

Addendum bij het sectorplan huisartsenzorg (HaROP)

Organiseren van de continuïteit van de (huisartsen)zorg bij toename coronabesmettingen

Een toename van het aantal COVID-19-besmettingen kan de continuïteit van huisartsenzorg 24/7 in de praktijk onder druk zetten. Naast een stijgende zorgvraag, doordat meer patiënten ziek worden, kan daarbovenop een krappere opnamecapaciteit bij de ziekenhuizen ertoe leiden dat patiënten een groot beroep doen op uw zorg. Voor de voorbereiding zijn er regionale plannen vastgelegd in de Huisartsen RampenOpvangPlannen.

1. Verantwoordelijkheid voor organiseren van de continuïteit

De huisartsen zijn verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg voor de eigen patiënten onder alle omstandigheden. Maar door de toename van de zorgvraag (veel consulten, vervroegd ontslag uit het ziekenhuis) en het afnemen van het zorgaanbod kan de continuïteit van de huisartsenzorg onder druk komen te staan. Dan moeten regionaal maatregelen worden getroffen om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te garanderen. De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGJ) hanteert als lijn dat zorgaanbieders in een 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. Voor wat betreft de huisartsenpost is en blijft de bestuurder eindverantwoordelijk. Huisartsen zullen in nauwe samenspraak met de GGD GHOR in de gaten houden tot op welk moment de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat, en vanaf wanneer aanvullende arrangementen nodig zijn om de continuïteit te waarborgen. De GGD GHOR zal in dat geval samen met de gemeenten de huisartsenzorg ondersteunen bij het organiseren van de continuïteit. In elke regio is een **crisisteam** actief dat de situatie in de regio monitort en afstemt met de regionale GGD GHOR.

2. Het HaROP

In elke regio is een Huisartsen RampenOpvangPlan (HaROP) ontwikkeld. In dit HaROP zijn concrete afspraken vastgelegd over grootschalige infectieziektebestrijding, opgeschaalde acute zorg en nazorg na rampen. Zoals de continuïteitsplannen, waarin wordt beschreven hoe de continuïteit geborgd is als veel patiënten ziek worden en/of meerdere huisartsen door ziekte uitvallen.

Op welk niveau de huisartsenzorg wordt georganiseerd, hangt af van het stadium. De stadia zijn: groen, oranje, rood en donkerrood.

Fase groen

- In fase groen is de impact van de uitbraak mild en kan de huisartsenzorg nog volgens de reguliere organisatie functioneren.
- In deze fase hebben huisartsen een onderlinge afspraak (binnen de huisartsenpraktijk en/of de hagro) over de vervanging bij ziekte.
- Huisartsenpraktijken en huisartsenpost (HAP) stemmen met elkaar af over de impact die de uitbraak kan hebben op het rondkrijgen van de avond-, nacht- en weekenddiensten.
- Patiëntenstromen worden zoveel mogelijk gescheiden, met corona- en niet-corona-verdachte patiënten. Door deze stromen binnen de praktijk te scheiden of door aparte corona-locaties in te richten met enkele praktijken samen.

Fase oranje

- In deze fase neemt de zorgvraag toe en worden steeds meer huisartsen en assistentes ziek, waardoor de patiëntenzorg onder druk komt te staan.
- Om het tekort aan huisartsen en praktijkassistenten op te vangen, kan worden besloten de spreekuren te concentreren in een beperkt aantal praktijken per hagro.
- Op advies van het crisisteam kan worden besloten om één praktijk per hagro alleen de geïnfecteerde patiënten te laten zien: de zogenaamde 'vuile praktijk'.
- Als veel huisartsen en praktijkmedewerkers uitvallen, kan worden gewerkt met een reservoir van waarnemers en vervangers. Het is raadzaam dat op het niveau van de huisartsenkring te organiseren in overleg met de GGD GHOR.

- De huisartsenpost zal in dit stadium nog meer een beroep doen op de huisartsen om het rooster gevuld te houden.

Fase rood

- In dit stadium komt de continuïteit van de huisartsenzorg serieus in gevaar. Coördinatie op hagro-niveau is niet meer toereikend. Het primaat komt te liggen bij de huisartsenkring, in nauwe afstemming met de hagro's, huisartsenposten en GGD GHOR.
- De spreekuren van praktijken worden geconcentreerd in een beperkt aantal praktijken. De bemensing van de geconcentreerde spreekuren wordt centraal aangestuurd.
- Met de huisartsenposten wordt afgestemd of zij kunnen worden ingezet voor de dagzorg.

Fase donkerrood

- Als de continuïteitsproblemen verder toenemen, kan er een beroep worden gedaan op de gemeente om in samenwerking met de GGD GHOR zogenaamde zorgmeldpunten in te richten waar veel patiënten tegelijkertijd naartoe kunnen gaan.
- Ook de zorg in de ANW-uren, die normaal gesproken vanuit de huisartsenposten plaatsvindt, zal dan worden georganiseerd vanuit die zorgmeldpunten.
- Het openbaar bestuur coördineert in dit stadium ook de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg.

3. Samenhang continuïteit ziekenhuis- en huisartsenzorg

Doordat veel huisartsen en een toenemend aantal praktijkmedewerkers gevaccineerd zijn, verwachten we dat de uitval door COVID-19-besmetting in de huisartsenzorg relatief mee zal vallen, maar nog steeds is het een factor om rekening mee te houden.

Het beroep van patiënten op de huisartsenzorg wordt in sterke mate beïnvloed door de opnamecapaciteit van de ziekenhuizen. Als een toename van COVID-19-besmettingen en/of uitval onder ziekenhuispersoneel ertoe leidt dat de ziekenhuizen hun zorg moeten afschalen, zal dit ertoe leiden dat patiënten een groter beroep doen op de huisartsenzorg. Het is dus belangrijk dat er een goede afstemming plaatsvindt tussen de ziekenhuizen en huisartsen en tussen huisartsen en wijkverpleging/VVT, in het geval van meer thuisbehandeling van COVID-19-patiënten. Ook valt te overwegen in samenspraak cohortafdelingen in te richten.

In voorbereiding op deze situatie is er op landelijk niveau overleg met de andere verenigingen van zorgverleners en zorginstellingen en het ministerie van VWS. Daarin werken we uit wat er gebeurt op alle sectoren in de zorg als in de ziekenhuizen 'fase 3' zou plaatsvinden. Dat is de fase waarin alle IC-bedden vol zijn. Dat heeft impact op welke zorg de ziekenhuizen dan nog kunnen bieden en welke zorg niet. Dan spelen factoren mee als vervroegd ontslag, behandeling/verpleging in de zgn. cohortafdelingen en thuisbehandeling. Tijdens fase 3 is het van belang dat er goede afspraken zijn over de diagnostische mogelijkheden en extra triage zowel op de SEH of in de thuissituatie. Daarnaast is afstemmen met de wijkzorg, VVT-sector en ambulancezorg van groot belang. Het crisisteam speelt hierin een coördinerende rol regionaal.

In het kader van het overnemen van ziekenhuiszorg dan wel het niet (kunnen) insturen van patiënten naar het ziekenhuis, kunnen de volgende richtlijnen en adviezen behulpzaam zijn:

- [Reanimatie ten tijde van COVID-19](#)
- [Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties](#)
- [Leidraad thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met \(verdenking op\) COVID-19](#)
- [Leidraad zuurstofgebruik thuis bij \(verdenking op / bewezen\) COVID-19](#)
- [Adviezen voor palliatieve zorg bij patiënten met COVID-19](#)
- [Symptoombestrijding in de palliatieve fase bij krapte aan mensen, medicatie, pompen en/of PBM, naar aanleiding van Covid-19](#)

De Federatie Medisch Specialisten (FMS) heeft een richtlijn in de maak over vervroegd ontslag COVID-19-patiënten.

Minimaal aanvaardbare kwaliteit van zorg in fase 3 COVID-19-pandemie:

Minimaal geneeskundige zorg is het minimum leveren van urgente en acute geneeskundige behandeling, evenals behandeling waarbij het achterlaten van medische behandeling(mogelijk) irreversibele en/of grote consequenties heeft voor de gezondheid.

1. Voor de huisartsenzorg geldt dat stapsgewijs de zorg wordt geclusterd en 'afgebouwd'.
2. Minimale zorg behelst (24 uur/7 dagen):
 - Huisartsen stoppen met werken aan verbeteren kwaliteit in de praktijk, stop nascholing, visitatie, accreditatie etc. Multidisciplinaire overleggen worden gestopt en maken plaats voor meer consultatie met bijvoorbeeld specialist/triageteams SEH, wijkverpleging, apotheker etc.
 - Huisartsen stoppen met de preventieve taken, zoals uitvoering bevolkingsonderzoeken.
 - Huisartsen leveren geen bijzonder (reizigersvaccinatie etc.) en aanvullend aanbod (zoals ketenzorg, IUD plaatsen). (<https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg>).
 - Huisartsen bouwen de basiszorg af indien bovenstaande zaken onvoldoende soelaas biedt. De zorg schaal dan af volgens de zgn. urgentieklasse volgens het huisartsen triage systeem. Waarbij zo lang mogelijk, zorg geclassificeerd als U1, U2 en U3 in stand wordt gehouden. (<https://de-nts.nl/nts/basisprincipes-nts/>)