

# SAMENVATTINGSKAART

## Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand aan en ten tijde van fase 3

Het Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand aan en ten tijde van fase 3, biedt uitgangspunten, beleidsopties, inhoudelijke overwegingen en handvatten voor de organisatie van de klinische capaciteit met het doel de (semi-acute) zorg (urgentie klasse 1 (U1) en urgentieklasse 2 (U2)) voor patiënten te borgen en de kritiek planbare zorg (urgentieklasse 3 (U3)) zo lang mogelijk te blijven aanbieden.

### Lessen uit eerdere golven

- 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.
- De beschikbaarheid van IC-capaciteit wordt gezien als het kantelpunt waarop de zorg vastloopt en fase 3 (crisis) wordt bereikt.
- Het is van belang om instroom, doorstroom en uitstroom te beïnvloeden om de beschikbare klinische capaciteit zo optimaal mogelijk te kunnen benutten.
- Reflexmatige afschaling van kritisch planbare zorg (U3) dient te worden voorkomen.

### Borg flow van patiënten door de keten

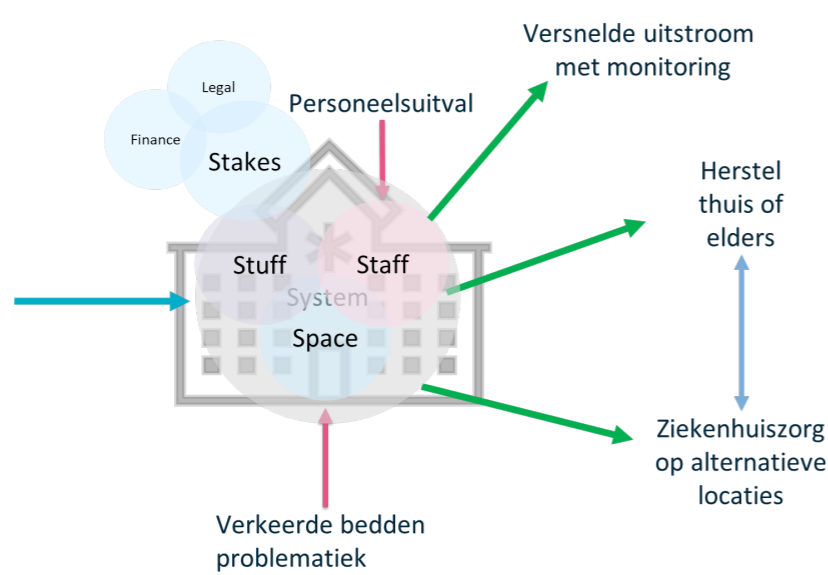
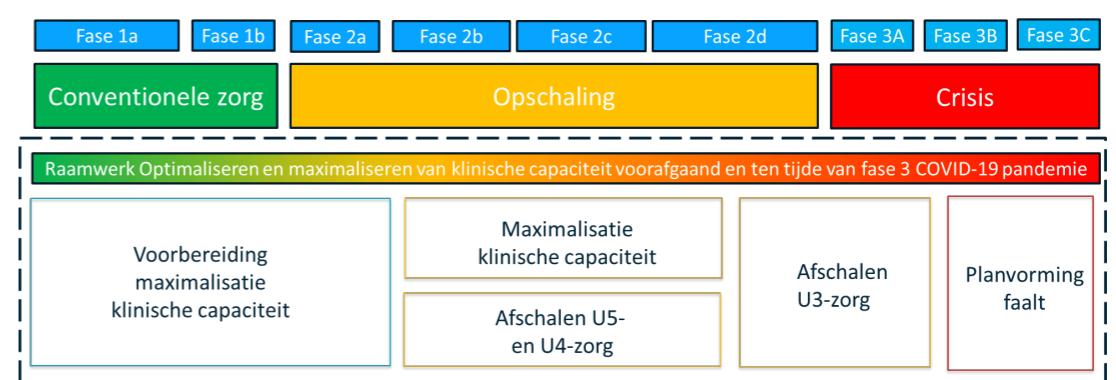
- Voorkom zorginfarct: afstemmen instroom – doorstroom – uitstroom.
- Borg de kritiek planbare zorg (U3) zolang mogelijk. Afschalen van U3 zorg is één van de zwaarst mogelijke beleidsopties denkbaar.
- Zorg op lokaal/regionaal niveau voor afstemming en afspraken t.a.v. instroom, doorstroom en uitstroom.

### Planmatige voorbereiding op crisis

- Bij tekortschietende zorgcapaciteit: planmatig alternatieve maatregelen om capaciteit te optimaliseren en maximaliseren om zo veel mogelijk zorg te kunnen realiseren voor U1, U2 en U3 patiënten.
- Start hier tijdig mee, in elk geval reeds in LNAZ fase 2.
- Het Raamwerk biedt beleidsopties, inhoudelijke overwegingen en handvatten voor de organisatie van de klinische capaciteit.

### Uitgangspunten Raamwerk

1. De toegankelijkheid van kritiek planbare zorg (U3) wordt zo lang mogelijk gewaarborgd.
2. In aanloop naar fase 3 is het uitgangspunt: doe zo veel als mogelijk voor alle patiënten in U1, U2 en U3.
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 U1 en U2 in ieder geval te borgen en voor U3 zo lang mogelijk te borgen.
4. Maatregelen die een concessie in de kwaliteit van zorg betekenen worden zodanig ingezet dat het risico op en/of de mate van gezondheidsschade als gevolg van deze maatregelen min of meer gelijk is voor alle patiëntengroepen in U1, 2 en U3.
5. Aanvaardbare kwaliteitsconcessies zijn bedoeld om voldoende capaciteit te creëren om afschaling van de zorg in U3 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 U3 te blijven borgen (zie uitgangspunt 1).



### Knoppen waar we aan kunnen draaien

- Een optimaal functionerend zorgsysteem ten tijde van een pandemie wordt beïnvloed door vijf factoren: *Staff, Stuff, Space, Systems* en *Stakes*.
- Het Raamwerk beschrijft concrete handvatten om aan de hand van interventies op *staff (personeel), space (bedden)* en *system (ziekenhuis)*, de capaciteit op de verpleegafdelingen te reguleren én de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in het ziekenhuis te beïnvloeden.
- De stapsgewijze inzet van maatregelen biedt flexibiliteit om snel op- en af te kunnen bouwen.

### Handvatten

- Afhankelijk van de lokale situatie en mogelijkheden kan geput uit de “tools” (handvatten) die in het Raamwerk zijn beschreven.
- Indien maatregelen een concessie in kwaliteit inhouden, moet goed gedocumenteerd worden welke maatregelen zijn ingezet en op welke wijze, voor de toetsbaarheid achteraf.
- Het Raamwerk vormt een aanvulling op diverse draaiboeken, handreikingen en leidraden 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 pandemie.

### Overzicht handvatten in Raamwerk

	LNAZ fase 2			LNAZ fase 3
	Voorbereidingsfase	stap 1	stap 2	CRISIS
<b>A. Staff</b>	Ondersteuners in kaart brengen, in paraatheid brengen (standby zetten) en opleiden	Start inzet van ondersteuners en ontlasten van regulier personeel	Volledig inzetten van ondersteuners	Informele zorgverleners en vrijwilligers inzetten
<b>B. Space</b>	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
<b>C. System</b>	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	Vernsnelde 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.	Vernsnelde 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)

Klik [hier](#) om naar het volledige document te gaan

