

Opschalen naar een bovenregionale 24/7-HAP bij de COVID-19-pandemie

Citation for published version (APA):

de Bont, E., Broers, N., Muris, D., Wynants, L., Leers, M., Schoorel, E., Cals, J. W. L., Sabrkhany, S., Bergmans, P., Bruls, B., Eurelings, R., & Laven, R. (2022). Opschalen naar een bovenregionale 24/7-HAP bij de COVID-19-pandemie. *Huisarts en Wetenschap*, 65(3), 43-46. <https://doi.org/10.1007/s12445-022-1395-0>

Document status and date:

Published: 01/01/2022

DOI:

[10.1007/s12445-022-1395-0](https://doi.org/10.1007/s12445-022-1395-0)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Opschalen naar een bovenregionale 24/7-HAP bij de COVID-19-pandemie

Eefje de Bont, Natascha Broers, Dennis Muris, Laure Wynants, Mathie Leers, Ellen Schoorel, et al.

Kort na de uitbraak van de COVID-19-pandemie kregen huisartsen in een korte periode te maken met een forse en onvoorspelbare toename aan ziektegevallen. Ze stonden voor de vraag hoe de zorg optimaal en veilig geleverd moest worden. Limburg was op dat moment een van de zwaarst getroffen gebieden. Daarom werd in een bovenregionale samenwerking het Coronacentrum Urmond opgezet. Het plan van aanpak kan als voorbeeld dienen bij een toekomstige infectieziekte-uitbraak.

Bij een pandemische uitbraak moeten huisartsen(posten) en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) in nauwe samenspraak beoordelen of de reguliere organisatie van de huisartsenzorg volstaat en of er aanvullende arrangementen nodig zijn om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Daarbij wordt het Huisartsenzorg RampenOpvangPlan(HaROP) gehanteerd.¹ Kort na de uitbraak van de COVID-19-pandemie

was PCR (polymerase chain reaction)-diagnostiek voor SARS-CoV-2 slechts beperkt beschikbaar en stond men voor de vraag hoe optimale en veilige zorg voor deze patiënten eruit moest zien.² In Limburg zetten samenwerkende zorgorganisaties met het oog op een mogelijk zeer grote stroom aan COVID-19-patiënten in zeer korte tijd Coronacentrum Urmond op.³ Het betrof een bovenregionale samenwerking tussen thuiszorg, zorg- en verpleeghuizen, huisartsen(posten), ziekenhuizen, apothekers, de meldkamer, het Netwerk Acute Zorg Limburg (NAZL), de GGD, de GHOR, de Veiligheidsregio Zuid-Limburg en defensie. Met de toolkit van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) werd geprobeerd de patiëntenstroom te scheiden, efficiënt te werken en de zorg in de hoogste GHOR-fase te waarborgen (zie het [kader] voor Stadium 4 uit de in de toolkit opgenomen tabel).⁴ We beschrijven het opschalingsproces, de belangrijkste succesfactoren en verbetermogelijkheden, en de patiëntenpopulatie die in het Coronacentrum werd beoordeeld.



In de eerste golf was sprake van een enorme overcapaciteit in het Coronacentrum Urmond.

Foto: ANP

PROJECTBESCHRIJVING

Het Coronacentrum werd ingericht op de locatie Van der Valk-hotel Stein-Urmond, dat volledig werd vrijgemaakt. De afspraken over de organisatie van de zorg zoals beschreven in het [kader] werden gevolgd.⁴ Defensie was verantwoordelijk voor de uitvoering van een gedeelte van de (logistieke) inrichting. Naast het faciliteren van zuurstof hielpen defensiewerkers bij de opbouw van faciliteiten binnen het Coronacentrum en zorgden ze voor een structurele naleving van regels. Binnen het Coronacentrum werd (voor het adherentiegebied Heerlen en Sittard-Geleen) voor 270 huisartsen en 450.000 patiënten een gezamenlijke huisartsenpost (HAP) ingericht voor patiënten met COVID-19 gerelateerde klachten. Het Coronacentrum werd op 26 maart 2020 als HAP operationeel en bood een maximale capaciteit voor 30 patiënten per uur. Uiteindelijk werd slechts 8,3% van de consultcapaciteit gebruikt. Oorspronkelijk werden er 4 huisartsen per dienst ingepland, maar dit werd afgeschaald naar 3 per dienst overdag en avond, en 2 per nachtdienst. In het Coronacentrum werd ook een Thuiszorghotel geopend om zorg te bieden aan patiënten die te ziek waren om thuis verzorgd te worden, maar te goed waren voor een ziekenhuisopname. Specialisten ouderengeneeskunde, gepensioneerde huisartsen en de thuiszorg leverden daar de medische zorg. Gedurende de eerste golf werd maximaal 15% van de 300 beschikbare bedden ingezet. Patiënten met COVID-19-achtige klachten die (tijdens kantooruren) telefonisch contact opnamen met hun eigen huisarts of met de reguliere HAP van de betreffende regio (tijdens avond-, nacht- en weekenduren) kregen een verwijzing naar het Coronacentrum wanneer fysieke beoordeling noodzakelijk leek. In een triagetent buiten het Coronacentrum beoordeelde de huisarts van dienst iedere patiënt op systematische wijze, en legde naast de anamnese ten minste de ademhalingsfrequentie, temperatuur en zuurstofsaturatie vast. Op basis hiervan kon de patiënt 1) met relevante adviezen en/of behandeling naar huis terugverwezen worden, 2) op de HAP van het Coronacentrum beoordeeld en/of behandeld worden, 3) naar het Thuiszorghotel verwezen worden of 4) naar Zuyderland MC verwezen worden.

BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Zie de [infographic] voor de visualisatie van de resultaten.

BESCHOUWING

Begin 2020 is het regionale HaROP voor het eerst geactiveerd voor een infectieziekte-uitbraak. In de verschillende regio's is daar op uiteenlopende manieren invulling aan gegeven, mede doordat er duidelijke regionale verschillen waren in de druk op de acute zorg. Snelle samenwerking door alle ketenpartners in de Limburgse mijnstreken leidde tot een Coronacentrum, waarvan uiteindelijk nog geen 10% van de capaciteit werd gebruikt. Daarom werd het eind mei 2020 ook weer afgeschaald. Een op de 10 voor COVID-19 verdachte patiënten die in het Coronacentrum werden beoordeeld, kreeg een verwijzing naar het ziekenhuis.

KADER STADIUM 4 (DONKERROOD)

Mogelijk aanvullende opschalingsstadia bij een grootschalige infectie-uitbraak

Situatie

De continuïteit van de huisartsenzorg kan niet meer binnen de reguliere organisatie worden gewaarborgd. Grote kans op verstoringen van de openbare orde.

Sturing

GHOR en gemeenten in afstemming met huisartsenkring en HAP

Mogelijke afspraken om uitval op vangen

- Concentratie huisartsenzorg (kantooruren en ANW) in zorgmeldpunten per gemeente, mogelijk gekoppeld aan HAP.
- Huisartsen en waarnemers worden door GHOR verdeeld over zorgmeldpunten en HAP.
- Mogelijk nationale verdeling van zorgcapaciteit en inzet defensieartsen.

Mogelijke afspraken over scheiden patiëntenstromen

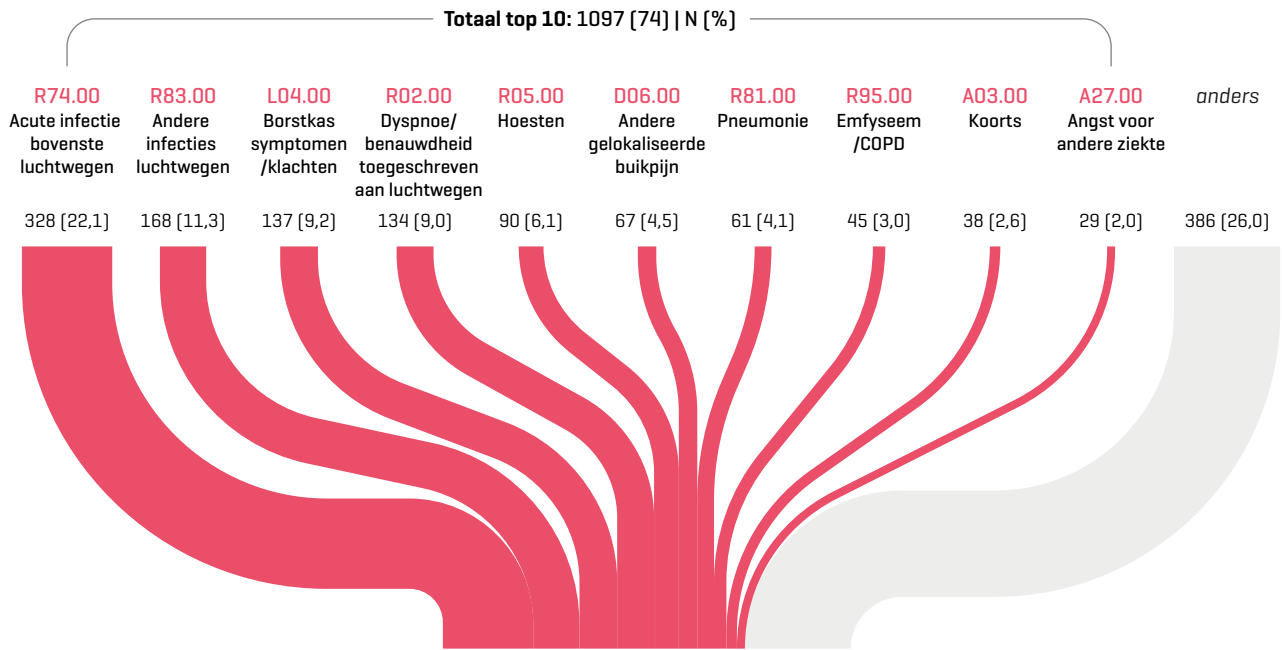
- Binnen de zorgmeldpunten worden waar mogelijk de patiëntenstromen gescheiden.
- Eventueel worden reguliere en infectieziektegerelateerde consulten op aparte locaties verzorgd.

Bron: LHV⁴

Er was nog weinig bekend over het nieuwe ziektebeeld en daarom werd het opschalingsproces gericht op het scheiden van patiëntenstromen. Op die manier moesten besmettingen tussen patiënten worden voorkomen, moest schaars persoonlijk beschermingsmateriaal zo efficiënt mogelijk ingezet kunnen worden, werden zorgverleners beschermd en werd uitval onder zorgverleners beperkt, zodat de continuïteit van de zorg gewaarborgd bleef.

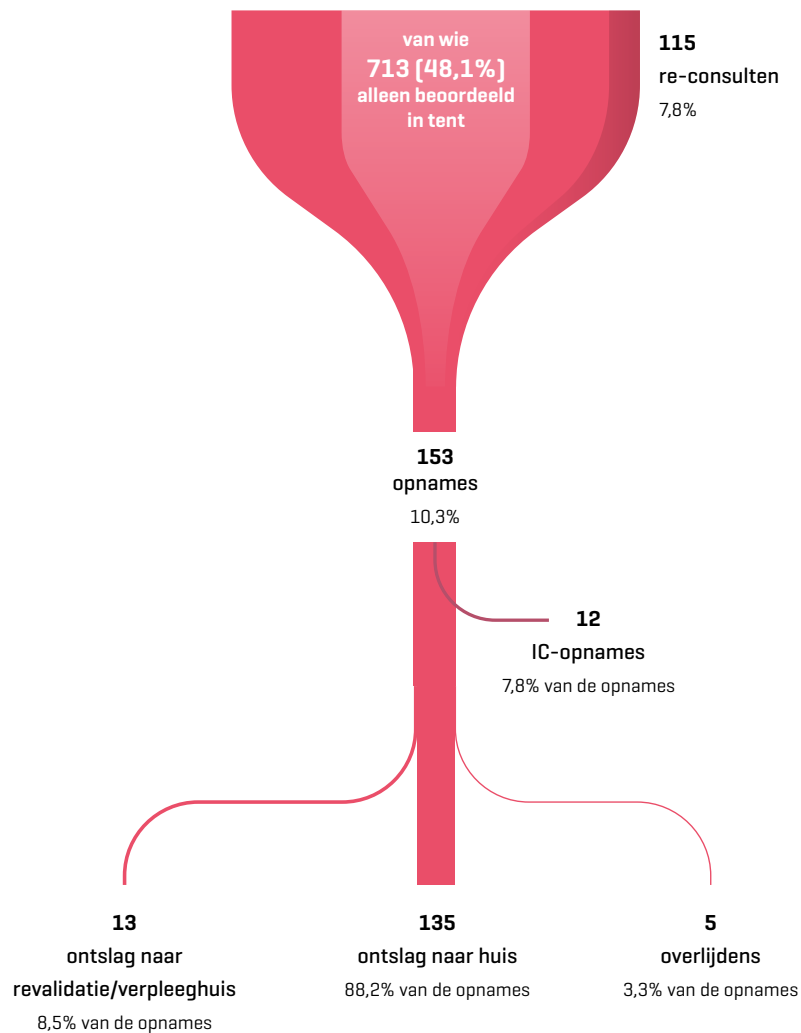
Een aantal factoren is belangrijk geweest voor het succes van het Coronacentrum. Ten eerste heeft het multidisciplinaire team met reeds bestaande overlegstructuren het functioneren van het HaROP bevorderd. Door de huisartsenzorg 24/7 voor COVID-19-patiënten op 1 locatie samen te brengen, werd de expertise van de systematische beoordeling en behandeling van patiënten gebundeld en kon sneller worden gehandeld wanneer een behandeling of ziekenhuisopname noodzakelijk was. Ook kon de niet COVID-19-gerelateerde zorg via de reguliere huisartsenpraktijken en HAP's in de regio's doorgang vinden. Schaars beschermingsmateriaal werd zoals verwacht efficiënt gebruikt en de zorgcontinuïteit werd gewaarborgd. Terugkijkend met het oog op mogelijke leerpunten valt direct de enorme overcapaciteit op. Van de consult- en opnamemo-

Infographic



1483

unieke COVID-19 verdachte patiënten



gelijkheden werd slechts respectievelijk 8% en 15% benut. Er was dus sprake van een overmatige inzet van zorgpersoneel en onnodige kosten. Doordat er in de eerste golf weinig kennis was van de verwachte infectiecijfers en tests niet breed beschikbaar waren, werd uitgegaan van een worstcasescenario. Bij een volgende opschaling zullen besmettingscijfers gebruikt moeten worden om zorg op (boven)regionaal niveau stapsgewijs uit te breiden en aan te laten sluiten op de zorgvraag. Ook kunnen huisartsen in de huidige en een toekomstige infectiegolf gebruikmaken van de opgedane kennis over welke patiënten risico lopen op complicaties. Zo kunnen ze nog gerichtere triëren welke patiënten beoordeeld moeten worden en wie verwijzing naar het ziekenhuis nodig heeft, om de zorgcapaciteit nog minder te belasten.

CONCLUSIE

Huisartsen werkzaam op Coronacentrum Urmond zagen tijdens de eerste golf veel patiënten en verwezen slechts 1 op de 10 voor COVID-19 verdachte patiënten naar het ziekenhuis. Snelle samenwerking en opschaling op regionaal niveau kunnen de patiëntenzorg in tijden van een pandemie veilig stellen. Huisartsen handelden het overgrote deel van de voor COVID-19 verdachte contacten af, waardoor ze een belangrijke schakel vormden in de spoedzorg voor COVID-19-patiënten. ■

LITERATUUR

1. Landelijke Huisartsen Vereniging. Model huisartsen rampenopvangplan. <https://www.lhv.nl/service/model-huisartsen-rampenopvangplan> 2018. Geraadpleegd: 21 mei 2021.

2. RIVM. Covid-19 aantallen per gemeente per publicatiedatum. 2021. <https://data.rivm.nl/geonetwork/srv/dut/catalog.search#/metadata/5f6bc429-1596-490e-8618-1ed8fd768427>. Geraadpleegd: 21 mei 2021.
3. Coronacentrum Urmond. Coronacentrum Urmond 2021.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

De Bont EGPM, Broers NJH, Muris DMJ, Wynants L, Leers M, Schoorel ENC, Bergmans P, Bruls B, Sabrkhanly S, Laven R, Eurelings R, Cals JWL. Opschalen naar een bovenregionale 24/7-HAP bij de COVID-19-pandemie. *Huisarts Wet* 2022;65(3):43-6. DOI:10.1007/s12445-022-1395-0. Maastricht University, Vakgroep huisartsgeneeskunde, Care and Public Health Research Institute [CAPHRI], Maastricht: dr. E.G.P.M. de Bont, huisarts en universitair docent, eefje.debont@maastrichtuniversity.nl; dr. N.J.H. Broers, postdoctorand; dr. D.M.J. Muris, postdoctorand, manager anderhalvelijnszorg; dr. E.N.C. Schoorel, huisarts, postdoctorand; prof. dr. J.W.L. Cals, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Vakgroep Epidemiologie: dr. L. Wynants, universitair docent. Vakgroep fysiologie, CARdiovascular Research Institute Maastricht [CARIM]: dr. S. Sabrkhanly, huisarts, postdoctorand. Medisch Coördinatie Centrum [MCC] Omnes, Sittard: P. Bergmans, huisarts, medisch bestuurder. Klinische Chemie & Hematologie, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard-Geleen: dr. M. Leers, klinisch chemicus en hematoloog. Zorgorganisatie Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg, Heerlen: B. Bruls, huisarts, medisch bestuurder; R. Eurelings, manager huisartsenpost. Huisartsenpraktijk Proosdijveld, Beek: R. Laven, huisarts, kaderarts spoedzorg. De vakgroep huisartsgeneeskunde Maastricht ontving van ZonMw een COVID-19-subsidie voor de uitvoering van dit onderzoek [ref 50-56300-98-001].

Uw diagnose

Niet-pluisgevoel bij baby

Een vader komt met zijn baby van 5 maanden op het spreekuur. Het jongetje is sinds een dag huilerig en lijkt pijn te hebben aan zijn linkerbeen.

Een week eerder werd hij ook beoordeeld door de huisarts vanwege een virale (luchtweg)infectie. Bij lichamelijk onderzoek had het kind toen een temperatuur van 37,9 °C. Het maakte het geen zieke indruk. Het viel wel op dat het linkerbeen spontaan minder meebewoog dan het rechterbeen. Bij het passief bewegingsonderzoek van de heupjes vandaag is er geen opvallend links-rechtsverschil. Het kind is wel huilerig. Een CRP-sneltest geeft een waarde van 41 mg/L. Wat is uw diagnose ?

1. Osteomyelitis
2. Congenitale heupdysplasie
3. Coxitis fugax
4. Ziekte van Perthes



Foto: Shutterstock

- Het antwoord leest u op pagina 52 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Niet-pluisgevoel bij baby'.

Met dank aan Wiebe Jager, huisarts.