is de crisissituatie, waarbij de opschalingsplannen niet meer toereikend zijn. De zorgcapaciteit is onvoldoende om aan de zorgvraag te voldoen en daarom wordt er gehandeld onder het niveau van wat men als minimale kwaliteit beschouwt in de conventionele situatie. De zorg is in deze fase populatiegericht: gezien de situatie het beste doen voor zoveel mogelijk mensen. Patiënten krijgen daarbij in oplopende mate onvoldoende zorg door schaarste in de mogelijkheden om zorg te verlenen, met mogelijke (blijvende) gezondheidsschade tot gevolg. Welke zorg geboden kan worden, zal sterk afhankelijk zijn van de pandemische druk op lokaal, regionaal en landelijk niveau (crisiszorg).

Zie voor de verdere uitwerking van deze fasering en de subfases het [Opschalingsplan COVID-19](#) van de LNAZ.

Planvorming voor crisisbeheersing

Het is van belang dat crisisbeheersing planmatig, en daardoor dus navolgbaar wordt vormgegeven. In de planvorming voor maximaliseren van zorgcapaciteit voorafgaand en tijdens crisis ligt de nadruk sterk op fase 2. Dit is ook logisch aangezien:

- Het voorkómen van een fase 3 de primaire doelstelling is.
- Het merendeel van de mogelijke maatregelen om de zorgcapaciteit uit te breiden zich zal richten op het aanpassen van gebruikelijke processen en werkafspraken en niet op het aanpassen van de kwaliteit van zorg.

Aangezien in fase 2 op geleide van de pandemische druk geleidelijk aan wordt toegewerkt richting de grenzen van het aanvaardbare kwaliteitsniveau, is het cruciaal dat de plannen voor maximaliseren van zorgcapaciteit voorafgaand en tijdens crisis beschreven zijn op nationaal, regionaal of tenminste lokaal niveau. De plannen moeten voldoen aan de Wkkgz-definitie van goede zorg en de invulling daarvan aan de hand van veldnormen. In deze plannen dienen instrumenten, maatregelen en beleidsopties beschreven te worden. Idealiter worden de plannen voorbereid in fase 1 (scholing,

⁸ Het gebruikelijke kwaliteitsniveau is zorg die voldoet aan de Wkkgz-definitie van goede zorg en de invulling daarvan aan de hand van veldnormen.

⁹ Geene, R. Houdijk, P. van der Torn, D. den Hartog. Operational strategies for collective surge capacities; Role of health care coalitions and comparable partnerships for acute care with Covid-19 and other surge-like events. Unpublished manuscript Erasmus MC

opleiding, training, oefening) op passende wijze ingezet in fase 2 en in extremere mate ingezet in fase 3.

Dit Raamwerk is één van de sectorale plannen met mogelijke maatregelen gericht op de zorgverlening en zorgcontinuïteit voorafgaand aan en ten tijde van fase 3 van de COVID-19 pandemie. Dit Raamwerk dient als input voor het vergelijkingskader van de LNAZ wat betreft de verschillende regionale plannen voor fase 3.

2.2 Toezicht door de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg

De IGJ heeft in het document [Toezicht van de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg](#) beschreven hoe de IGJ in haar toezicht zal omgaan met een crisissituatie waarin het functioneren van de gezondheidszorg ernstig verstoord zal raken, er onvoldoende mogelijkheden zijn om zorg te leveren en het hanteren van de gangbare normen niet meer mogelijk is.

Een goede voorbereiding voor de hiervoor beschreven crisissituatie en (regionale) samenwerking zijn volgens de IGJ essentieel. De huidige sectorale plannen, waaronder dit Raamwerk, beschrijven volgens de IGJ voldoende onderbouwd wat de 'ondergrens' van goede zorg is die wordt gehanteerd¹⁰ in de fase van opgeschaalde en aangepaste zorgverlening, als de minimale ondergrens van aanvaardbare kwaliteit van zorg in een dergelijk crisissituatie.

Uit de sectorale plannen kan geput worden om de regionale en lokale plannen aan te vullen, omdat de context waarin de zorg wordt verleend sterk verschilt. De IGJ verwacht dat de sectorplannen goed bruikbaar zijn voor dit doel. De sectorplannen zijn meer richtinggevend dan dat zij concreet voorschrijven hoe er moet worden gehandeld. Zorgaanbieders moeten uitgaan van dit kader en in overleg weloverwogen, goed uit te leggen keuzes maken die passen bij de situatie die zich voordoet. Het belang van patiënten en cliënten dient voorop te worden gesteld. Dit geldt met name als ook de sectorale en regionale plannen onvoldoende handvatten bieden. De keuzes die dan gemaakt moeten worden, moeten zijn gericht op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en het belang van de mensen die zorg nodig hebben.

Daar waar de situatie in de zorg dusdanig is dat de zorg het niet meer aankan, moeten afwegingen worden gemaakt tegen de achtergrond van individueel versus publiek belang. De IGJ vindt het belangrijk dat zorgaanbieders zoveel mogelijk vasthouden aan de kernwaarden van de zorg en van de rest van de samenleving, zoals menslievendheid, solidariteit en gelijkwaardigheid.

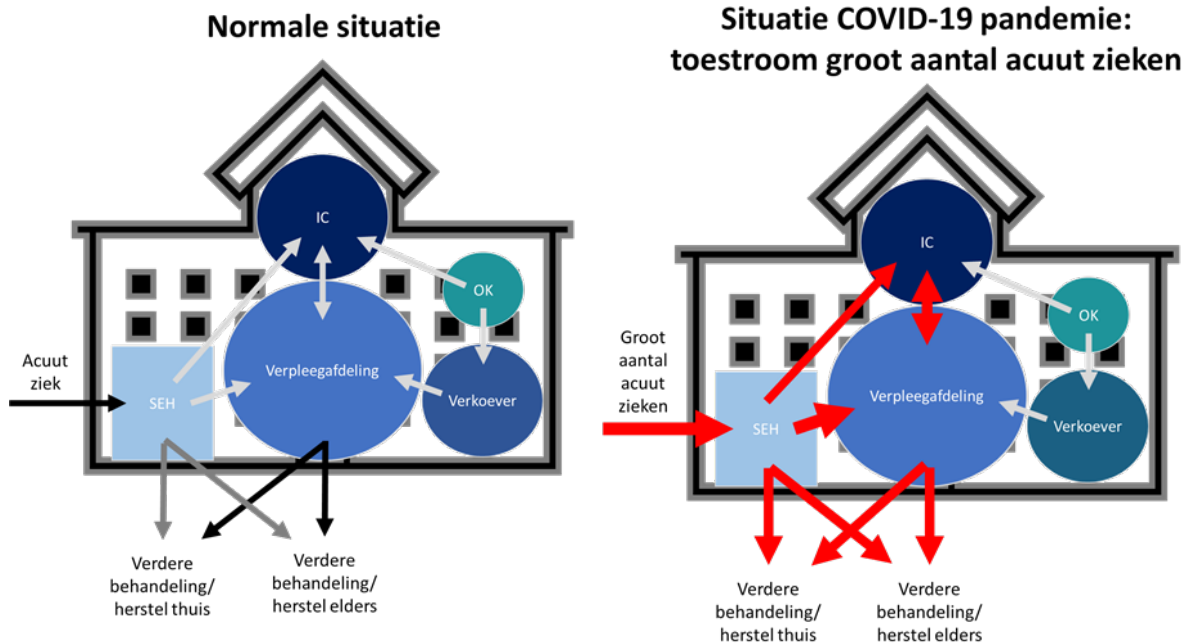
Wanneer zoals hiervoor beschreven wordt gehandeld, biedt de IGJ zorgverleners zekerheid dat hun handelen voldoet aan datgene wat als professionele standaard beschouwd mag worden.¹⁰

2.3 Het probleem van de COVID-19 pandemie: groot aantal acuut zieken tegelijkertijd

Het grootste probleem voor ziekenhuizen dat is ontstaan door de COVID-19 pandemie is het grote aantal acuut zieke COVID-patiënten dat tegelijkertijd ziekenhuiszorg nodig heeft. De verpleegafdelingen binnen de ziekenhuizen zijn de spil in dit proces. Opgenomen patiënten liggen voor kortere of langere tijd op een verpleegafdeling voordat zij kunnen uitstromen voor herstel thuis of herstel elders zoals bijvoorbeeld in de VVT-sector of een eerstelijnsverblijf. De capaciteit op de verpleegafdelingen in ziekenhuizen is een dynamisch geheel, dat wordt beïnvloed door het aanbod van patiënten voor een verpleegbed en de mogelijkheden voor uitstroom van voldoende herstelde patiënten. Tevens zal er een continue patiëntenstroom zijn van en naar de IC.

¹⁰ De LNAZ publiceert binnenkort een document over kwaliteit en continuïteit van zorgverlening bij toenemende pandemische druk en in fase 3 (op 23 maart 2021 nog in ontwikkeling)

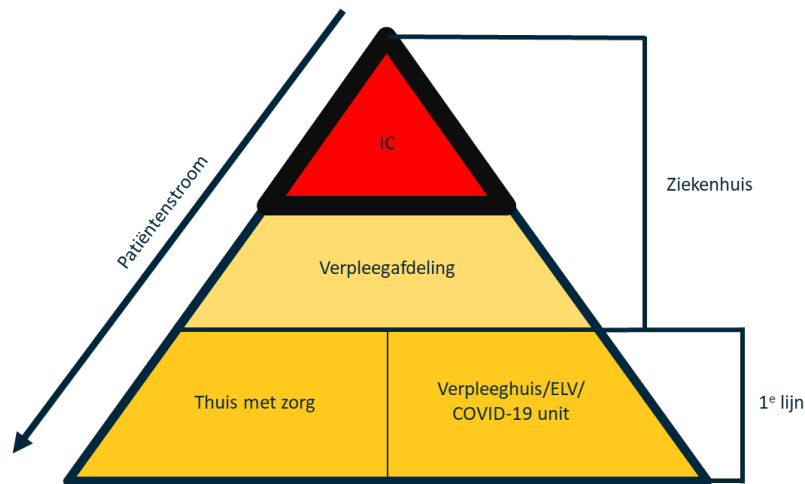
De toename van acuut zieke patiënten legt beslag op de capaciteit van zowel de IC als van de verpleegafdelingen, waardoor er schaarste van capaciteit ontstaat. Deze schaarste bestaat niet alleen uit een tekort aan beschikbare bedden, maar nog meer uit een tekort aan (gekwalficeerde) zorgprofessionals om de zorg te kunnen bieden conform geldende richtlijnen en afspraken over kwaliteit. In figuur 2 is de normale situatie en de situatie ten tijde van de COVID-19 pandemie weergegeven.



Figuur 2 In een normale situatie zijn de verpleegafdelingen de spil in de klinische zorg. Acuut zieke patiënten komen binnen via de SEH en gaan vanuit daar naar de verpleegafdelingen of de Intensive Care. Ook vanuit de operatiekamers en de verkoever-afdeling stromen patiënten door naar de verpleegafdelingen en de Intensive Care. Vanuit de verpleegafdelingen gaan patiënten naar huis of naar een plek elders om verder te herstellen, waarbij ook mogelijkheid is tot heropname. De COVID-19 pandemie kenmerkt zich door het grote aantal acuut zieke COVID-patiënten dat binnen een korte tijdsperiode het ziekenhuis binnenkomt via de spoedeisende hulp. De rode pijlen geven weer hoe deze groep door het ziekenhuis stroomt.

2.4 Het kantelpunt: de omslag naar crisiszorg

Bij een toenemende instroom van COVID-19 patiënten neemt de druk op de beschikbare IC-plekken toe. Tegelijkertijd zal ook de klinische capaciteit meer onder druk komen te staan. Wanneer een absoluut tekort aan IC-plekken wordt bereikt (1.700 plekken beschikbaar) wordt landelijk fase 3 voor de IC vastgesteld conform de afspraken in de draaiboeken. Dat hoeft niet te betekenen dat de capaciteit in de kliniek tegelijkertijd óók volledig uitgeput is en op dat moment in crisiszorg vervalt. De druk op de klinische capaciteit zal in geval van een absoluut tekort op de IC wel fors toenemen. Dit omdat er niet alleen instroom is van acute patiënten via de SEH, maar ook van patiënten voor wie geen plek meer is op de IC, en die wél in de kliniek opgenomen moeten worden. Een absoluut tekort aan IC-plekken in fase 3 is dus een triggermoment voor mogelijke overbelasting in de kliniek. Afhankelijk van de snelheid waarmee de pandemische druk zich ontwikkelt en de ruimte die er nog is voor (maximalisatie van) de klinische capaciteit kan ook deze tegen absolute grenzen aanlopen. Toenemende druk op klinische capaciteit van verpleegafdelingen leidt ook tot verhoogde druk op de capaciteit in de andere sectoren vanwege behoefte aan versnelde uitstroom. Derhalve moeten in de regio keten-breed afspraken zijn gemaakt.



Figuur 3 Bij het afkondigen van fase 3 op basis van de IC-capaciteit ontstaat er druk op de capaciteit in de hele keten stroomafwaarts.

Landelijk is afgesproken dat wanneer een andere sector ernstige capaciteitsproblemen heeft óók fase 3 (crisis) voor die betreffende sector afgekondigd kan worden. Als er crisis is in één sector, betekent dat niet meteen dat de andere sectoren ook in crisis zijn. Wanneer bijvoorbeeld de VVT in crisisfase is beland en er nog geen sprake is van een tekort aan IC-capaciteit, wordt er op de IC dus niet getrieerd volgens de eerdergenoemde draaiboeken¹¹. Daarom moet in keten-brede afspraken vastgelegd worden wat van de ketenpartners verwacht mag worden als één sector crisiszorg nadert en wat van de andere partijen geëist mag worden als één sector crisiszorg levert. Hierbij wordt ingezet op het maximaliseren van de regionale zorgcapaciteit door intensieve ketensamenwerking, en het maken van regionale afspraken om de toegankelijkheid van de zorg in den brede te borgen en onderlinge samenwerking te optimaliseren.

2.5 Belangrijkste les eerste golf: de afweging tussen capaciteit voor acute zorg en planbare zorg

In het voorjaar van 2020 werden de Nederlandse ziekenhuizen plotseling en onvoorbereid overstroomd met een toevloed van acuut zieke COVID-19-patiënten. Tijdens die eerste golf in de COVID-19 pandemie werd alle reguliere, planbare non-COVID-zorg (urgentiëklasse 3, 4 en 5) afgeschaald om de toegenomen vraag naar acute zorg op de IC en op de cohort-verpleegafdelingen op te kunnen vangen. De toegenomen vraag werd onder andere opgevangen door de alternatieve inzet van zorgprofessionals (bijvoorbeeld buddy-systeem) en alternatieve inzet van beschikbare ruimtes in het ziekenhuis (bijvoorbeeld verkoeverafdelingen als alternatieve IC-locatie). Uitbreiding van IC-capaciteit met bijvoorbeeld verpleegkundigen van een verpleegafdeling leidde tot sluiting van bedden op die afdeling. De sluiting van die bedden leidde vervolgens tot bijvoorbeeld annuleren van operaties. De reflex om bij toenemende druk op de IC en de kliniek de urgentieklasse 3 zorg direct af te schalen bij een volgende golf om capaciteitsproblemen op te vangen moet voorkómen worden.

In principe is er in Nederland voldoende klinische capaciteit om de (semi)acute zorg (urgentiëklasse 1 en 2), inclusief de acute COVID-zorg op te vangen in de situatie van een ernstige crisis, mits alle planbare zorg wordt afgeschaald. In nasleep van de eerste golf was er echter brede consensus dat het van belang is te voorkomen dat bij een volgende golf wederom (vrijwel) alle reguliere planbare

¹¹ Het toepassen van de draaiboeken voor fase 3 op de IC geldt vanaf het moment dat fase 3 voor de IC is vastgesteld zoals beschreven in de draaiboeken.

zorg inclusief de kritiek planbare zorg voor langere tijd afgeschaald zou moeten worden ten behoeve van de klinische- en IC-capaciteit voor de acuut zieke patiënten (urgentiëklasse 1/2). Het vrijwel volledig afschalen van kritiek planbare zorg (urgentiëklasse 3) zal immers betekenen dat belangrijke zorg wordt uitgesteld hetgeen tot een aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade en/of verlies van levensjaren leidt als dit uitstel langer duurt dan zes weken.

Er zijn daarom in de zomer en het najaar van 2020 documenten opgesteld voor het zoveel mogelijk behouden van zowel [klinische](#) als [poliklinische non-COVID zorg](#), met handvatten voor het op- en afschalen van deze zorg bij toenemende vraag naar acute zorg ten tijde van de COVID-19 pandemie. In deze documenten wordt onderscheid gemaakt tussen vijf urgentieklassen, die in het Raamwerk behoud van non-COVID zorg nog verder worden gedefinieerd voor klinische non-COVID zorg aan de hand van de pandemische druk (zie tabel 1).

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

Tabel 1 Uit 'Raamwerk behoud van non covid zorg' waarin klasse 1 tot en met 5 zorg verder worden gedefinieerd inclusief de termijn van zorg die bij voorkeur dient te worden aangehouden.

In het [Raamwerk behoud van reguliere klinische non-COVID zorg](#) is aangegeven bij welk stadium in de pandemische fase (LNAZ stadium 1a t/m fase 2d) welke zorg verplaatst, doorverwezen of uitgesteld zou kunnen worden. Groot verschil met de situatie in het voorjaar van 2020 is dat de huidige pandemische druk op de zorg al veel langer aanhoudt en dat er tussen de pieken onvoldoende ruimte ontstaat om alle uitgestelde planbare zorg weer in te halen. Na de eerste periode van de COVID-pandemie is op basis van de geleerde lessen het uitgangspunt geformuleerd¹² dat de (semi-)acute zorg (urgentiëklasse 1 en 2) altijd en de kritiek planbare zorg (urgentiëklasse 3) zo lang mogelijk doorgang moet vinden. Patiënten uit urgentieklasse 3 hebben bij uitstel van meer dan 6 weken namelijk een aanmerkelijk risico op (complicaties en/of verergering van de ziekte met als gevolg) permanente gezondheidsschade en/of verlies van levensjaren. Het afschalen van urgentieklasse 3 om urgentieklasse 1 en 2 te borgen is daarom te beschouwen als een zeer zware maatregel. Daarom moet ondanks de grote vraag naar zorg van urgentieklasse 1 en 2 in een COVID-golf vol ingezet worden op zo lang mogelijk doorgang laten vinden van urgentieklasse 3.

¹² Deze urgentieklasse omvat naast de algemene acute zorg bijvoorbeeld ook de acute cardiologische, neurologische en verloskundige zorg.

2.6 Consequentie van zo lang mogelijk blijven leveren urgentieklasse 3 zorg bij toenemende pandemische druk op de ziekenhuiscapaciteit

Om de toegenomen vraag naar urgentieklasse 1 en 2 zorg op te vangen werd in de eerste golf de capaciteit voor IC-zorg uitgebreid door capaciteit (zowel personele als bedden) van de OK, verkoeverafdeling en zorgmedewerkers van verpleegafdelingen in te zetten voor IC-zorg. De IC-zorg is opgeschaald gebleven na de eerste golf. Bij een volgende golf in de pandemie is het de afspraak dat de IC-capaciteit wordt opgeschaald en gemaximaliseerd op basis van het [Opschalingsplan COVID-19 \(LNAZ\)](#). Daarnaast moet ingezet worden op het maximaliseren van de klinische capaciteit waarvoor dit document handvatten biedt. Omdat we urgentieklasse 1 en 2 altijd willen borgen en de zorg voor urgentieklasse 3 zo lang mogelijk willen blijven leveren ondanks de grote toestroom van (semi-) acute patiënten, zal de klinische capaciteit mogelijk eerder in de knel komen dan in voorgaande golven.

Indien men in fase 3 landelijk gaat triëren voor IC-zorg volgens de afgesproken criteria uit de draaiboeken, betekent dit dat naast de toenemende instroom via de SEH ook een toestroom van IC-behoefte patiënten waarvoor geen IC-bed beschikbaar is zal ontstaan richting de kliniek. Het is ook goed te beseffen dat laatstgenoemde patiëntencategorie een extra hoge zorgzwaarte zal kennen. De combinatie van extra inzet van zorgpersoneel (veelal vanuit de kliniek) op de IC, toegenomen instroom via de SEH en terugstroom vanwege triage op de IC zal in fase 3 leiden tot een veel grotere belasting van de klinische capaciteit waardoor het mogelijk toch noodzakelijk kan zijn om urgentieklasse 3 zorg (deels) af te schalen. Bij schaarste van IC-capaciteit kan niet alle kritiek planbare zorg voor urgentieklasse 3 zondermeer doorgang vinden. Zorg uit urgentieklasse 3 waarbij een aanzienlijk risico op een IC-opname is (tijdens het beloop) kan bij schaarste van IC-capaciteit niet gecontinueerd worden (zie voorbeeld).

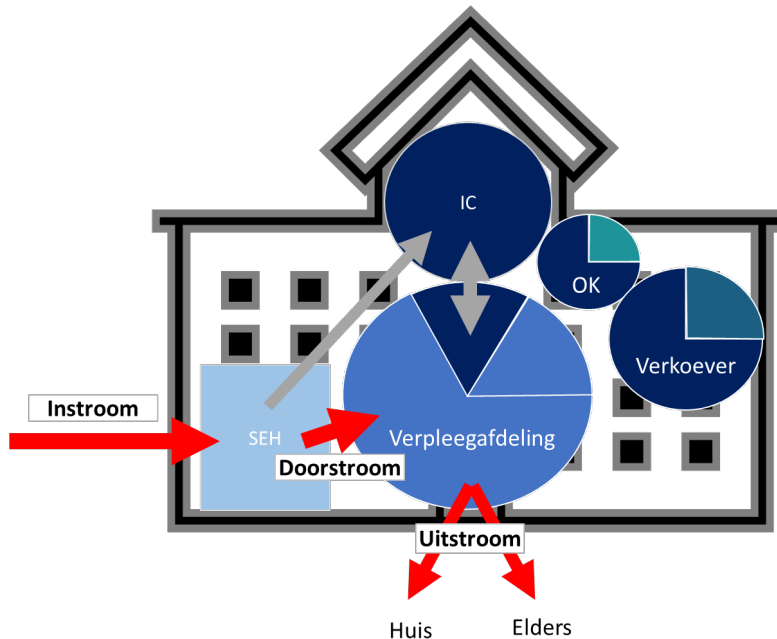
Voorbeeld

De situatie kan zich voor doen dat fase 3 geldt voor de IC maar de kliniek nog in fase 2d verkeert en capaciteit heeft voor patiënten. Op dat moment kan niet iedere urgentieklasse 3 patiënt zondermeer behandeld worden. Immers, als een urgentieklasse 3 patiënt een aanzienlijk risico op IC-opname heeft na zijn behandeling, dan kan die IC-plek vanwege de schaarste niet op voorhand gegarandeerd worden. Deze patiënt kan dus vanwege de aangescherpte triagecriteria voor IC-opname uitgesloten worden van IC-opname op dat moment. Hoewel het streven is om zorg in urgentieklasse 3 zo lang mogelijk doorgang te laten vinden, is een situatie zoals deze uiteraard ongewenst. Bij sommige behandelingen uit urgentieklasse 3 is het onwaarschijnlijk dat vervolgens IC-zorg nodig is. Deze urgentieklasse 3 zorg kan derhalve doorgaan zolang er capaciteit in de kliniek is. De afweging welke zorg in urgentieklasse 3 verantwoord doorgang kan vinden, wordt in dit geval gemaakt door de behandelend medisch specialist, op basis van de individuele situatie en wensen van de patiënt en de lokale mogelijkheden.

2.7 Beïnvloeden van instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten ten behoeve van de capaciteit

Om de beschikbare klinische capaciteit optimaal te benutten, is het van belang om de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in het ziekenhuis te reguleren. Als één van deze stromen in het ziekenhuis stagneert, dan stagneren alle andere stromen ook. Als patiënten bijvoorbeeld niet kunnen uitstromen naar herstelplekken elders, blijven zij langer verpleegbedden bezet houden dan nodig. Als patiënten vanuit de SEH niet kunnen doorstromen naar de verpleegbedden, kunnen ambulances hun patiënt niet tijdig overdragen, moeten patiënten worden overgeplaatst en loopt

men het risico dat de SEH ‘verstopt’ raakt en moet sluiten voor nieuwe patiënten. Daardoor kan er vervolgens ook geen instroom van patiënten meer plaatsvinden en treedt er navenant onwenselijke belemmering op van zorg in de urgentieclassen 1 en 2. Per onderdeel van dit stroomsysteem zijn oplossingen denkbaar voor het zo goed mogelijk in stand houden en indien nodig reguleren van deze stromen en daarmee ook de capaciteit op de verpleegafdelingen.



Figuur 4 De toegenomen aantallen acuut zieke patiënten stromen via de hier weergegeven pijlen door het ziekenhuis. Naast voldoende capaciteit, is ook een optimale instroom van de juiste patiënten, een soepele doorstroom van de SEH naar de verpleegafdelingen/Intensive Care en uitstroom uit het ziekenhuis van groot belang voor het optimaal benutten van (resterende) capaciteit.

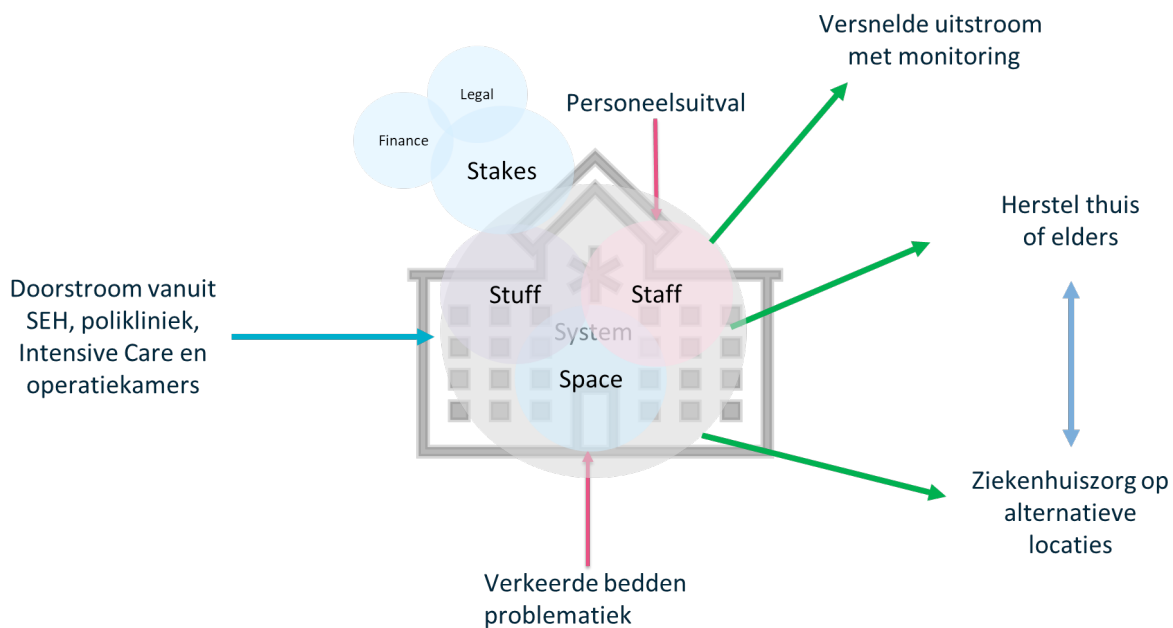
2.8 Sturingselementen voor optimaliseren capaciteit voor acute zorg en reguleren van patiëntstromen

Een optimaal functionerend zorgsysteem ten tijde van een pandemie wordt beïnvloed door vier factoren¹³, de vier S'en genoemd: Staff, Stuff, Space en Systems¹⁴. Deze vier randvoorwaarden worden beïnvloed en bepaald door de vijfde 'S' van Stakes¹⁵: de Stakes hebben betrekking op de bredere bedrijfscontinuïteit van zorginstellingen en houden rekening met de financiële, juridische en reputatiegevolgen. Deze elementen tezamen bepalen in grote mate de capaciteit binnen een zorgsysteem om de benodigde zorg te kunnen leveren. Deze elementen zijn daarom ook de *bottlenecks* waardoor de zorg kan stagneren en de capaciteit ontoereikend kan blijken. Deze vijf elementen zijn dus ook direct van invloed op instroom-, doorstroom en uitstroommogelijkheden van patiënten in het ziekenhuis.

¹³ beschreven door prof. dr. Farmer, professor Global Health aan de Harvard Universiteit

¹⁴ zie bijlage 1 voor een toelichting

¹⁵ R. Geene, P. van der Torn, E.F. van Beeck, D. Hanfling, D. den Hartog. Collective surge capacity planning; framework for health care coalitions. Submitted for publication.



Figuur 5 Schematische weergave van invloeden op en randvoorwaarden voor instroom, doorstroom, uitstroom en capaciteit voor acute zorg ten tijde van de COVID-19 pandemie. Stuff, Staff, Space en System zijn de vier randvoorwaarden van belang voor een optimaal functionerend zorgsysteem ten tijde van een pandemie, zoals beschreven door prof. dr. P. Farmer. De randvoorwaarden worden mede beïnvloed en bepaald door o.a. finance, legal en stakes. Belangrijke invloeden op de verpleegbedden capaciteit zijn de verkeerde beddenproblematiek en personeelsuitval.

In bijlage 1 staat een overzicht van deze elementen inclusief voorbeelden.

In dit Raamwerk beschrijven we concrete handvatten om aan de hand van interventies op *staff*, *space* en *system* de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in het ziekenhuis én de capaciteit op de verpleegafdelingen te reguleren. Niet alle maatregelen en mogelijke acties liggen binnen de invloedssfeer van medisch specialisten en bestuurders van ziekenhuizen. Zo wordt de inkoop en verdeling van benodigde middelen, de *stuff*, zoals persoonlijke beschermingsmiddelen, beademingsapparatuur en bepaalde geneesmiddelen voor deze pandemie nationaal gecoördineerd; derhalve wordt dit punt in dit Raamwerk niet verder uitgewerkt. Nationale en regionale governance- en financieringsvraagstukken liggen ook buiten de invloedssfeer van individuele medisch specialisten, verpleegkundigen en ziekenhuisbestuurders en vereisen samenwerking van bestuurders, medisch specialisten en verpleegkundigen in regionale én landelijke netwerken om dergelijke knelpunten op te lossen. Daarnaast zijn de mogelijkheden en initiatieven van ketenpartners van essentieel belang om de acute zorgvraag van COVID-19 patiënten gezamenlijk te kunnen beantwoorden. De *stakes* en de mogelijkheden/initiatieven van ketenpartners worden in dit document niet verder geadresseerd. Staff, space en systems zijn direct te beïnvloeden met gerichte acties door medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders en zijn daarom verder uitgewerkt in dit document.

3 Uitgangspunten voor maximaliseren van de klinische capaciteit in relatie tot kwaliteit van zorg

Bij het opstellen van het Raamwerk voor het uitbreiden en reguleren van klinische capaciteit voor de zorg in urgentieklassen 1, 2 en 3 worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- 1. De toegankelijkheid van zorg in de urgentieklasse 3 wordt zo lang mogelijk gewaarborgd.**
Het is een principiële keuze om de toegankelijkheid voor (semi-)acute zorg (urgentieklassen 1 en 2) altijd te borgen én de kritiek planbare zorg (urgentieklasse 3) zo lang mogelijk te blijven borgen (urgentieklassen 1, 2 en 3 zoals gedefinieerd in het [Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk](#)) en op de verpleegafdelingen zo lang mogelijk de best mogelijke zorg voor in principe al deze patiënten te leveren. Het afschalen van urgentieklasse 3 om capaciteit te creëren voor zorg uit urgentieklassen 1 en 2 is te beschouwen als een zeer zware maatregel vanwege de aanmerkelijke risico's op (op het moment van afschalen nog onzichtbare) gezondheidsschade en/of verlies van levensjaren die dat voor deze groep patiënten oplevert.

Daarom moet er na het afschalen van urgentieklassen 4 en 5 eerst vol ingezet worden op maatregelen om klinische capaciteit te maximaliseren voordat afschaling van urgentieklasse 3 wordt overwogen. Maatregelen om de klinische capaciteit te maximaliseren gelden voor zowel non-COVID- als COVID-patiënten in urgentieklassen 1, 2 en 3 tegelijk.

- 2. In de aanloop naar fase 3 is het uitgangspunt: doe zo veel als mogelijk voor alle patiënten in de urgentieklassen 1, 2 en 3.**
Wanneer de normale zorgcapaciteit tekortschiet is het van belang alternatieve maatregelen te treffen om capaciteit¹⁶ te maximaliseren en optimaliseren om zoveel mogelijk zorg te kunnen realiseren voor alle patiënten uit urgentieklassen 1, 2 en 3.
- 3. Bij een zodanige toename van de pandemische druk dat de normale zorgcapaciteit tekortschiet (LNAZ fase 2), worden zo nodig concessies gedaan aan de kwaliteit van de zorg om de toegankelijkheid voor urgentieklassen 1 en 2 in ieder geval te borgen en voor urgentieklasse 3 zo lang mogelijk te borgen.**
Op het moment dat er grote vraag naar acute zorg is in een COVID-golf komt de toegankelijkheid van zorg onder druk te staan omdat de gebruikelijke zorgcapaciteit (kliniek en/of IC) ontoereikend kan blijken. Een planmatige uitbreiding van capaciteit biedt de mogelijkheid om de toegankelijkheid van zorg voor urgentieklassen 1 en 2 altijd te borgen en urgentieklasse 3 zo lang mogelijk te blijven borgen. Hierbij kunnen eventueel ook weloverwogen concessies worden gedaan wat betreft het kwaliteitsniveau op basis van de maatregelen beschreven in de landelijke opschalingsplannen die regionaal en lokaal invulling krijgen. Dit geldt zolang redelijkerwijs te verwachten is dat die concessies voor de patiënten niet tot ernstige schade voor de gezondheid en/of kwaliteit van leven of tot een verlies van levensjaren leiden. Zorgaanbieders kunnen planmatig maatregelen treffen die enige concessie aan kwaliteit inhouden binnen de grenzen van het aanvaardbare kwaliteitsniveau – maar doen dit uitsluitend als dit daadwerkelijk leidt tot meer capaciteit.

¹⁶ Opschaling van IC-capaciteit gebeurt conform het [Opschalingsplan COVID-19](#) (LNAZ)

4. Maatregelen die een concessie in de kwaliteit van zorg betekenen worden ingezet over de urgentieclassen 1, 2 en 3 en wel zodanig dat het risico op en/of de mate van gezondheidsschade als gevolg van deze maatregelen min of meer gelijk is voor alle patiëntengroepen in deze klassen.

Om binnen de beperkte beschikbare capaciteit tegemoet te komen aan de zorgvraag van alle patiënten uit urgentieclassen 1 en 2 en zo lang mogelijk aan die van patiënten in urgentieklasse 3, zullen maatregelen genomen moeten worden waarbij mogelijk concessies worden gedaan aan de kwaliteit van zorg. Niet bij alle patiëntengroepen kunnen dezelfde concessies aan de kwaliteit van zorg worden gedaan, aangezien een bepaalde concessie bij de ene patiëntengroep meer gezondheidsschade met zich mee kan brengen dan bij een andere patiëntengroep.

5. Aanvaardbare kwaliteitsconcessies zoals hierboven beschreven zijn bedoeld om voldoende capaciteit te creëren om afschaling van de zorg in urgentieklasse 3 zo lang mogelijk te voorkomen. Mocht de pandemische druk echter zo hoog oplopen en de impact van de kwaliteitsconcessies niet langer als aanvaardbaar worden beschouwd, dient opnieuw een afweging te worden gemaakt ten aanzien van de principiële keuze om zo lang mogelijk de kritiek planbare zorg van urgentieklasse 3 te blijven borgen (zie uitgangspunt 1).

Hoewel het in zijn algemeenheid de voorkeur verdient dat in Nederland dezelfde keuzes worden gemaakt ten aanzien van patiënten die in dezelfde (gezondheids-)situatie verkeren, is dat als het gaat om de capaciteit van de verpleegafdelingen ten tijde van COVID-19 onmogelijk te garanderen. De aard en omvang van de patiënten in de urgentieclassen 1, 2 en 3 en de specifieke omstandigheden (wat betreft vooral *staff* en *space*) kunnen regionaal en lokaal zodanig verschillen, dat de keuzes moeten worden afgestemd op de situatie zoals die zich regionaal en lokaal voordoet. Dit brengt met zich mee dat ook de beslissing tot eventuele afschaling van (een onderdeel van) urgentieklasse 3, lokaal en/of regionaal moet worden genomen. Zoals altijd, moet ook deze beslissing goed worden gemotiveerd en gedocumenteerd.

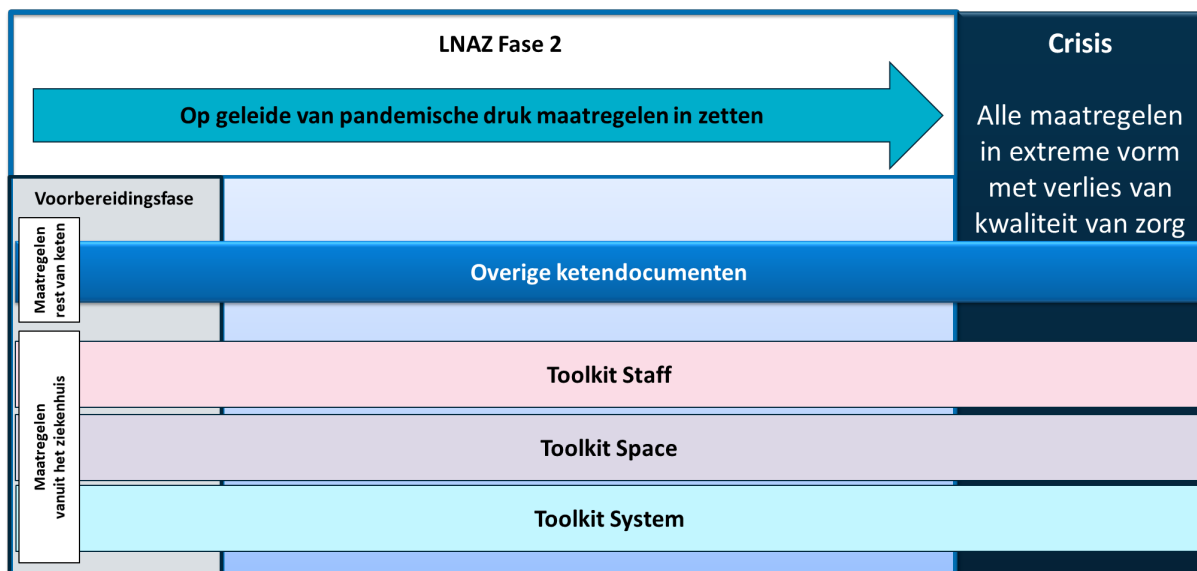
Van belang is dat bij het nemen van deze beslissing in ieder geval rekening wordt gehouden met het uitgangspunt dat de schade voor de gezondheid en/of kwaliteit van leven of verlies van levensjaren in zijn totaliteit zo veel als mogelijk beperkt blijft. Dit volgt uit de perspectiefwissel die in fase 3 aan de orde is, namelijk van een patiëntgericht naar een populatiegericht perspectief. Uiteraard laat dit onverlet dat iedere individuele patiënt ook dan nog steeds de op dat moment best beschikbare zorg moet krijgen.

De hiervoor beschreven uitgangspunten gelden voor alle patiënten in Nederland en krijgen nadere uitwerking in de regio's en binnen ziekenhuizen.

4 Toolkits voor optimaliseren en maximaliseren klinische capaciteit en reguleren van patiëntstromen

Afhankelijk van de pandemische druk in fase 2 kan de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in het ziekenhuis (*system*) worden beïnvloed door de stapsgewijze en proportionele inzet van maatregelen om de beschikbare capaciteit, *space* (bedden) en *staff* (personeel), op de verpleegafdelingen zo optimaal mogelijk in te zetten. De stapsgewijze inzet van maatregelen biedt flexibiliteit om snel op- en af te kunnen bouwen. De flexibele aanpak biedt ook ruimte om afhankelijk van de lokale situatie en mogelijkheden te putten uit de “*tools*” die zijn beschreven. Zorgaanbieders kunnen maatregelen moeten treffen die een acceptabele concessie aan kwaliteit inhouden – maar doen dit uitsluitend als dit daadwerkelijk leidt tot meer capaciteit.

Om de klinische capaciteit voorafgaand aan fase 3 in de COVID-19 pandemie te optimaliseren en maximaliseren, is het van cruciaal belang dat tijdig wordt begonnen met de voorbereidingen hiervoor. Dit betekent dat ziekenhuizen idealiter in LNAZ-fase 1 al de plannen klaar hebben voor de inzet van de verschillende maatregelen in de toolkits.



Figuur 6 Toolkits voor maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand aan fase 3.

Om instroom, doorstroom en uitstroom te beïnvloeden met als doel het maximaliseren van de klinische capaciteit kan stapsgewijs zorg anders worden georganiseerd en capaciteit op een andere manier worden ingezet. Naarmate de pandemische druk toeneemt, komen kwaliteit en veiligheid onder druk te staan. Het doel is om zo lang mogelijk de zorg op een zo hoog mogelijke kwaliteitsstandaard te kunnen leveren. Voor uitbreiding van capaciteit en het reguleren van patiëntstromen moeten dan creatieve maatregelen en acties worden ingezet om aan de toegenomen acute zorgvraag te kunnen voldoen. Hierbij is het van belang checks en balances in te bouwen om de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg nog zo veel mogelijk te borgen. Afhankelijk van de lokale situatie zijn acties op *staff*, *space* en *system* in te zetten zoals hieronder verder uitgewerkt is. Het is daarbij belangrijk dat goed gedocumenteerd wordt welke maatregelen zijn ingezet en op welke wijze, voor de toetsbaarheid achteraf.

Om tegelijkertijd urgentieklasse 1 en 2 zorg altijd te kunnen blijven leveren en zo lang mogelijk zorg van urgentieklasse 3 te kunnen blijven leveren, wordt ingezet op het stapsgewijs uitbreiden van capaciteit en reguleren van patiëntstromen. Daarvoor zijn in de tabel op de volgende pagina drie toolkits uitgewerkt. De maatregelen en acties kunnen mogelijk gevolgen hebben voor kwaliteit en

veiligheid van zorg voor alle patiënten. Het is daarom van belang dat de gevolgen van deze maatregelen en acties zo eerlijk mogelijk verdeeld worden over alle afdelingen en patiënten in het ziekenhuis volgens uitgangspunten 3 en 4 uit hoofdstuk 3.

4.1 Drie toolkits voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit en reguleren van patiëntstromen

De maatregelen uit de toolkits kunnen stapsgewijs worden ingezet voor het op- en afbouwen, en het maximaliseren van de klinische capaciteit en het reguleren van patiëntenstromen. De maatregelen zullen stapsgewijs, proportioneel en in onderlinge samenhang ingezet moeten worden om gelijkmatige optimalisering en maximalisering te bewerkstelligen: alle maatregelen van de toolkit *space* inzetten zonder inzet van maatregelen uit de toolkit *staff* is zinloos.

Vorbereidingsfase

In de voorbereidingsfase worden voorbereidingen getroffen op de maatregelen uit alle toolkits. De plannen hiervoor worden in de ideale situatie opgesteld in LNAZ fase 1, zodat deze handvatten bieden zodra fase 2 zich aandient. Dat betekent dat niet alleen in het eigen ziekenhuis, maar ook in het werkgebied samen met ketenpartners de stand van zaken en mogelijkheden worden besproken. Er worden gezamenlijk afspraken gemaakt over het in gereedheid brengen van de maatregelen en acties zodat deze direct ingezet kunnen worden wanneer de pandemische druk toeneemt.

LNAZ Fase 2

Stap 1

De capaciteit in het ziekenhuis komt onder druk te staan. De klinische capaciteit moet worden uitgebreid door de inzet van extra personeel en door het realiseren van extra bedden capaciteit. In deze stap worden de eerste maatregelen uit de toolkits ingezet. Het doel is maximaal efficiënt werken met minimaal verlies aan kwaliteit.

Stap 2

De capaciteit in het ziekenhuis staat ernstig onder druk. Naast het verder maximaliseren van de interne ziekenhuisorganisatie en processen worden extra inspanningen gericht op het vergroten van de uitstroom van de minste zieke patiënten naar andere zorglocaties. Het doel is zo efficiënt als haalbaar is te werken met zo beperkt mogelijk verlies aan kwaliteit op geleide van de pandemische druk door maximale sturing op instroom, doorstroom en uitstroom.

LNAZ Fase 3

De capaciteit in het ziekenhuis is maximaal uitgeput en kan niet verder worden uitgebreid: er is een situatie ontstaan waarin organisaties moeten 'overleven'. Het doel is maximaal inzetten van alle bruikbare ruimtes, alle voorhanden zijnde middelen en alle beschikbare menskracht: doe altijd zoveel mogelijk voor alle patiënten van urgentieclassen 1 en 2 en zo lang mogelijk voor urgentieklasse 3 patiënten gegeven de hoge pandemische druk. Fase 3 kenmerkt zich doordat niets meer in plannen te vatten is: reguliere processen en coördinatie zijn ontoereikend. Dit gaat gepaard met aanzienlijk verlies van de gebruikelijke kwaliteit van zorg. Mocht de pandemische druk echter zo hoog oplopen dan wordt opnieuw een afweging gemaakt t.a.v. uitgangspunt 1 in hoofdstuk 3. Het is goed te beseffen dat onder deze zware en extreme omstandigheden hulpverleners niet tot het uiterste gehouden kunnen worden.

De volgende signalen van oplopende pandemische druk kunnen aanleiding zijn om een volgende set maatregelen uit de drie toolkits in te zetten:

Suggesties voor signalen voor overgang van voorbereidingsfase naar stap 1:

- A. Staff: Toenemende personeelsuitval, waardoor de bemenste bedden capaciteit terugloopt.
- B. Space: Aantal dagen achter elkaar gebruik van buffercapaciteit op de verpleegafdelingen.
- C. System: Beperkte mogelijkheden tot overplaatsing naar andere ziekenhuizen.

Suggesties voor signalen voor overgang stap 1 naar stap 2:

- A. Staff: Toenemende personeelsuitval i.c.m. onvoldoende beschikbare bemenste bedden.
- B. Space: Bedden capaciteit inclusief buffercapaciteit tot 80% benut.
- C. System: Geen mogelijkheden tot overplaatsing naar andere ziekenhuizen.

Suggesties voor signalen voor dreigend absoluut tekort klinische capaciteit

- A. Staff: Persisterend personeelstekort.
- B. Space: COVID-19 instroom groter dan uitstroom.
- C. System: Regionale zorgketen als geheel overbelast.

Afhankelijk van het tempo waarin de signalen van pandemische druk zichtbaar worden en de mogelijkheden in de lokale en regionale situatie, kunnen de verschillende maatregelen uit de drie toolkits (*staff*, *space* en *system*) worden ingezet.

Tabel 2 is een samenvattingskaart van de maatregelen en acties uit de verschillende toolkits, die ingezet kunnen worden voor het uitbreiden en reguleren van capaciteit op de verpleegafdelingen in fase 2 en fase 3. In de paragrafen hierna staan de mogelijke acties en maatregelen uitgebreider beschreven.

Toolkits voor het uitbreiden en reguleren van capaciteit op de verpleegafdelingen voorafgaand aan en tijdens fase 3

	LNAZ fase 2			LNAZ fase 3
	Vorbereidingsfase	stap 1	stap 2	CRISIS
A. Staff	Ondersteuners in kaart brengen, in paraatheid brengen (standby zetten) en opleiden	Start inzet van ondersteuners en ontlasten van regulier personeel	Volledig inzetten van ondersteuners	Informeel zorgverleners en vrijwilligers inzetten
B. Space	Reserveer buffercapaciteit verpleegbedden voor situaties van kortdurende schaarste	Optimaliseren ziekenhuisstructuur: - COVID: COVID-cohort afdelingen uitbreiden - non-COVID: 'bed is een bed' – principe - SEH: uitbreiden bedden capaciteit	Ziekenhuiszorg voor COVID-19 op bestaande zorglocaties buiten het ziekenhuis	Alle mogelijkheden tot uitbreiding zijn uitgeput
C. System	Optimale patiëntenspreiding COVID-19 en verkeerde bedden-problematiek inventariseren en mogelijkheden uitplaatsing bespreken met relevante regionale partijen, inzicht creëren in regionale capaciteit	Continue herbeoordeling van opgenomen patiënten: minder zieke patiënten zo snel mogelijk laten uitstromen voor herstel elders Maximale efficiency in doorstroom vanaf de SEH	Versnelde uitstroom van COVID-19 patiënten voor herstel elders (bestaande zorglocaties) of thuis (met monitoring) Anders werken: bijv. meer patiënten per verpleegkundige, minder controles, afbakenen van taken per verpleegkundige etc.	Versnelde uitstroom van alle minder zieke patiënten voor verdere behandeling of verder herstel naar bestaande zorglocaties of thuis Daarnaast maximaal inzetten op anders werken (zie bij stap 2)
Signalen voor oplopende pandemische druk	A. Toenemende personeelsuitval B. Aantal dagen achter elkaar gebruik van buffercapaciteit op de verpleegafdelingen C. Beperkte mogelijkheden tot overplaatsing naar andere ziekenhuizen	A. Toenemende personeelsuitval i.c.m. onvoldoende beschikbare bemenste bedden B. Bedden capaciteit inclusief buffercapaciteit tot 80% benut C. Geen mogelijkheden tot overplaatsing naar andere ziekenhuizen	A. Persisterend personeelstekort B. COVID-19 instroom groter dan uitstroom C. Regionale zorgketen als geheel overbelast	

Vorbereidingsfase

In de voorbereidingsfase worden voorbereidingen getroffen op de maatregelen uit alle toolkits. Dit gebeurt idealiter in LNAZ fase 1, zodat deze snel gerealiseerd kunnen worden zodra fase 2 zich aandient. Dat betekent dat niet alleen in het eigen ziekenhuis, maar ook in het werkgebied samen met ketenpartners de stand van zaken en mogelijkheden worden besproken. Er worden gezamenlijk afspraken gemaakt over het in gereedheid brengen van de maatregelen en acties, zodat deze direct ingezet kunnen worden wanneer de pandemische druk toeneemt.

A. Staff

Concrete handvatten voor voorbereiding van uitbreiden personele capaciteit van zowel artsen als verpleegkundigen:

1. Breng de beschikbare ondersteuners voor zowel medische ondersteuning als verpleegkundige ondersteuning in kaart, bijvoorbeeld door middel van een regionale uitvraag van beschikbaarheid en bereidheid. Ondersteuners die kunnen worden benaderd zijn:

Voor de medische ondersteuning

- Artsen/medisch specialisten die elders in de organisatie werkzaam zijn (iedereen die gemist kan worden);
- Arts-assistenten (A(N)IOS) die elders in de organisatie werkzaam zijn (iedereen die gemist kan worden);
- Artsen of geneeskundig-specialisten-niet-praktiserend (voormalig BIG-geregistreerden);
- Arts-onderzoekers (die eventueel ook gedeeltelijk zouden kunnen ondersteunen in het verpleegkundig domein).

Voor de verpleegkundige ondersteuning

- Overige ziekenhuismedewerkers met een relevante achtergrond die elders in de organisatie werkzaam zijn (iedereen die gemist kan worden);
 - Verpleegkundestudenten;
 - Geneeskundestudenten in de wachttijd voor co-schappen (met afgeronde bachelor);
 - Geneeskundestudenten die een verpleegstage hebben afgerond;
 - Co-assistenten;
 - Rode Kruis-vrijwilligers en ziekenhuisvrijwilligers.
2. Houd bij de inzet van ondersteuners rekening met de regels rond wet BIG, zie ook [dit KNMG-advies, de Maatregelen minister t.a.v. voormalig BIG-geregistreerden en uitstel herregistratie en BIG-register - uitstel herregistratie](#). Zorg dat de ondersteuners op stand-by staan en breng in kaart waar zij ingezet zouden kunnen worden. Maak zo nodig onderscheid tussen ondersteuners en inzetbaarheid o.b.v. competenties en bekwaamheden, zie bijlage 2 'Anders werken in het ziekenhuis'.
 3. Start zo snel mogelijk, voordat de nood hoog is, met de training van ondersteuners.

- Zie voor het opleiden van geneeskundestudenten voor verpleegkundige ondersteuning het [‘Schouder aan Schouder’ plan](#), uitgewerkt door het AmsterdamUMC.
 - Zie voor het bijscholen van artsen voor medische ondersteuning in de COVID-19 zorg: <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/details/omscholen>
 - Zorg ook voor een algemene voorbereiding, voor ondersteuners die op non-COVID afdelingen of in ondersteunende dienstverlening worden ingezet (zoals ondersteuners voor transport van patiënten of materialen etc.).
 - Heb bij scholing van ondersteuners aandacht voor de geldende maatregelen op het gebied van infectiepreventie.
 - Leg vast welke bekwaamheden ondersteuners na de training hebben verworven en wat de reikwijdte van hun bevoegdheden is bij inzet als ondersteuning.
4. Maak van het beschikbaar stellen van vaccinaties voor de gekwalificeerde professionals en ondersteuners prioriteit om ziekteverzuim door COVID-19 zoveel mogelijk tot een minimum te beperken.
 5. Voldoe aan essentiële verplichtingen die aan werkgeverschap verbonden zijn (denk aan een speciale tijdelijke arbeidsovereenkomst en een passende beloning voor werkzaamheden). Zorg voor duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden voor alle betrokkenen.
 6. Zorg dat de ondersteuners evenredig verdeeld zijn over alle verpleegafdelingen en alle verpleegkundige teams. ‘Verdun’ het volledig geschoold personeel met een standaard percentage aan extra ondersteuners. Voorbeeld: zet per 5 verpleegkundigen 1 medisch student in; daardoor zou bijvoorbeeld extra bedden ingezet kunnen worden voor patiëntenzorg of 1 verpleegkundige voor andere taken worden ingezet. Zorg voor de afgesproken beschikbaarheid van voldoende buddy’s voor de IC/uitbreiding IC-capaciteit conform de gemaakte afspraken in het [Opschalingsplan COVID-19 \(LNAZ\)](#).
 7. Zorg voor een duidelijke taakverdeling en supervisiestructuur voor de ondersteuners en maak hier afspraken over; gekwalificeerde professionals delegeren een deel van hun normale taken aan de ondersteuners en superviseren de uitvoering. Zorg ook dat de professionals die moeten gaan superviseren hiervan op de hoogte worden gebracht en zo nodig getraind worden.
 8. Let op de grenzen bij het oprekken van de “span of control” van het reguliere gekwalificeerde personeel; zorg ervoor dat iedereen laagdrempelig kan aangeven dat het niet lukt om nog meer verantwoordelijkheid te dragen.
 9. Overweeg van telemonitoring in combinatie met een centraal observatiecentrum om personeel te ontlasten.
 10. Verzorg goede ondersteuning voor al het ingezette personeel inclusief ondersteuners. Overweeg:
 - Inzet van meer senior personeel in de nachten om belangrijke beslissingen t.a.v. de patiëntenzorg te begeleiden;
 - Aanbieden van een forum voor personeel waar vragen gesteld kunnen worden (vooral door ondersteuners);
 - Aanbieden van informatie/vraagbaak voor vragen over verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid en tuchtrecht;
 - Aanbieden van psychologische ondersteuning, bij voorkeur is er minimaal 1 persoon per afdeling die het aanspreekpunt is voor collega’s met morele en mentale dilemma’s;

- Ondersteunen van het personeel door aandacht voor de voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen, alsmede door middel van training en procedures voor aan- en uittrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen.
 - Zie ook: <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/details/zorg-goed-voor-jezelf-zorg-goed-voor-elkaar>
11. Let op een mogelijke toename van agressie bij patiënten en/of naasten als zorg anders wordt geregeld of bijvoorbeeld geen IC-zorg kan worden verleend: mogelijk is meer capaciteit in beveiliging nodig om de veiligheid van medewerkers te borgen. Overweeg extra psychologen, geestelijk verzorgers en/of maatschappelijk werkers in te zetten voor begeleiding van patiënten en familie/naaste(n).

De inzet van minder gekwalificeerd personeel kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg; er is tenslotte minder volledig gekwalificeerd personeel aanwezig dat specifiek is opgeleid voor en ervaring heeft in het leveren van de gevraagde zorg. Hou bij de inzet van ondersteuners de patiëntveiligheid en de risico's in het oog. Een verlies aan kwaliteit kan zoveel mogelijk worden beperkt door goede opleidings-, trainings- en supervisiestructuren op te zetten.

Eén van de eerste mogelijkheden om acuut personele capaciteit voor specifieke afdelingen uit te breiden, is door het bestaande personeel in het hele ziekenhuis extra opleiding aan te bieden zodat zij bij toegenomen vraag ingezet kunnen worden op de specifieke afdelingen die hulp behoeven.

B. Space

Inventariseer welke capaciteit er gemiddeld nodig was voor opvang van acute patiënten, zowel in een rustige periode als in een piek. Bepaal op basis van deze cijfers wat de buffercapaciteit van het ziekenhuis zou moeten zijn: het minimaal aantal opnameplekken dat beschikbaar moet zijn om een acuut toenemende instroom van acute patiënten te kunnen opvangen. Houd rekening met buffercapaciteit voor opname op de verpleegafdelingen om een plotselinge instroom van COVID-19 patiënten in eerste instantie op te kunnen vangen. Dat kan alleen door tegelijkertijd te sturen op optimale patiëntenspreiding en uitstroom (zie ook system).

Het heeft sterk de voorkeur om zo lang mogelijk bestaande ruimte in ziekenhuizen te gebruiken, en externe locaties te gebruiken voor de uitstroom van patiënten (ZBC, VVT, ELV, ontslag met eventuele thuismonitoring en/of mantelzorgers). Het argument hiervoor vormt het reële en continue risico op verslechtering van COVID-19 patiënten, waarvoor ziekenhuisfunctionaliteiten beschikbaar zouden moeten zijn.

NB. Denk ook aan de beschikbare capaciteit van het mortuarium voor overleden patiënten en de afstemming met regionale begrafenisondernemingen.

Concrete handvatten voor voorbereiding van uitbreiden bedden capaciteit binnen het ziekenhuis:

1. Inventariseer waar binnen het ziekenhuis extra bedden geplaatst zouden kunnen worden. Dit kan door het aantal patiënten per kamer te verhogen (ook op SEH kan dit voor vergroten buffercapaciteit), of door bestaande ruimtes te herallocceren. Afhankelijk van de lokale mogelijkheden kan gedacht worden aan gebruik van ruimte op de polikliniek, dagbehandeling, familiekamers, etc.
2. Breng de benodigde facilitaire ondersteuning en medische techniek in gereedheid. Denk hierbij onder meer aan:

- Zuurstofvoorziening (zie [Medisch technische aandachtspunten voor COVID19-zorg](#);
 - (Patiënten)logistiek (bijvoorbeeld EPD-inrichting indien extra kamers worden geopend), schoonmaak, apotheek, beveiliging);
 - Voldoende benodigde apparatuur, denk bijvoorbeeld aan extra:
 - Optiflow apparaten;
 - (Mobiele) zuurstofflowmeters;
 - Eventueel extra bedden (bijvoorbeeld bij uitbreiding op polikliniek en of dagbehandeling);
 - Spuiten en volumetrische pompen;
 - Aansluitplekken of mobiele apparatuur voor zuurstoftoediening;
 - Mobiele computers voor verslaglegging en ordenen van diagnostiek en beleid.
 - Logistiek van medicatie.
 - Medisch-technische aandachtspunten bij uitbreiding beddenscapaciteit (zie [Medisch technische aandachtspunten voor COVID-19 zorg](#) en [Leidraad Kwaliteit en veiligheid van medische hulpmiddelen tijdens crisissituaties.](#))
3. Breng de mogelijkheden om één of meerdere COVID-cohort afdelingen te realiseren in kaart. Schakel vroegtijdig het consultteam palliatieve zorg (indien aanwezig) of professionals met ervaring binnen de palliatieve zorg in om mee te denken over de inrichting van palliatieve zorg voor COVID-19 patiënten en het eventueel opzetten van een palliatieve unit met personeel dat in deze specifieke patiëntenzorg reeds ervaring heeft (bijv. oncologen). Hou er bij de planvorming rekening mee dat de palliatieve zorg voor patiënten die geëxcludeerd zijn voor IC-opname ten tijde van fase 3 van een andere aard is dan gebruikelijke palliatieve zorg in het ziekenhuis. Zorg voor voldoende bekwaam personeel en heb aandacht voor begeleiding van zowel zorgprofessional als patiënt en naaste(n)

Concrete handvatten voor voorbereiding van uitbreiden beddenscapaciteit voor COVID-19 patiënten buiten het ziekenhuis:

1. Bepaal regionaal of extra capaciteit gerealiseerd kan worden door VVT, ELV, GGD GHOR voorzieningen, GGZ, revalidatiecentra en zelfstandige behandelcentra (ZBC) en spreek af welke zorgzwaarte kan worden opgevangen op die locaties. Hou daarbij rekening met de mogelijkheden en beschikbaarheid voor de toediening van zuurstof.
2. Zorg voor een plan voor beschikbaarheid van personeel om de zorg op te pakken op deze locaties. Hou daarbij rekening met:
 - Voldoende gekwalificeerd verplegend en geneeskundig personeel voor de voorbehouden handelingen;
 - Aanwezigheid SIT-team/acute expertise bij acute verslechtering;
 - Scholing van eventuele ondersteuners voorafgaand aan inzet.
3. Maak duidelijke afspraken en criteria over uitstroom van patiënten vanuit het ziekenhuis naar deze locaties (denk bijvoorbeeld aan medische/verpleegkundige overdracht en afspraken over opnieuw insturen bij verslechtering etc.).
4. Overweeg de mogelijkheden van telemonitoring en centrale bewaking op afstand.

5. Informeer het transferbureau over de beschikbare locaties en gemaakte afspraken.

C. System

Wanneer er vanwege een toegenomen stroom acuut zieke COVID-19 patiënten extra vraag is naar opnamecapaciteit op verpleegafdelingen voor acuut zieke patiënten, is de eerste stap om ervoor te zorgen dat de uitstroom naar buiten het ziekenhuis mogelijk blijft. Wanneer de uitstroom stagneert, zullen ook stroomopwaarts in de keten problemen met capaciteit ontstaan. Via het LCPS wordt reeds ingezet op optimale patiëntenspreiding zodat er in alle ziekenhuizen zoveel mogelijk eenzelfde belasting van de verpleegbeddenscapaciteit is door COVID-19 patiënten.

Normaliter liggen er op verpleegafdelingen ook patiënten die niet meer ernstig ziek zijn en bij wie herstel is ingezet maar die, onder normale omstandigheden, nog niet met ontslag gaan. Zij gaan bijvoorbeeld nog niet met ontslag omdat zij bijvoorbeeld nog een antibioticakuur per infuus moeten afmaken, of doordat zij nog afhankelijk zijn van zuurstof en enige ondersteuning nodig hebben of doordat zij wachten op een plek voor revalidatie of in een verpleeghuis.

Optimaal gebruik van de capaciteit in het ziekenhuis houdt in dat bij voorkeur de meest zieke patiënten in het ziekenhuis behandeld worden en waar mogelijk de minder zieke patiënten vervroegd uitstromen, naar huis of naar een andere locatie met zorgmogelijkheid. Er moeten dan goede afspraken worden gemaakt met de huisarts of instellingsarts omtrent de monitoring en behandeling (zie ook [Leidraad vervroegd ontslag van COVID-19 patiënten met zuurstofbehoefte](#)). Het tekort aan uitstroombmogelijkheden voor verder herstel in bijvoorbeeld de VVT, ELV of revalidatiesector leidt ook in de normale situatie tot zogeheten ‘verkeerde beddenproblematiek’. Dat is in deze COVID-19 pandemie niet anders. Wel is het ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie wenselijk en meer urgent dan anders familie/naasten te vragen om meer zorg en eerder dan gebruikelijk zorg vanuit het ziekenhuis over te nemen, met ondersteuning van de wijkverpleging en huisarts.

Concrete handvatten voor waarborgen patiëntenstroom door het ziekenhuis:

1. Breng lokaal en regionaal samen met ketenpartners (VVT, ELV, GGD GHOR voorzieningen, GGZ en revalidatiecentra) in kaart welke mogelijkheden tot uitbreiding van het aantal zorgplekken er zijn en voor welke zorgzwaarte om uitstroom zoveel mogelijk te continueren. Bekijk verschillende patiëntgroepen, zowel COVID als non-COVID.
2. Maak inzichtelijk wat de regionale capaciteit voor verder herstel elders is, bij voorkeur *in real time* beschikbaar.
3. Inventariseer met huisartsen, wijkverpleging en andere thuiszorgaanbieders en artsen van andere instellingen de mogelijkheden voor thuisbehandeling en behandeling in een andere instelling met betrekking tot ondersteuning bij vervroegd ontslag van stabiele, minder zieke patiënten. Zorg voor een consultfunctie binnen het ziekenhuis voor laagdrempelig intercollegiaal overleg tussen huisarts/instellingsarts en het ziekenhuis.
4. Inventariseer de beschikbaarheid van alternatieve vervoersmogelijkheden (bijv. Rode Kruis, defensie, etc.) voor het geval dat regulier ambulancevervoer overbelast is.
5. Realiseer een herbeoordelingssysteem in het ziekenhuis waarbij systematisch en regelmatig wordt beoordeeld of patiënten kunnen doorstromen (naar een andere afdeling) of uitstromen (voor verdere behandeling/herstel elders of

thuis). Betrek hierbij de transferafdeling en breidt deze zo nodig uit met het oog op de verhoogde door- en uitstroom.

6. Zorg voor één duidelijk aanspreekpunt voor verwijzers, zodat zij laagdrempelig kunnen overleggen over wel/niet verwijzen naar de SEH. Overweeg ook een huisarts op de SEH te positioneren voor vlotte afstemming over in- en eventuele uitstroom.
7. Overweeg de mogelijkheden van telemonitoring en centrale bewaking op afstand, zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

In stap 2 is het vanwege de druk op de kliniek, ondanks uitbreiding van bedden en personele capaciteit, niet meer mogelijk om de volledige, uitgebreide dagelijkse manier van werken te continueren. In de kliniek zal men dan over moeten gaan naar 'anders' moeten werken om maximaal de capaciteit te benutten. Het is van belang dat 'anders werken' gezamenlijk met verpleegkundigen en artsen wordt ingericht, afgesproken en vastgelegd. Het is van belang dit tijdig in de voorbereidingsfase op te starten. Zie voor concrete aandachtspunten bij deze gezamenlijke afstemming bijlage 2 'Anders werken in het ziekenhuis'.

Bij het nemen van maatregelen dient oog te zijn voor de risico's en mogelijkheden die de aard van de zorg van specifieke patiëntgroepen daartoe biedt en wat nog verantwoord is in het zo nodig moeten afschalen van kwaliteit en veiligheid van zorg. (Zie uitgangspunten).

Stap 1

De capaciteit in het ziekenhuis komt onder druk te staan. De klinische capaciteit moet worden uitgebreid door de inzet van extra personeel en door het realiseren van extra bedden capaciteit. In deze stap worden de eerste maatregelen uit de toolkits ingezet. Het doel is maximaal efficiënt werken met minimaal verlies aan kwaliteit.

A. Staff

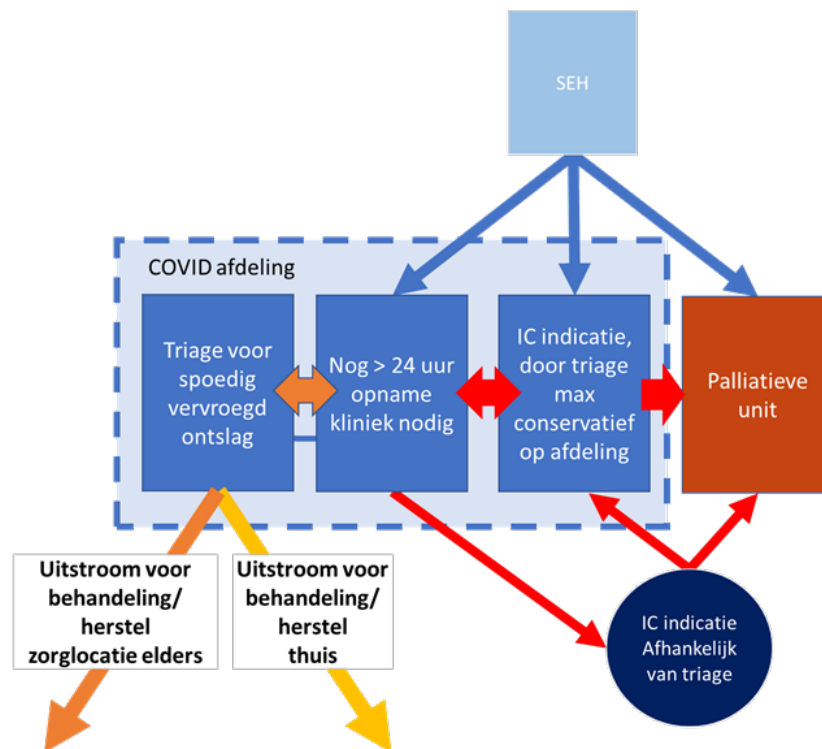
In deze stap worden ondersteuners ingezet met het doel hen ervaring op te laten doen en superviserend personeel te laten wennen aan nieuwe werkprocessen. Dit kan uiteraard ook al worden gedaan in de voorbereidingsfase. Door in stap 1 alvast te gaan werken met ondersteuners kan bovendien het reguliere personeel enigszins worden ontlast.

Denk ook na over alternatieve inzet van personeel dat thuis in quarantaine is. Personeel dat thuis in quarantaine moet vanwege (risico op) COVID-19 besmetting maar geen klachten hierbij heeft, kan bijvoorbeeld vanuit huis het personeel in de kliniek ondersteunen door een deel van de administratie op te pakken. Men kan hierbij denken aan het typen van ontslagbrieven of andere medische informatieoverdrachten, het klaarzetten/aanvragen van standaardonderzoeken etc. Ook zouden zij wellicht een consultfunctie kunnen vervullen ter ondersteuning van artsen, verpleegkundigen of de ondersteuners.

B. Space

- non-COVID: 'een bed is een bed'-principe
Ten tijde van schaarste op verpleegafdelingen zal er moeten worden uitgegaan van 'een bed is een bed'-principe: je moet gebruik maken van ieder bed dat je hebt, ook als dat betekent dat het personeel op de afdeling minder gekwalificeerd is voor/minder ervaring heeft met de opvang van die specifieke patiënt.
- SEH: uitbreiden bedden capaciteit
Indien de vraag naar acute zorg door een 'surge' dusdanig snel stijgt, kan ook nog uitbreiding van de fysieke bedden capaciteit van de SEH door bijvoorbeeld inzet van poliklinische ruimtes overwogen worden. Doel is en blijft de ligtijd op de SEH zo beperkt mogelijk te houden. Overweeg uitbreiding van de SEH-uitstroom door het creëren van een acute zorg opname afdeling.
- COVID: COVID-cohort afdelingen uitbreiden (figuur 7)
Binnen een COVID-cohort afdeling zullen verschillende soorten COVID-patiënten liggen. Er is instroom vanuit de SEH van patiënten die sowieso nog minimaal 24 uur opgenomen moeten worden. Daarnaast is er een groep patiënten met IC-indicatie maar die na triage niet op de IC zijn opgenomen. Deze patiënten worden maximaal conservatief behandeld op de verpleegafdeling. Tevens zal een gedeelte van de patiënten in een palliatieve fase komen en de bijbehorende palliatieve/terminale zorg behoeven. Schakel vroegtijdig het consultteam palliatieve zorg (indien aanwezig) in. Het kan overwogen worden om een aparte palliatieve unit op te richten, met personeel dat in deze specifieke patiëntenzorg reeds ervaring heeft (bijv. oncologen).

Het is raadzaam om zo mogelijk rekening te houden met verschillende afdelingen/zalen/kamers voor de verschillende patiëntengroepen. Met name voor de patiënten bij wie reeds herstel is ingezet, is het van belang om kritisch en regelmatig te beoordelen of zij in aanmerking komen voor vervroegd ontslag.



Figuur 7 Schematische weergave van doorstroom en de verschillende patiëntengroepen op de COVID-19 cohort afdeling(en)

C. System

Het is raadzaam om in deze situatie over te gaan op een continu herbeoordelingsstelsel voor het laten doorstromen of uitstromen van patiënten: het doel is om stabiele, minder zieke patiënten zo snel mogelijk te laten uitstromen voor behandeling/herstel elders of thuis. Voor COVID-19 patiënten is hiervoor een specifieke [leidraad](#) opgesteld. Afhankelijk van de druk op de kliniek zou de frequentie van herbeoordeling kunnen worden opgehoogd.

Een praktisch aandachtspunt ter overweging is het organiseren van een coördinatie-systeem binnen het ziekenhuis om patiënten snel en gecoördineerd over te plaatsen naar de juiste afdeling zodra er plek is, of naar een externe locatie.

Stap 2

De capaciteit in het ziekenhuis staat ernstig onder druk. Naast het verder maximaliseren van de interne ziekenhuisorganisatie en processen worden extra inspanningen gericht op het vergroten van de uitstroom van de minste zieke patiënten naar andere zorglocaties. Het doel is zo efficiënt als haalbaar is, te werken met zo beperkt mogelijk verlies aan kwaliteit op geleide van de pandemische druk door maximale sturing op instroom, doorstroom en uitstroom.

A. Staff

Alle ondersteuners worden in deze stap volledig ingezet.

B. Space

Er wordt ingezet op zorg voor COVID-19 patiënten, die met aanvullende afspraken en/of (tele-)monitoring geleverd kan worden op bestaande zorglocaties buiten het ziekenhuis ([Leidraad vervroegd ontslag](#)). Hierbij kan de inzet van voldoende gekwalificeerd personeel de *bottleneck* zijn. Verpleegbedden in een ZBC zijn ook zeker inzetbaar voor COVID-19 patiënten die niet acuut ziek (meer) zijn, maar die te ziek zijn voor thuis of in een VVT-instelling. Wanneer deze verpleegbedden niet in de nabijheid van de mogelijkheden van een ziekenhuis zijn, zal er ook altijd moeten zijn nagedacht over beschikbare ‘escalatie-methodes’: wat doe je wanneer de patiënt toch acuut achteruitgaat?

C. System

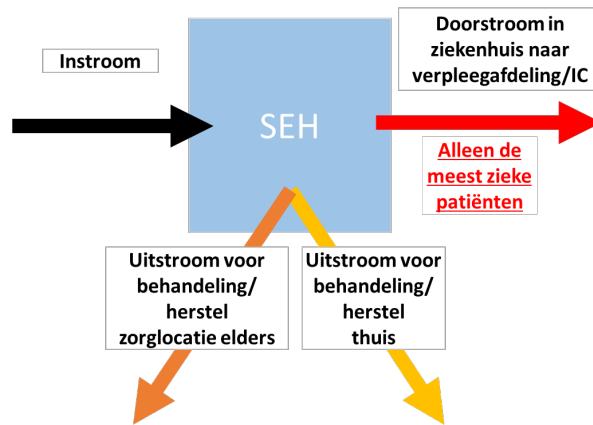
Het is vanwege de druk op de kliniek, ondanks uitbreiding van bedden en personele capaciteit, niet meer mogelijk om de volledige, uitgebreide dagelijkse manier van werken te continueren. In de kliniek zal men ‘anders’ moeten werken, om maximaal de capaciteit te benutten. Door bijvoorbeeld:

- Niet 3x per dag maar 2x per dag controles te doen;
- Administratie in het EPD of andere registraties te beperken tot het meest basale;
- Met minder verpleegkundigen per kamer/afdeling te werken;
- Verpleegkundigen die meer “taakgericht” en “team-gericht” werken, dus de ene verpleegkundige doet bijvoorbeeld de controles voor een aantal patiënten, de andere doet alle medicatie voor die patiënten enz. Daarmee wordt voorkomen dat er tijdverlies optreedt bij het overgaan van de ene naar de andere soort handeling bij dezelfde patiënt door een verpleegkundige.

Het is van belang dat ‘anders werken’ gezamenlijk met verpleegkundigen en artsen wordt ingericht, afgesproken en vastgelegd. Zie voor concrete aandachtspunten bij deze gezamenlijke afstemming bijlage 2 ‘Anders werken in het ziekenhuis’.

Om de doorstroom naar verpleegafdelingen te reguleren, kan ingezet worden op het creëren van uitgebreidere uitstroom- en doorstroommogelijkheden naar elders (bestaande zorglocaties buiten het ziekenhuis) of behandeling thuis (figuur 8). Zo zouden bijvoorbeeld matig zieke patiënten na beoordeling op de SEH of een korte opname (tijdelijk) opgenomen kunnen worden in locaties elders zoals ZBC's. Op die manier wordt de beoordeling voor doorstroom naar de verpleegafdeling in het ziekenhuis stringenter: de verpleegafdelingen in het ziekenhuis worden ingezet voor de

meest zieke patiënten, voor minder zieke patiënten worden oplossingen buiten het ziekenhuis gezocht.



Figuur 8 De doorstroom naar de verpleegafdelingen en het ziekenhuis kan worden gereguleerd door minder zieke patiënten te laten doorstromen naar elders of naar huis. Hierbij kan worden gedacht aan behandeling in een zorglocatie elders of behandeling thuis, op afstand gemonitord of door de huisarts. Door alleen de meest zieke patiënten op te nemen in het ziekenhuis, en de minder zieke patiënten elders te behandelen indien mogelijk, wordt de capaciteit in het ziekenhuis optimaal benut.

LNAZ fase 3 - Crisis

De capaciteit in het ziekenhuis is maximaal uitgeput en kan niet verder worden uitgebreid: er is een situatie ontstaan waarin organisaties moeten 'overleven'. Reguliere processen en coördinatie zijn ontoereikend. Het doel is maximaal inzetten van alle bruikbare ruimtes, middelen en menskracht: doe zoveel mogelijk voor alle urgentieklassen 1, 2 en 3 patiënten gegeven de hoge pandemische druk. Dit gaat gepaard met aanzienlijk verlies van de gebruikelijke kwaliteit van zorg. Het kan zijn dat de pandemische druk zo hoog oploopt dat de concessies in kwaliteit dusdanig zijn dat afschaling van zorg onvermijdelijk is. Er wordt opnieuw een afweging gemaakt ten aanzien van uitgangspunt 1.

A. Staff

Alle beschikbare ondersteuners zijn al ingezet. Ook alle beschikbare (niet getrainde en/of geschoolde) informele zorgverleners en vrijwilligers worden waar mogelijk ingezet. Denk hierbij ook aan familieleden/mantelzorgers die ondersteunen bij de persoonlijke verzorging van patiënten.

B. Space

Alle mogelijkheden tot uitbreiding zijn uitgeput.

C. System

Versnelde uitstroom van alle minder zieke patiënten, die pas sinds kort stabiel zijn en nog veel extra zorg nodig hebben, voor verdere behandeling of voor verder herstel naar bestaande zorglocaties of thuis. Daarbij mag zeker niet voorbij worden gegaan aan het specifieke karakter van de zorg van patiënten met een zorgvraag in urgentieklasse 3 (kritiek planbare zorg): deze zorgbehoefte is zo heterogeen dat deze niet zonder meer op locaties buiten het ziekenhuis te leveren is. Mocht de pandemische druk echter zo hoog oplopen dat toch tot afschaling van zorg moet worden overgegaan, dan wordt opnieuw een afweging gemaakt t.a.v. uitgangspunt 1 in hoofdstuk 3.

5 Bottlenecks

Ketensamenwerking en ketencapaciteit

Het in dit document beschreven plan voor optimale benutting van capaciteit van de kliniek is gebaseerd op o.a. het beïnvloeden van instroom, doorstroom en uitstroom. Voor de uitstroom van patiënten zijn ziekenhuizen afhankelijk van de mogelijkheden en capaciteit in de rest van de keten. Wanneer er geen uitstroommogelijkheden zijn naar huis, ELV, VVT, ZBC of andere zorglocaties, wordt het risico op een zorginfarct groot. Ook het stagneren van vervoer om continue uitstroom naar huis of andere zorglocaties te realiseren kan een zorginfarct veroorzaken. Continue afstemming over capaciteit en mogelijkheden binnen de gehele keten (dus niet alleen in en tussen ziekenhuizen) is van groot belang en zou de grootst mogelijke aandacht moeten krijgen.

Stuff

De beschikbaarheid van alle medische middelen die nodig zijn voor COVID-19 zorg of zorg op afstand kan onder druk komen te staan door de grote vraag. Wanneer er onvoldoende middelen zijn voor bijvoorbeeld zorg in de thuissituatie (denk aan zuurstof-concentratoren) dan kan deze zorg niet thuis plaatsvinden. Als gevolg hiervan zullen deze patiënten zich waarschijnlijk aandienen op andere zorglocaties, zoals ziekenhuis of VVT, waardoor de druk op de capaciteit aldaar toeneemt. Het faciliteren en distribueren van de benodigde medische hulpmiddelen vraagt om landelijke coördinatie tijdens deze crisis.

Staff

De mogelijkheid om capaciteit uit te breiden op de verpleegafdelingen én de IC is afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende personeel (*staff*). Het beschikbaar stellen van vaccinaties voor alle zorgprofessionals en ondersteuners zou daarom prioriteit moeten hebben om ziekteverzuim door COVID-19 zoveel mogelijk tot een minimum te beperken.

Middellange termijnvisie

Het verdient aanbeveling om interventies in de huidige periode voor te bereiden en ervaringen op te doen en tegelijkertijd te bekijken welke elementen ook op de middellange termijn kunnen bijdragen aan (flexibele) capaciteitsuitbreiding. Dat geldt voor de ervaringen en interventies binnen het ziekenhuis maar ook voor samenwerkingsafspraken en interventies in de keten.

Bijlage 1 Staff, Stuff, Spaces, Systems en Finance & Governance

Staff: personele capaciteit

Staff omvat de personele capaciteit van een gezondheidszorgsysteem. In de basis bestaat de personele capaciteit uit goed opgeleide en adequaat gehonoreerde gezondheidszorgmedewerkers. De organisatie Crisis Standards of Care (CSC) van het Institute of Medicine in de Verenigde Staten beschrijft in hun *resource worksheet* 19 verschillende gezondheidszorgmedewerkers van belang van de artsen en verpleegkundigen tot de telefonist en de administratieve ondersteuning. De COVID-19 pandemie legt in Nederland vooral het tekort aan verpleegkundig personeel bloot. Bovendien kan het beschikbare personeel niet altijd volledig ingezet worden door ziekte en verzuim, doordat het zelf besmet raakt met COVID-19 en ziek wordt of in quarantaine moet, of doordat het uitvalt vanwege burn-out door de hoge werkdruk en -last. Naast uitbreiden van personele capaciteit voor acute zorg door het opleiden van nieuwe medewerkers en inzet van medewerkers op andere afdelingen, zal er ook aandacht moeten zijn voor optimaal behoud van inzetbaarheid van het reeds beschikbare personeel. Voldoende compensatie, in tijd voor herstel en financiële zin, draagt hieraan bij. Daarnaast zouden bij extreme vraag naar acute zorg ook andere methoden van uitbreiden van personele capaciteit overwogen kunnen worden.

Stuff: beddencapaciteit en andere medische materialen en hulpmiddelen die nodig zijn om zorg te leveren

Stuff omvat alle medische materialen en hulpmiddelen die nodig zijn om zorg te leveren. De beddencapaciteit is de belangrijkste, maar ook middelen zoals persoonlijke beschermingsmiddelen, medicatie, beademingsystemen en zuurstof, en diagnostische middelen zoals PCR-testen, radiologisch onderzoek en ander diagnostisch onderzoek zijn van groot belang voor het waarborgen van capaciteit en kwaliteit van zorg.

De beddencapaciteit kan worden opgedeeld in bemande bedden en onbemande bedden. Bemande bedden zijn verpleegbedden waarvoor voldoende, opgeleid personeel beschikbaar is om zorg te leveren. Onbemande bedden zijn de fysieke bedden, maar dan zonder het benodigde personeel om zorg te leveren. In de COVID-19 pandemie wordt vaak gesproken over beschikbare verpleeg- en IC-bedden in algemene zin, maar in feite worden hiermee de bemande bedden bedoeld. Voor het optimaal benutten van de beddencapaciteit is dus ook de personele capaciteit van grote invloed. In een situatie met grote vraag naar zorg zal er gestreefd moeten worden naar het bemannen van alle beschikbare fysieke bedden.

Tijdens de eerste golf in de COVID-19 pandemie was er een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM). Zonder PBM loopt zorgpersoneel het gevaar om zelf besmet te raken en ziek te worden of het virus verder over te dragen aan niet-besmette patiënten. Wanneer personele capaciteit een van de *bottle necks* is voor optimaal gebruik en behoud van capaciteit, is onbeschermd inzetten van personeel zeer onwenselijk. Bovendien is dit ook ethisch gezien niet acceptabel. De beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) is momenteel gelukkig enorm uitgebreid, maar zal scherp gemonitord moeten worden om de beschikbaarheid te waarborgen voor alle zorgverleners. Vaccinatie van zorgpersoneel is tevens van groot belang om uitval door COVID-19 besmetting te voorkómen.

Ook de beschikbaarheid van andere medische materialen en hulpmiddelen zal gewaarborgd moeten blijven. Als er een toename is van COVID-19 patiënten met IC-behoefte kan er opnieuw toenemende vraag zijn naar beademingsapparatuur en zuurstof. Ook de beschikbaarheid van medische materialen en hulpmiddelen over de lijnen is hierbij van belang, ook voor de optimale inzet van ziekenhuiscapaciteit. Zo kan een tekort aan beschikbaarheid van zuurstof voor in de thuissituatie

leiden tot meer druk op ziekenhuizen en verpleeghuizen wanneer daar de beschikbaarheid van zuurstof nog wel toereikend is.

Spaces: Schone en hygiënische faciliteiten en ruimtes waar patiënten kunnen verblijven en behandeld kunnen worden

Spaces omvat de faciliteiten en ruimtes waar patiënten kunnen verblijven en behandeld kunnen worden. Deze faciliteiten moeten voldoen aan de richtlijnen voor hygiëne en infectiepreventie. Zonder voldoende faciliteiten en ruimtes om de *staff* en *stuff* in te zetten, kan capaciteit niet worden uitgebreid. Tijdens de COVID-19 pandemie hebben we gezien hoe in China in korte tijd noodhospitals werden gebouwd om meer ruimte en faciliteiten te creëren voor de opvang van patiënten. In Nederland werden in de eerste golf faciliteiten en ruimtes, die in de normale situatie werden gebruikt voor andere zorg, ingezet voor het uitbreiden van de Intensive Care capaciteit. Voor opvang van een nieuwe golf van patiënten die acute zorg behoeven kunnen alternatieve faciliteiten en ruimtes worden overwogen. Dit is verder uitgewerkt in hoofdstuk 2.

Systems: infrastructuur en logistieke organisatie

Systems omvat de infrastructuur en logistieke organisatie die nodig is om een gezondheidszorgsysteem draaiende te houden. De belangrijkste twee onderdelen zijn transport en communicatie/technologie. In Nederland worden COVID-19 patiënten evenredig verdeeld over ziekenhuizen om de druk te verdelen. Voor de verdeling van patiënten is het Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) in het leven geroepen. Het verdelen van patiënten gaat door middel van overplaatsing van patiënten, waarvoor voldoende beschikbaar transport nodig is. Daarnaast is voor het overplaatsen van patiënten naar andere zorginstellingen buiten het ziekenhuis of naar huis ook voldoende beschikbaarheid van transport nodig. Bij onvoldoende beschikbaarheid van transport zal de verdeling maar ook de doorstroom van patiënten stagneren.

Communicatie/technologie is ook van belang om het gezondheidszorgsysteem draaiende te houden, zeker wanneer men een soepele doorstroom wil blijven garanderen met behoud van patiëntveiligheid. Communicerende Elektronische Patiënten Dossiers (EPD) en het faciliteren van eenvoudige (digitale) overdracht van medische informatie is van groot belang om de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid te garanderen.

Stakes⁵: bedrijfscontinuïteit (financiële, juridische en reputatie aspecten)

Om *staff*, *stuff*, *spaces* en *systems* te optimaliseren, innoveren en voldoende in te zetten, is leiderschap vereist ten aanzien van de *Finance & Governance* van het gezondheidszorgsysteem ten tijde van een pandemie. Zorgen over juridische consequenties belemmeren de uitbreiding van capaciteit op alle vlakken, omdat het mogelijk is dat de kwaliteit van voor de COVID-19 pandemie niet continue op hetzelfde niveau gegarandeerd zou kunnen worden wanneer noodoplossingen zoals inzet van ander, minder geschoold personeel of uitbreiding van capaciteit in zorglocaties elders worden ingezet. Leiderschap ten aanzien van de *Finance & Governance* kan zorginstellingen en zorgmedewerkers ondersteunen bij de innovatie en uitbreiding van capaciteit van zorg.

Waarborging van alle elementen voor optimale benutting, uitbreiding en regulering van capaciteit ten tijde van de COVID-19 pandemie

Staff, *Stuff*, *Spaces* en *Systems*, ondersteund door de *Finance & Governance*, moeten allen voldoende gewaarborgd zijn om de capaciteit voor zorg ten tijde van de COVID-19 pandemie optimaal te benutten, uit te breiden en te reguleren. Als er problemen zijn met één van deze elementen, heeft dat direct effect op de gehele beschikbare capaciteit voor de zorg. De ervaringen tot nu toe hebben reeds een aantal van problemen met deze elementen bloot gelegd. In de rest van dit document worden deze problemen en mogelijke oplossingen verder uitgewerkt.

Bijlage 2 Anders werken in het ziekenhuis

Wanneer er sprake is van beperkte capaciteit in het ziekenhuis, kan capaciteit op meerdere manieren (acuut) worden uitgebreid. Inzetten van ondersteuners of anders werken door taken te delegeren of anders uit te voeren vraagt om goede afspraken. Onderstaande aandachtspunten kunnen op afdelingen in het ziekenhuis gebruikt worden om gezamenlijk (met verpleegkundigen, behandelend artsen en afdelingshoofden) te kijken hoe de werkzaamheden anders kunnen worden ingericht om capaciteit te vergroten.

1. Uitvoering verpleegkundige zorg

Verpleegkundigen en behandelend artsen zullen gezamenlijk moeten bekijken hoe de gebruikelijke verpleegkundige zorg kan worden ingevuld of aangepast bij toenemende druk op de capaciteit. Er zijn twee mogelijkheden om gekwalificeerde verpleegkundigen te ondersteunen in het zo optimaal mogelijk kunnen blijven werken:

1. Inzet van ondersteuners als klinisch verpleegkundig ondersteuner, die zorgtaken kunnen overnemen of onder supervisie van de verpleegkundige kunnen uitvoeren;
2. Concessies doen ten aanzien van routinematige handelingen om tijd te besparen.

Inzet van ondersteuners/ondersteuning

Wanneer je keuzes moet maken over de inzet van ondersteuners/ondersteuning, zijn de volgende vragen relevant met betrekking tot verpleegkundige zorg:

- Welke handelingen kunnen eventueel door iemand anders (onder supervisie) uitgevoerd worden?
 - Denk hierbij aan:
 - ADL
 - Voorbereidende handelingen (bijv. IV-medicatie, voeding, bevoorrading etc.)
 - Standaard vitale controles (bloeddruk, saturatie, etc.)
 - Etc.
- Welke competenties/bekwaamheden heeft de ondersteuner minimaal nodig om deze handeling te kunnen uitvoeren?
- Is er na opleiding/instructie nog supervisie van een verpleegkundige nodig óf kan een ondersteuner met de juiste competenties/bekwaamheden en opleiding de handeling ook zelfstandig uitvoeren (denk hierbij bijvoorbeeld aan infuus prikken/medicatie bereiden door arts-onderzoeker)?
- Wat betekent het voor de kwaliteit/ veiligheid van zorg?
- Wat levert het aan tijdswinst op (supervisie kost ook tijd; echter vele malen kleine tijdswinst van enkele minuten maakt ook een uur)?
- Wat doet het met mij als verpleegkundige/verpleegkundig specialist?

Aandachtspunten bij het maken van bovenstaande keuzes:

- Maak bovenstaande keuzes niet alleen, maar ga hierover in gesprek met een multidisciplinair team van collega's, leidinggevende arts etc.
- Leg vast welke gezamenlijke keuzes er op de afdeling/in het ziekenhuis zijn gemaakt.
- Stel vast wie eindverantwoordelijk is voor de gemaakte beslissing.
- Zorg dat uitvoering van specifieke risicovolle handelingen herleidbaar is naar de uitvoerder (bijv. gereedmaken van medicatie, infuus prikken etc.).
- Zorg dat het voor iedereen duidelijk is welke handelingen een ondersteuner kan en mag doen door bijv. een persoonlijke takenkaart waarop dit genoteerd staat (zie ook [V&VN Afwegingskader voor het ziekenhuis](#)).

- Wanneer is vastgesteld welke handelingen en taken eventueel uitgevoerd kunnen worden door een ondersteuner, is het van belang dat er zo snel mogelijk met trainen/inwerken van ondersteuners. Zie hiervoor ook het [Schouder-aan-Schouder plan](#) uit het AmsterdamUMC.
- Maak afspraken over monitoring en evaluatie van de gemaakte keuzes zodat je mogelijke problemen vroegtijdig signaleert.

Wanneer ondersteuners worden ingezet voor ondersteuning van gekwalificeerde verpleegkundigen kan het aantal patiënten per verpleegkundige worden uitgebreid. Hou daarbij rekening met:

- Verschillen tussen afdelingen/ziekenhuizen en de mogelijkheden tot het aanpassen van het aantal patiënten per verpleegkundige.
- De draagkracht en draaglast van de verpleegkundige. In deze tijd waarin de verpleegkundige onder continue druk staat moet hier zorgvuldig mee worden omgegaan. Het is van groot belang dat de verpleegkundige tijdig en laagdrempelig kan aangeven wanneer zij het gevoel heeft dat het niet lukt om de verantwoordelijkheid over (nog) meer patiënten te dragen. Hiermee kunnen potentieel risicovolle situaties voor de patiënt maar ook voor de verpleegkundige zelf worden voorkomen.

2. Concessies doen ten aanzien van routinematige handelingen/registraties om tijd te besparen

Wanneer er, ondanks uitbreiding met behulp van ondersteuning, een persisterende druk op de capaciteit blijft bestaan, zullen verpleegkundigen en behandelend artsen gezamenlijk moeten bekijken waar concessies gedaan kunnen worden ten aanzien van routinematige handelingen/registraties om tijd te besparen.

Wanneer je keuzes moet maken over het doen van concessies ten aanzien van routinematige handelingen/registraties, zijn de volgende vragen relevant:

- Is het mogelijk deze handeling/registratie minder frequent uit te voeren?
- Is het mogelijk de handeling/registratie op een minder tijdrovende manier uit te voeren?
- Kan deze handeling/registratie op een ander (mogelijk rustiger) moment worden uitgevoerd?

Indien concessies gedaan worden:

- Wat is het gezondheidsrisico voor de patiënt als je iets niet (meer) of minder doet?
 - Lichamelijk
 - Psychisch
- Wat betekent het voor de kwaliteit/veiligheid van zorg?
- Wat levert het aan tijds winst op?

Aandachtspunten bij het maken van bovenstaande keuzes:

- Maak bovenstaande keuzes niet alleen, maar ga hierover in gesprek met een multidisciplinair team van collega's, leidinggevende arts etc.
- Leg vast welke gezamenlijke keuzes er op de afdeling/in het ziekenhuis zijn gemaakt.
- Stel vast wie eindverantwoordelijk is voor de gemaakte beslissing.
- Maak afspraken over monitoring en evaluatie van de gemaakte keuzes zodat je mogelijke problemen vroegtijdig signaleert.

Zie [V&VN afwegingskader voor het ziekenhuis](#) voor meer informatie.

Bijlage 3 Urgentieklassering van zorg en per situatie en fase van crisis

(bron: Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk)

Kans op gezondheidsschade en urgentieklasse	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)
(Semi-)acute zorg (Klasse 1 en 2; zorg < 1 week)	Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.	Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.	Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.
Kritieke planbare zorg (Klasse 3; zorg 1 – 6 weken)	Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.	Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk. Overweeg haalbaarheid van het verplaatsen/doorverwijzen van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders (*), regionaal (2a) dan wel via professioneel zorgnetwerken (2b).	Zolang mogelijk zorg leveren zoals te doen gebruikelijk. Overweeg haalbaarheid van het verplaatsen/doorverwijzen van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders via professionele zorgnetwerken (2c). Indien zorg wordt uitgesteld (grens 2d/3): geef patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.
Overige planbare zorg (Klasse 4; zorg > 6 weken)	Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk.	Zolang als mogelijk zorg leveren zoals te doen gebruikelijk. Overweeg haalbaarheid van het verplaatsen/doorverwijzen van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders (*) regionaal (2a). Zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar kan een optie zijn. Indien zorg wordt uitgesteld (2b): geef patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.	Zorg is afgeschaald. Indien zorg wordt uitgesteld: geef patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.
Overige planbare zorg (Klasse 5; zorg > 6 weken)	Zorg leveren zoals te doen gebruikelijk (1a) of zolang als mogelijk (1b). Overweeg haalbaarheid van het verplaatsen/doorverwijzen van deze zorg naar minder COVID-19 belaste zorgaanbieders (*) in de regio (1b). Zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar kan een optie zijn.	Zorg is afgeschaald. Indien zorg wordt uitgesteld: bied patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.	Zorg is afgeschaald. Indien zorg wordt uitgesteld: bied patiënt concrete informatie en instructie en informeer verwijzer.

Bijlage 4 Overzicht samenhang leidraden, handreikingen en raamwerken t.a.v. instroom, doorstroom en uitstroom

INSTROOM VAN PATIËNTEN VANUIT 1^E LIJNSZORG

- NHG: Richtlijn verwijzing COVID-19 – duidelijke medische criteria en verwijzing na contact met longarts
- FMS: Leidraad Triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19
- NHG, V&VN, NVAVG, PFN: Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning

IN HET ZIEKENHUIS

Ziekenhuisopname

- FMS: Leidraad voor opname van patiënten met (verdenking op) COVID-19 besmetting in het ziekenhuis

IC-opname

- NVIC: Draaiboek pandemie deel 1
- FMS/KNMG: Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie
- NVK: Leidraad Triage COVID-19 (SARS-CoV-2)-pandemie Sectie Intensive Care Kinderen (SICK) en Sectie Neonatologie (SN)

OVERPLAATSING PATIENTEN NAAR ANDER ZIEKENHUIS

- FMS: Leidraad Criteria voor overplaatsing van COVID-19 patiënten naar een ander ziekenhuis

UITSTROOM PATIENTEN NAAR HUIS / VVT/ ELV/ REVALIDATIEKLINIEK

- FMS: Leidraad Nazorg voor IC-patiënten met COVID-19
- FMS: Leidraad Nazorg voor patiënten met COVID-19
- FMS: Leidraad (nog ontwikkeling): criteria vervroegd ontslag & monitoring

ORGANISATIE VAN ZORG

- FMS: Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk
- FMS: Handreiking voor keuzes bij het op- en afschalen van reguliere poliklinische non-COVID zorg
- FMS: Leidraad Hervatten reguliere zorg voor kwetsbare ouderen

Zie voor een actueel overzicht van alle richtlijnen, leidraden en raamwerken voor COVID-19 en verwijzing naar websites van andere beroepsverenigingen en organisaties, de website van de [Federatie Medisch Specialisten](#)