



landelijk netwerk
acute zorg

Alleen Samen

**(Crisis)zorgverlening in de
keten bij toenemende
pandemische druk**

Inhoud

1. Samenvatting	4
2. Inleiding	4
2.1 Aanleiding.....	4
2.2 Opdracht.....	5
2.3 Projectorganisatie.....	6
3. Zorgverlening in de verschillende stadia van pandemische druk	6
3.1 Inleiding.....	6
3.2 Conventionele zorgverlening.....	7
3.3 Aangepaste zorgverlening.....	7
3.4 Crisiszorgverlening.....	8
4. Samenwerking in de verschillende stadia van pandemische druk	9
4.1 Samenwerking tussen zorgverleners.....	9
4.2 Uitgangspunten voor samenwerking binnen en tussen regio's.....	10
4.2.1 Individueel.....	10
4.2.2 Sectoraal/regionaal.....	10
4.2.3 In de keten.....	10
5. Een dreigende crisissituatie en het afkondigen van fase 3	11
5.1 Het signaleren van een dreigende crisissituatie door de regio's.....	11
5.2 Het landelijk afkondigen van fase 3 door de minister.....	11
5.3 Landelijk besluit tot beëindiging van fase 3.....	13
6. Plannen voor toenemende pandemische druk	13
6.1 Regionale en sectorale plannen.....	13
6.2 Een vergelijkingskader.....	13
7. Sectorale plannen voor toenemende pandemische druk	13
7.1 Inleiding.....	13
7.2 Sectorale plannen.....	14
7.2.1 Huisartsen(posten).....	14
7.2.2 Verpleging en verzorging thuis en in de verschillende woon- en verblijfsvormen.....	14
7.2.3 Gehandicaptenzorg.....	14
7.2.4 Geestelijke gezondheidszorg (ggz).....	14
7.2.5 Regionale ambulancevoorziening (RAV).....	14
7.2.6 Ziekenhuizen.....	15
7.3 Bevindingen.....	15
8. Regionale plannen	17
8.1 Inleiding.....	17
8.2 Regionale plannen.....	17

8.3	Bevindingen in relatie tot het vergelijkingskader.....	17
9.	Informatievoorziening en besluitvorming.....	19
9.1	Vroegtijdige signalering.....	19
10.	Conclusie en aanbevelingen	20
10.1	Conclusies.....	20
10.2	Aanbevelingen.....	20
	Afkortingen.....	22
	Bijlage 1. Samenstelling kernteam.....	23
	Bijlage 2. Vergelijkingskader.....	24
	Bijlage 3. Mogelijke maatregelen per sector.....	25

1. Samenvatting

In de elf regio's van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) zijn plannen gemaakt om de zorg en ondersteuning in een eventuele fase 3 van de covid-19-pandemie (crisiszorgverlening) zo goed mogelijk te waarborgen. Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) met een kernteam de regionale plannen voor de toenemende pandemische druk en fase 3 beoordeeld aan de hand van een door het kernteam zelf opgesteld vergelijkingskader.

Het kernteam heeft eerst de verschillende stadia van pandemische druk benoemd en de zorgverlening in elke fase beschreven. Tevens is aangegeven wat verwacht wordt van de samenwerking tussen zorgverleners in de regio en van de regio's onderling bij een toenemende druk op de zorg alvorens zo nodig landelijk wordt besloten tot het afkondigen van fase 3. Omdat de landelijke sectorale plannen een bouwsteen vormen van de regionale plannen voor fase 3 heeft het kernteam ook deze plannen bestudeerd.

Het kernteam is van mening dat de in de regionale plannen voorgestelde maatregelen, gegeven de pandemische druk, aanvaardbaar zijn voor de zorgverlening en de kwaliteit van de zorg als geheel. Het kernteam baseert dit oordeel allereerst op de inhoud van de sectorale plannen en het oordeel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over die plannen. Het kernteam baseert zich verder op de beoordeling van de regionale plannen op basis van het opgestelde vergelijkingskader. Daarbij gaat het kernteam ervan uit dat de gesignaleerde bevindingen, evenals die van de IGJ, worden meegenomen in de doorlopende uitwerking van de regionale plannen. Tot slot doet het kernteam een aantal aanbevelingen aan de regio's, de sectoren en het ministerie van VWS.

2. Inleiding

2.1 Aanleiding

Het afgelopen jaar is er door de samenwerking tussen partijen veel kennis en kunde opgebouwd over hoe we om moeten gaan met de covid-19-pandemie. Zorgverleners uit de verschillende sectoren hebben elkaar gevonden en er is in de regio's hard gewerkt aan het ontwikkelen van plannen en het versterken van de zorgketen om tijdens de pandemie voor patiënten en cliënten covid-zorg en non-covid-zorg zo goed mogelijk doorgang te laten vinden.

Analyses en prognoses laten zien dat met de opkomst en verspreiding van nieuwe virusvarianten de toch al zeer grote druk op de zorg verder kan oplopen. Er moet rekening worden gehouden met scenario's waarin de vraag naar zorg het aanbod van zorg, ondanks de genomen maatregelen, overschrijdt. Deze dreiging geldt voor iedere zorgsector afzonderlijk en voor de zorgketen als geheel.

Als de vraag naar zorg groter is dan de maximaal opgeschaalde zorg aan kan, zijn aanvullende maatregelen nodig. Deze maatregelen moeten de kwaliteit van de zorg en ondersteuning op een minimaal aanvaardbaar niveau waarborgen, waardoor de niet uit te stellen zorgverlening en de essentiële basisverzorgingen begeleiding gecontinueerd kunnen worden. De maatregelen zijn daarbij gericht op het voorkomen van een situatie waarin één of meer zorgsectoren of delen daarvan ook het minimaal aanvaardbare niveau van zorgverlening niet meer kunnen garanderen. Mochten onverhoopt ook deze maatregelen tekortschieten, dan rest de zorg niets anders dan crisiszorg te verlenen.

Voor maatregelen die bij een toenemende pandemische druk worden ingezet heeft VWS het 'Tijdelijk verdiepend beleidskader "Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie"' opgesteld. Dit beleidskader is een aanvulling op het 'Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg tijdens de COVID-19 pandemie' dat VWS eerder met partijen heeft vastgesteld en dat sinds 23 oktober 2020 van kracht is.

VWS geeft aan dat de uitvoering van dit beleidskader voor all ookaal en regionaal moet gebeuren. De ROAZ-regio's, de bijbehorende infrastructuur en het bestuurlijke ROAZ-overleg worden door alle betrokkenen gezien als logische gremia om de zorgverlening in de regio's zo goed mogelijk onderling af te stemmen. Het overleg fungeert daarbij als een verbindende schakel tussen de zorgsectoren. De onderliggende en goed werkende structuren, zoals die van de veiligheidsregio's en de GGD GHOR (de koepelorganisatie van de GGD'en en GHOR-bureaus), evenals sectorale en lokale afspraken, blijven daarbij bestaan en sluiten hierop aan.

2.2 Opdracht

Ter ondersteuning van dit beleidskader heeft VWS het LNAZ verzocht om een kerngroep te formeren met de volgende opdrachten:

1. Beoordeel de maatregelen in de verschillende regionale plannen op basis van een door de kerngroep zelf op te stellen vergelijkingskader (zie verder punt 4).
2. Geef op basis van het opgestelde vergelijkingskader aan of de gevolgen van de in de regionale plannen voorgestelde maatregelen, gegeven de pandemische druk, aanvaardbaar zijn voor de zorgverlening en de kwaliteit van de zorg. Deze beoordeling moet geligitimeerd worden door de IGJ. Daarnaast kan de uitkomst van de vergelijking leiden tot een nadere invulling of aanvulling van de maatregelen opgenomen in de regionale plannen.
3. Koppel de uitkomst van deze vergelijking terug naar de regio's met het verzoek om de regionale plannen zo nodig aan te passen.
4. In het vergelijkingskader moeten in ieder geval antwoorden op de volgende vragen verwerkt zijn:
 - Zijn de verschillende sectorale plannen meegenomen bij het maken van de regionale plannen? Denk hierbij aan de plannen voor de verpleeghuiszorg, de gehandicaptenzorg, de wijkverpleging, de eerstelijnsvoorziening, de huisartsen (posten), de geestelijke gezondheidszorg, de ambulancevoorziening en de ziekenhuizen.
 - Wordt er in de plannen rekening gehouden met de verschillende wijzen waarop een oplopende pandemische druk zich in de verschillende sectoren laat voelen?
 - Zijn er afspraken gemaakt over het realiseren van (boven)regionale opschaalbare overloopcapaciteit zodat de doorstroom door de keten zo goed mogelijk volgehouden kan worden? En is uitgewerkt hoe organisaties daar in personele zin aan bijdragen?
 - Is uitgewerkt welke keuzes op het gebied van de kwaliteit van zorg er in de hele keten bij een oplopende pandemische druk gemaakt worden, hoe omgegaan wordt met de personele schaarste bij de keuzes die gemaakt worden en wat de effecten zijn van de gemaakte keuzes?
 - Zijn er aanvullende acties nodig?
 - Zijn er afspraken gemaakt over de communicatie?
 - Zijn er afspraken gemaakt over de informatievoorziening?
 - Zijn de rolverdeling, de verantwoordelijkheid en de bevoegdheden van de verschillende partijen beschreven?

Aanvullend verzoekt VWS het LNAZ om:

5. via het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en GGD GHOR Nederland inzicht te krijgen in de actuele

databehoefte en om het actuele beeld dat er nu al is van de beschikbare capaciteit van de ziekenhuizen te verbreden naar die van de ketenzorg.

2.3 Projectorganisatie

Het traject om te komen tot dit plan is aangestuurd door een kernteam onder voorzitterschap van het LNAZ. De kernteamleden zijn inhoudelijke deskundigen vanuit de diverse betrokken partijen. Zij hebben op persoonlijke titel meegewerkt aan dit plan. Zie bijlage 1 voor de samenstelling van het kernteam. Dit document wordt aangeboden door het LNAZ.

3. Zorgverlening in de verschillende stadia van pandemische druk

3.1 Inleiding

Zorg voor patiënten en cliënten wordt in beginsel lokaal of regionaal geboden. Het is hierbij aan de zorgaanbieder om de continuïteit van zorg te borgen. Dit geldt ook voor de zorgverlening ten tijde van een pandemie. De mate van pandemische druk is hierbij van invloed op de zorg die wordt geboden. We onderscheiden in dit plan drie fasen van zorgverlening zoals omschreven in de Crisis Standards of Care (CSC)¹:

- conventionele zorgverlening (fase 1);
- aangepaste zorgverlening (fase 2);
- crisiszorgverlening (fase 3).

Met deze indeling in fasen sluiten we zoveel mogelijk aan bij de opdracht van VWS.² We realiseren ons dat in documenten en plannen soms een andere indeling en/of terminologie wordt gebruikt.³ Waar nodig zullen we daaraan refereren. Om geen verwarring te creëren tussen de door de diverse sectoren gehanteerde faseringen wordt de voorkeur gegeven aan omschrijvingen in lijn met de CSC's (zie figuur 1). Waar nadrukkelijk wordt gesproken over 'fase 3' wordt de afgekondigde fase 3 bedoeld zoals deze landelijk door VWS wordt afgekondigd in het geval dat crisiszorgverlening aan de orde is.

¹ L.O. Gostin, K. Viswanathan, B.M. Altevogt & D. Hanfling (Eds.), Crisis Standards of Care. A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Volume 1: Introduction and CSC Framework, 2012.

² De planvorming van FMS, NVIC, LNAZ/LCPS volgt ook deze internationaal erkende systematiek.

³ Zo gebruiken meerdere partijen de term code zwart voor de fase van crisiszorgverlening.



Figuur 1. De verschillende soorten zorgverlening bij toenemende pandemische druk op de zorg

3.2 Conventionele zorgverlening

Bij het begin van de verspreiding van een virus is er veelal sprake van conventionele zorgverlening. De zorg vindt plaats zoals dat regulier gebeurt. Vanzelfsprekend worden daarbij eventuele besmette patiënten/cliënten met de voorgeschreven beschermingsmiddelen en op basis van voorgeschreven protocollen behandeld. Er is geen noodzaak om extra capaciteit in te zetten.

Wel zullen in deze fase binnen de zorg voorbereidingen getroffen worden op een mogelijke verdere verspreiding van het virus. Deze voorbereidingen zijn evenwel niet van invloed op de dagelijkse zorgverlening.

3.3 Aangepaste zorgverlening

Op enig moment kan de conventionele zorgverlening ontoereikend zijn om de gevolgen van de verspreiding van het virus binnen de samenleving op te vangen. In dat geval moeten maatregelen worden genomen om aan de toegenomen vraag naar zorg te kunnen voldoen. Deze maatregelen kunnen nodig zijn door een toename van het aantal besmette patiënten, een tekort aan materiaal (beschermingsmiddelen, medicijnen, zuurstof, apparatuur), het uitvallen van zorgpersoneel en mantelzorgers, maar ook door het uitvallen van logistieke voorzieningen en diensten zoals wasserijen, maaltijdvoorziening en/of medicatiedistributie. Dit zal gevolgen hebben voor bijvoorbeeld de langdurige zorg, waardoor eerder moet worden overgegaan tot aangepaste zorgverlening en mogelijk op enig moment zelfs tot crisiszorgverlening.

In deze fase zal de capaciteit van de zorg worden opgeschaald om in de continuïteit van zorg te kunnen blijven voorzien. Voorbeelden van maatregelen gericht op opgeschaalde zorgverlening zijn:

- een verhoogde inzet van personeel (meer uren werken, extra mensen aannemen);
- het uitbreiden van de fysieke capaciteit;
- de inzet van ondersteuning door mantelzorgers, naasten en derden zoals vrijwilligers, extra handen voor de zorg, zelfstandige klinieken, Rode Kruis en Defensie.

De patiënten ontvangen goede en veilige zorg, maar de maatregelen om op te schalen kunnen wel ten koste gaan van de (ervaren) kwaliteit van de zorg.

Bij een verdere toename van de pandemische druk gaat in deze fase ook de aandacht uit naar andere aanpassingen in de zorgverlening die nodig zijn om de noodzakelijke zorg te kunnen blijven leveren. De druk op het systeem bepaalt dan in toenemende mate waar en wanneer deze zorg nog wordt geleverd (collectieve capaciteit).⁴ Voorbeelden van aangepaste zorgverlening zijn:

- het verplaatsen van patiënten tussen ziekenhuizen. Dit betreft een aanpassing in het waar van de zorgverlening;
- het inzetten van personeel van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT-instellingen) in de wijkverpleging;
- het in cohort verplegen van patiënten die wijkverpleging nodig hebben;
- het opschalen van somatische behandeling in sectoren die daar niet primair op ingericht zijn zoals de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de gehandicaptenzorg (GHZ);
- het inzetten van artsen⁵ op de meldkamer;
- het inzetten van dexamethason met zuurstofbehandeling in de thuiszorg;
- het concentreren van vormen van overige zorg, zoals geboortezorg;
- het afschalen of beperken van dat deel van de zorgverlening dat zonder directe gezondheidsschade kan worden uitgesteld. Een voorbeeld hiervan is het afschalen van een deel van de electieve zorg in de ziekenhuizen en het stoppen met de dagbesteding of het alleen nog in zorgnemen van de meest urgente cliënten in de VVT. Dit betreft een aanpassing van het wanneer van de zorgverlening.

In deze fase gaat het in alle gevallen om maatregelen die voorzien in het behoud van de minimaal aanvaardbare kwaliteit van zorgverlening.

3.4 Crisiszorgverlening

Indien de voornoemde maatregelen gezamenlijk niet toereikend zijn om tegemoet te komen aan de zorgvraag, moet worden overgegaan tot crisiszorgverlening.

Er kunnen verschillende redenen zijn voor crisiszorgverlening, zoals:

- een continue en gestage toename van patiënten gedurende een lange periode waardoor op enig moment de capaciteit tekortschiet om nog zorg te kunnen leveren;
- een (sterke) afname van beschikbare capaciteit door uitval van kritisch personeel of het wegvalLEN van voor de zorgverlening noodzakelijke middelen of materialen in het hele land;
- een plotselinge uitbraak in een regio die zo groot is dat andere regio's niet in staat zijn om tijdig hulp te bieden.

Bij crisiszorgverlening worden maatregelen genomen die normaal als niet-aanvaardbaar worden beschouwd, maar gegeven de situatie onontkoombaar zijn en noodzakelijk om de zorgverlening nog zoveel en zo goed mogelijk te kunnen realiseren. Om het moment van overgang naar de fase van crisiszorgverlening te kunnen bepalen, is het van belang dat de ondergrens voor de kwaliteit van zorgverlening in de fase van opgeschaalde en aangepaste zorgverlening goed is beschreven.

⁴ R. Geene, R. Houdijk, P. van der Torn, 5.1.2e, Operational strategies for collective surge capacities. Role of health care coalitions and comparable partnerships for acute care with Covid-19 and other surge-like events, unpublished manuscript, Erasmus MC.

⁵ Het gaat hier om artsen met affiniteit met de acute zorg.

Bij crisiszorgverlening wordt men gedwongen om op de kwaliteit van de zorg en/of de veiligheid van de zorgverlening in te boeten (*crisis care*) en daarmee patiënten/cliënten zorg te onthouden met mogelijke gezondheidsschade tot gevolg. Het is niet zo dat er in deze situatie geen normen meer gelden, wel kunnen er andere normen gelden. Het uitgangspunt is dan noodgedwongen: 'zo goed mogelijk voor zoveel mogelijk'. Het gaat daarbij niet meer om de individuele patiënt/cliënt, maar om het beste resultaat voor de patiënten-/cliëntenpopulatie als geheel.

Wanneer deze keuzes gemaakt worden, is het van belang dat ze navolgbaar zijn en dat het belang van de patiënten-/cliëntenpopulatie vooropstaat. Zo moet duidelijk zijn dat een maatregel met een mogelijk nadelig effect op de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening pas wordt ingezet als andere maatregelen met minder nadelige effecten niet meer voorhanden zijn. Ook moet kunnen worden uitgelegd dat de zwakte van de maatregelen in verhouding staat tot het beoogde doel.

Denk daarbij aan:

- uitvoering van zorg die afwijkt van de richtlijnen (met als mogelijk gevolg een mindere kwaliteit van zorg). Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om het inzetten van lager gekwalificeerd of minder personeel, het inzetten van mantelzorgers in intramurale zorginstellingen, het gebruik van andere materialen of het aanpassen van zorgprocessen met als gedeeld kenmerk dat de minimale kwaliteit van zorg niet kan worden geborgd;
- keuzen in zorgverlening, keuzen in het verstrekken van medicatie/zuurstof in instellingen of thuis, het stoppen met verzorging/verpleging voor bepaalde patiënten en cliënten, bijvoorbeeld voor hen die wonen in een instelling, waartoe als het geen crisis zou zijn nooit besloten zou worden, met mogelijke gezondheidsschade tot gevolg.

Zowel in de psychogeriatric (VVT) als in de GHZ en ggz kunnen onveilige situaties ontstaan door de inzet van minder gekwalificeerd personeel gecombineerd met een gebrek aan deskundige begeleiding, waardoor extra medicatie en/of vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet moeten worden (in de Wet zorg en dwang heet dat onvrijwillige zorg). Denk hierbij bijvoorbeeld aan het opsluiten van bewoners op hun kamers om onveilige situaties/escalaties te voorkomen. Ook in de wijkverpleging kunnen onveilige situaties ontstaan als bijvoorbeeld mensen met dementie niet meer worden bezocht, waardoor geen medicatie gegeven kan worden en mantelzorg mogelijk (voor een deel) wegvalt.

Omdat maatregelen populatiegericht zijn, moet er een vorm van '*unité de doctrine*' zijn. Verschillen in toegang of het verkrijgen van zorg tussen regio's moet zoveel als mogelijk worden beperkt. Maatregelen worden ingezet om te zorgen dat de druk, en daarmee de effecten op de kwaliteit van zorg, zo eerlijk mogelijk worden verdeeld over regio's. Dit vraagt om samenwerking.

4. Samenwerking in de verschillende stadia van pandemische druk

4.1 Samenwerking tussen zorgverleners

De IGJ vraagt ook bij de zorg voor covid-19-patiënten aandacht voor het belang van adequate samenwerkingsrelaties en afspraken: op het niveau van individuele patiënten/cliënten, binnen de instellingen, tussen zorgaanbieders zowel binnen de eigen sector als daarbuiten, en op regionaal en bovenregionaal/landelijk niveau.

De ROAZ-regio's fungeren als gremia om de zorgverlening in de regio zo goed mogelijk vorm te geven. In elke ROAZ-regio zijn plannen gemaakt ter voorbereiding op fase 3. De landelijke sectorale plannen zijn opgesteld als hulpmiddel bij het opstellen en uitwerken van de regionale plannen. Het kernteam heeft ter ondersteuning van de regionale plannen een aantal uitgangspunten geformuleerd die naar de mening van het kernteam van belang zijn voor de samenwerking binnen en vooral ook tussen de regio's.

4.2 Uitgangspunten voor samenwerking binnen en tussen regio's

4.2.1 Individueel

Het eerste uitgangspunt is dat het accent van de afstemming primair lokaal ligt of in de regio. Iedere zorgaanbieder voorziet in plannen om te voorzien in zijn eigen zorgcontinuïteit en neemt hiertoe de benodigde maatregelen.

4.2.2 Sectoraal/regionaal

Als een sector of een regio het niveau van crisiszorg nadert, mag van de andere sectoren en/of regio's worden gevraagd en verwacht dat zij zich inspannen de getroffen sector te helpen om de naderende crisiszorg te voorkomen dan wel uit te stellen.

Indien dreigt dat zorgcontinuïteit bij één of meerdere organisaties in een sector niet meer gewaarborgd kan worden, treedt/treden deze organisatie(s) in overleg met de collega-zorgorganisaties *binnen de sector in de eigen regio* om afspraken te maken over het borgen van de continuïteit van de zorg in de regio. Afhankelijk van de omstandigheden zal het hierbij bijvoorbeeld gaan om afspraken over het verder opschalen van de covid-zorg, het afschalen van de non-covid-zorg, het uitlenen van (zorg)medewerkers tussen zorgorganisaties in een regio en het zo mogelijk verdelen/verplaatsen van patiënten/cliënten naar andere locaties/zorgverleners en het beperken van de instroom van covid-19-patiënten naar ziekenhuizen.

Indien dreigt dat een hele sector in een regio de zorgcontinuïteit niet meer kan borgen, treedt deze enerzijds in overleg met de collega-zorgorganisaties *binnen die sector, maar buiten de eigen regio* om de druk mee te helpen opvangen. Zo wordt voorkomen dat de ene regio al doorschiet naar crisiszorg, terwijl in andere regio's de zorg nog minder gestoord kan doorgaan. Het heeft immers veelal de voorkeur om eerst binnen een sector bovenregionaal of landelijk hulp te vragen voordat men overgaat tot samenwerking in de keten waarbij aanpassingen in de zorgverlening nodig zijn. Een herkenbaar voorbeeld van deze landelijke samenwerking is het landelijk spreiden van ziekenhuispatiënten.

Het is anderzijds ook mogelijk dat er binnen de regio goede mogelijkheden bestaan om elkaar in de keten te ondersteunen. De sector treedt dan ook binnen de regio in overleg met de collega-zorgorganisaties om de druk mee te helpen opvangen. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om afspraken tussen huisartsen/wijkverpleging die versneld ontslag van covid-19-patiënten uit het ziekenhuis mogelijk maken, of het inzetten van personeel van VVT-instellingen in de wijkverpleging.

4.2.3 In de keten

Indien de continuïteit van zorg niet meer binnen de sector kan worden opgevangen, maakt deze sector in het *regionaal overleg met de zorgverleners uit de andere sectoren* binnen de regio afspraken over het waar mogelijk borgen van de continuïteit van de zorg door ondersteuning van uit andere sectoren. Het coördinerend mechanisme is hierbij het ROAZ-overleg. Deze samenwerking in de keten kan ertoe bijdragen dat wat een partij alleen niet lukt, samen wel lukt, namelijk voorkomen dat de zorg in fase 3 belandt. Ketenpartners doen er alles aan om de meest aangedane schakel van de keten maximaal te ontlasten.

5. Een dreigende crisissituatie en het afkondigen van fase 3

5.1 Het signaleren van een dreigende crisissituatie door de regio's

Er kan een moment komen dat de opschaling en de inzet van maatregelen gericht op aanpassing van de zorgverlening, ondanks de samenwerking tussen de regio's en tussen de sectoren, tekort dreigt te schieten om de vraag naar zorg te beantwoorden. Dan is het van belang dat de ROAZ-regio's dit gezamenlijk signaleren en onder de aandacht brengen van de zorgverleners in de regio en van landelijke partijen. Dit geschiedt in fase 2 en het kan de opmaat vormen tot de afkondigen van fase 3.

Na het signaleren van deze dreiging zal door alle regio's en alle betrokken zorgverleners getracht worden de reeds eerder ingezette maatregelen van opschaling en aanpassing van de zorgverlening tot het maximum te benutten. De kwaliteit van zorg en ondersteuning wordt, waar nodig, teruggebracht tot het minimaal aanvaardbare niveau om op deze manier de niet uit te stellen zorgverlening en de essentiële basisverzorging en begeleiding nog mogelijk te maken. Dit alles in een uiterste poging om te voorkomen dat de zorg door het ijs zakt en de grens van de minimaal gewenste kwaliteit van zorg niet meer kan worden gegarandeerd.

Gelijktijdig zullen in deze fase de ontwikkelingen dagelijks moeten worden gemonitord. Als de gezamenlijke ROAZ-regio's (samen met de betrokken sectoren) voorzien dat op zeer korte termijn in één of meerdere sectoren overgegaan moet worden op crisiszorgverlening, dan informeren zij hierover het ministerie van VWS. Het is dan aan de minister voor Medische Zorg en Sport om te besluiten over het afkondigen van fase 3.

Mocht fase 3 worden afgekondigd, dan zal dit maatschappelijke effecten hebben. Zeker als de gevolgen voor iedereen zichtbaar worden en voor een patiënt/cliënt en diens familie direct voelbaar zullen zijn. Er kan angst en onrust ontstaan. Niet iedereen zal het ermee eens zijn dat zorg naar minimale niveaus en daaronder wordt afgezwakt, dan wel dat triage plaatsvindt. Sommigen zullen zich verzetten. Hierbij is het van belang aandacht te hebben voor de veiligheid van hulpverleners. Tussen burgers kunnen conflicten ontstaan over de vraag wie voorrang dient te krijgen.

5.2 Het landelijk afkondigen van fase 3 door de minister

Op enig moment kan blijken dat ondanks de maximale inzet van maatregelen gericht op aangepaste zorgverlening en opschaling in een regio of in een sector toch niet aan de vraag kan worden voldaan. Dan is crisiszorgverlening onvermijdelijk en zal de minister besluiten tot afkondiging van fase 3.

De pandemie zal dan overigens al enige tijd een grote impact hebben op het functioneren van de hele samenleving. Dit vraagt van de overheid om passende en afgestemde maatregelen. Tevens vraagt het om duidelijke communicatie vanuit de overheid.

Crisiszorgverlening kan noodzakelijk zijn omdat ziekenhuizen, ondanks de hulp van andere sectoren, niet meer aan de vraag naar IC-zorg kunnen voldoen.⁶ Het is evenwel ook mogelijk dat crisiszorgverlening noodzakelijk wordt doordat een andere zorgsector door een zeer hoge vraag naar zorg, al dan niet gecombineerd met bijvoorbeeld personele problemen, niet meer aan de vraag kan voldoen. In dit soort situaties zal landelijk het besluit moeten worden genomen om in de zorg over te gaan tot fase 3. Het afroepen van fase 3 betekent niet

⁶ Zie het draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19-pandemie'.

dat vanaf dat moment elke sector direct crisiszorg levert. Het verlenen van crisiszorg kan, afhankelijk van de omstandigheden, beperkt blijven tot één of meer sectoren. Als een sector crisiszorg levert, kunnen er ook regionale verschillen zijn in de mate waarin crisiszorg wordt geboden. Het is dan wel van belang dat deze regionale verschillen zoveel mogelijk worden beperkt door het spreiden van personeel, materieel en/of patiënten.

Het is aan het ROAZ om (in afstemming met de directeur publieke gezondheid (DPG)) te signaleren dat sprake is van het moment dat regionaal crisiszorg aanstaande is indien:

1. de kwaliteit van zorg en ondersteuning nagenoeg is teruggebracht tot een minimaal aanvaardbaar niveau teneinde de niet uit te stellen zorgverlening en de essentiële basisverzorging en begeleiding nog mogelijk te maken; en
2. de stappen zoals beschreven in paragraaf 4 doorlopen zijn en de mogelijkheden van ondersteuning vanuit andere sectoren en andere regio's benut zijn; en
3. de vraag nog steeds het aanbod in een regio of in een sector dreigt te overschrijden.

In het overleg van de ROAZ-voorzitters, verenigd in het LNAZ, zal vervolgens op geleide van dit signaal worden geverifieerd of andere regio's geen ondersteuning meer kunnen bieden. Als de ROAZ-regio's in afstemming met de betrokken partijen in het *'joint coalition overleg'*⁷ voorzien dat op korte termijn inderdaad overgegaan zal moeten worden op crisiszorgverlening in één of meer sectoren en/of regio's, dan informeert het LNAZ de minister voor Medische Zorg & Sport (MZS) en de IGJ hierover. De IGJ en de NZa voeren dan een snelle verificatie uit op basis van de meest recente informatie. Op basis van het advies van het LNAZ en de informatie van de IGJ (kwaliteit) en de NZa (toegankelijkheid) wordt fase 3 vastgesteld door de minister voor MZS.⁸

In fase 3 worden maatregelen genomen die normaal als niet-aanvaardbaar worden beschouwd, maar gegeven de situatie onontkoombaar zijn en noodzakelijk zodat voor zoveel mogelijk burgers een zo optimaal mogelijke maar minimale vorm van zorgverlening wordt gerealiseerd.

Als een sector of regio crisiszorg levert en fase 3 is afgekondigd, mag van de andere sectoren of regio's worden geëist dat zij waar mogelijk die aanpassingen doen in hun zorgverlening⁹ die eraan bijdragen dat de getroffen sector/regio zo snel mogelijk uit de crisiszorg komt.

De mate van ondersteuning kent hierbij, afhankelijk van de omstandigheden, wel beperkingen. Zo moet in de intramurale VVT, GHZ en ggz bij het uitwisselen van personeel rekening worden gehouden met complexe doelgroepen met een specifieke afhankelijkheid van vaste verzorgenden en de specifieke expertise van deze zorgmedewerkers om minimale zorg te kunnen leveren. Het inzetten van personeel dat niet bekend is met de sector en deze complexe doelgroep kan een averechts effect hebben. Daardoor kan de keus gemaakt worden om liever met minder personeel of met familie en mantelzorgers dan met zorgmedewerkers uit andere sectoren te werken. Daarnaast kent de langdurige zorg meer beperkingen bij het realiseren van een landelijke

⁷ Het joint coalition overleg bestaat naast de LNAZ-voorzitter uit één deskundige vanuit de NVZ, NFU, VVT, V&VN, AZN, huisartsen, FMS, GGZ, VGN en GGD-GHOR. Een vertegenwoordiger vanuit de patiëntenorganisaties zal aansluiten als waarnemer.

⁸ Voor het proces van besluitvorming verwijzen wij naar het 'Tijdelijk verdiepend beleidskader "Continuïteit en kwaliteit van zorg in Fase 3 van de COVID-19"'.
⁹ Hierbij moet voorkomen worden dat deze sectoren en/of regio's zelf in een vergelijkbare of nog ergere crisis terechtkomen.

verdeling van cliënten. Zo kan de zorg voor langdurig zorgafhankelijke burgers moeilijk verplaatst worden. Ditzelfde geldt voor de zorgverlening voor thuiswonenden.

5.3 Landelijk besluit tot beëindiging van fase 3

Indien het in de regio's weer mogelijk is om zonder crisiszorgverlening (stabiel) in de vraag naar zorg te voldoen, zal dit worden gesignaleerd in het overleg tussen de ROAZ-regio's. Hierover zal de minister worden geïnformeerd. Deze kan dan besluiten tot beëindiging van fase 3.

Zowel het besluit tot het afkondigen als beëindigen van fase 3 vraagt om duidelijke communicatie en regie in de communicatie. Gelet op het feit dat beide besluiten worden genomen door de minister, verwachten zorgpartijen dat het ministerie hierin de leiding neemt.

6. Plannen voor toenemende pandemische druk

6.1 Regionale en sectorale plannen

De ROAZ-regio wordt, zoals eerder benoemd door alle betrokkenen, gezien als een logisch gremium om de zorgverlening in de regio bij een pandemie zo goed mogelijk vorm te geven. Gelet hierop zijn in elke ROAZ-regio regionale plannen gemaakt ter voorbereiding op een verder toenemende pandemische druk c.q. fase 3. Tegelijkertijd zijn ook landelijke sectorale plannen opgesteld. Deze plannen fungeren als hulpmiddel en bouwsteen ter ondersteuning van de regionale plannen.

6.2 Een vergelijkingskader

Om de regionale zorg en ondersteuning zo goed mogelijk te borgen, is het LNAZ verzocht om samen met een kernteam een vergelijkingskader op te stellen voor beoordeling van de regionale plannen voor fase 3. Het door het kernteam opgestelde vergelijkingskader staat in bijlage 2. Dit kader heeft primair tot doel om de regio's te ondersteunen bij het opstellen van de plannen. Daarom is dit vergelijkingskader op 3 maart 2021 aangeboden aan de regio's zodat zij deze kunnen gebruiken bij het opstellen van hun plannen. Aansluitend heeft het kernteam het kader gebruikt om de regionale plannen te vergelijken. De daaruit resulterende beoordeling kan de regio's ondersteunen bij de verdere uitwerking van de regionale plannen.

In het vergelijkingskader zijn bouwstenen opgenomen waarvan verwacht wordt dat deze zijn gebruikt in de regionale plannen. Daarbij wordt in het vergelijkingskader bij mogelijke maatregelen aandacht gevraagd voor raakvlakken van zorgverlening in de verschillende sectoren.

7. Sectorale plannen voor toenemende pandemische druk

7.1 Inleiding

Gelet op de dreiging van het toenemen van de pandemische druk hebben de zorgsectoren plannen opgesteld en/of hun bestaande plannen verder uitgewerkt. Deze plannen voorzien ook in het mogelijke scenario waarin de vraag naar zorg groter is dan de maximaal opgeschaalde zorg aankan. Deze plannen hebben de zorgsectoren gedeeld met hun zorgaanbieders. Daarnaast zijn deze plannen gedeeld met het ROAZ om de zorgsectoren te ondersteunen bij het preciseren ervan.

7.2 Sectorale plannen

7.2.1 Huisartsen(posten)

De huisartsenzorg kent reeds geruime tijd de HaROP's (huisartsen rampenopvangplannen). In deze plannen zijn concrete afspraken vastgelegd tussen huisartsenpraktijken en huisartsenposten over het borgen van de continuïteit van de huisartsenzorg bij rampen en infectieziekten. Iedere regio kent zijn eigen HaROP. Voor elk opschalingsstadium dat een HaROP onderscheidt (groen, oranje, rood en donkerrood) is beschreven hoe de huisartsenzorg in dat stadium kan worden geleverd. Stadium donkerrood komt daarbij grofweg overeen met fase 3. Alle plannen zijn gebaseerd op een landelijk format dat is opgesteld door de LHV, het NHG, InEen en GGD GHOR Nederland. Zeer recent is in verband met de covid-19-pandemie het HaROP voorzien van een addendum.

7.2.2 Verpleging en verzorging thuis en in de verschillende woon- en verblijfsvormen

ActiZ, V&VN, Verenso en Zorgthuis.nl hebben zeer recent voor de VVT-sector een afwegingskader opgesteld. Het doel van dit kader is om zorgorganisaties en (zorg)medewerkers te faciliteren in afspraken over hoe te handelen in geval er sprake is van keuzes en afwegingen omtrent de zorgverlening wanneer 'fase 3 code zwart' wordt afgegeven. Het beschrijft daarbij ook maatregelen die worden genomen om te voorkomen dat de zorg in een crisissituatie terechtkomt.

De reikwijdte van dit afwegingskader betreft de gehele VVT-sector. Daaronder wordt verstaan: de verpleeghuiszorg, kleinschalige woonvormen, kortdurende zorgvormen (waaronder eerstelijnsverblijf en geriatrie revalidatiezorg), wijkverpleging, dagbesteding, dagbehandeling, begeleiding en hulp bij het huishouden. Aangezien de zorgverlening in de VVT en de zorgverlening door huisartsen in de praktijk sterk samenhangen, is in het afwegingskader waar mogelijk aangesloten bij het HaROP.

7.2.3 Gehandicaptenzorg

Voor de gehandicaptenzorg is door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) in afstemming met betrokken partijen een sectorplan opgesteld. Het sectorplan dient als hulpmiddel voor zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg om in de aanloop naar fase 3 zowel lokaal als regionaal afspraken te maken om adequaat te handelen in zowel de voorbereidende fase als tijdens fase 3 van de covid-19-pandemie. Tevens heeft het tot doel om op landelijk niveau aan te geven wat belangrijke factoren zijn voor de GHZ tijdens de pandemie. Als bijlage bij het sectorplan is toegevoegd het door de NVAVG opgestelde 'Medisch beleid in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en kleinschalige woonvormen tijdens (aanloop naar) Fase 3 COVID-pandemie'.

7.2.4 Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

De Nederlandse ggz heeft voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg een afwegingskader opgesteld voor fase 3. Dit afwegingskader is een leidraad voor de betreffende instellingen bij het opstellen van een regionaal fase-3-scenario voor de eigen instellingen en de afspraken in regionaal verband. Het plan beschrijft de door de ggz-instelling in samenwerking met de andere sectoren binnen het ROAZ/ROAZ-verband te nemen stappen in de verschillende fasen van pandemische druk. Het plan geeft daarbij een beschrijving van de minimale vormen van zorg die geleverd kunnen worden in fase 3.

7.2.5 Regionale ambulancevoorziening (RAV)

De RAV's hebben gezamenlijk enkele beleidsdocumenten opgesteld, waaronder een handreiking voor een checklist ambulancezorg fase 3, met mogelijk af te spreken maatregelen voor de ambulancezorg in de ROAZ-regio. Een uitgangspunt bij het maken van deze documenten is geweest de veronderstelling dat in fase 3 de

(acute) zorgvraag hoger is dan de gezamenlijke zorgaanbieders aankunnen en ziekenhuizen dus minder mogelijkheden hebben om covid- en non-covid-19-patiënten op te nemen. Dit betekent volgens Ambulancezorg Nederland (AZN) dat na triage door de huisartsen en de meldkamers ambulancezorg (met in essentie gelijke triage als in normale omstandigheden) andere vervolgzorg ingezet kan worden, dan in normale omstandigheden. Het streven is daarbij om onder meer het aanbod bij de ziekenhuizen te beperken.

Daartoe is het nodig continu inzicht te hebben in de capaciteit van de keten, dat wil zeggen van regionale ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg. Indien een regionaal punt dit inzicht heeft, kan de patiënt op basis van de gestelde triage en het inzicht in de capaciteit voor een zo verantwoord mogelijke zorg behandeld en/of verwezen worden en kan de ambulance een heldere inzet-instructie krijgen. AZN veronderstelt dat voor deze aanpak genoeg artsen beschikbaar zijn om een en ander voldoende medisch te borgen. De praktische uitwerking hiervan kan overigens alleen in goed overleg in de eigen ROAZ-regio worden opgepakt. Vandaar dat de RAV's op basis van deze visie intensief deelnemen aan het ketenoverleg in de eigen ROAZ-regio. Daarnaast zijn de maatregelen in de aanloop naar fase 3 beschreven in het opschalingplan IC van 30 juni 2020.

7.2.6 Ziekenhuizen

De maatregelen in aanloop naar fase 3 en voor fase 3 zijn beschreven in op elkaar aansluitende plannen. Voor de IC-zorg is dit qua menskracht, infrastructuur, logistiek, financiering en governance beschreven in het 'Opschalingsplan COVID-19' van het LNAZ en medisch-inhoudelijk in het draaiboek 'Pandemie deel 1' van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en het draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van Fase 3 in de COVID-19 pandemie' van de Federatie Medisch Specialist (FMS).

De continuïteit van de zorg en de doorstroom in de klinische capaciteit kan alleen geborgd worden als ketenbreed de instroom en de uitstroom op elkaar worden afgestemd. Voor fase 2 heeft de FMS meerdere leidraden, handreikingen en raamwerken gepubliceerd die daarbij behulpzaam kunnen zijn. In aanvulling op deze bestaande documentatie is recent het 'Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand aan en ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie' gepubliceerd; dit raamwerk reikt concrete mogelijkheden aan om de klinische capaciteit te optimaliseren en maximaliseren gegeven de pandemische druk. De leidraden, draaiboeken en raamwerken zijn erop gericht om in samenhang met elkaar en met de andere sectoren de pandemische druk op te vangen en een zorginfarct te voorkomen.

7.3 Bevindingen

De sectorplannen vormen voor de zorgverleners een belangrijk handvat voor hun handelen bij een oplopende pandemische druk. Zij vormen de bouwstenen om afspraken in de regio te maken. Het kernteam heeft de sectorplannen bekeken en komt tot de volgende bevindingen:

- Het kernteam constateert dat de plannen rekening houden met een oplopende pandemische druk. De plannen geven met name invulling aan de maatregelen voor de fase van opgeschaalde en aangepaste zorgverlening. Zij zijn daarmee sterk gericht op het voorkomen dat moet worden overgegaan tot crisiszorgverlening.
- Het kernteam constateert dat er tussen de sectoren afstemming heeft plaatsgevonden over de plannen en ziet dit als een grote meerwaarde. Daarbij zijn er tevens raakvlakken benoemd tussen de sectorale plannen waarover nadere afspraken in de regio gemaakt moeten worden.
- Het kernteam onderschrijft de constatering van de IGJ (zie het kader) dat de sectorale plannen onderbouwd beschrijven wat de minimale ondergrens van een aanvaardbare kwaliteit van zorg is. Dit is

een belangrijk punt om de overgang naar fase 3 (crisiszorgverlening) te bepalen. De plannen zijn daarbij meer richtinggevend dan dat ze concreet voorstellen hoe er moet worden gehandeld.

- In de sectorplannen wordt melding gemaakt van regionale en bovenregionale ondersteuning bij het verdelen of verplaatsen van patiënten/cliënten en/of zorgaanbieders om de covid-19-druk evenredig(er) te verdelen.
- De in de plannen geschetste mogelijkheden voor landelijke spreiding van patiënten/cliënten verschillen tussen de sectoren. Waar bij de ziekenhuizen landelijke spreiding een belangrijke bouwsteen is bij de opvang van de druk, wordt spreiding in de VVT veelal beperkt tot de eigen en de aangrenzende regio. Ook de GHZ en de ggz zien wel mogelijkheden voor spreiding in de regio, maar achten landelijke spreiding niet realistisch. De huisartsen zien goede mogelijkheden in de regio om via coördinatiecentra zo nodig te komen tot een passende inzet van huisartsen.
- De sectorplannen besteden ook aandacht aan maatregelen die moeten worden genomen tijdens de fase van crisiszorgverlening. Deze zijn op onderdelen evenwel summier en minder uitgewerkt. Het gaat hierbij met name om die sectoren die zich richten op verpleging en verzorging, waarbij de veronderstelling is dat de sector knelpunten in de crisiszorgverlening zelf opvangt met ondersteuning van mantelzorgers.
- In diverse sectorale plannen wordt gerefereerd aan het besluitvormingsproces. De uitwerking verschilt daarbij tussen de plannen.

De IGJ heeft op verzoek van het LNAZ een reactie gegeven op de sectorplannen.

Reactie IGJ op de sectorplannen

De IGJ is onder de indruk van het werk dat de branche- en beroepsorganisaties de afgelopen weken hebben verzet. Er is in korte tijd een belangrijke slag gemaakt in het schetsen van handelingsperspectief en de overwegingen die daarbij horen.

De opmerkingen van de IGJ bij de sectorplannen zijn aangeboden aan de opstellers. De IGJ heeft er vertrouwen in dat haar reacties op passende wijze zijn verwerkt in de definitieve versies van de documenten. De IGJ bevestigt dat de sectorale plannen voldoende onderbouwd beschrijven wat de norm is voor kwaliteit van zorg in de verschillende fases in de pandemie.

Het is helaas denkbaar dat, ondanks de inspanningen om de capaciteit op te schalen en de maatregelen in de regionale en sectorale plannen, het niet meer altijd lukt om zorg van minimaal aanvaardbare kwaliteit te leveren. Zorgverleners komen dan voor ingewikkelde dilemma's te staan. De IGJ vindt het belangrijk dat zij dan zoveel mogelijk vast kunnen houden aan de kernwaarden in de zorg en de rest van de samenleving, zoals menslievendheid en gelijkwaardigheid. De IGJ onderstreept dat rechtvaardigheid voor zorgverleners betekent dat zij niet kunnen worden aangesproken op de 'uitkomst' van de situatie waarin de zorg het niet meer aankan. Voor een uitgebreidere beschrijving van de visie van de IGJ op haar rol als toezichthouder voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg verwijst de IGJ naar haar [website](#).

Uit de sectorale plannen kan geput worden om de regionale plannen aan te vullen omdat de context waarin de zorg wordt verleend sterk verschilt. De sectorale plannen zijn naar verwachting van de inspectie goed bruikbaar voor dit doel. Ook dragen zij bij aan transparantie, doordat zij voor de samenleving inzichtelijk maken hoe de zorg bij de oplopende pandemische druk wordt georganiseerd. Wel zijn de sectorale plannen meer richtinggevend dan dat zij concreet voorschrijven hoe er moet worden gehandeld. Zorgaanbieders moeten uitgaan van dit kader en in overleg weloverwogen, goed uit te leggen keuzes maken die passen bij de situatie die zich voordoet – waarbij er vaak sprake is van

maatwerk. Wanneer zij dat doen, biedt de IGJ zorgverleners zekerheid dat hun handelen voldoet aan datgene wat als professionele standaard beschouwd mag worden.

De IGJ beweegt als toezichthouder mee met de ontwikkelingen in de zorg. In de fase van aangepaste en opgeschaalde zorg hanteert de IGJ een ander kader dan in de fase waarin er sprake is van crisiszorg. Daarbij betreft de IGJ altijd verschillende perspectieven: dat van de patiënt/cliënt, de zorgverlener en de samenwerking in regio's, ketens en netwerken. De IGJ blijft aandacht vragen voor het belang van adequate samenwerkingsrelaties en afspraken op iedere laag waar dat nodig is: op het niveau van individuele patiënten/cliënten, binnen de instellingen, tussen zorgaanbieders zowel binnen de eigen sector als daarbuiten en op regionaal en bovenregionaal/landelijk niveau. Om deze reden stelt de IGJ ook een reactie op de regionale plannen op en gaat zij hierover in gesprek met de regionale vertegenwoordigers.

8. Regionale plannen

8.1 Inleiding

Het kernteam heeft van alle regio's de plannen ontvangen die zij hebben opgesteld ter voorbereiding op fase 3. Zij heeft deze plannen doorgenomen en naast het vergelijkingskader gelegd. In dit hoofdstuk delen we onze bevindingen op hoofdlijnen. Aanvullend heeft het kernteam de regio's van meer gedetailleerde individuele feedback voorzien en, indien van toepassing, geattendeerd op goede voorbeelden in andere regio's. Hierbij wordt opgemerkt dat de regio's zelf al het initiatief hadden genomen om hun plannen onderling te delen.

8.2 Regionale plannen

Elke ROAZ-regio heeft een regionaal sectoroverstijgend plan voor fase 3 gemaakt. Het kernteam heeft plannen ontvangen vanuit tien ROAZ-regio's.¹⁰

Het kernteam constateert dat er in korte tijd door de regio's veel werk is verzet. De plannen zijn daarbij onder tijdsdruk opgesteld. We vinden het knap, ongeacht het feit dat de plannen verschillen van opzet en inhoud, hoe de plannen zijn uitgewerkt. De regionale plannen geven een overzicht van maatregelen die ketenpartners afzonderlijk maar ook gezamenlijk kunnen nemen tijdens stagnatie van zorg in de keten. Alle regio's geven aan dat er de komende tijd nog verder gewerkt wordt aan de plannen en deze dus nog niet definitief zijn. De ROAZ-plannen zijn vaak op een relatief hoog abstractieniveau geformuleerd omdat de concrete uitwerking in subregionaal verband heeft plaatsgevonden. Onder het ROAZ-plan liggen veelal meer gedetailleerde subregionale plannen. Het kernteam heeft ervoor gekozen om deze niet allemaal op te vragen. De IGJ zal met alle regio's afzonderlijk in gesprek gaan over de plannen. Op die manier is er ook ruimte om deze plannen gedetailleerder te bespreken.

8.3 Bevindingen in relatie tot het vergelijkingskader

Het kernteam heeft de plannen doorgenomen en presenteert graag haar bevindingen. Zij doet dit mede op basis van de thema's van het vergelijkingskader.

¹⁰ SpoedZorgNet AMC en regio Noordwest hebben één plan ingediend voor de gehele regio.

- In alle plannen zijn afspraken gemaakt over communicatie, informatievoorziening en besluitvorming. We zien dat de besluitvorming in sommige regio's behoorlijk complex kan zijn en daardoor niet altijd helemaal te doorgronden is. Daarbij geven regio's aan in afwachting te zijn van een landelijke structuur, met name van de consequenties die een landelijke afkondiging van fase 3 heeft voor andere delen van de maatschappij. Ook geven regio's aan wat betreft de communicatie naar de burger te willen aansluiten bij de landelijke communicatiestrategie van het ministerie van VWS.
- Ook zijn in alle plannen de rolverdeling, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende partijen in fase 3 beschreven.
- De meeste plannen voorzien in een lokaal of regionaal georganiseerd punt waar overzicht is op de totale keten en waar operationele besluiten kunnen worden afgestemd. De regio's waar dit onderdeel ontbreekt, zijn hierop geattendeerd.
- Het thema psychosociale ondersteuning is ongeveer in de helft van de plannen meegenomen. Soms is aangegeven dat dit een thema is dat de komende tijd nader wordt uitgewerkt. Een aantal regio's heeft een extra thema uitgewerkt, namelijk veiligheid wanneer er agressie optreedt. Dit uitgewerkte thema kan door andere regio's gebruikt worden in hun eigen plannen.
- De verschillende sectorale plannen zijn meegenomen in de regionale plannen. De landelijke afwegingskaders die zijn opgesteld worden hierbij meestal benoemd, maar niet overal. Vooral die van de ggz, GHZ en VVT zijn niet overal opgenomen. Verder worden in alle plannen de ggz en GHZ wel genoemd, maar er is een grote variatie qua betrokkenheid en planvorming, met name waar het gaat om het inzichtelijk maken van capaciteit. Tegelijkertijd is er door een aantal regio's een extra ketenpartner opgenomen in de uitwerking van de plannen, namelijk de acute verloskunde/geboortezorg.
- In alle plannen is uitgewerkt welke keuzes op het gebied van de kwaliteit van de zorg in de hele keten bij oplopende pandemische druk gemaakt worden en hoe moet worden omgegaan met de personele schaarste bij de keuzes die gemaakt worden. In de plannen zijn meerdere goede voorbeelden opgenomen als het gaat om uitwisseling van personeel tussen de sectoren.
- Op een enkel plan na wordt er in de plannen rekening gehouden met een oplopende pandemische druk binnen fase 3 die zich in de verschillende sectoren verschillend laat voelen. In een aantal plannen is een escalatieladder beschreven en wat je nog in fase 2 kunt doen om fase 3 zo lang mogelijk uit te stellen.
- We zien dat er in de plannen nauwelijks aandacht is over de overgang van fase 3 weer terug naar fase 2 wanneer de reguliere, conventionele zorg kan worden hervat. Dit is aan de regio's terugggegeven als aandachtspunt. Wij verwijzen hen daarbij graag naar datgene wat in dit document hierover wordt beschreven.
- In de plannen is niet altijd zichtbaar of er afspraken zijn gemaakt over het realiseren van (boven)regionale opschaalbare overloopcapaciteit zodat de doorstroom door de keten zo goed mogelijk volgehouden kan worden en hoe organisaties daar in personele zin aan kunnen bijdragen. Het kernteam heeft zich dan ook geen mening kunnen vormen over hoe andere sectoren reageren wanneer een van de sectoren in de regio de fase van crisiszorg nadert. We hebben bij de regio's benadrukt dat dit echt een concreet onderdeel moet zijn van de plannen.
- Door een enkele regio zijn knelpunten geïdentificeerd waarvoor op landelijk niveau een oplossing moet komen. Dit betreft met name de beschikbaarheid van noodzakelijke middelen zoals zuurstof en persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Ten slotte zijn de thema's triage, verplaatsen zorg, verschraving zorg en inzet ander personeel, en de bijbehorende mogelijke maatregelen zoals weergegeven in de matrix die door het kernteam is opgesteld, zo goed als overal meegenomen. De raakvlakken tussen de sectoren (die door het kernteam in de matrix zijn benoemd) zijn wisselend meegenomen in de plannen. De wisselwerking tussen de sectoren is over het algemeen wel vanuit ziekenhuisperspectief beschreven, maar niet vanuit het perspectief van de andere sectoren. Er wordt veel geredeneerd vanuit doorstroom en uitstroom in en uit de ziekenhuizen, minder

vanuit het voorkomen van instroom uit de ene sector naar de andere sector. Een en ander zou nader uitgewerkt kunnen worden bij de doorontwikkeling van de plannen.

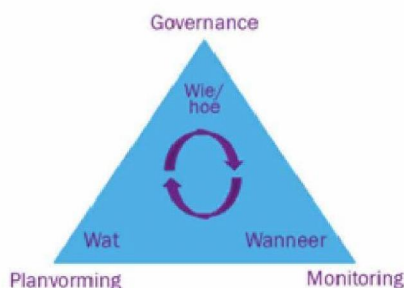
9. Informatievoorziening en besluitvorming

9.1 Vroegtijdige signalering

Om zowel de afzonderlijke ROAZ-regio's,¹¹ het *joint coalition*-overleg en het LNAZ¹² te ondersteunen bij hun taken ten tijde van een naderende fase 3, is voor deze betrokkenen inzicht nodig in het functioneren van de regionale zorgketens en de mate waarin zij nog kunnen voorzien in de gevraagde capaciteit. In opdracht van het LNAZ volgt het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) daarom tijdens een toename van het aantal covid-19-besmettingen nauwgezet de druk op de zorg. Daarbij baseert het LCPS zich op de data die het meermalen per dag ontvangt van alle ROAZ-regio's waarin zowel de *cure* als de *care* vertegenwoordigd is.

Met de aldus beschikbare data vult het LCPS de Ketenmonitor Zorgcontinuïteit, die de genoemde verantwoordelijken een *real time*-beeld geeft van de ontwikkelingen op regionaal niveau en, geaggregeerd, van de landelijke ontwikkeling. De sturing op zorgstromen (coördinatie), zorgcapaciteit en zorgcontinuïteit, en daarmee het voorkomen van fase 3, maar ook het regionaal managen van een eventuele fase 3, vindt zoveel mogelijk in de regio plaats.

Juist als de druk (op het zorgsysteem) toeneemt, is het hebben van een snel en adequaat beeld essentieel. Om ook dan als zorgketen/-systeem gemeenschappelijk de zorg zo goed mogelijk te kunnen borgen, is de beschikking over stuurinformatie essentieel. Het monitoren van de geformuleerde regionale planvorming en informatievoorziening is daarmee onlosmakelijk verbonden (zie figuur 2).



Figuur 2. Monitoring van de regionale planvorming en informatievoorziening

De Ketenmonitor Zorgcontinuïteit richt zich op drie pijlers: predictie, capaciteit & continuïteit, en de effectrapportage.

De effectrapportage richt zich op de effecten van genomen besluiten of ontwikkelingen op het gebied van de reguliere zorg. De mate van afschaling van electieve zorg is hiervan een goed voorbeeld.

¹¹ Conform het 'Tijdelijk verdiepend beleidskader "Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie"' is de hele keten van *cure* en *care* verbonden.

¹² De voorzitter van het LNAZ zal de minister voor MZS en de toezichthouders informeren als er een situatie ontstaat waarin op korte termijn fase 3 afgekondigd moet worden.

De informatie zal minimaal bevatten die betrekking hebben op:

1. het landelijke algemene beeld;
2. het regionale algemene beeld;
3. knelpunten binnen de regionale keten vanuit sectorperspectief;
4. knelpunten binnen de regionale sectoren op het gebied van personeel, materialen, middelen enzovoort.

De verzamelde informatie ondersteunt de regio's, het LNAZ en de vertegenwoordigde zorgpartijen op landelijk niveau (*cure en care*) bij het (tijdig) identificeren van knelpunten en het nemen van de benodigde actie(s) op zowel regionaal als landelijk niveau om de continuïteit van de zorg te kunnen blijven waarborgen.

10. Conclusie en aanbevelingen

10.1 Conclusies

Op basis van de voornoemde bevindingen is het kernteam van mening dat:

- met inachtneming van de sectorale plannen,
 - het oordeel van de IGJ ten aanzien van de sectorale plannen, en
 - met medeneming van de vorenstaande bevindingen in de regionale plannen,
- de in de regionale plannen voorgestelde maatregelen, gegeven de fase van de pandemische druk, aanvaardbaar zijn voor de zorgverlening en de kwaliteit van zorg.

10.2 Aanbevelingen

Voor de regio's

- De regionale plannen zijn op een vrij hoog abstractieniveau geformuleerd. In de regionale plannen wordt gerefereerd aan onderliggende subregionale plannen. Voor het kernteam is het daardoor niet altijd duidelijk wat de werkafspraken voor de regio zijn. We adviseren de regio's om in de regionale plannen uit te werken hoe de regio acteert wanneer een sector of subregio de fase van crisiszorg nadert.
- Meer in het algemeen zijn de communicatie en interacties tussen de sectoren in fase 3 een aandachtspunt dat meer uitgewerkt kan worden door de regio's.
- In de regionale plannen staan veel goede voorbeelden. We adviseren de regio's kennis te nemen van de andere regionale plannen en de goede voorbeelden te gebruiken voor de plannen in de eigen regio.
- Ten aanzien van de plannen voor het realiseren van cohortafdelingen in de regio signaleert het kernteam dat het van belang is deze vroegtijdig voor te bereiden.
- Ook adviseren wij de regio's de plannen te oefenen. Hierbij kunnen ze gebruikmaken van de ervaringen van een aantal regio's die dit al hebben gedaan. Wij geven daarbij in overweging om ook de leerpunten uit de oefeningen onderling te delen.
- Tot slot hechten we eraan op te merken dat we plannen maken voor iets dat zich in de praktijk altijd weer anders zal voordoen. Het is dan van belang om de samenwerking die de afgelopen periode in de verschillende regio's tot stand is gekomen wederom te benutten om adequaat te reageren.

Voor sectoren

- In diverse sectorale plannen wordt gerefereerd aan het besluitvormingsproces tijdens de covid-19-pandemie. De uitwerking verschilt daarbij tussen de plannen. Wij adviseren de sectoren kennis te nemen van het door het ministerie van VWS recent opgestelde tijdelijk verdiepend beleidskader voor fase 3 en waar nodig daarop aan te sluiten.

Voor VWS

- Het kernteam vraagt het ministerie van VWS om de regie te nemen bij de communicatie die nodig is bij het naderen van fase 3. Het adviseert het ministerie van VWS de bevolking tijdig mee te nemen in de afwegingen die spelen bij de dreiging van fase 3.
- Het kernteam vraagt het ministerie van VWS om in lijn met het reeds ingezette beleid landelijk zicht te houden op de beschikbaarheid en de voorraden van producten, hulpmiddelen en diensten die in de aanloop naar en tijdens fase 3 kritisch zullen zijn. Het gaat daarbij niet alleen om persoonlijke beschermingsmiddelen en zuurstof, maar bijvoorbeeld ook om de logistiek van de zuurstofvoorziening en medicatie.

Voor allen

- Tot slot signaleert het kernteam, buiten de scope van deze opdracht, dat het van belang is om na te denken over de wijze waarop de reguliere zorg na deze pandemie weer kan worden ingevuld. Door de ontstane wachtlijsten en de langdurige druk op de zorg zal deze de eerste periode zeker niet als vanouds kunnen worden geboden. Het is hierbij van belang om verwachtingen te managen en ook om in de zorg ketenbreed afspraken te maken over het weer opstarten van de reguliere zorg.

Afkortingen

ActiZ	brancheorganisatie ouderenzorg
anios	arts niet in opleiding tot specialist
AZN	Ambulancezorg Nederland
DPG	directeur publieke gezondheid
ELV	eerstelijnsverblijf
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGD GHOR Nederland	koepel organisatie van de GGD'en en GHOR-bureaus
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GHOR	geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
GHZ	gehandicaptenzorg
HaROP	huisartsen rampenopvangplan
IC	intensive care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
InEen	de branchevereniging van organisaties in de eerstelijnszorg
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LMS	Landelijke meldkamer samenwerking
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
MZS	(minister voor) Medische Zorg & Sport
NVAVG	(beroeps)Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVMMA	Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RAV	regionale ambulancevoorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
RONAZ	Regionaal Overleg Niet Acute Zorgketen
Verenso	Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VVT	verpleging, verzorging en thuiszorg
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZBC	zelfstandig behandelcentrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 2. Vergelijkingskader

Het vergelijkingskader heeft primair tot doel om de regi o's te ondersteunen bij het opstellen van de plannen.

Elementen in het vergelijkingskader

VWS heeft onderdelen benoemd die opgenomen dienen te zijn in de regionale plannen. Deze zijn overgenomen en onderstreept weergegeven. Ook heeft VWS gevraagd om op basis van de kennis van het kernteam zelf te kijken welke aanvullende onderdelen in het vergelijkingskader aanwezig moeten zijn. Het kernteam heeft de aanvullende onderdelen geformuleerd; deze onderdelen zijn niet onderstreept.

1. **Is de organisatiestructuur in het regionale plan geborgd?**
 - Zijn er afspraken gemaakt en beschreven over de volgende onderwerpen: communicatie, informatievoorziening en besluitvorming?
 - Zijn de rolverdeling, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende partijen in fase 3 beschreven?
 - Is er lokaal of regionaal een transferpunt, coördinatiecentrum of ander punt georganiseerd waar overzicht is op de totale keten en waar operationele besluiten kunnen worden afgestemd?
 - Is er aandacht voor psychosociale ondersteuning en ondersteuning vanuit het sociaal domein?

2. **Is de gelaagdheid van de maatregelen geborgd?**
 - Zijn de verschillende sectorale plannen voor fase 3 meegenomen bij het maken van het regionale plan?
 - Is uitgewerkt welke keuzes op het gebied van de kwaliteit van de zorg er in de hele keten bij oplopende pandemische druk gemaakt worden, hoe omgegaan wordt met de personele schaarste bij de keuzes die gemaakt worden en wat de effecten zijn van de gemaakte keuzes?
 - Wordt er in de plannen rekening gehouden met een oplopende pandemische druk binnen fase 3 die zich in de verschillende sectoren verschillend laat voelen?
 - Zijn er afspraken gemaakt over de overgang van fase 2 naar fase 3 en van fase 3 weer terug naar fase 2 wanneer de reguliere, conventionele zorg weer kan worden hervat?
 - Zijn er afspraken gemaakt over het realiseren van (boven)regionale opschaalbare overloopcapaciteit zodat de doorstroom door de keten zo goed mogelijk volgehouden kan worden en is uitgewerkt hoe organisaties daar in personele zin aan bijdragen? Aanvulling vanuit het kernteam: is uitgewerkt op welke wijze de concessies door de gehele zorgketen heen zijn uitgelijnd, oftewel als één sector crisiszorg nadert, wat mag van de andere partijen gevraagd worden, en als één sector crisiszorg levert, wat mag van de andere partijen geëist worden?

3. **Worden in het regionale plan knelpunten geïdentificeerd waarvoor op landelijk niveau (VWS, IGJ, NZa, ZN) een oplossing moet komen? Denk daarbij aan tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen en overige middelen.**

Vervolgens is in een tabel (bijlage 3) weergegeven welke maatregelen in fase 3 mogelijk zijn per sector. Dit is geen uitputtende lijst. Input is gekomen vanuit de verschillende sectoren en sectorale plannen. Deze tabel is bedoeld ter inspiratie voor de regionale plannen. Tevens kan de tabel dienen als een checklist. Het overzicht van de maatregelen in de tabel beperkt zich niet alleen tot maatregelen in fase 3, maar bevat ook maatregelen behorende tot (het einde van) fase 2. Een deel van de genoemde activiteiten kan daarmee al in fase 2 plaatsvinden, maar ook in fase 3 worden uitgevoerd.

Bijlage 3. Mogelijke maatregelen per sector

	Huisartsenzorg	Wijkverpleging/extramurale zorg	Ambulancezorg	Ziekenhuiszorg
Triage	<p>Triage conform Leidraad NHG/FMS, 'Triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met verdenking op COVID-19'</p> <p>Instellen triageteam voor de thuissituatie als er nauwelijks/geen vervoer meer mogelijk is, aansluitend bij de organisatiestructuur in de regio</p>	<p>Afwegingskader code zwart</p> <p>Afschalen basiszorg en focus op palliatieve zorg en hoogcomplexere zorg</p>	<p>Uitvraag op meldkamer i.p.v. ongewijzigd</p> <p>Aanpassen meldersinstructies</p> <p>Aanpassen urgentietabel response conform handreiking AZN en het aanvullende handelingsperspectief NVM-MA op o.a. uitrukprioriteit</p>	<p>Draaiboek Pandemie, deel 1 (NVIC)</p> <p>Draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie' (FMS)</p>
Verplaatsen zorg	<p>Verruimen criteria uitstroom ziekenhuis naar huis of cohortlocatie (FMS-leidraad)</p> <p>Beperken instroom ziekenhuis (bijv. zuurstoftherapie thuis, medicatie)</p> <p>Geconcentreerde opvang van patiënten in covid-hotels onder regie van de huisarts</p> <p>Symptombestrijding palliatieve zorg in de thuissituatie</p>	<p>Palliatieve zorg thuis</p> <p>Cluster covid-19-cliënten in een specialistisch verpleegkundig team</p> <p>Zuurstofbehandeling thuis</p>	<p>Inzet ambulanceverpleegkundige voor de inzet van zorg thuis i.p.v. presentatie ziekenhuis</p>	<p>'Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie' (FMS)</p> <p>Leidraad 'Vervroegd ontslag COVID-19 patiënten en monitoring' (FMS; conceptfase)</p> <p>Versnelde uitstroom naar huis en naar VVT, ELV, revalidatiecentra, zelfstandige klinieken</p> <p>Coördinatiepunt/transferpunt inrichten</p>
Verschraling zorg	<p>Clusteren zorg op wijk- of op HAP-niveau conform HaROP</p> <p>Verruimen van bestaande normen (telefonische en fysieke bereikbaarheid en beschikbaarheid)</p> <p>Afschalen reguliere zorg conform</p>	<p>Minimale basiszorg leveren</p> <p>Zorg is gericht op houdbaar houden van situatie thuis en het voorkomen van crisissituaties en -opnames</p> <p>Aanpassen criteria toewijzen reguliere zorg</p> <p>Keuzes op basis van afwegingskader</p>	<p>Verruimen van bestaande (streef)normen inzet/differentiatie ambulancezorg en zelfzorgadvies, beperken meldersinstructie, aanpassen door suboptimale vervolgzorg</p> <p>Over continuïteit van de meldkamer ambulancezorg zijn aanvullende afspraken gemaakt met de LMS</p>	<p>Verminderen van verhouding personeel-patiënt (bijvoorbeeld in IC 1 op 3)</p> <p>Volledig afschalen urgentieklasse 4 en 5 zorg conform 'Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk' (FMS)</p> <p>Palliatief centrum</p>

	Huisartsenzorg	Wijkverpleging/extramurale zorg	Ambulancezorg	Ziekenhuiszorg
	HaROP			Verruimen van bestaande normen (telefonische en fysieke bereikbaarheid en beschikbaarheid)
Inzet ander personeel	<p>Ondersteuning nodig thuis of in covid-hotel van studenten, personeel met zorgachtergrond (extra handen voor de zorg)</p> <p>Inzet Rode Kruis</p> <p>Last resort: inzet Defensie</p> <p>Inzetten huisartsen in ziekenhuis of VVT afhankelijk van benodigde capaciteit thuis</p>	<p>Inzet van minder gekwalificeerd personeel, mantelzorg en familie</p> <p>Inzet ondersteuning vanuit Wmo</p> <p>Inzet leerling-verzorgenden, studenten verpleegkunde en coassistenten geneeskunde</p> <p>Uitleen personeel aan ketenpartners</p> <p>Inzet Rode Kruis</p>	<p>Inzet vreemde vervoerders conform handreiking AZN</p> <p>Inzet personeel met zorgachtergrond (extra handen voor de zorg)</p> <p>Uitleen personeel aan ketenpartners</p> <p>Inzet Rode Kruis-assistentie</p> <p>Inzet politie (verwarde patiënt) en brandweer (<i>first responder</i>)</p> <p>Last resort: inzet Defensie</p>	<p>'Raamwerk voor optimaliseren en maximaliseren van klinische capaciteit voorafgaand aan en ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie' (FMS)</p> <p>Alternatieve inzet medisch specialisten op IC, cohortafdeling en palliatief centrum</p> <p>Alternatieve inzet aio's/anios/arts-onderzoekers</p> <p>Inzet personeel ZBC's</p> <p>Inzet studenten en coassistenten</p> <p>Inzet personeel met zorgachtergrond</p> <p>Uitleen personeel aan ketenpartners</p> <p>Inzet Rode Kruis</p> <p>Last resort: inzet Defensie</p>

	Ggz	GHZ	Intramurale ouderenzorg	Overkoepelend
Triage	Triage behandelaar en medisch specialist/huisarts over benodigde somatische zorg aan covid-19-patiënt Uitgangspunt: patiënt wordt op cohortafdeling verzorgd	Triage conform medisch beleid GHZ fase 3	Afwegingskader fase 3: code zwart	Afstemmen inhoudelijke triage, o.a. behoefte aan aanvullende medische ondersteuning Mogelijkheid mobiele thuiswerkplekken voor ervaren triagisten (in quarantaine), evt. in samenwerking met mobiele plekken meldkamer
Verplaatsen zorg	Patiënt met covid-19 niet naar ziekenhuis maar naar cohortafdeling ggz Oudere ggz-patiënt naar cohortafdeling VVT Organiseren van palliatieve zorg in ggz of in hospices voor ggz-patiënten	Organiseren cohortlocaties voor isolatie en quarantaine	Clusteren covid-19-patiënten op één locatie of in cohortafdelingen	Er is afstemming nodig tussen wijkverpleging, huisarts, ggz en ziekenhuis wanneer sprake is van instroombeperking. Zowel zorginhoudelijk als logistiek (zuurstof, medicatie, palliatieve zorg, monitoring) Afspraken voor welke patiëntgroepen verplaatste zorg verwacht wordt Beschikbare locaties voor cohortafdelingen in kaart brengen Afstemming doorstroom op de geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijven met thuiszorg Ondersteuningsmogelijkheden eerste lijn in kaart brengen als cliënten uit verpleeghuis besluiten naar huis te gaan
Verschraling zorg	Afschalen groot deel ambulante zorg en minder essentiële klinische en dagklinische voorzieningen Vervroegd ontslag patiënten in klin. behandeling in overleg met patiënt en familie/naasten Leveren van alleen noodzakelijkste psychiatische behandeling	Minimale basiszorg leveren Afschalen niet-urgente (poli)klinische zorg Afschalen niet-urgente ambulante ondersteuning, dagbesteding, etc. Aanpassen criteria voor opname	Minimale (medische) basiszorg leveren Zorg is gericht op houdbaar houden van situatie en het voorkomen van crisissituaties Aanpassen criteria toewijzen reguliere zorg (alleen in zorg nemen van urgente cliënten) en afspraken omtrent de Wet zorg en dwang	Afspraken maken over gedwongen opnames in het kader van de Wet zorg en dwang Afspraken over vervoer van ernstig onregelde patiënten als ambulances overbelast zijn
Inzet ander personeel	Gepensioneerden, gekwalificeerd personeel van vrijgevestigde praktijken, kleinere (deel)specialistische instellingen	Inzet personeel met zorgachtergrond Gepensioneerden, studenten/coassistenten Inzet van minder gekwalificeerd personeel, mantelzorg en familie	Inzet van minder gekwalificeerd personeel, mantelzorg en familie Inzet leerling-verzorgenden, studenten verpleegkunde en coassistenten geneeskunde Uitleen personeel aan kelenpartners Inzet Rode Kruis Last resort: inzet Defensie	Afspraken maken over het uitwisselen van (zorg)medewerkers tussen zorgorganisaties uit verschillende sectoren In kaart brengen van mogelijkheden van taakdifferentiatie en de mogelijke inzet van ander personeel op cohortafdelingen. Hier hoort ook scholing bij



Colofon

Auteurs: LNAZ & kernteam

Redactie: Bureau LNAZ

Uitgave: 29 maart 2021