

Sectorplan Gehandicaptenzorg

Ten tijde van fase 3
van de COVID- 19 pandemie

Versie 24 maart 2021



WAT ALS

Inhoudsopgave

Aanleiding	3
Inleiding	4
1 Beeld van de gehandicaptensector	5
2 Minimale kwaliteit en signaalwaarden GHZ	7
3 Van Lokaal, regionaal naar landelijke regie	10
Bijlagen	14

Aanleiding

Verskillende prognoses laten zien, dat met de opkomst en verspreiding van nieuwe virusvarianten, de toch al zeer grote druk op de zorg nog meer kan gaan oplopen. We moeten ons schrap zetten dat in de komende periode mogelijk een ongekend zwaar beroep op de zorgverlening in alle sectoren wordt gedaan.

De expertise die in de verschillende sectoren en regio's is opgebouwd, vormt een goede basis voor het samen zo goed mogelijk opvangen van wat er mogelijk op ons af kan komen met betrekking tot de Britse mutant en mogelijk nog volgende anderen.¹

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in oktober 2020 een tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg tijdens de COVID-19 pandemie opgesteld². Dit kader was gericht op de cure.

Ter voorbereiding op fase 3 is het noodzakelijk om de pandemische druk keten/zorgbreed op te vangen; cure, care én wijkverpleging beschreven is. Daarom heeft VWS een verdiepend beleidskader Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie opgesteld.

In dit kader staat in de eerste plaats het belang van de continuïteit van de meest noodzakelijke zorg met een zo goed mogelijke kwaliteit van zorg, voor alle patiënten en cliënten in de hele zorg centraal³. Het sectorplan GHZ is in lijn met het verdiepend beleidskader ontwikkeld.

Tevens heeft de minister van Medische Zorg en Sport in februari jongstleden het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om twee taken uit te voeren met als doel om de regionale zorg en ondersteuning in fase 3 zo goed mogelijk waar te blijven maken.

De twee taken zijn:

1) Vergelijkingskader regionale plannen: Het formeren van een kerngroep

Met deelnemers uit de verschillende zorgsectoren, die de verschillende regionale plannen op basis van een vergelijkingskader met elkaar vergelijkt en aangeeft of de aanpassing van de kwaliteit van zorg en ondersteuning die beschreven wordt aanvaardbaar is en vervolgens de uitkomsten daarvan terugkoppelt aan de regio die de plannen naar verwachting aanpassen, zodat de regionale plannen qua inhoud en uitwerking op elkaar voldoende aansluiten.

2) De informatiepositie verbreden

Het LNAZ wordt verzocht om via het LCPS en in samenwerking met NZa en de GGD-GHOR expertiseteam inzicht te krijgen in de actuele databehoefte en het actuele beeld wat er nu al is voor de ziekenhuizen te verbreden naar de beschikbare capaciteit voor de ketenzorg.

¹ Zie opdrachtbrief LNAZ fase 3, 12 februari 2021

² Kamerstukken 2020- 2021 29247 nr. 317.

³ Kamerbrief over tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie', publicatie 23 maart 2021 kenmerk 1842331-219563-CZ

⁴ Zie opdrachtbrief LNAZ fase 3, 12 februari 2021

Inleiding

Op basis van het tijdelijke landelijk beleidskader zullen lastige beslissingen genomen moeten worden om, ten tijde van ernstige crisis, de kwaliteit en ondersteuning terug te brengen tot een minimaal aanvaardbaar niveau. Zodat de zorg en dienstverlening binnen de acute en niet acute zorgketen mogelijk blijft.

De uitvoering van het tijdelijk beleidskader vindt vooral lokaal en regionaal plaats. Maar mocht het in geval van toenemende pandemische druk de zorgvraag niet meer regionaal in de zorgketen kunnen worden opgelost, dan is er een vorm van regie op nationaal niveau nodig. Om besluitvorming zorgvuldig te laten verlopen wordt gebruik gemaakt van het tijdelijk landelijk beleidskader kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3, de regionale ROAZ/RONAZ (overstijgende)plannen en de verschillende landelijke sectorplannen. VWS heeft daarom de beroepsgroepen en branches gevraagd een sectorplan op te stellen. Het sectorplan GHZ is in lijn met het verdiepend beleidskader ontwikkeld.

Doel sectorplan GHZ

Het doel van het sectorplan GHZ is om op landelijk niveau aan te geven wat belangrijke factoren zijn voor de GHZ tijdens de fase 3 pandemie. Tevens dient het sectorplan als hulpmiddel voor zorgaanbieders GHZ om in de aanloop van fase 3 zowel lokaal als regionaal afspraken te maken om adequaat te handelen zowel in de voorbereidende fase als tijdens fase 3 van de COVID pandemie.

Wanneer zal het verdiepende beleidskader Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie in werking treden?⁵

In de COVID-19 pandemie zijn er drie fases van zorgverlening:

- In fase 1 is er sprake van reguliere zorgverlening (met een eventuele piekbelasting in een enkele zorginstelling) zonder bedreiging van de zorgcontinuïteit.

- In fase 2 is de druk op meerdere zorginstellingen in de regio's hoog, vindt in oplopende mate afschaling van reguliere zorg plaats, en is (boven)regionale coördinatie nodig om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen
- Van fase 3 is sprake als alle capaciteit is benut alles maximaal opgeschaald en afgeschaald is en de samenwerking tussen zorgaanbieders zorgbreed volledig en maximaal is benut. Er zijn op dat moment geen lokale of regionale oplossingen meer mogelijk om de continuïteit van zorg te waarborgen.

Het afkondigen van fase 3 is een politiek besluit van de minister voor Medische Zorg en Sport (MZS). Fase 3 kan alleen landelijke afgekondigd worden en gebeurt pas als alle opties in fase-2 benut zijn.

Dit sectorplan is opgesteld door de VGN in afstemming met leder(in), Kansplus, LSR, NVAVG, V&VN, NVO, Federatie Zorg en Landbouw, BVKZ. VWS en IGJ hebben gedurende het ontwikkelproces adviezen gegeven die verwerkt zijn. Het biedt een omschrijving van de Gehandicaptenzorg, een aantal uitgangspunten, een omschrijving van het begrip minimale zorg en aandachtspunten t.b.v. het maken van afwegingen. In een aantal bijlagen wordt verwezen naar het medisch beleid van de NVAVG en V&VN.

⁵ Kamerbrief over tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie', publicatie 23 maart 2021 [kenmerk 1842331-219563-CZ](#)

1 Beeld van de gehandicaptensector

In Nederland hebben ongeveer 2 miljoen mensen een beperking. Het gaat dan om mensen met een lichamelijke, zintuiglijke, auditieve en/of een verstandelijke beperking. De meeste mensen wonen thuis, of gedeeltelijk of geheel in een zorginstelling. Zij zijn vaak hun hele leven afhankelijk van ondersteuning op het gebied van wonen, leren, vrije tijd en werk.

Binnen de gehandicaptenzorg kunnen we onder meer de volgende doelgroepen onderscheiden:

- Mensen met een (ernstige) meervoudige beperking
- Mensen met een (licht) verstandelijke beperking
- Mensen met niet- aangeboren hersenletsel
- Mensen met een zintuiglijke beperking (uitgesplitst in mensen met een visuele beperking en mensen met gehoorproblemen)
- Mensen met een andere lichamelijke beperking

Veelal in combinatie met meervoudige problemen (denk aan psychosociale en emotionele problematiek, gedragsproblemen, psychische problemen). Duidelijk is dat de mensen waar het om gaat zeer divers zijn, niet alleen met betrekking tot de beperking, en complexiteit daarvan, maar ook qua leeftijd. De gehandicaptenzorg biedt zorg en dienstverlening aan mensen met een beperking in alle leeftijden, van jong, jongvolwassene tot de ouder wordende mens van bijvoorbeeld ruim 80-jarigen. En het type dienstverlening is ook divers: van ambulante (gezins-) ondersteuning thuis, tot passend onderwijs en werk tot en met zeer intensieve 24-uurs zorg en ondersteuning of forensische zorg. Daarnaast is de zorgvraag divers: veelal gericht op het stimuleren en ondersteunen van de kwaliteit van leven zodat de persoon het leven kan leiden dat men wil.

Van deze groep krijgen ongeveer 130.000 mensen dagelijks intensieve zorg en ondersteuning uit de Wlz⁶, een grotere

groep ontvangt maatschappelijke ondersteuning. Voor cliënten is familie of andere naasten belangrijk en zij worden actief betrokken bij de zorg en dienstverlening van hun familielid. We spreken in de langdurige zorg over verblijfsplekken (en niet over bedden) omdat mensen er gemiddeld 40 jaar wonen (afhankelijk van hun leeftijd bij opname). Er is dan sprake van levenslange 24-uurs ondersteuning en permanent toezicht.

De gehandicaptenzorg onderscheidt zich met name op een aantal gebieden t.o.v. andere sectoren (lees medische zorg, vvt of ggz).

- 1) Er is veelal sprake van een **orthopedagogisch leefklimaat** waar vooral agogisch begeleiders werken en verpleegkundigen⁷ en verzorgenden flink in de minderheid zijn.
- 2) **De medische zorg** gaat over zorg zoals huisartsen en artsen voor verstandelijke gehandicapten (AVG) die behoren te bieden in onderlinge afstemming en samenwerking. In het najaar 2020 heeft de VGN met vele partners een Convenant Medisch Generalistische Zorg⁸ ondertekend.
- 3) **Multidisciplinair samenwerken** in de gehandicaptenzorg vindt plaats waarbij veelal een gedragswetenschapper regiebehandelaar is.
- 4) **De diversiteit van de cliëntpopulatie en type dienstverlening is groot**, zowel qua doelgroep, qua setting, type zorgvraag en intensiteit als leeftijd.

⁶ Zie bijvoorbeeld; www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gehandicaptenzorg/volwaardig-leven-met-een-beperking.

⁷ VGN bronnen geven een beeld van 102.000 agogisch begeleiders en 44.000 verpleegkundigen/verzorgenden

⁸ <https://www.vgn.nl/nieuws/vgn-en-andere-zorgpartijen-ondertekenen-convenant-medisch-generalistische-zorg>

Specifiek corona Gehandicaptensector

Effect van 1.5 meter en andere maatregelen

Vanaf het begin van de COVID pandemie was het toepassen van de algemene maatregelen een uitdaging voor de gehandicaptenzorg. De pandemie is niet aan de sector voorbij gegaan. De betekenis van afstand houden is lastig als je niet weet wat 1.5 meter betekent. Ook het handen wassen of niezen in je elleboog zijn geen vanzelfsprekendheden als je niet kunt praten of zien of met spasmen je minimaal kunt bewegen. Of als je door beperkte cognitieve vermogens niet in staat bent je er aan te houden. Er is onder andere hard gewerkt aan alternatieve vormen van dagbesteding, verschillende vormen van bezoek gericht op herstel en behoud van familie en zorgcontacten. Daarmee is erkenning voor het belang van het psychosociaal welzijn van cliënten naast het belang van lichamelijke gezondheid.

Zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen

Met betrekking tot het vraagstuk van de tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen is tijdens de eerste golf duidelijk geworden dat de organisatie van personeel en middelen, de opvang van specifieke doelgroepen en de coördinatie van patiëntstromen meer aandacht vroeg. *De opvang van cliënten met een beperking (GHZ Zorg) met COVID-19 vraagt om specifieke eisen aan zowel locatie als personeel*⁹. In die periode is ook duidelijk geworden dat de meeste mensen die tot een specifieke doelgroep behoorde veelal binnen de eigen sector zijn opgevangen. De medische zorg wordt veelal ingevuld door de huisarts en (waar nodig) in afstemming met de Arts Verstandelijk Gehandicaptten (AVG) van de zorginstelling of door de artsen (AVG's) van de medische dienst van de (naburige) zorginstelling.

GHZ-organisaties stemmen in de regio's onderling af en waar kan, en wenselijk, met partners (denk aan GGZ, asielzoekerscentra, maatschappelijke opvang, beschermd wonen) om te komen tot *cohortlocaties/afdelingen* die beschikbaar zijn voor mensen met een beperking of andere mensen die kwetsbaar zijn. Het doel is veelal het tegengaan van verdere uitbreiding van besmettingen en verzorgen van zieke mensen als dat niet op eigen locatie kan. En er werken zowel verpleegkundigen als agogisch begeleiders vanwege de psychosociale ondersteuning. Duidelijk is dat de GHZ *niet* ingericht is om ziekenhuis verplaatste zorg te kunnen

leveren. Met andere woorden GHZ beschikt *niet* over bedden ter ontlasting van de ziekenhuizen. Echter kan op de meeste COVID units¹⁰ wel intensieve ondersteuning geboden worden inclusief het toedienen van zuurstof. Intraveneuze behandeling kan echter *niet* geboden worden. Vanwege haar maatschappelijke rol heeft de gehandicaptensector mogelijkheden voor (tijdelijke) noodopvang, en/of wanneer de zorg in de thuissituatie niet meer geboden kan worden aan mensen met een beperking of aanpalende doelgroep¹¹.

Stand van zaken vaccinatie

De vaccinatiestrategie is een aantal keer gewijzigd waardoor de meest kwetsbare mensen in de langdurige gehandicaptenzorg voor een deel zijn gevaccineerd. Momenteel zijn ongeveer 35.000 vaccinaties gezet onder leiding van de Arts Verstandelijk Gehandicaptten. De vaccinatie vanuit de HAP's, vindt gefaseerd plaats. Vanaf 16 februari jongstleden is gestart met de vaccinatie van 178.000 zorgmedewerkers in de gehandicaptenzorg die directe cliëntgebonden zorg leveren.

⁹ Zie Landelijk opschalingsplan tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen ivm COVID-19, 18 aug. 2020

¹⁰ Ook wel cohortafdeling of cohortlocatie genoemd

¹¹ Te denken valt bijvoorbeeld aan mensen die beschermd wonen en gebruik willen maken van COVID-locaties.

De duiding van doelgroep is tevens afhankelijk van mogelijkheden in de regio, en hangt af van de mogelijkheden per organisatie

2 Minimale kwaliteit en signaalwaarden GHZ

Na het beeld over de gehandicaptenzorg is het van belang om nadere duiding te geven aan het begrip minimale kwaliteit ten tijde van de COVID-19 pandemie.

Het fase 3 scenario kan de GHZ-sector op verschillende manieren raken:

- 1) Als er een toename¹² van cliënten in de GHZ-sector komt, kan er niet voldaan worden aan de minimale zorgvraag of,
- 2) De druk in andere sectoren in de keten wordt zo groot dat de GHZ-sector gevraagd wordt bij te springen om andere sectoren te ondersteunen,
- 3) Er is sprake van een dermate hoog ziekteverzuim dat de dienstroosters op locaties/groepswoningen/medische dienst niet meer rond te krijgen zijn op basis van de minimaal vereiste dagelijkse bezetting¹³.

In alle gevallen moeten er vergaande besluiten worden genomen over welke zorg nog wel en welke niet meer verleend kan worden. Sinds de corona-uitbraak is duidelijk dat er in de eerste fase van de pandemie veel druk is gezet om regie over de crisis te krijgen. In het begin was er weinig kennis over het virus en waren er onvoldoende tot geen geschikte beschermingsmiddelen beschikbaar voor zowel medewerkers als voor cliënten en hun familie. De angst voor de besmetting door corona overheerste en alles was gericht op het tegengaan van de besmettingen. Al gauw was er een roep van zowel cliënt, familie (organisaties) als professionals om een groot appèl te doen op het volume van beschermingsmiddelen en om bezoek mogelijk te maken. Dit is verwoord in de lessons learned corona-VGN¹⁴, zomer 2020.

Een jaar corona laat zien dat er sprake is van verschraling van zorg doordat algemene maatregelen als gevolg van

corona nog steeds leidend zijn, de aanscherpingen er bij medewerkers en cliënten en familie inhakken, het ziekteverzuim stijgt en het getal van besmettingen¹⁵ fluctueert. Zoals het landelijk beeld laat zien is er sprake van grote zorgen. Op basis van de huidige stand is de verwachting dat verschraling van zorg pas minder wordt als er sprake is van een hoog percentage gevaccineerden in de GHZ, een daling van het aantal besmettingen, een daling van het ziekteverzuim en dat de werkdruk weer in balans is. Wanneer dit zal zijn hangt af van een aantal niet voorspelbare ontwikkelingen.

Medisch handelen tijdens fase 3 van de COVID-19 pandemie

Er zal sprake zijn van aanpassingen met betrekking tot het medisch handelen en zorgverlening door verzorgenden, begeleiders en verpleegkundigen. Zowel de NVAVG als de V&VN hebben dit nader uitgewerkt en er wordt verwezen naar bijlagen 1 en 2.

In de voorbereidende periode voorafgaand aan fase 3 van de COVID-19 pandemie is het van belang dat zorgmedewerkers gesprekken voeren met cliënten en naasten en/of mantelzorgers over de minimale zorg die kan ontstaan. Tijdens die gesprekken vindt afstemming plaats wat cliënten en naasten en/of mantelzorgers belangrijk vinden. In fase 3 kan hierop op terugvallen worden.

¹² Bijvoorbeeld door mensen van thuissituatie waar b.v. ouders ernstig ziek zijn door corona

¹³ Specifieke doelgroepen zijn voor hun basisveiligheid veelal afhankelijk van vertrouwde en bekende begeleiders die hun stress- signalen kunnen lezen en daarop kunnen anticiperen.

¹⁴ <https://www.vgn.nl/nieuws/coronavirus-geleerde-lessons-gehandicaptensector>

¹⁵ Zie factsheet data Sterker op eigen Benen, Radboud Universiteit Nijmegen

Kwaliteitseisen

De minimale kwaliteitseisen zijn gestoeld op de basis elementen van kwaliteit van leven voor ieder mens ten tijde van een pandemie en aangevuld met een aantal elementen¹⁶ rekening houdend met de diversiteit van de mensen met een beperking, zie hoofdstuk 1.

1. zorgdragen voor voeding en vocht (rekening houdend met bijzonderheden).
2. aanreiken/toedienen van medicatie.
3. verpleegtechnische handelingen uitvoeren.
4. het zorgdragen voor zuurstof.
5. assistentie bij toiletgang, incontinentie.
6. lichamelijke verzorging.
7. bieden van noodzakelijke dag- en nachtstructuur.
8. bieden van basisveiligheid middels noodzakelijke nabijheid.

Daarnaast is de verwachting dat ten tijde van fase 3 van de COVID-19 pandemie vele werkzaamheden anders en/of minimaal uitgevoerd, uitgesteld of verplaatst zullen worden. Denk aan bijvoorbeeld het vastleggen van afspraken, het opleiden en het volgen van nascholing is veelal verplaatst en daardoor vertraagd. Dit kan effect hebben dat bijvoorbeeld bepaalde certificaten niet binnen de gestelde tijd gehaald worden. Het registreren, zal zo nodig, tot een minimum worden teruggebracht. Het een en ander betekent dat er afgeweken zal worden van diverse wet- en regelgeving, mits dit plaats vindt op basis van aantoonbare professionele afwegingen.

Signaalwaarden

Ter voorbereiding op een pandemie vindt het maken van afwegingen veelal onder bijzondere omstandigheden plaats. Op microniveau (dat van de locatie/organisatie) kan minimaal noodzakelijke zorg niet meer geboden worden als er sprake is van (een van de) onderstaande situaties.

1. Het niet kunnen waarborgen van de kwaliteit (en veiligheid) van zorg door een tekort aan zorgprofessionals:
 - De zorgorganisatie is niet meer in staat om de kwaliteit van zorg te waarborgen omdat de complexiteit van zorg meer gekwalificeerde zorgprofessionals vereist dan aanwezig.
 - Zorgprofessionals die met zeer hoge werkdruk kampen en het onverantwoord is om de medewerkers in die omstandigheden langer door te laten werken;

- Onvoldoende aandacht geboden kan worden bij het verstrekken van eten en drinken van cliënten (bijvoorbeeld cliënten met slikproblemen);
 - Het rooster van bevoegde/bekwame zorgprofessionals kunnen niet meer sluitend gemaakt worden;
 - Het rooster van bevoegde/bekwame zorgprofessionals voor het verrichten van verpleegtechnische handelingen (bijvoorbeeld wondverzorging) kan niet meer sluitend gemaakt worden;
 - De locatie niet meer in staat is om de veiligheid van medewerkers te waarborgen omdat er geen/onvoldoende persoonlijke beschermingsmiddelen aanwezig/beschikbaar zijn.
 - Het feit dat de DPG professionals kan vorderen voor de inzet elders (veelal een andere sector) terwijl de professional van groot belang is voor bijvoorbeeld voorbehouden handelingen op de eigen werkplek/organisatie
2. Het niet kunnen waarborgen van de veiligheid van zorgprofessionals en bewoners:
 - Er voor medewerkers en (andere) bewoners een structureel onveilige situatie ontstaat doordat (een) bewoner(s) bijvoorbeeld door het ontbreken van dagstructuur of persoonlijke nabijheid, zodanig gedrag gaat vertonen dat er sprake is van onveiligheid.
 - Er sprake is van ernstige agressie door mantelzorgers/naasten.
 3. (Plotselinge) grote instroom van cliënten door capaciteitsproblemen in andere sectoren.
 4. De zorgcontinuïteit in de acute zorg is niet meer te waarborgen waardoor een beroep gedaan wordt op de GHZ-sector.
 5. Niet meer in kunnen sturen van cliënten doordat ziekenhuisbedden vol liggen.
 6. Toenemende complexiteit van de zorgvraag.

Deze signaalwaarden kunnen gebruikt worden om risico's te duiden en afwegingen te maken. In bijlage 2 zijn een aantal onderwerpen geformuleerd die behulpzaam zijn voor het maken van afspraken en/of het treffen van maatregelen. Het interpreteren van de situatie(s) wordt(en) situationeel bepaald op basis van de dan geldende omstandigheden en binnen de gestelde kaders van desbetreffende organisatie(s).

¹⁶ Zie Kwaliteitskadergehandicaptenzorg 2017- 2022

Early warning én tijdige communicatie

Hoewel het niet ondenkbaar is dat een organisatie kan worden overvallen door een fatale combinatie van afnemende personele capaciteit en toenemende zorgvraag zal er veelal sprake zijn van voortekenen die wijze op het ontstaan van onhanteerbare disbalans tussen zorgvraag en capaciteit. Het is van belang om zowel intern (onder andere met medezeggenschap, medewerkers en cliënten en hun naasten) als met collega- instellingen (in ieder geval) in de regio tijdig af te stemmen en mee te denken over mogelijke oplossingsrichtingen¹⁷. Het is daarom van belang om afspraken vast te leggen in een 'nood'-plan¹⁸ en regiosectorplan.

De inspectie voor gezondheidszorg en jeugd hanteert als lijn dat zorgaanbieders in deze crisissituatie de ruimte hebben om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, mits hierbij het bieden van veilige en verantwoorde zorg voorop staat. De professionele afwegingen moet navolgbaar zijn en worden vastgelegd. De bestuurder is en blijft hier eindverantwoordelijk voor. De IGJ heeft een document gepubliceerd hoe zij haar toezichhoudende taak in fase 3 vormgeven¹⁹

In het kader van de verantwoordelijkheden informeren zorgorganisaties de financier (het zorgkantoor, de zorgverzekeraar of de gemeente) over de aanpassingen die zij doen in hun zorgverlening op het moment van fase 3. En stemmen onderling af wat de gevolgen zijn voor de zorgcontinuïteit en de zorgplicht van de verzekeraars.

¹⁷ Denk aan b.v. afstemming over inzet verwant of b.v. familielid mee naar huis etc.

¹⁸ Noodplan beschrijft veelal wat in crisistijd noodzakelijk is, wordt in de praktijk verschillend benoemd, zoals continuïteitsplan/ scenarioplan/ crisisplan

¹⁹ Zie document 'Toezicht van de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg' publicatie 3 maart 2021.

3 Van Lokaal, regionaal naar landelijke regie

Het tijdelijk beleidskader Kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de COVID-19²⁰ pandemie zal in werking treden nadat de minister van MZS dit landelijk heeft afgekondigd. Zoals eerder aangegeven zal de uitvoering van het beleidskader vooral lokaal en (boven)regionaal plaatsvinden. Er zijn in de afgelopen periode al veel lokale en (regio)- sectorale fase 3 plannen gemaakt waarin wordt beschreven wat en hoe zowel de COVID-19-, als de non-COVID-19, zorg en ondersteuning²¹ geleverd kan worden.

Het moment dat de minister voor MZS fase 3 afkondigt, is op voorhand niet exact te bepalen. Er zijn verschillende variabelen die daarin meer of minder bepalend kunnen zijn. Er zijn sectoraal wel graadmeters gedefinieerd. Een belangrijke graadmeter is²⁰ bijvoorbeeld het huidige afkappunt uit het opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ, waarin wordt aangegeven dat bij bezetting van 1700 IC bedden overgegaan wordt naar fase 3. Daarnaast kan ook een piekbelasting of bezetting in een andere sector aanleiding geven voor het afkondigen van fase 3, bijvoorbeeld wanneer de opgeschaalde bedden capaciteit buiten het ziekenhuis in alle regio's vol ligt en er geen andere mogelijkheden zijn om deze patiënten op te vangen, waardoor landelijke zorgcontinuïteit en toegankelijkheid in het gedrang komt.

De ervaring tot nu toe laat zien dat de gehandicapten-sector geen grote factor van instroom is op de IC en ziekenhuis-bedden, daar de sector veelal in regionaal verband COVID units heeft georganiseerd, hetgeen ook in fase 3 het geval zal zijn. In het draaiboek pandemie fase 1²² is opgenomen dat een verstandelijke beperking geen reden is tot weigering voor opname IC. Advanced careplanning is binnen de gehandicaptenzorg een gangbare praktijk, waarbij ook het insturen naar het ziekenhuis voor behandeling weloverwogen plaatsvindt.

Ter voorbereiding op een eventuele situatie fase 3 heeft iedere Directeur Publieke Gezondheid hun partners in de

regio gevraagd een regio-sectorplan op te stellen zodat de DPG beschikt over stuurinformatie. Naast dat er afspraken tussen organisaties worden gemaakt, heeft iedere organisatie ook een eigen 'nood'-plan voor diens interne organisatie. Het sectorplan dient zowel als hulpmiddel voor het noodplan als voor de lokale en regionale plannen. Daarnaast is het belangrijk dat de medische zorg van de huisarts en/of AVG gegarandeerd blijft.

Lokaal

Iedere zorgorganisatie heeft de verantwoordelijkheid om een '**nood**'-plan op te stellen waarin wordt beschreven hoe de zorg en dienstverlening, ten tijde van fase 3 van de COVID-19 pandemie verricht kan worden. Dit noodplan komt o.a. tot stand met professionals en met de verschillende medezeggenschapsorganen²³ op de verschillende niveaus (organisatieniveau als op locatieniveau en/of groeps-woningniveau). Te denken valt aan afschalen van zorg en dienstverlening²⁴ zoals minder dagbesteding of dagbesteding op woonlocaties volgen, minder bezoek ontvangen, andere invulling van ambulante ondersteuning etc. Als er sprake is van hoog ziekteverzuim en daardoor personeelskrapte, wordt er gebruik gemaakt van alternatieven; hetzij medewerkers van andere locaties, van collega instellingen of inzet van bijvoorbeeld familie, vrijwilligers of anderszins. Tevens wordt beschreven hoe de informatievoorziening en communicatie plaatsvindt in de

²⁰ Kamerbrief over tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie', publicatie 23 maart 2021 kenmerk 1842331-219563-CZ

²¹ Ook waar sprake is van respijtzorg of ter ontlasting van mantelzorgers.

²² Draaiboek Pandemie fase 1, NVIC versie 2.0 mei 2020

²³ Zie WMCZ, ingaande per juli 2020 en de WOR

²⁴ Zie onder andere handreiking VGN bezoek en logeren, handreiking VGN dagbesteding en tijdelijke COVID 19 wet

voorbereiding van en tijdens fase 3, naar zowel cliënten en hun familie, medewerkers als naar externen.

In het kader van lokale samenwerking is het belangrijk dat er afspraken worden gemaakt met de huisartsen over hoe de medische zorg wordt gecontinueerd tijdens deze periode en hoe dit wordt vastgelegd. En het is wenselijk dat noodplannen gedeeld worden met collega-organisaties én huisartsen zodat men tijdig met elkaar kan afstemmen en elkaar tijdig weet te vinden. Deze afstemming is zorgbreed, inclusief kleinschalige zorg en welzijnspartners.

(Boven)Regionaal

In iedere veiligheidsregio (11) vindt afstemming met de zorgketen plaats. Het doel van deze afstemming is om zoveel mogelijk de pandemische druk fase 3 te voorkomen. De focus ligt dus vooral om in de regio zoveel mogelijk en tijdig op te lossen. Regionale samenwerking is per regio verschillend. In elke veiligheidsregio neemt veelal een bestuurder van de GHZ deel aan het overleg (of een aanpalend overleg) als vertegenwoordiging voor de zorgorganisaties voor gehandicaptenzorg in de regio.

Dit ROAZ/RONAZ overleg vindt plaats, veelal, in aanwezigheid van de Directeur Publieke Gezondheid. Omdat de Directeur Publieke Gezondheid verantwoordelijk is voor de veiligheidsregio en in afstemming is met de zorgketen, is het verzoek om per sector een **regiosectorplan** op te stellen waarin beschreven wordt wat afspraken en werkwijzen zijn als er sprake is van fase 3. Hierin kan gedacht worden aan een beschrijving hoe de zorgorganisaties de zorg in de regio organiseren; hoe zowel de COVID-19- als de non-COVID-19 zorg op een meest passende wijze georganiseerd en verleend kan worden, welke delen van de zorg (verlening) kunnen worden afgeschaald, hoe de COVID-19 zorg plaatsvindt (b.v. cohortlocaties) en kan worden opgeschaald en op welke wijze de kwaliteit daarvan zo lang mogelijk op een aanvaardbaar niveau blijft. Denk ook aan afspraken en werkwijzen welke hulp zorgorganisaties onderling organiseren, *bijvoorbeeld hoe triage plaatsvindt* (afstemming met huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen en arts verstandelijk gehandicapten (AVG's) en aanpalend sectoren zoals VVT- en GGZ-partners), hoe hulp tot stand komt, wie wat bepaalt en hoe de bevoegdheden liggen. Afstemming met de huisartsen en -posten hoort daar bij.

En er wordt aandacht besteed aan communicatie en informatievoorziening. Het is van belang om steeds te kijken naar welke maatregelen passen bij de omstandigheden en dit vraagt tijdige en zorgvuldige afwegingen en afstemming in de regio. Zie voor ondersteunende vragen bijlage 3. De IGJ toetst en beoordeelt deze plannen

In iedere ROAZ-regio wordt op basis van alle informatie een **regionaal sector-overstijgend plan**²⁵ gemaakt. Ook deze plannen worden getoetst door IGJ. In deze plannen wordt beschreven welke zorg op welke plek in de regio verleend kan worden bij oplopende drukte die in de verschillende sectoren verschillend zal zijn. Welke prioriteiten/keuzes er aan de orde zijn, hoe de doorstroom van patiënten in de zorgketen (boven)regionaal zo goed mogelijk geborgd wordt en hoe partijen hieraan kunnen bijdragen en wat de rolverdeling en verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid is. Zowel in de medische keten van zorg, bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen en huisartsen als in de keten van de care en welzijn. Om de plannen voor (boven) regionale zorg en ondersteuning in fase 3 op een zo hoog mogelijk niveau te brengen heeft de LNAZ, met een kerngroep waarin zorgsectoren en IGJ vertegenwoordigd zijn, alle regioplannen met elkaar vergeleken om te komen tot een vergelijkingskader LNAZ²⁶. Regio's kunnen met het vergelijkingskader hun regionale plannen kritisch tegen het licht houden qua inhoud, uitwerking en kwaliteit. Dat zorgt er voor dat er in elke regio op een vergelijkbare manier wordt gehandeld en zo kunnen regio's gebruik maken van elkaars beste voorbeelden. Het LNAZ zal een rapport over hun bevindingen uitbrengen aan VWS.

Landelijk

In de regionale sector-overstijgende plannen wordt beschreven hoe de zorgverlening en zorgcontinuïteit voor de hele zorgketen in fase 3 van de COVID-pandemie zo goed mogelijk doorgang kan vinden en hoe er overal zoveel mogelijk capaciteit gecreëerd kan worden. Deze plannen worden, ter voorbereiding op fase 3, door een **landelijke kerngroep**, (geïnitieerd door LNAZ en bestaande uit deelnemers uit verschillende sectoren (en gelegitimeerd door IGJ) getoetst. En zij geeft aan of de aanpassing van de kwaliteit en ondersteuning aanvaardbaar is en zal vervolgens de uitkomsten terugkoppelen naar de regio's met de verwachting deze aan te passen en te verbeteren²⁷.

²⁵ Zie opdracht LNAZ fase 3 12 februari, kenmerk 1827191-218371- CZ

²⁶ Zie vergelijkingskader LNAZ 3 maart verstuurd naar alle ROAZ regio's

²⁷ Zie opdrachtbrief LNAZ fase 3, bladzijde 3

Zoals eerder aangegeven is de besluitvorming over fase 3 aan de minister MZS. Om tot besluitvorming over te gaan is er een snelle en feitelijk informatie voorziening nodig. De LNAZ is een belangrijk spil in deze informatievoorziening. De LNAZ voorzitter zal veelvuldig afstemmen en gevoed worden door een joint coalition overleg²⁸ dat het LNAZ gevraagd en ongevraagd van advies kan voorzien.

Om lokaal, regionaal en landelijk snel de juiste keuzes te kunnen maken is het nodig om zorgbreed en integraal over de juiste noodzakelijke en actuele informatie te beschikken. Het LNAZ is verzocht om via het LCPS en in samenwerking met NZa en de GGD-GHOR inzicht te krijgen in de actuele data behoefte en het actuele beeld (op basis van data van de ziekenhuizen) te verbreden naar de beschikbare capaciteit in de ketenzorg. Meer datagedreven inzicht kan bijdragen aan het zorgbreed opvangen van de pandemische druk en het voorkomen van verkeerde bedden problematiek en opnamestops. **Het besluit of er sprake is van fase 3 van de COVID-19 pandemie, landelijk, is aan de Minister.** Op basis van dit besluit zal het beleidskader fase 3 in werking treden. Op dat moment kan er gehandeld worden in de sector aan de hand van de verschillende afspraken en plannen die vooraf zijn gemaakt en vastgesteld. Toch kan het gebeuren dat er in fase 3 situaties ontstaan waarin zorginstellingen of zorgverleners de gemaakte afspraken of regionale plannen niet kunnen volgen bijvoorbeeld dat een zorgaanbieder weigert om patiënten over te nemen, of personeel aan te bieden. In dergelijke gevallen is een escalatieladder nodig.

Escalatieladder en rol toezichthouders:

Er wordt gebruik gemaakt van bestaande structuren. De huidige wet- en regelgeving laat niet toe dat anderen dan de zorgaanbieders/ zorginstellingen en de toezichthouders dwingende besluiten kunnen nemen over de uitvoering van beleid.

In de eerste plaats is het aan de voorzitter van de ROAZ om partijen te wijzen op afspraken en hen te bewegen om zich hieraan te houden. De volgende stap kan de ROAZ voorzitter een signaal neerleggen bij de voorzitter van de LNAZ. Het LNAZ kan, met behulp van partijen (denk aan joint coalition of expertiseteam GGD- GHOR) een zorgaanbieder wijzen op de afspraken en verantwoordelijkheden om die afspraken te volgen.

Als dat onvoldoende helpt, dan kan de LNAZ voorzitter dit als signaal of probleem melden bij de toezichthouders IGJ en NZA. Die kunnen vervolgens handhavend optreden en partijen aanspreken op het niet nakomen van afspraken die zijn gemaakt over de continuïteit en kwaliteit. De IGJ kan op grond van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in actie komen als de kwaliteit of veiligheid in geding komt. De NZA ziet toe op nakoming van de zorgplicht van de zorgverzekeraars en Wlz- uitvoerders. De minister heeft met de toezichthouders afgesproken dat zij zich pro- actief opstellen en met hun brede scala aan instrumenten zorgen voor de goede uitvoering van de plannen of gezamenlijk met het veld kijken naar passende oplossingen in geval van concrete onvoorziene issues in fase 3²⁹.

Intrekken fase 3 van de COVID-19 pandemie en gefaseerd opschalen van zorg

Zodra er landelijk sprake is van intrekken fase 3 is de verwachting dat partners in de regio afspraken maken over gefaseerd opschalen van zorg. Dat zal zowel (boven) regionaal en lokaal plaatsvinden op basis van dezelfde uitgangspunten en met de dezelfde samenwerkingsverbanden. Met als focus op weg naar versoepeling binnen de context van wat kan in coronatijd.

Randvoorwaarden

Er zijn een aantal aspecten nodig om lokaal en regionaal adequaat en verantwoord te anticiperen op fase 3 van de pandemie.

Inhoudelijke aspecten

- De opvang van GHZ-cliënten die besmet zijn met COVID-19 vraagt om gespecialiseerde zorg. Het aantal bedden benodigd voor deze doelgroep wordt meestal door de sector opgevangen middels specifieke cohortafdelingen of een aangepaste omgeving van de eigen verblijfsplek. Duidelijk is dat de GZH geen bedden; daar waar sprake is van intraveneuze of andere invasieve of zeer intensieve behandeling, beschikbaar heeft ter ontlasting van de ziekenhuizen.
- Tijdens fase 3 is het van belang dat medische zorg binnen de GHZ-sector beschikbaar blijft.
- Vanwege haar maatschappelijke rol heeft de gehandicaptensector mogelijkheden voor (tijdelijke) noodopvang,

²⁸ Het joint coalition overleg bestaat uit één deskundige vanuit de NVZ, NFU, VVT, V&VN, AZN, LHV, FMS, GGZ, GHZ en GGD- GHOR. Een vertegenwoordiger vanuit patiëntenorganisaties zal aansluiten als waarnemer.

²⁹ In het uiterste geval kan en zal de minister een schriftelijke aanwijzing geven aan IGJ om gericht te kunnen optreden. Een dergelijke situatie kan zich voordoen als organisaties in een regio de gemaakte plannen niet(voldoende) nakomen.

- cohortlocaties en/of wanneer de zorg in de thuissituatie niet meer geboden kan worden aan mensen met een beperking of aanpalende doelgroep³⁰
- Huisartsen kunnen tevens een beroep doen op eventuele cohortlocaties of zorg indien bij iemand van de doelgroep in de thuissituatie de zorg niet geboden kan worden.
 - Daar waar huisartsen en -posten vastlopen in hun regio kan huisartsenzorg voor mensen met een beperking in het geding komen. Het is van groot belang om in de keten hier afspraken over te maken.
 - De optie van een aanwijzing van de DPG³¹ ten tijde van fase 3 kan alleen in goed overleg plaatsvinden met desbetreffende bestuurders en onder voorwaarde dat de zorgcontinuïteit op basis van de minimale kwaliteitseisen geborgd is, zie Wkkgz.
 - Zoals beschreven in maatregel 2 uit het beleidskader leveren aanbieders de benodigde informatie tijdig en zo volledig mogelijk aan t.b.v. de informatievoorziening.
 - Zoals beschreven is in maatregel 4 uit het beleidskader is de communicatieaanpak en middelen van VWS, dat in samenwerking met partijen tot stand is gekomen, bekend bij zorgaanbieders.

Tot slot

Wij vragen aandacht voor de *duur* van deze periode fase 3 en de nazorg daarna. De reden is dat de fase 3 nadrukkelijk impact zal hebben op de mentale gezondheid van zowel cliënten, hun naasten en medewerkers. Dit zal extra nazorg en middelen vragen omdat het impact zal hebben op de kwaliteit van zorg en dienstverlening en ervaren kwaliteit van leven.

Financiële aspecten

- Ten tijde van pandemie fase 3 moet er sprake zijn van financieel comfort. We gaan er vanuit dat bestaande corona regelingen³² voldoende ruimte bieden zodat kosten gedekt worden. Dat is bijvoorbeeld uitleen personeel; binnen en tussen sectoren.
- En financiering van cohortlocaties; ook als deze plekken ingevuld worden door cliëntgroepen uit aanpalende sectoren of zonder indicatie, (bijvoorbeeld mantelzorgers die de zorg niet meer kunnen bieden en hun 35-jarige zoon met een beperking opgevangen moet worden).

³⁰ Te denken valt b.v. aan mensen die beschermd wonen en gebruik willen maken van COVID-units. De duiding van doelgroep is tevens afhankelijk van mogelijkheden in de regio en van de mogelijkheden per organisatie

³¹ Zie Wet Veiligheidsregio, artikel 32 -34.

³² <https://www.vgn.nl/nieuws/vervolg-bekostiging-covid-19-en-corona-units> en <https://www.vgn.nl/nieuws/bekostiging-corona-units-2021-gewijzigd>. En zie maatregel 3 van het verdiepend beleidskader fase 3, 23 maart 2021

Bijlagen

Bijlage 1 **Medisch handelen NVAVG tijdens fase 3**

NVAVG ontwikkelt met haar leden een afwegingskader medisch handelen tijdens fase 3 voor artsen verstandelijk gehandicapt. Deze is gereed en wordt als aparte bijlage toegevoegd.

Bijlage 2 **Afwegingskader zorgverlening V&VN tijdens fase 3**

V&VN ontwikkelt met haar leden een afwegingskader medisch handelen tijdens fase 3 voor verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in de GHZ. Deze is gereed en wordt als aparte bijlage toegevoegd. Zie www.v&vn.nl

Bijlage 3 **Helpende vragen ter benutting van opstellen Noodplan fase 3**

Deze vragen dienen als hulpmiddel om te benutten tijdens het maken van afspraken in crisistijd aan de hand van ontstane situaties en afwegingen, zie hoofdstuk 2. En kunnen zowel benut worden op lokaal als op (boven)regionaal niveau. Het gaat om het onder andere vastleggen van het 'wat kan er wanneer door wie en hoe en tot wanneer'.

- Is het noodplan afgestemd en bekend bij alle relevant betrokkenen (denk aan Medezeggenschap, cliënten en diens naasten, medewerkers?):
- Wat zijn afspraken over de prioritering van minimale kwaliteit van zorg/afschaling?
- Wat zijn afspraken m.b.t. instroom- doorstroom- uitstroom cliënten?
- Wat zijn afspraken rondom schaarste van personeel?
- Wat zijn afspraken rondom (regionale) COVID units/locaties/ afdelingen?
- Wat zijn afspraken over de rolverdeling, verantwoordelijkheid en bevoegdheden van de verschillende betrokkenen?
- Wat zijn de afspraken over de wijze van afstemming tussen de relevante betrokkenen zowel lokaal als regionaal? Denk aan afstemming met b.v. huisartsen, NAW.
- Wat zijn de afspraken over inzet van PBM & overige middelen?
- Zijn er afspraken gemaakt over communicatie naar cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers?
- Zijn er afspraken gemaakt over informatievoorziening naar cliënten, naasten, medewerkers en vrijwilligers?
- Zijn er afspraken gemaakt over eventueel gefaseerd opschalen?
- Zijn er knelpunten waarvoor afspraken nodig zijn met financiers (gemeenten, zorgverzekeraars/zorgkantoor) of de IGJ?

Dit sectorplan is tot stand gekomen met:

