



Integraal plan COVID-19

2e golf COVID-19 met behoud van reguliere zorg



Auteur
5.1.2e
BKM sector Snijdend

Datum
9-9-2020

Versie
2.1

Status
Definitief

Inhoud

Inleiding.....	3
Opzet beleidsnotitie.....	3
Maatregelen op basis van vastgestelde treden.....	4
Adrz richtlijnen.....	5
1. Preventief beleid.....	6
Overheidsbeleid.....	6
Leidraad Adrz.....	6
Hygiëne.....	6
1,5 meter afstand.....	6
Sturen op aantallen aanwezige personen in Adrz.....	7
Verhogen vaccinatiegraad Influenza.....	8
2. Triage.....	9
Opschalingssystematiek triage.....	9
Personele inzet.....	10
3. Testbeleid.....	11
Testen, testen, testen.....	11
Planbare zorg.....	11
Acute zorg.....	11
Medewerkers en medisch specialisten Adrz.....	11
4 Structurele en flexibele opschaling van de Intensive Care capaciteit.....	12
Opdracht landelijk.....	12
Opdracht ROAZ Zuidwest	12
Besluit regioverdeling Minister	12
Adrz plan uitbreiding IC-capaciteit.....	12
Opschaling capaciteit.....	12
Benodigde Materialen en middelen.....	14
Personele consequenties	14
Schematische weergave opschaling IC.....	16
5. Klinische capaciteit, isolatiecapaciteit en cohortering.....	17
Beperkte incidentie COVID (Trede 0 en trede 1).....	17
Toename incidentie COVID (trede 2).....	17
Hoge incidentie COVID met stijging klinische opnames.....	18
COVID-golf gecombineerd met Influenza-epidemie.....	18
Moeder en Kind Centrum.....	18
Uitstroom.....	18
Uitbreiding klinische COVID-bedden.....	19
Uitbreiding klinische COVID bedden Adrz.....	19
Op afdeling Longgeneeskunde worden bedden op de voormalige GTU-unit, zoals hierboven al beschreven, ter beschikking gesteld. De personele consequenties worden na de definitieve vaststelling door ROAZ Zuidwest in kaart gebracht.....	19
Overzicht cohortering en opschaling kliniek.....	19
6. Spoedeisende Hulp.....	20
Routing en capaciteit.....	20
Sneltesten vanuit SEH.....	20
Personele inzet SEH.....	20

7. Flexibele inzet van medewerkers, medisch specialisten en personeelszorg	21
Inzet van medewerkers.....	21
Inzet van Medisch specialisten	21
Opleiden van medewerkers.....	21
Gezondheid van de medewerkers.....	22
Wet en regelgeving met betrekking tot medewerkers	22
8. Voorraadbeheer	23
Verhogen huidige voorraad	23
Hoeveelheid voorraad, waarop is voorraad gebaseerd en welke artikelen.	23
Wat is de fysieke capaciteit tot uitbreiding voorraad.	23
Volgen en borgen van het logistieke proces, voorraad, bestelling, uitgifte.	23
Medicatievoorraad	24
9. Regionale en landelijke spreiding van patiënten en transparantie in capaciteit	25
Regiefunctie regionaal en landelijk	25
Transparantie in capaciteit	25
Veiligheidsregio Zeeland	25
10. Schematische weergave maatregelen op basis tredebeleid.....	26
11. Bijscholing en scholing	27
Scholingsplan	27
BIJLAGE 1.....	28

Inleiding

De wereldwijde pandemie met COVID-19 heeft in Nederland duidelijk gemaakt dat we overvallen zijn door de impact van een dergelijke pandemie, met specifiek een grote claim op de IC-capaciteit. Al snel bleek dat Nederland te weinig IC-bedden heeft om zonder drastische keuzes te maken in wie er nog wel zorg kon verkrijgen en wie niet. De IC-capaciteit is vanaf maart 2020 fors opgeschaald. Dit was op dat moment alleen mogelijk door de reguliere zorg vrijwel geheel stop te zetten. Gevolg is dat er enorme achterstanden zijn ontstaan in diagnostiek en behandeling van patiënten die non-COVID zorg nodig hebben. Ook werd er door grote aantallen patiënten zorg gemeden uit angst voor een besmetting met COVID-19 in het ziekenhuis. Vanaf het moment dat de reguliere zorg weer opgestart kon worden bleek dat het opstarten wellicht nog lastiger was dan het opschalen van de COVID zorg. Binnen de nieuwe werkelijkheid was het geen kwestie van terug naar normaal, maar naar een realiteit met afstand houden en scheiden van patiëntenstromen. Ook de financiële gevolgen voor de ziekenhuizen waren en zijn fors: enerzijds door meer uitgaven om de COVID-capaciteit en in het bijzonder de IC-capaciteit te verhogen, anderzijds door het wegvallen van de andere zorg (uitgesteld, maar ook door wegblijven van patiënten). Een tweede golf COVID-19 moet dan ook anders aangepakt worden. Voor alle ziekenhuizen is dit een grote uitdaging, zo ook voor Adrz. Deze beleidsnotitie beoogt een format te geven op basis van verschillende scenario's. Dit plan is een "levend" document en zal bijgesteld worden indien er essentiële zaken gewijzigd worden. Het plan dient als basis, maar het beleid zal ongetwijfeld aan de hand van het scenario wat daadwerkelijk speelt om aanpassingen vragen.

Of er een tweede golf komt is vooralsnog de vraag. Het landelijk beleid is erop gericht om brandhaarden, zoals we die recent ook in Goes hebben gezien, de kop in te drukken.

Adrz beleid richt zich op preventie, testen en voorbereidingen treffen om niet weer verrast te worden. Om de toenemende weerstand, zowel maatschappelijk alsook binnen de organisatie het hoofd te bieden moet er een duidelijke aanpak met een daarbij behorende passende communicatie beschikbaar zijn.

Opzet beleidsnotitie

Het beleidsplan beschrijft in de volle breedte alle zaken die spelen rondom COVID-19 met daarbij als uitgangspunt dat de reguliere zorg doorgang moet blijven vinden (zie brief Minister VWS aan ROAZ-voorzitters). Er wordt uitgegaan van een aantal scenario's, waarbij ook duidelijk is dat er veel meer reële scenario's te bedenken zijn. Dit maakt het vraagstuk waar we voorstaan complex. De notitie geeft geen antwoord op alle vragen, gezien er vele variabelen zijn.

Voor de reguliere zorg worden zo goed mogelijk aanpassingen gemaakt die leiden tot het zoveel als mogelijk continueren van deze zorg. Deze aanpassingen zijn mogelijk alternatief van aard en locatie. Denk bijvoorbeeld aan gebruik maken van moderne technieken zoals beeldbellen. We zullen er rekening mee moeten houden dat patiënten ook zelf keuzes maken. Bij een nieuwe uitbraak van COVID is het zeer goed denkbaar dat patiënten wederom zorg zullen mijden.

Overheidsbeleid en richtlijnen van het RIVM zijn leidend. Verder is een goede afstemming in de zorgketen en regionaal essentieel. Adrz zal zijn verantwoordelijkheid houden en daarbij de samenwerking met de 1^e lijn, 2^e en 3^e lijn en de regionale overheden opzoeken.

Onderstaande onderwerpen zijn beschreven.

- Preventief beleid
- Triage
- Testbeleid
- Structurele en flexibele opschaling van de Intensive Care capaciteit
- Klinische capaciteit, isolatiecapaciteit en cohortering
- Spoedeisende Hulp
- Flexibele inzet van medewerkers, medisch specialisten en personeelszorg
- Voorraadbeheer
- Regionale en landelijke patiëntenspreiding en transparantie in capaciteit

In de beschrijving van het beleid van de bovengenoemde punten zal steeds uitgegaan worden van de vier pijlers welke ook in de crisis van de eerste golf benoemd zijn:

Patiënt

Het scheiden van patiëntenstromen. Zorgvuldig omgaan met de bezoeksregels en op maat aanpassingen maken in het bezoekbeleid.

Personeel

Zorgen voor een minimale uitval van medewerkers en medisch specialisten. Onderzoeken van de mogelijkheden om uit eigen medewerkers extra capaciteit te creëren, door gerichte scholing aan te bieden. Het fit houden van medewerkers door fysieke en psychische ondersteuning. Tijdig in kaart hebben welke externe hulp beschikbaar is en aan welke kwalificaties die moet voldoen.

Capaciteit

De benodigde capaciteit hangt af van het aantal COVID-19 patiënten. Daarnaast moet rekening gehouden worden met een mogelijke uitbraak van een andere infectieziekte zoals de jaarlijkse influenza-epidemie. Extra capaciteit creëren op onze hoofdlocatie of juist op de andere locaties en duidelijk hebben welke voor en nadelen daaraan kleven. De hoeveelheid isolatiekamers die beschikbaar zijn in beeld hebben en een duidelijk plan klaar hebben voor de cohortering van COVID verdachte patiënten.

Materiaal

Materiaal en middelen zijn geborgd door voorraadbeheer en het aanleggen van een ijzeren voorraad. Schaarste is er duidelijk geweest ten aanzien van beschermende middelen (PBM), maar kan bij een volgende golf ook geneesmiddelen of disposables betreffen.

In het beleid wordt verder uitgegaan van de nieuwste inzichten: landelijke richtlijnen, de leerpunten die we hebben opgedaan vanuit de eerste COVID-golf en er is gebruik gemaakt van de inbreng vanuit de scenariosessie welke eind juli is georganiseerd en waarbij een dwarsdoorsnede van de organisatie betrokken is geweest.

Maatregelen op basis van vastgestelde treden

Er wordt gewerkt met een getrapt systeem waarbij maatregelen dynamisch ingesteld worden op basis van 'real time' infectiedata binnen het adherentiegebied van het Adrz. De genomen maatregelen moeten passen bij het actuele risico. Dit kan men afleiden van het percentage positief geteste patiënten, namelijk hoe groter dit aandeel is hoe groter de kans op besmetting binnen het ziekenhuis. Het percentage dat leidend en meest representatief is betreft het percentage bepaald in CoronIT. Zie overzicht hieronder.

Voorbeeld van de data:

GAZ_KPI15_Positive_COVID		% resultaten / G_COVID19 Resultaat		Resultaten	
Week	G_COVID19_Aanvragerindeling	Negatief	Positief	Negatief	Positief
Week van 8 jun	2e lijns - Intern klinisch en poliklinisch	98%	2%	62	1
Week van 8 jun	Bevolking - GGD en Huisarts	100%	-	62	-
Week van 8 jun	CoronIT	100%	0%	745	3
Week van 8 jun	Medewerkers ADRZ	100%	-	14	-
Week van 8 jun	VVT - Verpleeghuizen / externe organisaties	97%	3%	152	4
Week van 15 jun	2e lijns - Intern klinisch en poliklinisch	100%	-	33	-
Week van 15 jun	Bevolking - GGD en Huisarts	100%	-	53	-
Week van 15 jun	CoronIT	100%	0%	654	1
Week van 15 jun	Medewerkers ADRZ	100%	-	8	-
Week van 15 jun	VVT - Verpleeghuizen / externe organisaties	99%	1%	287	4

- **Trede 0**

Er is, mede gebaseerd op (inter-)nationale cijfers, geen of verwaarloosbaar risico op besmetting en dit risico wordt zondermeer geaccepteerd.

- **Trede 1**

Er is, mede gebaseerd op (inter-)nationale cijfers, een matig risico op besmetting en introductie van COVID-19 in het ziekenhuis. Het percentage positieve testen (van patiënten buiten het ziekenhuis) is twee opeenvolgende weken > 1 % (bij een test aantal van >50 testen per week), maar ligt onder de 5%.

- **Trede 2**

Er is, mede gebaseerd op (inter-)nationale cijfers, een hoog risico op besmetting en introductie van COVID-19 in het ziekenhuis. Het percentage positieve testen (van patiënten buiten het ziekenhuis) is twee opeenvolgende weken > 5% (bij een test aantal van >50 testen per week).

Voor de volledige onderbouwing, zie bijlage 1

Deze indeling zal op basis van landelijke en/of regionale besluiten aangepast kunnen worden.

Adrz richtlijnen

In Adrz zijn diverse richtlijnen en protocollen beschreven rondom de zorg voor de COVID-19 patiënt. Deze richtlijnen en protocollen worden regelmatig bijgesteld. Van belang is dat iedereen zich aan de meest actuele versies houdt. In het documentbeheersysteem iProva zijn deze te vinden. Voor een gemakkelijke toegang zijn deze ook via de COVID-19 button op de hoofdpagina van intranet te vinden. In het zogenaamde draaiboek COVID-19 zijn deze gerubriceerd samengevoegd in één document, echter ook onafhankelijk van elkaar te vinden. De link naar het draaiboek:

<http://iprova.domain.lan/Document/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=43f5c374-800a-4fb5-88cf-ef459c802bc7&PortalID=103&NavigationHistoryID=+9679318>

1. Preventief beleid

Overheidsbeleid

De overheid heeft duidelijke gedragsregels opgesteld, waarbij social distancing en handhygiëne de belangrijkste preventieve maatregelen zijn.

Voor iedereen in Nederland geldt:

- blij bij klachten thuis en laat u testen;
- houd 1,5 meter afstand van anderen;
- was vaak uw handen en hoest en nies in uw elleboog;
- vermijd drukte:
 - werk zoveel mogelijk thuis;
 - ga weg als het druk is;
 - reis zoveel mogelijk buiten de spits.

Leidraad Adrz

Het landelijk beleid wordt aangepast naar de mogelijkheden binnen ziekenhuizen. Daarbij moeten altijd de laatste richtlijnen van de afdeling infectiepreventie gevolgd worden; deze zijn te vinden via iProva.

Hygiëne

Om infecties te voorkomen is de belangrijkste maatregel: volg strikt de gebruikelijke hygiënemaatregelen op (zie iProva). Niet alleen vanwege COVID, maar voor alle infecties. Medewerkers worden gevraagd frequent de handen te desinfecteren bij de diverse punten met handalcohol. Met nadruk ook bij de ingang en uitgang van de ziekenhuislocaties. Vertoon hierbij voorbeeldgedrag naar andere bezoekers van Adrz.

1,5 meter afstand

Looplijnen

In alle locaties zijn looplijnen aangebracht om zoveel mogelijk de patiëntenstromen via eenrichtingsverkeer te laten verlopen. Op poliklinieken en behandelafdelingen is het aantal wachtplaatsen gereduceerd. Waar nodig zijn spatschermen of afscheidingsborden aangebracht.

Looplijnen zijn zowel voor patiënten, bezoekers als medewerkers van toepassing.

Patiëntenzorg

In de patiëntenzorg op poliklinieken, behandelafdelingen en verpleegafdelingen is het niet altijd mogelijk de 1,5 meter te waarborgen. In iProva zijn voor deze situaties de meest actuele richtlijn te vinden.

Medewerkers

Medewerkers en medisch specialisten zijn niet immuun voor COVID-19. Medewerkers wordt gevraagd om zoveel mogelijk 1,5 meter afstand te bewaren. Van leidinggevenden wordt gevraagd hier blijvend voorbeeldgedrag in te tonen en waar nodig medewerkers aan te spreken.

In zorgverleningssituaties is het niet altijd mogelijk de gevraagde afstand te bewaren. In iProva zijn voor deze situaties de meest actuele richtlijn te vinden. In pauzes en bij overleg mag verwacht worden dat deze maatregel wel gehanteerd wordt.

Sturen op aantallen aanwezige personen in Adrz

Om afstand te kunnen houden is het nodig om zoveel mogelijk te sturen op het aantal aanwezige personen op onze locaties.

Polikliniekbezoeken

Een ontwikkeling welke al in gang gezet was voorafgaand aan de COVID-crisis was om meer patiënten te zien op afstand. Door de crisis is dit in stroomversnelling gekomen. Het op afstand zien van patiënten middels telefonisch contact en waar mogelijk via videobellen, is een blijvend middel om een te grote druk op onze organisatie te voorkomen. Uitgangspunt is dat minimaal 30% van het aantal polikliniekbezoeken niet meer fysiek plaats zal vinden en vervangen wordt door telefonische consulten. Voor sommige specialismen is dit niet mogelijk, voor anderen is een hoger percentage realiseerbaar. Per specialisme zijn realiseerbare afspraken gemaakt. Verantwoordelijk zijn hiervoor de bedrijfskundige manager en vakgroepvoorzitter van het betreffende specialisme. De VMSB houdt hierbij het overzicht op de totale organisatie samen met het bedrijfskundig management.

Een goede spreiding van het aantal fysieke contacten en telefonische consulten draagt bij aan een goede spreiding van het aantal aanwezige personen in Adrz. Verder wordt gecommuniceerd met het dringende verzoek alleen te komen, tenzij begeleiding noodzakelijk is.

Digitaal overleg

Maak voor overleg gebruik van digitale middelen. Het is niet nodig om elkaar altijd fysiek te zien. Er zijn voldoende middelen aanwezig om ook op digitale wijze overleg te organiseren.

Ook overleg met externe partijen en ketenpartners wordt sinds de crisis digitaal georganiseerd. Gebleken is dat dit in veel gevallen een effectieve wijze van overleg is. Het voorkomt het risico op verspreiding van virussen. Bijkomend voordeel is dat het ook tijd bespaart en reiskosten voorkomt.

Thuis werken en spreiding over de locaties

De overheid adviseert om zoveel mogelijk thuis te werken, met als doel verspreiding van COVID te voorkomen. Voor veel functies in Adrz is dit niet mogelijk. Toch zijn er diverse functies waar thuiswerken of het werken op andere locaties in ruimere mate toegepast kan worden dan nu het geval is. Onnodig veel medewerkers in een zelfde ruimte brengt een hoger verspreidingsrisico met zich mee. Verder beperkt een grotere mate van thuis werken de druk die met name in Goes te hoog is op de beschikbare ruimtes en worden reiskosten beperkt.

Leidinggevenden bepalen voor functionarissen welke thuis kunnen werken, welke aantallen minimaal noodzakelijk zijn op de ziekenhuislocaties en sturen hierop. Leidinggevenden onderhouden frequent contact met medewerkers welke voornamelijk thuis werken. Gebleken is dat thuis werken ook een forse impact kan hebben op de medewerker en eenzaamheid kan veroorzaken.

Bezoekregeling

Bezoek is tijdens de eerste COVID-19 golf volledig stopgezet. Uit evaluaties is gebleken dat het niet toestaan van bezoek een forse impact heeft gehad op patiënten, familie en op medewerkers.

Bij een nieuwe COVID-19 golf wordt ervan uit gegaan dat bezoek onder strikte voorwaarden doorgang zal vinden. Voor de meest actuele bezoekersregeling: zie intranet en iProva. Ook op de Adrz website zal deze worden gecommuniceerd. Bij grote wijzigingen zal een persbericht overwogen worden.

Basisregeling:

- Eén bezoeker per patiënt per bezoeker, daarbij niet afwisselen tijdens het bezoeken door verschillende bezoekers.
- Spreiding van de bezoeken tussen de verschillende afdelingen zodat Adrz niet gelijktijdig door een te groot aantal bezoekers gelijktijdig bezocht kan worden.
- Bezoekers met klachten die kunnen wijzen op een COVID-besmetting, een positief geteste persoon of personen afkomstig uit een door de overheid vastgestelde oranje of rood gebied worden geweerd.

- In schrijnende situaties kan de hoofdbehandelaar hier, na overleg met infectiepreventie, van afwijken. Het wel/niet toelaten van bezoek is niet afhankelijk van de fase waarin we zitten. In trede twee worden bezoekers wel fysiek getrieerd in de centrale hal.
- Een nieuw tekort aan beschermende middelen kan betekenen dat het beleid scherper gesteld moet worden. Het toelaten van bezoek bij patiënten welke langer dan 5 dagen in Adrz verblijven is ook dan van toepassing. Beleid: tweemaal per week.

Te onderzoeken: een boekingssysteem/site voor bezoek. Daarmee kunnen we gericht bezoek kunnen toelaten en spreiden.

Kerkdiensten

In Adrz worden wekelijks kerkdiensten georganiseerd door de dienst geestelijke verzorging met ondersteuning van vrijwilligers. Een relatief kleine groep patiënten maakt hier gebruik van, maar wordt door deze patiënten wel zeer gewaardeerd.

Kerkdiensten:

- Trede 0: geen beperkingen
- Trede 1 onder strikte voorwaarden mogelijk (niet zingen, 1,5 meter afstand).
- Trede 2 worden kerkdiensten geannuleerd.
- Ter overweging: audiovisuele kerkdienst

Verhogen vaccinatiegraad Influenza

Het is niet ondenkbaar dat er een COVID-golf gelijktijdig met een influenza-epidemie samen zal vallen. COVID-19 kunnen we alleen beïnvloeden met drastische overheidsmaatregelen en gedragsaanpassingen zolang er geen vaccin beschikbaar is. We kunnen ons wel tegen Influenza beschermen door vaccinatie. Een gecombineerde COVID-golf en influenza-epidemie is potentieel ontwrichtend voor de zorg en daarmee ook voor de maatschappij.

Samen met de Veiligheidsregio Zeeland en ketenpartners wordt middels een gezamenlijke campagne getracht de influenza vaccinatiegraad onder zorgpersoneel en kwetsbare groepen zo hoog mogelijk te maken. Er is een aanmerkelijk hoger aantal vaccins besteld door Adrz. Met gebruikmaking van de gezamenlijk campagne zullen medewerkers en medisch specialisten gemotiveerd worden zich te laten vaccineren. Nadrukkelijk mag op de professionele verantwoordelijkheid gewezen worden. Vanuit Adrz neemt een communicatieadviseur deel aan de regionale projectgroep Influenzavaccinatie. Intern zal een werkgroep gevormd worden om het ontwikkelde beleid verder uit te rollen en zorg te dragen voor het daadwerkelijk vaccineren van onze medewerkers en medisch specialisten. Hier spelen met name afdeling HR, Communicatie, Infectiepreventie en de zorgsectoren een rol in. Het is de verantwoordelijkheid van de gehele organisatie om de vaccinatiegraad fors hoger te maken dan in andere jaren.

Van leidinggevenden wordt gevraagd actief medewerkers van Adrz te motiveren om een influenzavaccinatie te overwegen.

2. Triage

Opschalingsystematiek triage

Triage vindt trapsgewijs plaats in Adrz. Electieve patiënten worden middels een brief en via een SMS-notificatie voorafgaand gevraagd contact te zoeken met Adrz indien de patiënt klachten heeft. Zelftrriage via de website is mogelijk. Bij een stijging van de incidentie zal er een fysieke triage plaats vinden in of bij de hoofdingang.

- **Trede 0**

Bij opname in het ziekenhuis: Geen triage en testbeleid bij opname in het ziekenhuis, alleen verdenkingen na gerichte anamnese en onderzoek, of toevallsbevindingen zullen geïsoleerd worden.

Poliklinische patiënten (en bezoekers): Geen triage.

Reeds opgenomen patiënten en medewerkers: Geen gerichte monitoring op COVID-achtige klachten

- **Trede 1**

Bij opname in het ziekenhuis: Alle patiënten opgenomen via de SEH welke voldoen aan de 'trriage voor testen' worden getest middels de 'COVID-screening', dit is een snelle test welke indien de logistiek optimaal is doorslaggevend resultaat kan produceren binnen 60 minuten.

Patiënten worden tussentijds, in afwachting van de testuitslag, alleen geïsoleerd indien de SEH-arts ^{knmg}, longarts of de internist actief de verdenking uitspreekt op COVID.

Poliklinische patiënten: Triage op COVID-klachten wordt gedaan op twee momenten voorafgaand aan bezoek ziekenhuis (zie inleiding). Patiënten met klachten worden verzocht voorafgaand contact op te nemen met de betreffende polikliniek voor instructies.

Patiënten worden bij de hoofdingang van de locaties door aangewezen functionarissen en vrijwilligers ontvangen en middels banners nogmaals gevraagd zich te melden bij de receptie of een specifiek aangewezen balie indien de patiënt klachten heeft die kunnen wijzen op COVID-19.

Patiënten met klachten die Adrz na overleg met de poli moeten bezoeken krijgen een mondmasker uitgereikt. Patiënten met klachten welke kunnen wijzen op COVID-19 die op de locatie Goes de SEH bezoeken of voor onderzoek op het klinisch chemisch laboratorium komen worden overdag en 's avonds door de receptionist verwezen naar de r-SEH, aangegeven met een groene looplijn.

Opgenomen patiënten en medewerkers: 2x per dag temperatuur meten en monitoren op bij COVID-19 passende klachten.

- **Trede 2**

Bij opname in het ziekenhuis: Alle patiënten opgenomen via de SEH die voldoen aan de 'trriage voor testen' worden getest middels de 'COVID-screening', dit is een snelle test welke indien de logistiek optimaal is doorslaggevend resultaat kan produceren binnen 60 minuten.

Al deze patiënten worden geïsoleerd in afwachting van de testuitslag.

Poliklinische patiënten: Triage op 3 momenten: 48-72 uur tevoren door middel van een brief, een SMS-notificatie en bij binnenkomst. Bij binnenkomst wordt de temperatuur gemeten. Mogelijkheid te testen via COVID-teststraat wordt bij patiënten met klachten aan de poort actief aangeboden.

Opgenomen patiënten en medewerkers: 2x per dag temperatuur meten en monitoren op bij COVID-19 passende klachten.

Het realtime overzicht wordt wekelijks, of frequenter indien nodig, in het outbreakmanagement team besproken. Indien er sprake is van een incidentie die past bij een hogere dan wel lagere trede, wordt door het

OMT aan de hand van het regiobeeld getoetst of er daadwerkelijk al sprake moet zijn van een verandering van een trede in de opschalingssystematiek. Het regiobeeld wordt wekelijks verstrekt door de GGD/GHOR. Voorbeeld: bij een incidentie welke past bij een hogere trede kan het zijn dat het regiobeeld laat zien dat er geen sprake is van ziekenhuisopnames in de regio en de besmettingen vrijwel alleen bij jongeren gevonden zijn. Het kan dan te voorbarig zijn al naar een hogere trede over te stappen. Indien er sprake is van een verandering in de incidentie waarbij een het noodzakelijk is om naar een andere trede over te gaan dan zal het OMT de Raad van Bestuur adviseren de maatregelen te treffen die passen bij deze trede.

Ter overweging: onderzoek of een poort met temperatuurmetering bij de ingang van de locaties Goes en Vlissingen een beter alternatief is dan het meten met een voorhoofdsmeter.

Personele inzet

Bovenstaande werkwijze voorkomt dat er bij een lage incidentie een grote personele inzet gevraagd wordt. Pas vanaf trede 2 is het noodzakelijk ook weer een fysieke triage in de centrale hal te regelen (zie bovenstaand beleid).

De screening op de SEH (via de r-SEH) vraagt een continue extra inzet van medewerkers

3. Testbeleid

Testen, testen, testen.

Het in beeld krijgen en houden van de prevalentie van COVID-19 is alleen mogelijk door laagdrempelig te testen.

Het hele overheidsbeleid is hierop gestoeld.

Bij de locaties in Goes, Vlissingen en Zierikzee (parttime) is een testpoli ingericht.

De GGD heeft hier een leidende rol in, Adrz voert in samenwerking met de GGD de testen uit.

Op de SEH wordt een COVID sneltest afgenomen. Deze is alleen voor de patiënt op de SEH bedoeld gezien de beperkte capaciteit.

Vanaf oktober 2020 worden SEH-patiënten naast COVID-19, ook getest op Influenza.

Planbare zorg

Patiënten die voor planbare zorg Adrz bezoeken wordt vooraf gevraagd bij klachten die kunnen wijzen op een besmetting met COVID-19 het Adrz niet te bezoeken maar eerst laagdrempelig te testen in een van de teststraten.

Bij een negatieve test wordt de afspraak opnieuw ingepland.

Vanaf trede 2 worden in de locatie Goes poliklinische patiënten met COVID gerelateerde klachten verwezen naar de r-SEH. Door de administratief medewerker van de r-SEH wordt de patiënt ontvangen en wordt er contact opgenomen met de medisch specialist. Deze heeft de keus:

- Patiënt wordt getest op COVID-19 en krijgt een nieuwe afspraak op korte termijn
- Patiënt wordt getest op COVID-19 en wordt door de medisch specialist gezien op de r-SEH
- Patiënt wordt getest op COVID-19 en wordt gezien op de poli van de medisch specialist en wordt op deze polikliniek ontvangen door de medisch specialist met de juiste beschermende middelen.

Acute zorg

Patiënten die een acute zorgvraag hebben en de SEH moeten bezoeken worden gescreend aan de hand van de gezondheidsklachten of zij een reële verdenking op COVID-19 hebben. Indien dit het geval is wordt de patiënt op de r-SEH in isolatie genomen en wordt direct een COVID-19 sneltest afgenomen. Deze test wordt overdag door het MMI direct in behandeling genomen. In de avond en nacht wordt de test op de SEH afgenomen en door een getrainde functionaris op het MMI ingezet voor analyse. Streven is dat de bepaling van de sneltest 24/7 zo spoedig mogelijk geregeld is. De uitslag kan binnen een uur bekend zijn nadat deze is ingezet in de apparatuur. In principe is de uitslag leidend voor het vervolgbeleid. Bij hoge uitzondering kan een hoofdbehandelaar bij een negatieve uitslag toch besluiten tot isolatie van de patiënt op basis van het klinische beeld.

Patiënten die komen voor een afname op het KCL, met klachten die kunnen wijzen op COVID-19 worden verwezen naar de r-SEH voor een bloedafname. Na de bloedafname wordt de patiënt verzocht zich op de COVID-testpoli te laten testen.

Medewerkers en medisch specialisten Adrz

Medewerkers en medisch specialisten worden laagdrempelig getest bij klachten via de COVID testpoli. Testen kunnen geregeld worden via de leidinggevende en het bijbehorende aanvraagformulier. Testen kunnen zonder afspraak worden afgenomen. Voor testbeleid zie iProva. De uitslag is veelal al binnen een paar uur te vinden via MijnAdrz.

4 Structurele en flexibele opschaling van de Intensive Care capaciteit

Oprichting landelijk

Landelijk is door de minister op advies van het LNAZ gesteld dat de IC-capaciteit van de huidige 1150 IC-bedden (fase 1) via een semi-structurele uitbreiding via 1350 IC-bedden (fase 2) naar 1700 bedden (fase 3) gebracht moet worden voor een opschaling zonder gevolgen voor de reguliere zorg. Niet dat deze opgeschaalde capaciteit continu "open" moeten zijn, maar wel eenvoudig en op korte termijn in gebruik te nemen. Daarnaast moet in een volgende opschalingsfase een verdere maximale uitbreiding mogelijk worden gemaakt naar 2550 bedden. Verder is opdracht verstrekt om 600 bedden in Duitsland te regelen zodat de totale capaciteit op 3000 bedden uit kan komen. Er wordt vanuit gegaan dat deze uitbreiding de komende 3 jaar nodig is. De Minister van VWS heeft gevraagd aan het LNAZ met een landelijk plan te komen hoe de uitbreiding geregeld kan worden. Zie LNAZ Opschaling COVID-19. De Minister heeft dit plan inmiddels vastgesteld en de voorzitters van de ROAZ-en gevraagd per regio met een opschalingsplan te komen.

Oprichting ROAZ Zuidwest

Door het ROAZ Zuidwest (ziekenhuizen Rotterdam Rijnmond, Zuid-Holland Zuid en Zeeland) is gesteld dat bovenstaande landelijke opdracht voor onze ROAZ-regio zal inhouden dat er 75 extra bedden aan IC-capaciteit gecreëerd moeten worden voor de uitbreiding naar de landelijke 1700 IC-bedden. Daarnaast moet er een maximale opschaling naar 267 IC-bedden in onze regio (huidige reguliere capaciteit 143 bedden) mogelijk zijn. Aan de IC-regio Rijnmond is gevraagd een regioplan voor te bereiden waarin beschreven welke verdeling van deze extra IC-capaciteit en maximale capaciteit over de verschillende ziekenhuizen zal plaats vinden.

Besluit regioverdeling Minister

Voor Adrz is de volgende verdeling opgenomen in het besluit. Gesteld is dat dit alleen mogelijk is met een voldoende financiële compensatie. De volledige compensatieregeling is nog niet bekend.

- | | |
|--|----------------|
| • Fase 1: Basiscapaciteit van 1150 reguliere IC bedden in Nederland: | Adrz 12 bedden |
| • Fase 2: Structurele uitbreiding IC capaciteit naar 1350 bedden in Nederland: | Adrz 13 bedden |
| • Fase 3: Flexibele opschaling naar 1700 IC bedden in Nederland: | Adrz 14 bedden |
| • Fase 4: Maximale opschaling naar 2400 IC bedden in Nederland: | Max 24 bedden |

Adrz plan uitbreiding IC-capaciteit

Opschaling capaciteit

De opschaling van de IC-capaciteit wordt landelijk bepaald. Landelijk wordt gelijktijdig overgegaan wordt naar een volgende opschalingsfase.

Huidige IC-capaciteit

De huidige IC-capaciteit bedraagt 12 bedden, waarvan 10 bedden met beademing. De bedden beademd/onbeademd heeft te maken met het beschikbaar zijn van beademingsapparatuur. De apparatuur kan bij ieder bed gebruikt worden en heeft bij een uitbreiding geen extra personele consequenties. Het aantal beademingsapparaten kan worden uitgebreid.

Fysieke locatie uitbreiding IC

Uitbreiden van de IC-capaciteit in Adrz kan, zonder de reguliere zorg te beperken, alleen op de afdeling cardiologie/CCU gecreëerd worden. De COVID-19 zorg wordt in principe op de reguliere IC georganiseerd, non COVID zorg op de als IC-unit opgeschaalde en ingerichte afdeling cardiologie/CCU.

Risico

Er is sprake van planvorming met betrekking tot een grote renovatie van de afdeling cardiologie/CCU. Bij de planvorming dient rekening gehouden te worden met de uitbreiding IC-capaciteit tijdens de verbouw. Hier is nog geen oplossing voor. Een verbouw van de cardiologie kan inhouden dat de IC in deze verbouwperiode niet kan opschalen. Een PRI op dit vraagstuk is essentieel voor besluitvorming.

Uitbreiding structureel of flexibel?

Een structurele uitbreiding van de IC-capaciteit binnen Adrz, exclusief de COVID-19 zorg is niet strikt noodzakelijk. De afgelopen jaren laten zien dat er voldoende IC-capaciteit voorradig is. Er vindt slechts sporadisch een opnamestop plaats vanwege een tekort aan IC-bedden.

Regionaal is bepaald dat Adrz voor de opvang van COVID-19 een semi-structurele uitbreiding van 12 naar 13 bedden zal krijgen. Deze structurele uitbreiding mag alleen gebruikt worden voor de opvang van COVID-19 patiënten. Is er geen COVID zorg, dan mogen deze bedden niet gebruikt worden voor reguliere IC-zorg en vindt er geen vergoeding plaats van de geleverde extra zorg.

Structurele opschaling naar 13 IC-bedden zonder gevolgen reguliere zorg

- Een structurele uitbreiding van het aantal IC-bedden is mogelijk. Voorkeur geniet om dit binnen de muren van de IC te organiseren. Dit is echter complexer dan een uitbreiding op de cardiologie afdeling. Gezien de bedden alleen gebruikt mogen worden indien er sprake is van COVID zorg op de IC, behoeft de zorg vanuit de cardiologie niet in het gedrang te komen.
- Er zijn slechts twee isolatiekamers met drukhiërarchie op de IC aanwezig. Gezien op de reguliere IC zowel COVID als non-Covid zorg georganiseerd zal worden is het noodzakelijk om het aantal isolatiekamers op de IC uit te breiden. Hier is een bouwkundige aanpassing voor noodzakelijk. Het is fysiek mogelijk om bij twee bestaande eenpersoonskamers te voorzien van een isolatiefunctie door aan de voorzijde van de kamer een sluis te plaatsen en hier drukhiërarchie in aan te brengen.
- Apparatuur is deels al aanwezig, beademingsapparatuur wordt geleverd via het landelijk consortium hulpmiddelen (LCH) en een aantal middelen zal nog aangevuld moeten worden (zie paragraaf benodigde materialen en middelen).
- Uitbreiding PDMS is noodzakelijk. Hiervoor is een extra centrale server geleverd door het LCH. Deze zal door Philips nog ingericht worden.
- Personeel: zie personele consequenties.

Tweede opschalingsfase naar 14 IC-bedden met gevolgen voor reguliere zorg

- Fysieke uitbreiding is mogelijk op afdeling cardiologie, zonder grote gevolgen voor deze afdeling.
- Landelijk wordt ervan uitgegaan dat in deze opschalingsfase de reguliere zorg terug zal vallen naar 80%. Medewerkers die vrij hierdoor vrijgespeeld worden kunnen ingezet worden op de IC of andere afdelingen waar COVID zorg geleverd wordt. De vraag is, gezien de minimale opschaling van de IC, of in deze fase in het Adrz de reguliere zorg al terug zal vallen. Dit lijkt niet noodzakelijk.

Maximale opschaling, aantal bedden te bepalen binnen de mogelijkheden die er op dat moment zijn

- De maximale opschaling (nog te bepalen en zal tussen 19 en 24 bedden bedragen) kan niet zonder dat dit forse consequenties heeft voor de reguliere zorg.
- Het moment dat dit nodig is wordt vanuit het DB-ROAZ of landelijk bepaald.
- Planbare zorg zal voor een belangrijk deel uitgesteld moeten worden.
- Medisch specialisten en medewerkers van andere afdelingen/specialismen zullen gelijk aan maart/april 2020 weer op de IC of andere plaatsen ingezet worden.
- Opschaling is fysiek te organiseren op de cardiologie/CCU-afdeling.
- Cardiologie moet (tijdelijk) volledig verhuizen naar AOA.
- Verplaatsing van een deel van de reguliere acute zorg op de AOA gaat naar andere afdelingen.
- Voorwaarde: geen belemmeringen in terugplaatsen van de IC naar verpleegafdelingen
- Indien te weinig IC-capaciteit: trombolysie op de stroke-unit

- Recoveryfunctie op IC vervalt en moet binnen de OK georganiseerd worden.
- Personeel: zie personele consequenties

Benodigde Materialen en middelen.

PDMS IC

Op de IC is PDMS-IC van HiX beschikbaar. Bij uitbreiding naar "IC2" is PDMS niet beschikbaar. PDMS IC dient uitgebreid te worden. Koppeling van de IC- apparatuur aan het PDMS middels een EC-10 koppeling is noodzakelijk en dient aangeschaft te worden. Onderzocht moet worden of gelijktijdig ook de CCU aangesloten kan worden op PDMS.

Apparatuur

Apparatuur is deels aanwezig en wordt verder geleverd via het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH).

- Beademingsapparatuur:
Structureel en flexibel uitbreiden naar 14 IC-bedden met beademing. Reservering bij LCH is gemaakt en worden voor 1 oktober geleverd door Dräger.
- Spuit-en volumepompen:
Voor elk bed zijn 6 spuitenpompen met een dockingstation aanwezig (totaal 12 stuks). Volumepompen zijn ook in voldoende mate aanwezig.
- Monitoren:
Voldoende aanwezig door vernieuwen monitoren in 2020.
- Uitbreiding van het aantal Aervo (Optiflow) is noodzakelijk.
- Bij een maximale opschaling is meer apparatuur noodzakelijk. Opschaling tot 18 bedden is nu al mogelijk.
- Gezien de langdurige IC-zorg voor de COVID-19 patiënt is het noodzakelijk 2 dedicated IC bedden aan te schaffen. Deze bedden dragen zorg voor wisselgigging van de patiënt, bieden mogelijkheden tot het versneld mobiliseren en bezitten een ingebouwde weegunit. Deze bedden dragen verder bij aan een verlaging van de fysieke belasting van de medewerker (ARBO).

Personele consequenties

IC-verpleegkundigen en buddysysteem

Landelijk NVIC Norm: 3,5 fte IC-verpleegkundigen per bed. Gezien deze er niet zijn op de arbeidsmarkt, niet in korte tijd op te leiden zijn en we zoeken naar een flexibel systeem is, dit niet realistisch.

Extra IC-verpleegkundige capaciteit te realiseren door:

- Gebruik maken van de bruto/netto capaciteit op de IC (tijdelijk geen vakantiedagen/PLB dagen/taakdagen/interne en externe scholingen)
- IC-verpleegkundigen die met pensioen zijn gegaan en externe IC-verpleegkundigen (schatting 3 FTE) en alleen in te zetten in de opgeschaalde situatie.
- IC-verpleegkundigen worden gevraagd extra te werken en te worden uitbetaald
- Op IC 2 samenwerken met CCU-personeel (zijn gewend patiënten onder bewaking te verzorgen en een deel van het team is IC/CCU-verpleegkundige) waardoor minder fte noodzakelijk is.
- Bij open sollicitaties van externe IC verpleegkundigen: aanstelling middels een sollicitatieprocedure.

Buddysysteem:

Door gebruik te maken van buddy's die opgeleid zijn/worden, kunnen de IC-verpleegkundigen ondersteund worden.

- Buddy's kunnen AOA-verpleegkundigen, anesthesieassistenten en ervaren verpleegkundigen zijn die de BIAZ hebben gevolgd of een BAZ opleidingstraject volgen.
- Inwerktraject, scholing en stage op IC is noodzakelijk.
- Gezien de opschaling tot 14 IC-bedden in het Adrz zonder consequenties voor de reguliere zorg moet kunnen plaats vinden, moeten de buddy's zodra dit noodzakelijk is ingezet kunnen worden vanuit de reguliere afdeling naar de IC. Deze verpleegkundigen moeten te vervangen zijn op de eigen afdeling met ingewerkte medewerkers.
- Voor een deel zijn de buddy's te halen uit de IC-leerlingen die nog niet meetellen (eerste leerfase).
- In september maximaal 4 extra basis verpleegkundigen voor de IC-afdeling aan te nemen zodat deze in het buddysysteem meegeteld kunnen worden. Deze verpleegkundigen zullen de Basis Acute Zorgopleiding (BAZ), welke CZO erkend is en waar naar verwachting een FZO subsidie op van toepassing zal zijn. Met de BAZ kunnen deze verpleegkundigen op eenvoudige wijze in een later stadium eenvoudig instromen in de IC-opleiding of een andere specialistische vervolgopleiding van beroepen in de acute zorg (CCU, SEH, anesthesie, ambulance).

Om een buddysysteem te realiseren is het naar verwachting noodzakelijk om plusminus 3 FTE extra verpleegkundigen in de kliniek aan te stellen, welke inzetbaar zijn bij een opschaling van de IC. Ook deze verpleegkundigen kunnen starten met de BAZ-opleiding.

IC-artsen (anios)

- De IC-arts is aangesteld in de functie Anios SEH/IC. In de afgelopen periode is het mogelijk geweest om op korte termijn oud-medewerkers aan te stellen. Reden met name doordat in heel Nederland reguliere zorg en opleidingen stilvielen. Bij het doorgaan van de reguliere zorg kunnen we niet uitgaan van eenzelfde scenario.
- Voor IC-artsen is 0,6 FTE / IC-bed landelijk door de NVIC als norm gesteld.
- Overwogen kan worden de uitbreiding deels met PA Intensive Care te bewerkstelligen gezien de PA IC volgens de NVIC-norm uitwisselbaar zijn (met uitzondering van transportbevoegdheid).

Intensivisten

- De huidige formatie is 6,4FTE.
- Voor intensivisten is 0,45 FTE/IC bed landelijk door de NVIC als minimale norm gesteld

Schematische weergave opschaling IC

	1e fase huidige aantal bedden volledig operationeel maken	2e fase opschaling (structurele uitbreiding)	3e fase opschaling (flexibel)	maximale opschaling	maximale opschaling plus bedden in Duitsland
Aantal IC bedden Nederland	1150	1350	1700	2400	3000
Aantal IC bedden Adz	12	13	14	minimaal 18, maximaal 24	minimaal 18, maximaal 24
IC verpleegkundigen	eigen medewerkers	eigen medewerkers plus extra leerlingen	eigen medewerkers plus extra leerlingen en buddy's	eigen medewerkers plus buddy's, anesthesieassistenten, zorgsupport, secretariaat, apotheek	eigen medewerkers plus buddy's, anesthesieassistenten, zorgsupport, secretariaat, apotheek
IC artsen	Anios IC/SEH huidig	Anios IC/SEH met uitbreiding	Anios IC/SEH met uitbreiding	Anios IC/SEH plus extra inzet	Anios IC/SEH plus extra inzet
Intensivisten	Intensivisten huidig	Intensivisten met uitbreiding	Intensivisten met indien nodig ondersteuning medisch specialisten (vrijvallen door deel reguliere zorg?)	Intensivisten met ondersteuning medisch specialisten (vrijvallen door afschaling reguliere zorg)	Intensivisten met ondersteuning medisch specialisten (vrijvallen door afschaling reguliere zorg)
Locatie IC	Reguliere IC	Reguliere IC plus structureel 1 bed op CCU (alleen bij COVID zorg op de IC te gebruiken)	Reguliere IC plus 1 bed extra op CCU (totaal 14)	Reguliere IC plus max 12 bedden op CCU/EHH/cardiologie	Reguliere IC plus max 12 bedden op CCU/EHH/cardiologie
Bouwkundige aanpassingen	Geen	extra isolatiekamer zeer wenselijk	extra isolatiekamer zeer wenselijk	IC1 inrichten als COVID cohort. IC2 deels in gebruik nemen deels voor non COVID en deels voor COVID (COVID-kamers)	IC1 inrichten als COVID cohort. IC2 deels in gebruik nemen deels voor non COVID en deels voor COVID (COVID-kamers)
Uitbreiding medische apparatuur	uitbreiding van beademingsapparatuur via LCH tot 12 bedden	1x extra beademingsapparatuur, 6x spuitpomp plus dockingstation, 1x IC bed, koppeling PDMS, 1x server centraal monitor voor IC2, volumepompen aanwezig	1x extra beademingsapparatuur, 6x spuitpomp plus dockingstation, 1x IC bed, koppeling PDMS, volumepompen aanwezig	afhankelijk van totaal gevraagde bedden. Per bed: beademingsapparatuur, spuitpompen, volumepompen, uitbreiding CCVH apparatuur	afhankelijk van totaal gevraagde bedden. Per bed: beademingsapparatuur, spuitpompen, volumepompen, uitbreiding CCVH apparatuur
Consequentie CCU/Cardiologie	Geen	1 bed IC op CCU-zijde (alleen te gebruiken indien COVID-19 op IC). Ondersteuning vanuit CCU	2 bedden IC op CCU-zijde (alleen te gebruiken indien COVID-19 op IC). Ondersteuning vanuit CCU	Afhankelijk van maximale opschalingsbedden: (deel) CCU/EHH/Cardiologie op AOA	Afhankelijk van maximale opschalingsbedden: (deel) CCU/EHH/Cardiologie op AOA

5. Klinische capaciteit, isolatiecapaciteit en cohortering

Beperkte incidentie COVID (Trede 0 en trede 1)

Uitgaande van het beschikbaar zijn van een COVID sneltest 7x24 uur:

Covid in trede 0 en 1 heeft geen tot nauwelijks effect op de klinische capaciteit. De enkele positieve patiënt die opgenomen moet worden, wordt in isolatie verpleegd op een eenpersoonskamer of indien meerdere patiënten Covid positief in cohort opgenomen. Door de sneltest zullen er niet veel patiënten met een verdenking van COVID opgenomen moeten worden, de uitslag is immers bekend. Alleen bij een negatieve test met een sterke klinische verdenking kan dit voorkomen.

Toename incidentie COVID (trede 2)

In trede 2 zal het aantal positieve patiënten die opgenomen zijn toenemen. Cohort verpleging zal daardoor toenemen.

Om flexibel mee te kunnen bewegen zullen cohortkamers stapsgewijs in gebruik genomen worden.

- COVID+ patiënten worden in eerste instantie opgenomen op longgeneeskunde op de voormalige GTU-zijde: 6 bedden en uit te breiden naar 8 bedden indien een oefenruimte van de fysiotherapie op een andere plaats wordt gesitueerd.
- Indien niet voldoende beschikbare COVID+ bedden dan zal het aantal kamers dat ter beschikking wordt gesteld toenemen op longgeneeskunde. Gevolg is dat de doorstroom van de AOA naar longgeneeskunde zal afnemen. Indien nodig kunnen op de AOA extra bedden worden geopend om dit te compenseren.
- COVID+ patiënten die strikt op een eenpersoonskamer opgenomen moeten worden kunnen op iedere eenpersoonskamer, bij voorkeur op een isolatiekamer met (onder-)drukhiërarchie, worden opgenomen. In eerste instantie op longgeneeskunde of de AOA. Indien vol, dan kan dit ook op andere afdelingen op een eenpersoonskamer.
- COVID+ patiënten welke bewakingsbehoefte zijn (geen IC) worden in cohort opgenomen op de AOA. Het is noodzakelijk twee 5-persoonskamers te verbouwen tot cohort isolatiekamers met sluisfunctie. Door het verbouwen van de twee kamers kan veilig de COVID zorg georganiseerd worden naast het verlenen van de reguliere acute zorg op de AOA. Deze kamers worden momenteel niet gebruikt en bieden daarmee mogelijkheden om het aantal klinische bedden uit te breiden.
- Heelkunde en oncologie blijven zolang mogelijk buiten beschouwing voor COVID zorg zodat de oncologische en planbare zorg doorgang kan vinden.
- Bij een groot aanbod van klinische COVID zorg kan besloten worden alle COVID zorg op de AOA te concentreren. De vrijkomende bedden op longgeneeskunde worden dan gebruikt voor non-COVID zorg. Een deel van de acute zorg zal vanaf dat moment op een andere klinische afdeling plaatsvinden. Dit te bepalen aan de hand van het dan actuele scenario.

Risico's

Bij het uitbreiden van het Covid cohort op longgeneeskunde (GTU-zijde) naar 8 bedden is verplaatsing van de oefenruimte van de fysiotherapie noodzakelijk. Een alternatieve locatie is noodzakelijk. De vakgroep Neurologie maakt gebruik van de kantoorruimte op de GTU. Deze kan bij het creëren van een cohort niet door de vakgroep gebruikt worden gezien deze kantoorruimte binnen het cohort valt.

Bij het verder uitbreiden van een Covid cohort op longgeneeskunde zijn afspraken nodig met Revant. De doorgang naar de loopbrug met trappenhuis en lift naar Revant zal door het cohort geblokkeerd worden. Medewerkers van Adrz en Revant zullen buitenom moeten lopen. Goederen moeten vervoerd worden met een transportmiddel via de buitenzijde. Patiënttransport vindt af en toe ook plaats. Bij een blokkade zal het transport moeten plaats vinden met een ambulance of (rolstoel)taxi. De BKM welke verantwoordelijk is voor afspraken met Revant zal hierover duidelijke afspraken moeten maken en de BKM facilitaire services hierbij betrekken.

Het reanimatieteam van Adrz wordt opgeroepen bij een reanimatie in Revant. Het BHV team Adrz kan om bijstand gevraagd worden bij een incident. Een reanimatie heeft de afgelopen jaren niet plaats gevonden. Incidenten waar de BHV voor opgeroepen worden komen zeer sporadisch voor. Bij een blokkade van de

toegang naar Revant door een cohort op longgeneeskunde zullen bij een noodsituatie waarbij het reanimatieteam of het BHV team in Revant noodzakelijk is, via het cohort verlopen. In dergelijke uitzonderlijke situaties waarbij tijd een belangrijke factor is wordt het besmettingsrisico met Covid lager ingeschat dan risico's door vertraging in dit spoedproces.

Hoge incidentie COVID met stijging klinische opnames

Indien de vraag naar klinische COVID zorg toeneemt en de reguliere zorg doorgang moet en kan vinden dan zijn er de volgende mogelijkheden:

- Planbare zorg, zowel dagbehandeling als klinisch met een ASA 1 en 2 classificatie wordt maximaal in Vlissingen gepland. Verder is te overwegen ook de lagere ASA3 met een beperkte risicovolle behandeling in Vlissingen op te nemen.
- Om de opnamecapaciteit en de OK-capaciteit te verhogen kunnen de openingstijden van de locatie Vlissingen uitgebreid worden. Dit heeft personele consequenties voor de VMCK, receptie, zorgsupport, beveiliging en Anios (SIT-functie).

COVID-golf gecombineerd met Influenza-epidemie

De druk op de zorg wordt complex en groot bij een gecombineerd scenario van COVID met influenza. Een gecombineerde golf COVID met een Influenza-epidemie is potentieel sterk ontwrichtend voor de zorg door een overbelasting van het zorgsysteem door groot aanbod op de SEH, IC en kliniek en uitval van medisch specialisten en medewerkers.

- Dit scenario zal snel tot gevolg hebben dat de reguliere zorg afgeschaald moet worden.
- Het testen van patiënten vanuit de SEH op zowel COVID-19 alsook op Influenza (A en B), maakt dat er al wel direct een goede cohortering mogelijk is.
- Er moeten separate cohorten gemaakt te worden voor Influenza A, Influenza B en COVID+
- In eerste instantie zal daarbij uitgegaan worden van cohortering op beschouwende afdelingen.

Moeder en Kind Centrum

- Voor de kinderafdeling kunnen we uitgaan dat een kind met COVID binnen de reguliere isolatiecapaciteit opgenomen kan worden.
- Voor de verloskunde geldt dat bij trede 0 en trede 1 in principe vanuit gegaan kan worden dat er een zeer laag risico op een mogelijke besmetting met COVID aanwezig is.
- De vrouw die opgenomen wordt voor een bevalling met klachten die op COVID kunnen wijzen wordt middels een sneltest via het MMI getest.
- De bevalling vindt plaats op VK 5 die geïsoleerd is, patiënt gaat na bevalling zo snel mogelijk naar huis en wordt niet intern verhuisd.
- Bij trede 2 zal de vrouw die voor een bevalling komt en COVID gerelateerde klachten heeft in eerste instantie in isolatie op VK5 opgenomen worden en getest worden.

Uitstroom

- Met ketenpartners uit de VVT-sector en Veiligheidsregio (GHOR) zijn afspraken gemaakt ten aanzien van opvang van COVID-patiënten in speciale COVID-units. Deze worden geactiveerd wanneer de vraag om extra capaciteit actueel wordt en moet ertoe leiden dat patiënten met een care-vraag niet onnodig in het ziekenhuis gepresenteerd/opgenomen worden en de uitstroom vanuit het ziekenhuis versneld. Dit maakt de beschikbare capaciteit in ziekenhuizen voor echte tweedelijns zorg in vergelijking met het begin van de eerste COVID-golf groter.
- De veiligheidsregio heeft afspraken gemaakt met hotels om capaciteit vrij te maken voor een zorghotel functie indien dit nodig is.

Uitbreiding klinische COVID-bedden

Door de Minister van VWS is de opdracht gegeven het aantal klinische bedden, specifiek bedoeld voor COVID-patiënten uit te breiden. Deze bedden zijn over de verschillende ROAZ-regio's verdeeld. Landelijk is gesteld dat voor iedere uitbreiding van 1 IC-bed er een uitbreiding van 2 klinische bedden zal plaats vinden voor COVID-zorg.

Uitbreiding klinische COVID bedden Adrz

Door het ROAZ Zuidwest is de uitbreiding van de klinische COVID bedden bepaald per ziekenhuis. Er wordt afgeweken van de landelijke richtlijn. De klinische opschaling is naar rato van het aantal beschikbare klinische bedden bepaald. Deze worden ook fasegewijs in gebruik genomen afhankelijk van de regionale en landelijke situatie.

Op afdeling Longgeneeskunde worden bedden op de voormalige GTU-unit, zoals hierboven al beschreven, ter beschikking gesteld. De personele consequenties worden na de definitieve vaststelling door ROAZ Zuidwest in kaart gebracht.

Overzicht cohortering en opschaling kliniek

Cohortering en opschaling klinische capaciteit	
	Omschrijving
Uitbreiding klinische COVID bedden (Stap 1)	Uitgangspunt momenteel: uitbreiding 4 klinische bedden voor COVID zorg in fase 2 (bepaald via ROAZ). Locatie: Longgeneeskunde op voormalige GTU unit. Na definitieve vaststelling personele consequenties in kaart brengen en te regelen.
Cohortering COVID+ (stap 2)	Uitbreiding klinische capaciteit op Longgeneeskunde (voormalige GTU unit): cohort uitbreiden naar 6 bedden
Cohortering COVID+ (stap 3)	Uitbreiding cohort Longgeneeskunde (voormalige GTU unit) naar 8 bedden. Verplaatsen oefenruimte Fysiotherapie. Werkruimte vinden voor vakgroep Neurologie op andere locatie.
Cohortering COVID+ (stap 4)	Verdere uitbreiding COVID+ cohort op reguliere bedden longgeneeskunde. Consequenties voor doorgang naar Revant. Spoedindicaties (reanimaties en BHV) vinden wel doorgang. Longpatiënten verblijven langer op de AOA. Indien noodzakelijk uitbreiding van het aantal bedden op de AOA. Maximaal 8 bedden extra te openen, mits personele ondersteuning te regelen is. Bij een zeer hoog aanbod klinische COVID zorg zal de volledige COVID zorg op de AOA geconcentreerd worden en wordt de klinische capaciteit op longgeneeskunde voor non-COVID zorg gebruikt.
Cohortering Influenza A en B gecombineerd met COVID golf	Bij een scenario COVID gecombineerd met Influenza zal cohortering van influenza patiënten in eerste instantie plaats vinden op beschouwende afdelingen, exclusief longgeneeskunde (ivm cohort COVID). Cohortering influenza dient strikt gescheiden te worden in een cohort Influenza A en Influenza B
Functie AOA	De AOA blijft zijn reguliere functie voor acute opnames zolang als mogelijk behouden. Isolatie van individuele patiënten waarbij nog niet is vastgesteld is welke infectiebron oorzaak is van het ziektebeeld zal hier plaats vinden, inclusief isolatie van COVID en influenza verdenkingen waar nog geen uitslag van bekend is. Ook isolatie van een patient bij een negatieve COVID-test maar waarbij het klinisch beeld wel een hoge verdenking op COVID geeft (CORAD). Indien bij een grote golf COVID er veel klinische COVID verwacht wordt kan besloten worden om alle COVID-zorg op de AOA te concentreren. Het COVID cohort op longgeneeskunde wordt dan vrijgemaakt en kan gebruikt worden voor andere klinische zorg.
eenpersoonskamers en isolatiekamers klinische verpleegafdelingen	Indien de isolatiecapaciteit van de AOA vol is wordt uitgeweken voor isolatie van patiënten op de andere verpleegafdelingen.
Capaciteit Vlissingen	Om de reguliere zorg te waarborgen kan de keuze gemaakt worden de capaciteit in Vlissingen maximaal te gebruiken. Mogelijkheden: verplaatsen oncologische dagbehandeling van Goes naar Vlissingen. Maximaal opvullen van de klinische capaciteit. -uitbreiden opname-indicatie naar lagere ASA3 met een beperkte risicovolle behandeling. - uitbreiding openingstijden naar zaterdag of volledig weekend waardoor OK capaciteit van Goes naar Vlissingen is te verplaatsen (mits personele ondersteuning beschikbaar is).
reguliere zorg	Om de reguliere zorg te waarborgen zal in eerste instantie afdeling Heelkunde en afdeling Oncologie beschikbaar blijven voor planbare zorg. Het kan noodzakelijk zijn isolatie of eenpersoonskamers te gebruiken indien deze op andere afdelingen vol zijn.

6. Spoedeisende Hulp

- De spoedeisende hulp wordt vanaf trede 1 van incidentie van COVID geconfronteerd met isolatie van patiënten met een mogelijke verdenking op COVID-19. De ingangsklacht maakt niet direct duidelijk of het een COVID-besmetting betreft. In eerste instantie worden patiënten in isolatie opgevangen en getest met een sneltest, gevolgd door een klinische beoordeling door de behandelaar. Deze kan aan de hand van het beeld beslissen of een patiënt al dan niet in isolatie verder onderzocht moet worden.
- Trede 0: geen isolatie
- Trede 1 zal gezien de lage incidentie van COVID ertoe leiden dat een groot deel snel uit isolatie genomen kan worden en verder de COVID test kan afwachten zonder isolatie.
- Trede 2 keert dit principe om. Gezien de hogere tot hoge (regionale) incidentie van COVID wordt het merendeel van de patiënten met COVID-gerelateerde klachten in isolatie gehouden tot de uitslag bekend is. Dit geeft een fors hogere zorgwaarte binnen de SEH. Dit wil niet zeggen dat de patiënt op de SEH moet verblijven, de uitslag kan ook in de kliniek afgewacht worden.
- Een gecombineerde golf COVID met een influenza-epidemie zal deze druk verder toenemen. Het zal met behulp van de snelsten eerst duidelijk moeten zijn of een patiënt influenza of COVID heeft of een ander ziektebeeld.

Routing en capaciteit

- Gezien het grote aantal patiënten dat voldoet aan de casusdefinitie van COVID (en eventueel influenza) is er zolang COVID een rol speelt behoefte aan een scheiding van de patiëntenstromen op de SEH en capaciteit om een aantal isolaties gelijktijdig op te vangen. Er is een separate wachtruimte nodig (r-SEH).
- De patiënt die zich in het ziekenhuis meldt met COVID gerelateerde klachten wordt via "de groene lijn" naar de r-SEH geleid. De patiënt meldt zich bij de aangewezen balie in de centrale hal en wordt door de receptionist of een andere aangewezen functionaris naar de juiste locatie gewezen. Dit voorkomt dat mogelijke COVID-patiënten zich vermengen met niet COVID-patiënten. Ook vanuit de HAP Goes kan deze route gevolgd worden. Voor de ambulancedienst is er een separate ambulance-ingang naar de r-SEH beschikbaar.
- Bij een grote COVID-19 uitbraak kan het noodzakelijk zijn om een diagnostiekstraat te realiseren aan de r-SEH vast middels een tent. Dit is vanaf > 30 COVID verdachte patiënten per 24 uur.

Snelsten vanuit SEH

Het afnemen van snelsten haalt druk weg van de eenpersoons- en isolatiekamers in de kliniek, voorkomt onnodige schoonmaak van kamers op de SEH en kliniek en geeft een verlaging van de zorgwaarte in de kliniek omdat er minder isolaties behoeven plaats te vinden

- Momenteel is er een COVID sneltest beschikbaar voor onderzoeken op de SEH. De apparatuur is aanwezig op het MMI. Bij het in isolatie nemen van de patiënt wordt direct een COVID sneltest afgenomen. Overdag wordt deze sneltest na afname ingezet door het MMI. In de avond, nacht en weekend vindt dit plaats door een doktersassistente van de SEH of een nog te bepalen andere functionaris. De uitslag kan daarmee binnen een uur tot anderhalf uur beschikbaar zijn.
- Verwachting is dat er vanaf oktober een Point-of-care sneltest beschikbaar is op de SEH voor de bepaling van COVID. Dit zal het proces nog verder verbeteren en versnellen.
- Naast de COVID sneltest heeft Adrz ook de beschikking over een Influenza sneltest. Dit is een point-of-care test die op de SEH gebruikt kan worden. Deze zal op de SEH geplaatst worden en geeft binnen een half uur de uitslag of een patiënt influenza heeft en zo ja of dit influenza A of B betreft. Deze test is uiterlijk 30 september operationeel.

Personele inzet SEH

De aantallen patiënten op de SEH die aan de COVID-casusdefinitie voldoen op basis van de ingangsklacht maken de zorgwaarte hoog op de SEH. Dit vraagt zowel extra inzet van verpleegkundigen als doktersassistenten. Vanaf trede 2 zal het ook nodig zijn om extra inzet van anios te realiseren of dienstdoend medisch specialisten in te zetten voor zorg op de SEH. Bij een grote COVID uitbraak zal extra inzet vanuit andere afdelingen strikt noodzakelijk zijn, mits ook de reguliere acute zorg geen sterke daling laat zien.

7. Flexibele inzet van medewerkers, medisch specialisten en personeelszorg

Inzet van medewerkers

COVID-19 en/of influenza kan leiden tot een extra toeloop van patiënten en/of tot een hogere uitval van ziekenhuispersoneel wat leidt tot een knelpunt in personele capaciteit. Daarnaast kan COVID-19 leiden tot een afname van andere zorgactiviteiten. Het is van groot belang dat voldoende zorgpersoneel op de juiste plaatsen inzetbaar is. Dat betekent dat er voortdurend moet worden beoordeeld waar kan worden afgeschaald, waar moet worden opgeschaald en welke herverdeling dit met zich meebrengt.

Om inzicht te hebben in de benodigde personele capaciteit zijn de volgende factoren van belang:

- Actueel inzicht in de huidige personele capaciteit (toename en afname)
Er wordt op basis van de actuele situatie een inschatting gemaakt van de te verwachten zorgvraag, de risico's die dit met zich meebrengt en hoe daarop te anticiperen. Op basis hiervan wordt een inschatting gemaakt van het benodigde en beschikbare personeel.
- Actueel inzicht door goede registratie van verzuim
Om goed te kunnen anticiperen op een forse toename van het verzuim is een goede dagelijkse registratie en monitoring van het verzuim een voorwaarde. Hiervoor kan het reeds ingerichte coronadashboard gebruikt worden. Inzicht per afdeling maakt tevens inzichtelijk op welke afdelingen knelpunten gaan ontstaan.
- Actueel en betrouwbaar overzicht van welk personeel dat bijvoorbeeld thuis zit of thuis werkt, maar ingezet zou kunnen worden in de zorg.

Om te kunnen acteren op vraag en aanbod van personele capaciteit is het volgende van belang:

- Er dient een centraal coördinatiepunt voor personele capaciteit ingericht te worden. In dit centrale coördinatiepunt moeten in ieder geval een bedrijfskundig manager, meewerkend teamleiders en de afdeling HR betrokken worden. Daarnaast vraagt het ondersteuning op het gebied van planning en administratie.
- Afdelingen met personele vraag kunnen dit aanvragen bij het centraal coördinatiepunt. Vanuit het centraal coördinatiepunt wordt bekeken welke afdelingen aanbod moet leveren. Ontstaan hierbij knelpunten dan worden deze teruggekoppeld naar de bedrijfskundige manager, of indien van toepassing naar het OT in een crisisorganisatie.
- Er kan ook externe capaciteit worden aangetrokken. Hiervoor wordt de vraag uitgezet bij onze uitzendsamenwerkingspartners Flexibility, TMI en High care. Eventueel kunnen andere partijen benaderd worden. Spontaan aanbod van hulp wordt getoetst (al dan niet via Viazorg) op inzetbaarheid en vervolgens een tijdelijk contract aangeboden.

Inzet van Medisch specialisten

- Gesteld is dat de reguliere zorg doorgang blijft vinden, ook bij een toename van COVID-zorg
- Vanaf het moment dat de IC-capaciteit landelijk naar 1700 wordt opgeschaald zal naar verwachting het nodig zijn om de reguliere zorg naar 80% af te schalen. Hierdoor krijgt een deel van de medisch specialisten te maken met minder werkzaamheden.
- De medisch specialisten bij wie tijd vrij is komen te vallen worden ingezet op plaatsen waar COVID-zorg geleverd wordt zoals bijvoorbeeld de IC of de SEH.
- Vanuit het medisch stafbestuur wordt een centrale coördinator aangewezen die zorgdraagt voor de inzet van medisch specialisten en vraag en aanbod bij elkaar brengt.
- Vanuit scenario's waar de IC-capaciteit een minder grote rol speelt, kan het noodzakelijk zijn de reguliere zorg af te schalen. Zoals bijvoorbeeld een volle kliniek door een combinatie van COVID met influenza. Ook dan geldt bovenstaande werkwijze.

Opleiden van medewerkers

Door interne of externe medewerkers op te leiden voor specifieke taken en werkzaamheden kan extra personele capaciteit gecreëerd worden. Om dit goed in te kunnen richten zijn de volgende aspecten van belang:

- Vanuit de sectoren wordt in kaart gebracht aan welke ondersteuning behoefte is en voor welke taken/werkzaamheden opleiding noodzakelijk is. De Adrz Academy adviseert op basis hiervan over de mogelijke opleidingsvormen. Met bedrijfskundig managers wordt besloten welke opleidingsactiviteiten ingezet gaan worden.
- Het organiseren van 'training on the job', waarbij een medewerker door een collega van de afdeling (buddy) wordt begeleid om de nodige werkzaamheden te kunnen verrichten.
- De Adrz Academy kan in samenspraak met de sectoren trainingen organiseren. Voor geven van de trainingen zijn interne medewerkers en/of externe docenten met expertise van de specifieke taken/werkzaamheden noodzakelijk.

Gezondheid van de medewerkers

Bij een toenemende werkdruk en gezondheidsrisico's is het van het belang om extra aandacht te hebben voor de gezondheid van de medewerkers. Naast de dagelijkse monitoring van het verzuim zijn de volgende aspecten belangrijk:

- De inrichting van het psychosociale team ter ondersteuning van medewerkers.
- Vanuit het programma Adrz Vitaal kan gerichte e-learning op het gebied van gezond en veilig werken worden aangeboden.
- Objectief monitoren van gezond blijven werken in een crisissituatie. Enerzijds in de reguliere zorgprocessen en anderzijds bij nieuwe zorgconcepten. HR werk en gezondheid wordt betrokken bij de uitwerking van andere inrichting van afdeling en nieuwe zorgdiensten/zorgtaken (zoals bijv. COVID-poli).
- Het is belangrijk dat leidinggevenden in contact blijven en aandacht hebben voor de medewerkers in een andere werksituatie (bijv. met beschermde kleding, andere afdeling en thuiswerken).

Wet en regelgeving met betrekking tot medewerkers

Beslissingen vanuit de overheid (RIVM) en de organisatie (Adrz) leiden tot nieuwe vraagstukken met betrekking tot personeelsbeleid. Knelpunten worden besproken met betrokken bedrijfskundig managers of in een crisissituatie in het OT of BT. Vervolgens wordt de afdeling HR gevraagd om advies en om beleid op te stellen. Dit beleid wordt in samenspraak met betrokken partijen opgesteld, indien nodig en mogelijk voorgelegd aan de OR en vervolgens vastgesteld in het beleidsoverleg. Communicatie vindt plaats via de centrale communicatiekanalen.

8. Voorraadbeheer

Vanuit het LNAZ-rapport is gesteld dat er een ijzeren voorraad voor 8 weken moet zijn voor disposables en PBM. Naast de landelijke kaders heeft Adrz de plicht voor haar medewerkers, patiënten en derden voldoende, veilig, en kwalitatief materiaal op voorraad te hebben, zodat we invulling kunnen geven aan onze regionale ziekenhuisfunctie voor COVID-19 en reguliere zorg.

Verhogen huidige voorraad

- Gedurende een reguliere bedrijfsvoering werkt Adrz met een bedrijfsvoorraad van 1½ tot 2 weken, zeker voor PBM en afhankelijk van lever-/doorlooptijd van disposables kan dit zelfs hoger liggen. Om aan onze plicht voor medewerkers, patiënt en derden te voldoen en de landelijke – verplichtende – kaders vanuit het LNAZ-rapport te volgen moeten we de huidige voorraad verhogen.

Hoeveelheid voorraad, waarop is voorraad gebaseerd en welke artikelen.

- Om de “8 weken ijzeren voorraad” te kunnen garanderen bij een COVID-19 uitbraak en 80% van de reguliere zorg te kunnen continueren definiëren wij deze voorraad als volgt:
De voorraad bij een reguliere bedrijfsvoering verhoogd met een nader te bepalen percentage¹ COVID-19 verbruik op de nader te specificeren artikelen² (PBM en disposables).
- Mogelijk dat we op basis van voortschrijdend inzicht de 8 weken ijzeren voorraad fluide maken en deze koppelen aan de verschillende “treden van opschaling”.
PM: Dit beleid wordt nog concreter beschreven.

Bijvoorbeeld:

- Trede 0 –; Reguliere voorraad
- Trede 1 – 8 weken voorraad, met aangepaste percentage COVID-19 voorraad;
- Trede 2 – herzien bij opschaling **PM: wordt nog concreter beschreven**
- Ook kan dit gekoppeld worden aan de IC-opschaling.

Naast bovengenoemde inventarisatie moeten de volgende aspecten meegenomen worden:

- Procedure opstellen voor het inzetten van alternatieve artikelen, wie hierin adviseert en beslist;
- Disposables versus Reusables;
- Hersteriliseren van artikelen;
- Landelijk vangnet van artikelen (ROAZ en QRS)
- Landelijk netwerk/helpdesk waarin best practice van zorgaanbieders wordt gedeeld.

Wat is de fysieke capaciteit tot uitbreiding voorraad.

Adrz heeft beperkte capaciteit in eigen magazijn(-en), naast een oplossing tot het tijdelijk plaatsen van mobiele magazijnen heeft Weststrate (preferred supplier) aangeboden 100 palletplaatsen exclusief te reserveren voor extra voorraad van Adrz. Hierdoor hoeven wij geen extra voorraad aan te leggen vanuit logistiek of op de verschillende afdelingen (IC en OK), daarvoor is onvoldoende capaciteit. Nog nader uit te werken:

- Logistieke processen intern Adrz extern andere leveranciers;
- Financiële consequenties;
- Verzekering gestalde voorraad.

Volgen en borgen van het logistieke proces, voorraad, bestelling, uitgifte.

PBM: In de afgelopen COVID-19 periode hebben we via het Corona Dashboard het verbruik en actuele voorraden van PBM ontsloten. Dit houden we aan, waarbij we het assortiment naar behoefte kunnen muteren. Voor juiste en volledige monitoring is het noodzakelijk dat verpakkingseenheden en verbruik op elkaar aansluiten, dit wordt nader onderzocht door functioneel beheer inkoop en BIC.

Disposables: Verbruik van IC en OK artikelen zijn vanuit Vidavi te volgen. Er is een basisvoorraad in de magazijnen o.b.v. actuele verbruik.

Wie draagt de kosten.

Kostenstructuur blijft hetzelfde als bij reguliere bedrijfsvoering. Leveringen tot in het magazijn komen op het magazijnbudget, zodra artikelen op de afdeling worden uitgeleverd, worden de kosten van de uitgeleverde artikelen aan desbetreffende afdeling toegewezen.

Medicatievoorraad

Het landelijk coördinatiecentrum geneesmiddelen (LCG) stelt een landelijke richtlijn ten aanzien van het aanleggen van een COVID crisisvoorraad geneesmiddelen. De opbouw van deze crisisvoorraad wordt betaald vanuit een VWS subsidie. Het gebruik van middelen uit deze voorraad worden bekostigd vanuit de zorginkomsten van het ziekenhuis. De voorraad dient zoveel als mogelijk continu aangevuld worden door Adrz. Aan het eind van de crisis moet de crisisvoorraad nog op orde zijn. Adrz is verantwoordelijk voor het op peil houden van de voorraad.

9. Regionale en landelijke spreiding van patiënten en transparantie in capaciteit

Regiefunctie regionaal en landelijk

De ROAZ-en hebben de opdracht om regionaal regie te houden op beschikbare capaciteit en waar nodig binnen de regio zorg te verplaatsen om te voorkomen dat er lokale overbelasting ontstaat.

Hiervoor is het Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS) ingericht. Dagelijks vraagt het RCPS ook data op om zicht te houden op de regionale situatie.

Het RCPS kan bij regionale capaciteitsproblemen een beroep doen op het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS). Zij dragen zorg voor de landelijke spreiding indien het regionaal niet oplosbaar is.

Transparantie in capaciteit

Landelijk en regionaal zijn er rond de COVID-zorg afspraken gemaakt hoe inzicht te krijgen over de druk op de ziekenhuiscapaciteit en in de IC capaciteit.

Er is verplicht gesteld data aan te leveren via:

- NICE
- Zorg-Capaciteit.nl
- Weblink van het RCPS
- In periodes van regionale druk is er wekelijks, of indien noodzakelijk frequenter, een uitvraag van het regiobeeld. Dit vindt digitaal plaats via 2twnty4.
- Er wordt nog een keus gemaakt voor een landelijk real-time systeem wat het op verschillende plaatsen moeten aanleveren van data zal gaan vervangen.

Veiligheidsregio Zeeland

Ook de Veiligheidsregio en met name de GHOR heeft een rol ten aanzien van de zorgvraag en zorgaanbod.

De GGD/GHOR draagt zorg voor een dashboard met gegevens zodat vroegtijdig gesignaleerd kan worden of regionale problematiek rond COVID-19 toeneemt. Afhankelijk van de fase waarin de regio zich bevindt wordt dagelijks dan wel wekelijks informatie ingewonnen welke in een rapportage met de ketenpartners wordt gedeeld.

10. Schematische weergave maatregelen op basis tredebeleid

	Opschaling Adrz op basis incidentie COVID+ bij testen (via CoronIT)		
	Trede 0	Trede 1	Trede 2
Incidentie in CoronIT	op basis (inter)nationale cijfers, geen of verwaarloosbaar risico op besmetting	2 opeenvolgende weken geen positieve test bij > 50 testen	Vanaf iedere week waarbij het percentage positieve testen >5%, bij een test aantal >25 per week
Triage planbare zorg	geen triage	informatiebrief en flyer per post. SMS voorafgaand aan afspraak. Zelftrriage op website. Bij hoofdingang triagevragen op banner	idem als trede1 plus fysieke triage in hal of onder luifel Goes plus temperatuurmeting.
Triage acute zorg (SEH, BVT, KCL)	geen triage	informatie bij hoofdingang Goes en bij klachten naar specifieke balie. Verwijzing via groene lijn voor SEH en KCL naar r-SEH. BVT naar BVT	idem als trede1 plus fysieke triage in hal of onder luifel Goes plus temperatuurmeting.
Bezoek	geen beperkingen	1 bezoeker per bezoeker per patiënt (volgens actuele procedure bezoek)	1 bezoeker per bezoeker per patiënt. Bij tekort PBM bezoek naar 2x per week (volgens actuele procedure bezoek)
Triage bezoek	geen triage	trriage middels vragen op banner	idem als trede1 plus fysieke triage in hal of onder luifel Goes plus temperatuurmeting.
isolatie op r-SEH	COVID test en isolatie alleen bij en in influenzaseizoen ook influenza sneltest	bij COVID gerelateerde klachten start in isolatie, afnemen testen laagdrempelig uitisolatie nemen tot uitslag bekend is (beslissing behandelaar). In influenzaseizoen ook influenza sneltest	bij COVID gerelateerde klachten start in isolatie, afnemen testen in isolatie houden tot uitslag bekend is. In influenzaseizoen ook influenzasneltest.
Polikliniekbezoek	volgens afspraken mbt afstand en streven naar minimaal 30% telefonisch	volgens afspraken mbt afstand en streven naar minimaal 30% telefonisch	Idem als trede 1. Afhankelijk van druk op organisatie door klinische covid+ patienten % telefonisch contact verhogen
klinische patienten	geen monitoring op COVID-achtige klachten	2x daags temperatuur meten en monitoring bij covid-19 passende klachten	2x daags temperatuur meten en monitoring bij covid-19 passende klachten
medewerkers	geen monitoring op COVID-achtige klachten	2x daags temperatuur meten en monitoring bij covid-achtige klachten	2x daags temperatuur meten en monitoring bij covid-achtige klachten
Kerkdienst	geen beperkingen	volgens strikte afspraken plus niet zingen	Niet mogelijk

11. Bijscholing en scholing

In dit beleidsplan is de bijscholing en scholing van medewerkers op diverse plaatsen kort beschreven. Om de IC op te kunnen schalen en de SEH te ondersteunen bij het isoleren in de eerste opvang zijn medewerkers nodig met basis kennis van de acute zorg. Verder is het voorkomen van instroom naar de IC en het bevorderen van uitstroom vanuit de IC naar de verpleegafdeling alleen mogelijk met het verhogen van de kennis en kunde van onze medewerkers.

Scholingsplan

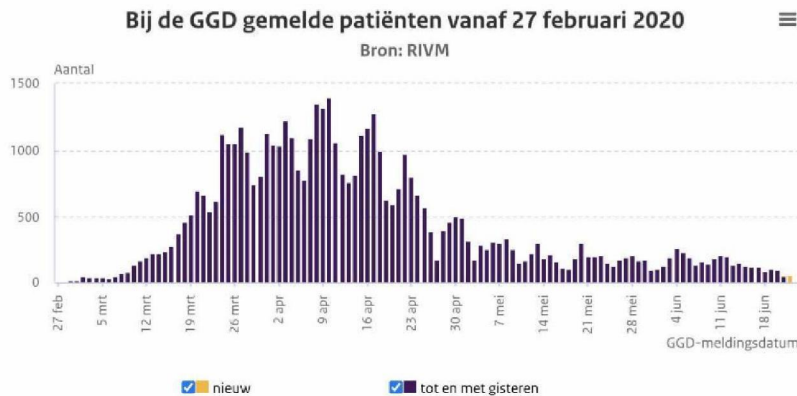
Er is een scholingsplan COVID-19 gemaakt en ingediend bij het Ministerie van VWS en het ROAZ Zuidwest. In dit plan is de opleiding Basis Acute Zorg (BAZ) een essentieel onderdeel. Deze nieuwe verpleegkundige vervolgopleiding is onderdeel van de nieuwe CZO Flex Level opleidingssystematiek. De nieuwe opleiding is in de loop van najaar 2020 beschikbaar bij de Erasmus MC Academie. De BAZ geeft na het behalen, ruime mogelijkheden om met vrijstellingen een specialistische vervolgopleiding te starten.

Voor een uitgebreidere beschrijving en informatie: zie bijscholingsplan COVID-19

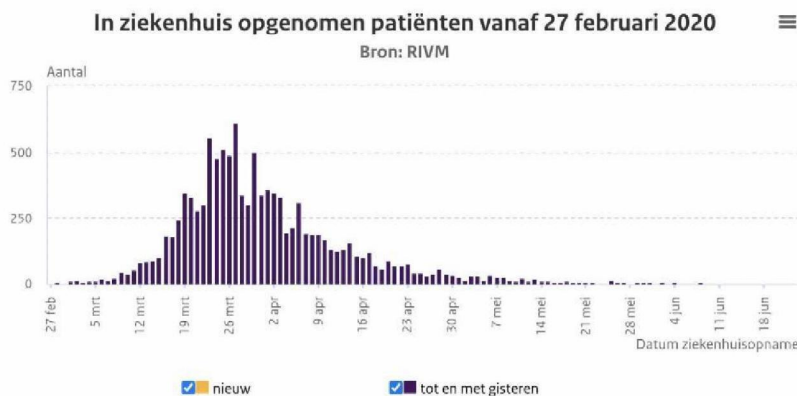
BIJLAGE 1

Op- en afschaling COVID-infectiepreventie maatregelen instroom patiënten en bezoek [ziekenhuisbreed] beleidsdocument

De coronacrisis in Nederland is een gevolg van de coronapandemie welke ontstond door de uitbraak van de infectieziekte COVID-19. De eerste besmetting werd op 27 februari vastgesteld bij een inwoner van Loon op Zand. Vanaf dat moment nam het aantal besmettingen zoals verwacht toe en dit was aanleiding voor de 'slimme lockdown' in Nederland. Na een piek van gevallen per dag zijn er momenteel een laag aantal nieuwe en vrijwel constant aantal (<100) nieuwe gerapporteerde besmettingen per dag, zie figuur onder.



Ook zien we in Nederland een forse daling van het aantal nieuw opgenomen patiënt met COVID. Momenteel worden incidenteel nieuwe patiënten opgenomen namelijk dagelijks minder dan 5 nieuwe gevallen, zie figuur onder.



De maatregelen die van kracht zijn om de verwachte tweede piek op te vangen trek een zware wissel op de reguliere bedrijfsvoering van het ziekenhuis, enerzijds is er het risico van besmetting en anderzijds de steeds groter wordende noodzaak tot het leveren van reguliere zorg. Het ene gaat ten koste van het andere, een 'one size fits all' oplossing bestaat niet. Als men blijft hangen in de twee uitersten, defensieve infectiepreventie vs. continuering bedrijfsvoering, zal dit niet ten goede komen aan de kwaliteit van zorg in zijn totaliteit. Er zal continu een balans gevonden moeten worden waarbij het meten en handelen naar een objectieve parameter essentieel is, immers meten is weten.

In de komende periode wordt er gewerkt met een getrappt systeem waarbij maatregelen dynamisch ingesteld worden op basis van 'real time' infectiedata binnen het adherentiegebied van het Adrz. De genomen maatregelen moeten passen bij het actuele risico dit kan men afleiden van het percentage positief geteste patiënten, namelijk hoe groter dit aandeel is hoe groter de kans op besmetting binnen het ziekenhuis.

Wekelijks wordt een extractie gedaan uit het laboratoriuminformatiesysteem waarbij gekeken wordt naar het percentage positief geteste patiënten (klinisch- en poliklinisch) op basis van dit percentage kan infectiepreventiebeleid getrap uitgevoerd worden waarbij de afkapwaarde arbitrair is, zie tabel hieronder.

GAZ_KPI15_Positieve_COVID					
Week	G_COVID19_Aanvragerindeling	% resultaten / G_COVID19		Resultaten	
		Negatief	Positief	Negatief	Positief
Week van 8 jun	2e lijns - Intern klinisch en poliklinisch	98%	2%	62	1
Week van 8 jun	Bevolking - GGD en Huisarts	100%	-	62	-
Week van 8 jun	CoronIT	100%	0%	745	3
Week van 8 jun	Medewerkers ADRZ	100%	-	14	-
Week van 8 jun	VVT - Verpleeghuizen / externe organisaties	97%	3%	152	4
Week van 15 jun	2e lijns - Intern klinisch en poliklinisch	100%	-	33	-
Week van 15 jun	Bevolking - GGD en Huisarts	100%	-	53	-
Week van 15 jun	CoronIT	100%	0%	654	1
Week van 15 jun	Medewerkers ADRZ	100%	-	8	-
Week van 15 jun	VVT - Verpleeghuizen / externe organisaties	99%	1%	287	4

Trede 0

Er is, mede gebaseerd op (inter)nationale cijfers, geen of verwaarloosbaar risico op besmetting en dit risico wordt zondermeer geaccepteerd.

Bij opname in het ziekenhuis: Geen triage en testbeleid bij opname in het ziekenhuis, alleen verdenkingen na gerichte anamnese en onderzoek, of toevallsbevindingen zullen geïsoleerd worden.

Poliklinische patiënten (en bezoekers): Geen triage.

Reeds opgenomen patiënten en medewerkers: Geen monitoring op COVID-achtige klachten

Bezoek: geen aangepaste maatregelen

Trede 1

Er is, mede gebaseerd op (inter)nationale cijfers, een matig risico op besmetting en introductie van COVID-19 in het ziekenhuis. Het percentage positieve testen (van patiënten buiten het ziekenhuis) is twee opeenvolgende weken > 1 % (bij een test aantal van >50 testen per week), maar ligt onder de 5%.

Bij opname in het ziekenhuis: Alle patiënten opgenomen via de SEH welke voldoen aan de 'triage voor testen' worden getest middels de 'COVID-screening', dit is een snelle test welke indien de logistiek optimaal is doorslaggevend resultaat kan produceren binnen 60 minuten.

De triage voor testen streeft naar een optimale sensitiviteit in het detecteren van COVID-19 verdachte patiënten, met dientengevolge verlies aan specificiteit. Tegen een lage achtergrondprevalentie zal dit leiden tot een hoge negatief voorspellende waarde maar lage positief voorspellende waarde van de triage. Zodoende worden patiënten tussentijds, zonder actuele positieve test, niet meer geïsoleerd. Patiënten worden tussentijds, in afwachting van de testuitslag, alleen geïsoleerd indien de longarts of de internist actief de verdenking uitspreekt op COVID.

Testen van alle positief getrieerde patiënten is onontbeerlijk om een toename in incidentie tijdig te signaleren, het triagebeleid blijvend te kunnen evalueren, en het laatste rest-risico om ongedetecteerde introductie van COVID-19 in het ziekenhuis af te dekken.

Poliklinische patiënten: Triage op COVID klachten wordt gedaan op één moment voorafgaand aan bezoek ziekenhuis. Dit kan schriftelijk. Patiënten met klachten worden op deze manier verzocht tevoren contact op te nemen met de betreffende polikliniek voor instructies.

Het is de eigen verantwoordelijkheid patiënt/bezoeker om het ziekenhuis niet te betreden met COVID-achtige klachten, conform het landelijke beleid (ténzij na voorafgaande instructie omtrent testen danwel bescherming). Uitvraag aan de poort vindt niet plaats.

Reeds opgenomen patiënten en medewerkers: 2x per dag temperatuur meten en monitoren bij COVID-19 passende klachten.

Bezoek: aangepast bezoekbeleid volgens trede 1.

Trede 2

Er is, mede gebaseerd op (inter)nationale cijfers, een hoog risico op besmetting en introductie van COVID-19 in het ziekenhuis. Het percentage positieve testen (van patiënten buiten het ziekenhuis) is twee opeenvolgende weken > 5% (bij een test aantal van >50 testen per week).

Bij opname in het ziekenhuis: Alle patiënten opgenomen via de SEH welke voldoen aan de 'triage voor testen' worden getest middels de 'COVID-screening', dit is een snelle test welke indien de logistiek optimaal is doorslaggevend resultaat kan produceren binnen 60 minuten.

Bij een hogere achtergrondprevalentie is de positief voorspellende waarde van de 1^e triage hoger: alle Patiënten worden geïsoleerd in afwachting van de testuitslag, tenzij de behandelend arts besluit en documenteert dat patiënt niet COVID-19 verdacht is. (De PCR wordt als screeningstool nog wel ingezet).

Poliklinische patiënten: Triage op 2 momenten: 48-72 uur tevoren, en bij binnenkomst. Het meten van temperatuur wordt hieraan toegevoegd. Mogelijkheid te testen via COVID teststraat wordt bij patiënten met klachten aan de poort actief aangeboden.

Reeds opgenomen patiënten en medewerkers: 2x per dag temperatuur meten en monitoren bij COVID-19 passende klachten.

Bezoek: geen bezoek of aangepast bezoekbeleid volgens trede 2.

Nb! In de afweging op-of af te schalen kunnen naast bovengenoemde criteria door het OMT de volgende factoren worden meegewogen: het totaal aantal uitgevoerde testen, het aantal ziekenhuisopnames, de landelijke schatting van R0 en de schatting van het totaal aantal besmettelijke personen in de populatie (waar mogelijk