



## Preparatie ambulancezorg COVID-19 crisis fase 3

*Basisdocument preparatie fase 3 ambulancezorg voor gebruik in RAV, ROAZ en op landelijke niveau met als doel om (regionale) afspraken te maken voor de patiëntenzorg en -spreiding in fase 3*

Voorliggend document is bedoeld als basis voor landelijke en regionale voorbereiding op een fase 3 situatie in de COVID-19 crisis, gericht op de ambulancezorg. Ambulancezorg gaat over COVID-19 zorg en over non-COVID-19 zorg, waarbij grotendeels de ketenpartners gelijk zijn. Bij fase 3, een ongekende situatie voor de Nederlandse gezondheidszorg, is het de verwachting dat de rol van de ketenpartners in de acute zorgketen in relatie tot elkaar verschuift. De IC-capaciteit van de ziekenhuizen is immers (volledig) benut en is daarmee in de COVID-19 crisis een cruciale beperkende factor voor de gehele keten door het waterbedeffect bij de ketenpartners.

De ambulancezorg zal in fase 3 zich daarom, vanuit de ketengedachte, richten op (waar verantwoord mogelijk) mobiele zorgconsulten zonder klinische presentatie. Huisartsen en huisartsenposten zijn dan bij uitstek de medische ketenpartner om de samenwerking mee te intensiveren, terwijl met de VVT-sector de samenwerking met name geïntensiveerd kan worden op het verpleegkundig zorgvlak. De ROAZ is in dit alles het platform om deze regionale uitwerking af te stemmen en uit te werken. Daarbij zal in fase 3 op enig moment de regie komen te liggen bij de voorzitter van de veiligheidsregio, in afstemming met de DPG. Waar mogelijk is het streven om bepaalde maatregelen in te zetten nog voor fase 3 landelijk wordt ingesteld, deze gelaagdheid kan in aanvang regionaal plaats vinden. Het voortblijven van fase 3 heeft boven alles de voorkeur, voor patiënt, professional en bestuurder.

### Uitgangspunten ambulancezorg

- de ambulancezorg zal in fase 3, zolang als mogelijk, de individuele zorg aan patiënten verlenen binnen de kwaliteitskaders die in normale omstandigheden gelden
- de ambulancezorg zal in fase 3 zo lang mogelijk beschikbaar worden gehouden voor een zo groot mogelijke groep patiënten
- triage in fase 3 op niet-medische, niet-protocollaire gronden behoort toe aan artsen; dit valt buiten de professionele ruimte van de individuele ambulancezorgprofessional

### Uitgangspunten fase 3

- fase 3: alle electieve en subacute zorg in het ziekenhuis is gestaakt, alle IC-bedden zijn bezet
- de overgang van fase 2d naar fase 3 vindt plaats als ná landelijk opschaling naar maximale reeël beschikbare IC-capaciteit en de inzet van beschikbare IC-capaciteit in 5.1.2a meer dan 80% van de IC-plekken in de Nederlandse ziekenhuizen is bezet
- het besluit tot inwerkingtreden fase 3 wordt genomen door minister, welke i.i.g. de IGG, LNAZ en ROAZ informeert evenals het LCPS en AZN (vraagstuk: Grip 4 wordt Grip 5/RIJK)
- in de kliniek hanteert men, zover relevant, de basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19
- in de huisartsenzorg hanteert men in aanvang de FMS Leidraad naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19 en verwijzing van de volwassen patiënt met VB en (verdenking op) COVID-19
- de inzet voor intraklinisch vervoer van COVID-19 patiënten met de MICU-voertuigen en RAV dedicated IC-vervoer is mogelijk conform het initiële opschalingsplan
- fase 3 kan ervoor zorgen dat op een bepaald moment het op ieder moment uitvoeren van goede zorg in de gehele gezondheidszorg niet meer uitvoerbaar is, dus ook niet meer in de ambulancezorg



### Impact fase 3 op de ambulancezorg

- te verwachten impact op in-, door- en uitstroom in de acute en reguliere zorgketen
  - instroom SEH (regionaal) beperkt of niet meer mogelijk
  - doorstroom kliniek/IC beperkt of niet meer mogelijk
  - uitstroom VVT/huis beperkt of niet meer mogelijk
- te verwachten impact op ambulancezorgprocessen
  - toenemende vraag op meldkamer ambulancezorg door verminderde toegang ziekenhuizen, toename druk op huisartsenzorg en door uitgestelde reguliere zorg -> mogelijk grote toename 112-meldingen (burgers) en via directe lijnen/spoedlijn ha en kliniek (ketenpartners), waarna toenemende vraag inzet spoedeisende ambulancezorg
  - toenemende duur inzet spoedeisende ambulancezorg door het niet (in de eigen regio) kunnen presenteren hetgeen mogelijk leidt tot negatief effect op beschikbare ambulancecapaciteit
  - toename mobiele zorgconsult zonder transfer naar kliniek -> vaker overdracht huisartsen/hap
  - min of meer gelijkblijvende vraag naar niet-spoedeisende zorg: mogelijk afname door uitstel reguliere klinische zorg
  - ontstaan regionale verschillen omvang impact per RAV

### Beperkingen document

Bij het ontwikkelen van dit document is uitgegaan van een maximale periode van drie weken dat fase 3 zou gelden; bij een langere periode dienen nadere afspraken te worden gemaakt.

Bij het ontwikkelen van dit document is de inzet van ambulanceverpleegkundigen, zoals gebruikelijk bij de hoogcomplexe zorg, leidend gebleven. Mogelijke alternatieven voor spoedeisende inzetten zijn niet meegenomen.

Bij het ontwikkelen van dit document is uitgegaan een verantwoorde capaciteit qua inzet van ambulancezorgprofessionals, mede gezien de gerealiseerde vaccinatie van de rijdienstmedewerkers. Enig risico zit hier t.a.v. de meldkamermedewerkers en de huisartsen, daar deze pas later in de prioritering van de vaccinaties aan bod komen.

Bij het ontwikkelen van dit document is uitgegaan van samenwerkingsmogelijkheden met ketenpartners, zonder hierover specifiek afstemming te hebben gezocht. Dit document dient juist als kader hiervoor.

### Achtergrondinformatie

LNAZ Opschalingsplan COVID-19 (versie zomer 2020)

FMS Draaiboek Pandemie

FMS Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie

&D ^b G&E oVA&E 's G&I| s&ny O| AY E&G| Z&I| A&E&G&Y Patiënt met VB en (verdenking op) COVID-19

LNAZ fase 3 draaiboek LNAZ is nog niet beschikbaar

**Scenario's ambulancezorg fase 3**

Scenario versus beschikbaarheid en maatregelen	a	b	c	d	e	f	g
IC-bedden	xxx						
reguliere bedden		xxx					
SEH opvang			xxx				
huisartsenzorg				xxx			
VVT noodopvang					xxx		
ambulancezorg						xxx	xxx

Legenda tabel: groen<sup>1</sup> beschikbaar, oranje - beperkt, rood - niet beschikbaar

Suggesties voor mogelijke maatregelen (xxx) in deze scenario's zijn in het blauw toegevoegd. De volgorde van de maatregelen is niet bedoeld; alle varianten in volgorde zijn mogelijk en niet noodzakelijk. De maatregelen worden momenteel verder uitgewerkt.

**Scenario a**

Geen IC-bedden vrij, SEH en reguliere bedden beschikbaar, huisartsenzorg en VVT-noodopvang mogelijk, ambulancezorg beschikbaar.

**Scenario b**

Geen IC- of reguliere bedden, SEH beschikbaar, huisartsenzorg en VVT-noodopvang mogelijk, ambulancezorg beschikbaar met aangepaste triage, inzet op mobiel zorgconsult zonder presentatie.

**Scenario c**

Geen IC- of reguliere bedden, SEH overbelast/sluiting, huisartsenzorg en VVT-noodopvang mogelijk, ambulancezorg beschikbaar met aangepaste triage/urgenties, inzet op mobiel zorgconsult zonder presentatie en verlengde rijtijden.

**Scenario d**

Geen IC- of reguliere bedden, SEH overbelast/sluiting, huisartsenzorg overbelast, VVT-noodopvang mogelijk, ambulancezorg beschikbaar met aangepaste triage/urgenties, inzet op mobiel zorgconsult zonder presentatie, verlengde rijtijden en aanpassing zorgdifferentiatie.

**Scenario e**

Geen IC- of reguliere bedden, SEH overbelast/sluiting, huisartsenzorg overbelast, sluiting VVT-noodopvang, ambulancezorg beschikbaar met aangepaste triage/urgenties, inzet op mobiel zorgconsult zonder presentatie, verlengde rijtijden, aanpassing zorgdifferentiatie, (voorbereiding) rampenscenario.

**Scenario f**

Geen IC- of reguliere bedden, SEH overbelast/sluiting, huisartsenzorg overbelast, sluiting VVT-noodopvang, ambulancezorg niet beschikbaar, overname rampenscenario.

**Scenario g**

Geen IC-bedden vrij, SEH en reguliere bedden beschikbaar, huisartsenzorg en VVT-noodopvang mogelijk, ambulancezorg niet beschikbaar door continuïteitsproblemen, inzet vreemde vervoerders.



, ŽŽŦĚİSŖĂĒ|ŽŽŦĚİSŖĂĒ

#### I. Continuïteit meldkamer

Definiëren bijzonderheden triage COVID-19 zorgvragen

Definiëren bijzonderheden triage non-COVID-19 zorgvragen

Optimaliseren MKA-bezetting met ondersteuners, en met (idealiter 24/7) beschikbaarheid MMA

Bevorderen samenwerking inzet ketenpartners incl. politie bij ondersteuning psychiatrisch inzet

PRI MKA

#### II. Continuïteit rijdienst

Optimaliseren inzetbaarheid ambulancezorgprofessionals

Inzetcriteria hoog-, midden- en laagcomplexe ambulancezorg

Inzetten ambulancezorgprofessionals bij SEH en huisarts

Continuïteitsplannen RAV-ROAZ

Optimaliseren beschikbaarheid MMA (idealiter 24/7) voor buitenprotocollaire zorgverlening

PRI rijdienst

#### III. Verlengde overdrachtstijd

Opstellen werkproces verlengde overdrachtstijd SEH

Opstellen werkproces verlengde overdrachtstijd huisarts

PRI overdrachtstijd

#### IV. Continuïteit bedrijfsvoering

Optimaliseren beschikbaarheid

- wagenpark

- geneesmiddelen/zuurstof en devices/medische apparatuur

- beschikbaarheid PBM

Organiseren samenwerken facilitaire diensten ziekenhuis/SEH/ VVT

PRI bedrijfsvoering

#### V. Draagkracht medewerkers

Optimaliseren inzetbaarheid bedrijfsopvangteam/COT

Organiseren professionele ondersteuning psychosociale nazorg

PRI draagkracht medewerkers

#### VI. Communicatie

In- en extern (stakeholders incl. burgers)

PRI communicatie