

2-3-2021 versie 7

Afwegingskader voor ggz bij scenario Fase 3

Voor de ggz en verslavingszorg

Inleiding

WVS bereidt zich met alle branches voor op een mogelijke zogenaamde 'derde fase', waarin de kritieke grens in zorgcapaciteit is bereikt. Samen met de relevante zorgbranches, LNAZ en IGJ stelt WVS een beleidskader op voor de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening in de gehele zorgketen. Hierbij worden de bestaande sectorale en regionale plannen betrokken. Denk hierbij aan plannen en afspraken waarin wordt beschreven welke zorg op welke plek kan worden verleend bij oplopende druk, op welke wijze zowel de covid- als de non-covid-zorg geleverd kan worden, welke delen van de zorg(verlening) worden afgeschaald als de covid-zorg fors wordt opgeschaald, hoe de doorstroom van patiënten door de zorgketen regionaal zo goed mogelijk geborgd wordt, en wat de rolverdeling en verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid is van de verschillende partijen. Hierbij horen ook afspraken over hoe de verschillende disciplines behandelaren zich herverdelen over de verschillende afdelingen waar (blijvend) kritische zorg wordt verleend, waarbij dit ook over de grens van de eigen zorginstelling en het zorgdomein noodzakelijk kan blijken. In deze notitie worden de afwegingen en aandachtspunten beschreven die gelden voor de ggz sector in het kader van scenario zwart, betreft de covid pandemie.

Dit afwegingskader is een leidraad voor ggz- en verslavingszorg instellingen dat als ondersteuning dient bij het opstellen van een regionaal fase 3 scenario voor de eigen instelling en in ROAZ en RONAZ -verband.

Vanwege de korte periode waarin deze leidraad tot stand is gekomen is dit afwegingskader niet ter goedkeuring aan alle leden voorgelegd. Tevens is deze versie nog niet ter beoordeling voorgelegd aan de landelijke cliëntenorganisatie (MIND).

Om bovenstaande redenen is dit afwegingskader dus niet een protocol of richtlijn waarnaar de instellingen dienen te handelen, maar ter ondersteuning van hun eigen plannen Fase 3. Bij voortschrijdend inzicht kan dit afwegingskader nog aangepast worden.

Rol Inspectie: De inspectie 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 afweging moet navolgbaar zijn en worden vastgelegd. De bestuurder is en blijft hier eindverantwoordelijk voor. De inspectie vindt het van belang dat de zorgsector zich voorbereidt op de situatie waarin de druk op de zorg zo hoog oploopt dat er sprake is van een crisis. Als de plannen van sectoren en regio's onderbouwd beschrijven wat de minimaal aanvaardbare kwaliteit van zorg is en daarbij voldoende uitvoerbaar zijn, zijn deze te beschouwen als het kader voor kwaliteit van zorg in een bepaalde situatie. Om die reden kijkt de IGJ ook mee bij het opstellen van de sectorale afwegingskaders en regionale plannen. Ook gebruikt de IGJ de plannen daar waar mogelijk in haar toezicht.

De Inspectie heeft mee gelezen met dit afwegingskader en een aantal adviezen mee gegeven die vervolgens zijn verwerkt.

De ggz sector kent verschillende vormen van zorg, waaronder de generalistische basis ggz; de specialistische ggz (klinische en ambulante behandeling); de forensische zorg (FPC's, FPK's, FPA's en ambulante forensische zorg); de verslavingszorg (klinisch en ambulante), de psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen (PAAZ en PUK) waar onder Medisch Psychiatrische Units. Daarnaast bieden verschillende ggz instellingen ook Beschermd en begeleid wonen aan.

In de specialistische ggz worden per jaar ongeveer 572.000 patiënten behandeld, waarvan ongeveer 45.300 patiënten klinisch worden opgenomen, variërend van korte opnames van enkele dagen/ weken tot langdurige opnames van enkele maanden/ jaren. In elke regio zijn ook klinische woonvoorzieningen voor mensen met ernstige psychiatrische beperkingen/problematiek en daarmee gepaard gaande zorgbehoefte. Het aantal klinische bedden is 12.275.

In de forensische sector zijn er 2400 klinisch bedden. In de verslavingszorg worden ongeveer 34.700 cliënten behandeld, waarvan ongeveer 6400 klinisch worden behandeld per jaar.

Context afwegingskader

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om samen met betrokken partijen te komen tot een tijdelijk beleidskader 'kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de covid-19 pandemie'. Dit beleidskader verbindt de sectorale crisisplannen en afwegingskaders die sectorspecifiek worden gemaakt. Iedere sector heeft een eigen afwegingskader gemaakt. De LNAZ draagt samen met de betrokken partijen zorg voor de verbinding tussen deze sectorale afwegingskaders.

In veel regio's zijn boven sectoraal afspraken gemaakt hoe de zorg verleend kan worden in geval de continuïteit van zorg zwaar onder druk staat. In veel regio's is daarbij ook al een afwegingskader gemaakt indien Fase 3 in werking treedt. Dit landelijke afwegingskader is nadrukkelijk niet bedoeld om regionale afspraken en plannen te vervangen maar dient als toetssteen en hulpmiddel voor hetgeen in de regio overeen is gekomen. In het geval er in een regio nog geen plannen liggen kan dit afwegingskader gezien worden als een document dat richting kan bieden hoe en waarover regionale afspraken gemaakt moeten worden.

Daarnaast hebben de afzonderlijke ggz instellingen hun eigen crisisplan COVID 19 opgesteld en is men bezig met het opstellen van code zwart scenario's voor hun eigen instelling, al dan niet in samenspraak met collega-instellingen in de nabijheid en al dan niet in ROAZ of RONAZ verband.

Hoofdstuk 1: Voorafgaand aan het Fase 3 scenario

Periode van voorbereiding

Het is cruciaal dat men zich voorbereidt in de regio op het Fase 3 scenario. Regionaal zijn er in ROAZ en RONAZ verband plannen om de zorg af te schalen en een plan voor het opschalen van ondersteuning wanneer de zorgcontinuïteit bij één zorgorganisatie in een regio niet meer gewaarborgd kan worden. De afspraken gelden over en weer en zowel tussen ggz aanbieders in een regio als tussen aanbieders uit verschillende sectoren.

Elke ggz instelling en elke instelling voor verslavingszorg heeft zijn eigen crisisplan Covid 19 opgesteld. Bij het opstellen van een eigen crisisplan COVID 19 heeft de ggz instelling de cliëntenraad, medische raad, Professionele Staf of Verpleegkundige Agogische Adviesraad of Verpleegkundige Adviesraad geraadpleegd. Tevens zijn de instellingen aangesloten bij de ROAZ en/of RONAZ op bestuurlijk niveau waar op regionaal niveau de afstemming over cohort verpleging en continuering van de (niet) acute zorg plaats vindt.

In de aanloop naar een Fase 3 scenario onderscheidt de LNAZ drie fasen:

Fase 1: Conventionele zorg

In deze fase kan de ggz de gewenste vormen van zorg en kwaliteit van zorg leveren volgens de wetgeving en gestelde kwaliteitsnormen en standaarden. In feite bevindt de ggz zich op dit moment al niet meer in deze fase, aangezien covid 19 al sinds maart 2020 in meer of mindere mate van invloed is op de zorg die de ggz- en verslavingszorg instellingen leveren. Met name in de ambulante en poliklinische behandelingen heeft een verschuiving plaatsgevonden richting digitale vormen van contact. Ondersteunende dagactiviteiten zijn beperkt in frequentie en groepsgrootte. Klinische voorzieningen werken op normale capaciteit (mits niet geconfronteerd met besmettingen) maar wel met afgeschaalde behandelactiviteiten. Crisisdiensten zijn op volle sterkte. Een en ander is wel terug te zien in ziekteverzuim van personeel en het naleven van de ggz richtlijn covid 19 door de professionals in hun werkzaamheden. Vooral dit laatste heeft invloed op frequentie van contacten; wel/niet fysiek of digitaal contact; etc....

In algemeenheid is te zeggen dat de ggz op dit moment binnen de omstandigheden van de pandemie zoveel als mogelijk de gewenste kwaliteit van zorg nog levert.

Aanloopfase 2:

1. Maken van regionale afspraken over het zo nodig inzetten of consulteren van medische expertise uit ziekenhuis (klinisch geriater) of uit vvt instellingen (specialist ouderengeneeskunde), en met de huisartsen om binnen de ggz instelling zwaardere somatische zorg te kunnen bieden. Het gaat hierbij dan om het al of niet kunnen toedienen van zuurstof, covid- medicatie verstrekking. (Zie ook Hoofdstuk 3 samenhang sectoren)
2. Somatische protocollen ten aanzien van de behandeling van covid positieve patiënten dienen geactualiseerd te zijn. Er dienen voldoende voorzieningen aanwezig te zijn zoals zuurstof, beschermende middelen etc. Tevens dient het personeel (artsen en verpleegkundigen/verzorgden) getraind te zijn in het toepassen van deze maatregelen.
3. Afspraken te maken met vrijgevestigde praktijken, kleinere (deel-)specialistische instellingen en dergelijke over de inzet van hun gekwalificeerd personeel voor de essentiële zorg en behandeling in de regio. In deze fase kan de Nederlandse ggz vragen aan de NVvP, NIP, LVVP om hun leden op te roepen hieraan mee te werken.
4. Afspraken maken met RAV en meldkamer op welke manier het vervoer van acute psychiatrische patiënten (in kader Wvvgz) nog gewaarborgd kan blijven als de druk op ambulancezorg groot is. (Zie ook hoofdstuk 3)
5. Signaleringsfunctie organiseren in ROAZ: In het ROAZ kan een signalering met elkaar worden afgesproken op basis van de hele keten acute zorg, VVT, HA, RAV, VG en GGZ om een actueel beeld te krijgen van de situatie op een aantal parameters. (Zie bij fase 3)

Fase 2: Opgeschaalde zorg

In deze fase is er sprake van een toenemend aantal regionale of landelijke besmettingen waardoor er een personeelstekort dreigt en er een toename is van klinische patiënten die covid 19 hebben. In feite is dan sprake van noodzakelijke afschalen en beperking van de reguliere zorgverlening in de ggz en een opschaling van de cohort verpleging (in aantallen) aan klinische ggz patiënten met covid 19.

Elke ggz instelling heeft, al dan niet in samenwerking met collega-instellingen, zijn eigen cohort afdelingen georganiseerd. Doelstelling daarbij is om psychiatrische behandeling te kunnen blijven bieden en overplaatsing naar een somatisch ziekenhuis zo lang mogelijk uit te stellen. Er zijn daarbij, lokaal variërende, grenzen aan de somatische behandel- en verpleegmogelijkheden binnen een ggz instelling. De mate van somatische covid 19 zorg die een ggz instelling kan bieden is afhankelijk van onder andere:

- Welke somatische expertise is zelf in dienst van de instelling (bijvoorbeeld Klinisch Geriater)
- Is de locatie dichtbij of zelfs in/bij een algemeen ziekenhuis
- Welke facilitaire voorzieningen heeft de GGZ-instelling

Deze grenzen vormen het uitgangspunt voor de regioplannen in ROAZ verband. In veel regio's zijn er samenwerkingsverbanden tussen de specialistische ggz instellingen met een cohort afdeling en Beschermd woonvormen organisaties ten aanzien van verpleging van patiënten met corona.

In deze fase kunnen de volgende stappen (deels volgorde) ondernomen worden in de ggz sector:

1. In elke regio is een prioriteringslijst doorlopen waarbij de minst-essentiële zorg als eerste is afgeschaald waarbij uiteindelijk de onontkoombaar essentiële zorg binnen de instelling en regio gewaarborgd blijft.
2. Binnen de ROAZ-regio en tussen de ROAZ-regio's vindt afstemming plaats over mogelijke verplaatsing van Covid 19 patiënten naar een andere ggz instelling in of buiten de regio met cohort afdeling. Om zo afschalen van reguliere specialistische zorg in totaliteit te beperken.
3. Patiënten in een klinische behandelsetting worden zo mogelijk via een gastplaatsing (vergelijkbare klinische zorg) tijdelijk overgeplaatst naar een andere ggz instelling in de regio of in een andere regio. Hierdoor kan er opschaling plaatsvinden van het aantal bedden op een cohort afdeling.

4. Met patiënten op een klinische afdeling wordt besproken of zij eerder dan gepland terug naar hun thuissituatie willen keren, gecombineerd met ambulante behandeling (minimaal waar mogelijk, intensief waar nodig)
5. De eerder gemaakte afspraken in de aanloop naar fase 2 worden herbevestigd en geconcretiseerd.

Aanloop naar Fase 3:

Wanneer de zorgcontinuïteit onder druk staat is het onvermijdelijk dat er moeilijke en pijnlijke keuzes gemaakt worden. GGZ-organisaties staan voor goede zorg voor hun patiënten en ook voor hun zorgprofessionals en daarmee ook voor de continuïteit van zorg. De zorg voor kwetsbare mensen kan niet voor langere tijd worden gestopt. In samenspraak met andere zorginstellingen kan gekeken worden hoe de reguliere ggz zo goed mogelijk toegankelijk en op peil te houden is, ook in de tijden van Fase 3, maar ook al in fase 2

Het is noodzakelijk dat de veiligheid voor- en beschikbaarheid van professionals en daarmee de minimale kwaliteit van zorg voor de patiënt, blijvend de hoogste prioriteit heeft. Het is daarom van belang steeds te kijken naar een zorgvuldige inzet van beschikbare medewerkers (mentaal en lichamelijk in balans) en waar zij het hardste nodig zijn, zowel op de cohort afdelingen van de ggz als in de reguliere behandeling. Naast de keuzes omtrent zorgcontinuïteit dienen er dus ook keuzes gemaakt te worden omtrent verlof, maar ook omtrent het bezoek en de behandel contacten met de patiënten. Het heeft de voorkeur deze keuzes te maken met nauwe betrokkenheid van de degenen die het betreft en dat deze (waar haalbaar) in gezamenlijkheid gemaakt worden. De context van een fase 3 maakt dit waarschijnlijk minder goed mogelijk

Signaleringsfunctie in ROAZ verband

De eerder afgesproken signaleringsfunctie in het ROAZ wordt nu uitgevoerd. In het bestuurlijk ROAZ-overleg wordt dit totaaloverzicht gebruikt voor gezamenlijke en tijdige beeld-, oordeels- en besluitvorming. Het uitgangspunt is een actueel beeld te vormen aan de hand van een aantal parameters waar mogelijk problemen kunnen ontstaan zonder al te veel bijkomende administratielast. In onderstaand schema zijn voorbeelden van parameters opgenomen. Per parameter wordt bekeken: Wat is het beeld voor het item? Is het hoger of slechter dan verwacht, of is het lager/beter dan verwacht. Met verwacht wordt bedoeld: gegeven het inschalingsniveau van 1 zorgorganisatie of van de regio als geheel.

Druk op zorgpersoneel	Het beeld over het personeel in brede zin; wat de ervaren werkdruk is. Deze kan hoger zijn door bijvoorbeeld veel uitval van collega's, of omdat de zorgverlening zelf zwaar is.
Aantal besmette patiënten	Het aantal besmette patiënten. Gaat niet om het feitelijke aantal, maar om een beeld te krijgen van de omvang van de 'extra' ofwel 'covid'-gerelateerde zorg en de extra somatische zorg die deze patiënten nodig hebben
Uitval personeel	Aantal medewerkers dat niet ingezet kan worden
Afschalen reguliere zorg	De mate waarin de reguliere zorg nog wel/verminderd/helemaal niet geleverd kan worden.
Aantal locaties met besmettingen	Aantal locaties met besmettingen. Gaat niet om het feitelijke aantal, maar om een beeld te krijgen van de omvang van de 'extra' ofwel 'covid'-gerelateerde zorg. Verschil maken tussen locaties met patiënten in quarantaine als gevolg van contact met een covid besmetting en locaties waarin patiënten geïsoleerd zijn bij daadwerkelijke besmetting

Materiaal (o.a. PBM)	Het beeld of er voldoende PBM is. Medische apparatuur en hulpmiddelen.
----------------------	--

Specifiek voor de ggz:

- Beschikbare bedden voor acute ggz -opnames, covid en non-covid
- Beschikbaarheid crisisdienst

Hoofdstuk 2: Fase 3 zorg in crisissituatie

Definitie Fase 3

Indien in een regio 1 zorginstelling de continuïteit van zorg niet langer kan waarborgen en in fase 3 dreigt te belanden dan wordt dit in eerste instantie opgevangen door de andere zorgpartners en of door ondersteuning uit omliggende regio's. Als de gehele zorgketen in een regio niet meer naar behoren werkt dan is er sprake van een fase 3 voor de regio. De beslissing om een fase 3 te constateren zal genomen worden in de ROAZ-regio's in samenwerking met de Directeuren Publieke Gezondheid. Het ministerie van VWS stelt nog een landelijk kader op waarin beslissingsbevoegdheden en de governance structuur voor fase 3 worden beschreven.

Mogelijke redenen fase 3 scenario

Het afgeven van het fase 3 scenario in de ggz kan diverse redenen hebben.

1. Het niet kunnen waarborgen van de kwaliteit (en veiligheid) van zorg door een tijdelijk tekort aan zorgprofessionals in de klinische maar ook ambulante ggz:
 - 1.1. De zorgorganisatie is niet meer in staat om de kwaliteit van zorg te waarborgen omdat de zorgvraag en de complexiteit van zorg meer gekwalificeerde en anders gekwalificeerde zorgprofessionals vereist dan beschikbaar.
 - 1.2. De kwaliteit van zorg is niet meer te waarborgen omdat onder andere:
 - 1.2.1. Zorgprofessionals met zeer hoge werkdruk kampen en het onverantwoord is om de medewerkers in die omstandigheden langer door te laten werken;
 - 1.2.2. Onvoldoende aandacht geboden kan worden aan de dagelijkse behandeling van patiënten.
 - 1.2.3. Het rooster van bevoegde/bekwame zorgprofessionals kan niet meer sluitend gemaakt worden;
 - 1.2.4. Het kunnen leveren van urgente en medische behandeling onder druk staat door hoge werkdruk en het rond krijgen van de roosters.
 - 1.2.5. De zorgvraag exponentieel toeneemt door existentiële ontredering, en daarmee gepaard gaande psychiatrische ontregeling, in de bevolking
2. Het niet kunnen waarborgen van de veiligheid van zorgprofessionals, door een tekort aan personeel op afdelingen met patiënten die dreigend gedrag of agressief gedrag vertonen
3. Zieke patiënten kunnen niet langer in het ziekenhuis of in een andere zorginstelling, zoals vvt instelling, opgenomen worden waardoor er een extra beroep wordt gedaan op de capaciteit in de ggz
4. De acute zorg dusdanig onder druk komt te staan, dat bij verdere toename van crisismeldingen ingeschat wordt dat patiënten met acute psychiatrische problematiek niet meer opgenomen kunnen worden (in het kader van WVGZ) of niet meer voldoende intensieve thuisbehandeling kunnen krijgen ter voorkoming van een opname.
5. Ernstig zieke covid patiënten niet meer opgenomen kunnen worden in een ziekenhuis waardoor de somatische zorg bij de psychiatrische instellingen komt te liggen.

Minimale zorg

Voor de ggz- en verslavingszorg instellingen geldt dat de minimale zorg die zij nog kunnen bieden afhankelijk is van hun zorgaanbod en hun personeelscapaciteit, maar ook van de regionale situatie in de totale keten van acute en niet- acute zorg.

Globaal wordt volgende vormen van minimale zorg geboden:

Acute zorg voor alle leeftijdsgroepen: crisiszorg ambulant (Intensieve thuisbehandeling) en klinische opnames in het kader van WVGZ

- Forensische klinische zorg voor alle daartoe geïndiceerde patiënten en ambulante forensische zorg bij beperkte groep patiënten
- Klinische behandeling en klinisch wonen in specialistische ggz en in verslavingszorg voor die groep patiënten voor wie er geen alternatieve behandeling mogelijk is of eerder ontslag niet mogelijk is. (Inclusief Beschermd wonen)
- Ambulante behandeling in thuissituaties voor patiënten met zeer ernstige problematiek, waarbij een alternatief voor de behandeling of sterke vermindering van frequentie van behandeling niet wenselijk is voor zijn veiligheid en of van zijn omgeving.
- Medicatie verstrekking aan klinische en ambulante patiënten al dan niet in samenwerking met huisartsenzorg en VVT-zorg
- ECT (elektroconvulsie therapie) en mogelijkheid tot opname op MPU (medisch psychiatrische unit) bij psychiatrisch-somatische co morbiditeit.

Specifiek voor de verslavingszorg:

- De verslavingszorg heeft tevens een rol in de openbare gezondheidszorg, namelijk de zorg aan verslaafde thuis- en daklozen die altijd door moet gaan. In deze fase wordt die zorg zelfs opgeschaald, aangezien deze groep ook openbaar een groot gevaar vormt als verspreiders van het virus. Om de continuïteit van deze zorg te borgen maakt de verslavingszorg afspraken met de maatschappelijke opvang en leveren zij personeel voor regionale cohort voorzieningen. Tevens moet de zorg doorgaan voor een grote groep problematische chronisch verslaafden die verblijven in de verslavingszorg.
- Daarnaast zijn er de opiaatverstrekkingen die altijd door moeten gaan. Methadon en vooral heroïne is altijd een uitdaging gezien de noodzakelijke en wettelijk bepaalde beveiliging. Die zorg is altijd urgent nodig is en wordt geleverd in een hoge frequentie (driemaal daags).

Afschalen van psychiatrische behandeling:

Om zoveel mogelijk patiënten de benodigde zorg te kunnen geven tijdens (de aanloop naar) code zwart moet de zorg voor alle patiënten (uiteindelijk) in de kliniek en ambulant worden afgeschaald tot noodzakelijke basiszorg waarbij in ieder geval de minimale kwaliteit van medische zorg is geborgd. Het gaat bij afschalen om zaken als:

- Het, in overleg met collega-behandelaren, de zorg en de patiënt/wettelijk vertegenwoordiger, leveren van alleen de noodzakelijkste psychiatrische behandeling. Bepaal hoe lang het verantwoord is om de behandeling te stoppen of te minderen in relatie tot het leveren van minimale kwaliteit.
- Bepaal of behandeling gegeven kan worden door een andere (hulp)verlener of mantelzorger die bij de patiënt komt (in instelling of in thuissituatie)
- Stop niet-noodzakelijke patiëntenzorg zoals MDO's, reviews, vaste visiterondes.
- Stop de niet voor de directe patiëntenzorg bedoelde kwaliteit bevorderende activiteiten (bijv. FTO, project/kwaliteitscommissies, refereren, intervisie).
- Werk met speciale wisseldiensten om uitval door ziekte van artsen en behandelaren te voorkomen.

Om de Continuïteit van deze minimale zorg te borgen is het nodig dat:

- Een groot deel van de ambulante zorg afgeschaald wordt, zodat ambulant werkende medewerkers ingezet kunnen worden op de klinische afdelingen.
- Er gevraagd wordt aan parttime personeel tijdelijk fulltime of zelfs 40 uur te werken
- Minder essentiële klinische en dag klinische voorzieningen afgeschaald worden.
- Patiënten in klinische behandeling worden eerder ontslagen dan gepland in overleg met patiënt en familie/naasten.
- Medisch specialisten (klinische gerieters) vanuit het ziekenhuis en/of vanuit het verpleeghuis (specialist ouderengeneeskunde) of huisartsen of medische teams van wijkverpleging worden ingezet bij de covid verpleging aan psychiatrische patiënten in de ggz instellingen.
- Gastplaatsingen plaatsvinden van patiënten naar andere instellingen met soortgelijke zorg.
- Psychiatrische expertise ingezet wordt in andere sectoren om de zorg en behandeling daar te ondersteunen en overplaatsing naar ggz te voorkomen.
- Er afspraken zijn over de mogelijkheid dat ggz patiënten die cohort verpleging nodig hebben worden over geplaatst naar ggz instellingen in andere regio's waar nog ruimte is in de cohort afdelingen.
- Extra personeel wordt gemobiliseerd vanuit ggz instelling (recent gepensioneerd) maar ook vanuit andere ggz organisaties in de regio (vrij gevestigden, kleinere ggz instellingen).
- De continuïteit van vervoer voor mensen in acute psychiatrische crisissituaties (in kader van Wvvggz) geborgd is, op welke wijze dan ook. (Zie Hoofdstuk 3 samenhang sectoren)

Hoofdstuk 3: Samenhang met andere sectoren:

Er is grote samenhang tussen de verschillende zorgorganisaties in de regio. Een fase 3 scenario bij de ene zorginstellingen leidt direct tot het optreden van effecten en dilemma's bij de andere zorginstellingen. Voor de ggz betekent dit dat de cohort verpleging aan psychiatrische klinische patiënten met covid 19 in sommige regio's zwaardere eisen kan gaan stellen dan die ggz instelling qua somatisch medische deskundigheid aankan.

De vraag is: Hoe vangen we de somatische zorg voor klinische patiënten met covid-19 op in ggz-locaties bij beperkingen in doorstroom: hiervoor is samenwerking (consultatie/zorgverlening) nodig met huisartsen, specialisten-ouderengeneeskunde en medisch specialisten (o.a. longarts, klinisch geriater) en somatisch deskundige verpleegkundigen.

Door de Nederlandse ggz is gesproken met de branches van de andere sectoren over de samenhang tussen de sectoren en welke afspraken hierover gemaakt kunnen worden. De afspraken die hieronder vermeld staan zijn intentieverklaringen, die vertaald kunnen worden naar de regionale plannen in ROAZ verband.

De Federatie Medisch Specialist: Inzet is mogelijk en geschikt van klinische gerieters vanuit het ziekenhuis bij de somatische zorg voor klinische patiënten met covid-19, mede omdat een deel van de gerieters hun opleiding in de psychiatrie hebben gedaan. De ggz instelling kan hierover afspraken maken in de regio, waarbij varianten van samenwerking uiteraard mogelijk zijn.

Verenso: In de dagelijkse praktijk van een specialist ouderengeneeskunde worden steeds vaker consulten buiten de instellingen voor o.a. ook palliatieve trajecten uitgevoerd. In het "medisch beleid code zwart" van Verenso is benadrukt dat een specialist ouderengeneeskunde geconsulteerd kan worden vanuit de gehele keten. GGZ zal als expliciet voorbeeld meegenomen worden.

Om de minimale zorg in de ggz te kunnen borgen, met name de acute ggz, zijn er ook afspraken nodig met de ambulancezorg en meldkamer in de regio. (Onderstaande tekst is afgestemd met de sector ambulancezorg)

Ambulancezorg: Bij een hoge werkdruk van de ambulancezorg voor somatische (COVID-19) zorg zal ook het vervoer voor mensen in acute psychiatrische crisissituaties (in kader van WVGZ) onder druk komen te staan. Normaliter vindt WVGZ-vervoer plaats door ambulances of specialistische vervoerders. Mocht het in een regio zo zijn dat ambulancevervoer onder druk staat zijn de volgende afwegingen mogelijk van belang:

- Maak afspraken met de regionale meldkamer over prioritering waarbij de impact van vertraagd vervoer van een burger in acute psychiatrische crisis afgewogen wordt tegen de impact van vertraagd vervoer van een somatisch zieke burger. Waarbij wordt mee gewogen welke bijkomende medische indicaties voor vervoer er zijn, zoals toegediende medicatie of fixatie
- Maak afspraken met de RAV welk ander eigen vervoer zij kunnen inzetten voor mensen in acute crisissituaties. Of welke afspraken zij kunnen maken met andere gekwalificeerde vervoerders, zodat die rijden i.p.v. ambulance. Deze afspraken worden uitgevoerd door de meldkamer die bepaalt welk vervoer wordt ingezet.
- Mocht het niet lukken om sluitende afspraken met de RAV te maken, overweeg dan alsnog afspraken te maken met een specialistisch vervoerder
- Maak afspraken met de politie of zij, in geval van niet beschikbaar zijn van ambulances, willen vervoeren
- Maak afspraken met regulier taxivervoer over vervoer onder begeleiding van GGZ-personeel
- Zet eigen vervoer in

In deze fase 3 situatie wordt uitgegaan van wederzijdse inspanning tot samenwerking en afstemming tussen meldkamer/RAV en GGZ, ook in de uiteindelijke afweging welke prioriteit er geven moet worden aan vervoer na psychiatrische beoordeling.

V&VN: In veel regio's zijn er vanuit de wijkverpleging medisch technisch handelen teams georganiseerd, die al samenwerken met de ambulante teams van de ggz (FACT). Deze teams van de wijkverpleging kunnen ook de covid 19 zorg aan klinische ggz patiënten ondersteunen.

Kader afschalen psychiatrische behandeling:

Bij het afschalen van de psychiatrische behandeling is het van belang dat de psychiatrisch verpleegkundigen een kader hebben waarin zij kunnen handelen. De branche voor verpleegkundigen (V&VN) stelt afwegingskaders op voor alle beroepsgroepen, inclusief de psychiatrische verpleegkundigen werkzaam in ambulante- en in klinische behandeling in de ggz.

Bijlage 1: Organisatie en wettelijk kader

Organisatie, bevoegdheden en mandaat

ROAZ

Op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) organiseren de ziekenhuizen met aanwijzing traumacentrum een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Nederland is ingedeeld in 11 ROAZ-gebieden. Deze gebieden zijn groter dan de 25 veiligheidsregio's. De deelname aan het ROAZ van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is in de regelgeving niet formeel geregeld, maar de DPG is in de praktijk wel altijd lid. De opdracht van het ROAZ is: zorgdragen dat de patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek adequate zorg geboden krijgt. Daartoe wordt het acute zorgaanbod in de regio in kaart gebracht.

De ggz sector is aangesloten op deze acute zorgketen en in veel ROAZ-regio's, vaak treedt 1 ggz instelling op als vertegenwoordiger van ander ggz instellingen en BW-organisaties. In het ROAZ en in de samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders (ggz, vg, bw en vvt) in de regio worden afspraken gemaakt over zorgcontinuïteit en over zo nodig uitwisseling van personeel.

Belangrijk is dat er voor een fase 3 scenario een helder regionaal besluitvormingsproces is ingericht waarin duidelijk is wie welke bevoegdheden heeft.

Directeur Publieke Gezondheid (DPG)

Infectieziektebestrijding valt onder de publieke gezondheidszorg en is een verantwoordelijkheid van de GGD. De GGD valt samen met de GHOR (veiligheidsregio) onder de verantwoordelijkheid van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG). De DPG geeft dagelijks leiding aan de GGD en de GHOR. De DPG is tevens belast met de operationele leiding en geeft tijdens rampen of openbare ordeverstoringen sturing aan de geneeskundige hulpverlening ('de witte keten'). Hij kan daartoe bevelen geven aan de zorgorganisaties, inclusief private zorgorganisaties. Hoewel formeel breder toepasbaar, beperkt de operationele leiding zich in de praktijk vaak tot de coördinatie van de acute gezondheidszorg (van eerste zorg op locatie tot en met het vervoer naar de zorgorganisaties). De zorgorganisaties blijven zelfverantwoordelijk voor uitvoeren van zorg.

Voor de afstemming binnen de geneeskundige keten worden de afspraken over dagelijkse en opgeschaalde zorg door en met de DPG bij voorkeur gemaakt in het ROAZ en of een regionaal overleg niet acute zorg. In de regio's ligt het primaat om gezamenlijk de knelpunten te signaleren en daarvoor ook gezamenlijk oplossingen te vinden. De DPG kan aan de GGD GHOR vragen een crisisteam en crisisoverleg in te richten samen met zorgaanbieders en ketenpartners, waarbij besluitvormingsprocedures en bevoegdheden helder vastgelegd zijn. (Voorbeeld regio Zeeland)

Het vertrekpunt is dat in de voorbereiding op fase 3 de DPG in goed overleg met de zorgaanbieders tot afspraken komt. Dit gaat zowel over zorgcontinuïteit als het verdelen van personeel over instellingen. Het instellingsbelang kan dan ondergeschikt worden aan het algemene belang.

Wettelijk kader

Indien het Code zwart scenario wordt afgegeven vraagt dit ook een (tijdelijke) wettelijke basis voor specifieke beslissingen, maatregelen of afwijkende procedures. Afwijken van wettelijke regelingen is enkel mogelijk op basis van een wettelijke bepaling, zoals in de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19. Het ministerie van VWS stelt nog een landelijk kader op waarin beslissingsbevoegdheden en de governance structuur voor fase 3 worden beschreven. De beoordeling of sprake is van fase 3 scenario op landelijk niveau is aan de Minister. De Minister communiceert over deze situatie aan de Tweede Kamer dat sprake is van fase 3. Op dat moment kan er gehandeld worden in de sectoren aan de hand van de verschillende opgestelde afwegingskaders. In dat geval kan niet meer voldaan worden aan de professionele standaard zoals gevat in (wettelijk) eisen, procedures en richtlijnen. Dit omdat in geval van fase 3 mogelijk keuzes moeten worden gemaakt die niet zijn gebaseerd enkel op de professionele standaard maar ook gebaseerd op schaarste en nood. Wanneer het niet meer mogelijk is dat aan eenieder de 'goede zorg' zoals beschreven in artikel 2 van de Wkkgz wordt geleverd vanwege fase 3, vragen wij de wetgever om te voorzien in een mogelijkheid om hiervan te mogen afwijken in geval van beslissingen in het kader van fase 3.

Uitgangspunt blijft dat zorgaanbieders te allen tijde in gegeven omstandigheden de best mogelijke zorg moet blijven bieden.

Voor hulpverleners in de uitvoering en het nemen van beslissingen tijdens een rampscenario zoals, fase 3, dient houvast en ondersteuning adequaat geregeld te zijn.

Het is daarom van belang dat de IGJ op de hoogte is van de voorgestelde werkwijze in geval van fase 3 bij een ggz instelling. De IGJ heeft de leidraad van de ggz waarin de minimale zorg is beschreven en die geldt als invulling van de norm voor goede zorg op basis van de Wkkgz. De IGJ neemt deze leidraad mee in haar toezicht.

Cao/Arbeidstijdenwet

De cao-ggz biedt ruimte om in incidentele, bijzonder gevallen af te wijken van afgesproken werktijden en roostervrije dagen. Wel kent de cao op onderdelen een aanscherping op de ATW (bijlage III, cao). Het is van belang dat de cao-afspraken worden nageleefd en dat werkgever en werknemer in goed overleg afspraken maken bij fase 3.

Btw-vrijstelling bij uitwisselen personeel

De Belastingdienst heeft hier een tijdelijke maatregel voor in het leven geroepen. De verlenging loopt tot eind juni 2021. Wij zouden graag zien dat deze termijn verlengd wordt.