



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



<b>Verslag</b>	<b>Ketenwerkgroep Crisiszorg – voorbereiding in de acute keten ROAZ regio's Noord-Holland en Flevoland</b>
<b>Datum</b>	2 februari 2021
<b>Deelnemers</b>	5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

## 1. Opening en korte kennismaking

Opening door 5.1.2e Toelichting op opdracht vanuit het crisis ROAZ: integrale voorbereiding in de acute keten op crisiszorg-fase. Er is aan alle ROAZ regio's gevraagd om plannen te ontwikkelen. Zodat we voorbereid zijn als het zover komt. De deelnemers stellen zich kort voor (zie deelnemerslijst in de bijlage op pagina 5). Er is een PowerPoint met agenda en eerste voorbereiding voor de werkgroep doorgestuurd aan de deelnemers.

## 2. Introductie opdracht werkgroep en stand van zaken

### Aanleiding

- Voorbereiding op eventuele volgende coronagolf (door de Britse variant) en mogelijke overgang naar de crisiszorg-fase wordt in de verschillende sectoren gewerkt aan voorbereidingsplannen.
- Voor het continu borgen van de benodigde capaciteit voor het verlenen van verantwoorde (COVID) zorg moeten de ketenpartners onderling afspraken maken.

### Vier doelstellingen

- 1) Hoe zien de voorbereidingsplannen op de crisiszorg-fase per sector eruit? (landelijk en/of regionaal)?
- 2) Wat betekent deze fase voor de verschillende sectoren m.b.t. capaciteit, triage, personeel en coördinatie?
- 3) Welke vorm van coördinatie en afstemming is er nodig in de acute keten om een functionerende integrale aanpak te bereiken?
- 4) Wat kan er in de keten gedaan worden om de crisiszorg-fase (zoveel mogelijk) te voorkomen?

De uitwerking vindt op verschillende niveaus plaats: landelijk, ROAZ-niveau en op subregionaal niveau. Het ROAZ-bureau heeft de rol van verbindingsofficier en zal, ter ondersteuning van de keten, de informatie van de verschillende niveaus zoveel mogelijk samenbrengen en delen.

### Wat wordt er al gedaan?

- Op subregionaal niveau vindt binnen (enkele) VR overleg plaats tussen verschillende ketenpartners uit de acute zorg (KL, ZW, FL en GV). Soms d.m.v. Regulier Crisisteam Zorg (RCZ) overleg (NHN, GV). Deze overleggen zijn zéér recente (max 2 weken geleden) gestart.



- In afwachting van (beleids)plannen FMS (draaiboek fase 3 kliniek) en LCPS.

#### Wat wordt momenteel uitgevraagd?

- Alle leden van MCO delen actief (beleids)plannen en voorbeelden voorbereiding binnen de ziekenhuizen.
- Uitvraag onder alle ziekenhuizen naar (nood)trainingen COVID-ondersteuners IC, kliniek en SEH.

### 3. Highlights vanuit de verschillende plannen

- **Huisartsen/HAP (sheet 7)**

*Toevoegingen vanuit de sector*

5.1.2e

Dit is het plan op- en afschaling geweest na de eerste golf. Huisartsenzorg is nu ook in voorbereiding op fase 3 crisiszorg. Binnen de huisartsenzorg is het mogelijk om te decentraliseren en centraliseren: opvang voor elkaar wordt geregeld.

Fase 3 heeft andere accenten: er blijven meer mensen thuis met een grotere zorgbehoefte. De huisarts gaat paar keer langs thuis en is afhankelijk van de thuiszorg (VVT). Sprake van keten afhankelijkheid en is afstemming over nodig.

Het doemscenario is dat veel patiënten palliatief thuis liggen en dat daar geen goede zorg aan geleverd kan worden.

Concept "palliatief centrum thuis", huisartsen in samenwerking met wijkteams en mantelzorgers. Waarbij coassistenten en studenten mogelijk kunnen worden ingezet ter ondersteuning.

Dit knelpunt zal snel aan de orde komen. Nu al lastig om thuiszorg in te zetten bij palliatieve covid patiënten. Concentratie van palliatieve covid zorg thuis. Dit kan verder uitgewerkt worden. De risico's en het eigenaarschap van dergelijke palliatieve units moeten daarin worden meegenomen.

Ontlasten van de keten: door spreiding van huisartsen kan er veel opgevangen worden.

Thuis starten met behandelingen, versnelde covid uitstroom uit ziekenhuizen.

Welke doelgroepen wil je in fase 3 thuis houden en welke moeten echt worden opgenomen?

*Reactie VVT:*

- Proeven gedaan met huisartsen en covid zorg thuis. Er zitten regionale verschillen in wat er gedaan kan worden met combinatie huisartsen en wijkzorg. Hoe kan het op een verantwoorde manier worden ingericht? Alert zijn bij voorbereiding thuiszorgteams en huisartsen. Sommige regio's hebben een ondercapaciteit van huisartsen.  
In sommige regio's is er opvang mogelijk van zware covid patiënten in VVT en ook units waar huisartsen verantwoordelijk zijn.
- Vervroegd uitstroom traject: stevige thuiszorgteams in de regio's nodig om dit goed te laten lopen i.s.m. huisartsen.

*Reactie ZH:* coassistenten en studenten worden getraind om ingezet te worden op de verpleegafdeling. Dit gaat nog lopen (is nog niet gestart).



*Reactie RAV:* welke strategie wordt ingezet in fase 3?

- Instroom ziekenhuizen beperken: door meer thuis of in units op te vangen
- Uitstroom versnellen
- ondersteuning m.b.t. vervoer (samenwerking RAV)

- **RAV / Ambulancezorg (sheet 9)**

*Toevoegingen vanuit de sector (Gijs/David):*

Landelijk wordt het voorbereidingsplan verder uitgewerkt. In aanvulling daarop is een checklist / handreiking gemaakt met maatregelen. De shortlist bestaat uit 7/8 maatregelen voor de RAV, waarmee de continuïteit zoveel mogelijk overeind wordt gehouden. 5.1.20 stuurt dit document nog door.

1. Opschalen eigen capaciteit;
2. Triage in de thuissituatie: triage op niet-medische gronden is voorbehouden aan artsen (HA of SO) – graag afspraken huisartsen daarover (werkproces);
3. Triage in de ziekenhuizen: er zullen toch patiënten op de SEH terecht komen;
4. Het ontslag vanuit ziekenhuizen: doorstroom bevorderen door er coördinatie op te zetten. Meer patiënten zullen thuis bijvoorbeeld zuurstofbehoefstig zijn. VVT/HA/RAV samen coördineren. Transferafdelingen/-punten in ziekenhuizen ook goed betrekken.
5. Middelen: beschikbaarheid. Logistieke werkgroep die in kaart brengt hoe dit met snelheid te organiseren.
6. Veiligheid en nazorg;
7. Communicatie: intern en extern
8. Rol van de meldkamer: belangrijke speler, overzicht en verdelen druk in de ziekenhuizen. Witte kolom bij elkaar zetten. Zodat toevoer naar de ziekenhuizen wordt beperkt, of in ieder geval beter gespreid. Triage op de meldkamer: hoe wordt dit ingericht?

Ketensamenwerking in fase 3 is cruciaal. De ziekenhuizen zullen een realtime capaciteit moeten delen.

*Wat kan RAV voor de keten betekenen?*

- Mochten er veel patiënten in de thuissituatie monitoring of zorg nodig hebben, dan kan ambulancepersoneel daarin ondersteunen. Mobiele unit ook beschikbaar.

*Reactie HA:* Triage verschuiven naar huisartsen is wel ingewikkeld, omdat huisartsen veel individueler werken en geen totaaloverzicht hebben. Vraagt om meer centrale organisatie vanuit de huisartsen, zoals bijvoorbeeld een groepje triage-artsen.

*Reactie VVT:* Inzet van Rode Kruis en Broeder de Vries als extra vervoersondersteuning.

- **Ziekenhuizen (sheet 12)**

- FMS: document/draaiboek in ontwikkeling – m.b.t. de kliniek / bedden capaciteit. Beschikbare personeel is het belangrijkste knelpunt. Met hetzelfde personeel meer patiënten verzorgen. Staf, Stuff en Supply. Geen beschrijving triage niet-medische overwegingen.
- Drie keer per week is het medische coördinatoren overleg (MCO): daar wordt informatie uitgewisseld tussen de ziekenhuizen. De lijn is: landelijke > regionaal > ziekenhuis.
- Verdunning van kwaliteit bij maximaal opgeschaalde zorg. Alleen nog acute zorg, geen reguliere zorg meer.



*Reactie HA:* we richten ons erg op de covid-zorg. Kan er ook meer reguliere zorg thuis worden georganiseerd (non-covid zorg)?

Vorbereiding triage proces door huisartsen: samenwerking nodig met de ziekenhuizen, RAV en VVT (SO) kan hierbij ook ondersteunen. Triagewerkgroep wordt coproductie.

- **VVT (sheet 14)**

*Toevoegingen vanuit de sector* 5.1.2e

Aanvulling vanuit NW3: Covid capaciteit verder uitbouwen. Dat kan als de reguliere stroom patiënten terug gaat lopen. Verbinding is gelegd in NW6 op gebied van COVID-capaciteit (met ondersteuning ROAZ-bureau)

Ook op gebied van inzet van personeel en middelen worden in NW3 verband afspraken gemaakt.

- Triage: ook VVT coördinatiepunten en medisch personeel kunnen daarbij ondersteunen. Triage aan de poort moet in de keten worden opgepakt.
- Personeel: niet-zorg personeel wordt geschoold om te kunnen ondersteunen.
- SO's: meer inzet medische zorg nodig om deze zorg te kunnen leveren. Ondersteunen nodig van artsen. Kan ook meer centraal worden gecoördineerd.
- Capaciteit: op revalidatieafdelingen is ook ruimte ontstaan. Kort verblijf afdelingen kunnen i.s.m. huisartsen een belangrijke rol spelen. Als reguliere zorg wordt afgeschaald ontstaat er ruimte bij VVT op GRZ/ELV. Dit duurt altijd wel nog even (vertraagd effect).
- Coördinatiepunten moeten maximaal worden ingezet. Er moet bovenregionaal worden samengewerkt, dan is er ruime capaciteit.
- Aandachtspunt: complexe doelgroepen (moeilijk uit te plaatsen)
- Logistieke opschaling binnen VVT: er bestaan allerlei opnamecriteria/voorwaarden waardoor er suboptimaal van capaciteit gebruik wordt gemaakt. In de crisisfase moet protocol aangepast worden, waardoor snellere opnames mogelijk zijn.

#### 4. Situatieschets

Komt volgende week terug op de agenda.

#### 5. Samenvatting en afspraken

##### Triage buiten de ziekenhuizen (commandostructuur)

- *Actiepunt:* starten met voorbereiding thuis-triage (commando structuur, rol meldkamer). Op korte termijn wordt bijeenkomst gepland over thuis-triage en hoe dit te organiseren in crisiszorg-fase. Werkgroep met delegatie van deelnemers uit de ketenwerkgroep.
- Vorbereiden triageteam van artsen (buiten ziekenhuizen): regionaal en bovenregionaal. Communicatie tussen transferpunten en coördinatiepunten (24/7 SO in achterwacht), en HAP.
- Logistiek vraagstuk: logistiek goede bevoorrading in de thuissituatie. *Actiepunt:* verkenning in de regio. ROAZ-PBM projectgroep vragen. Doel: zorgen dat materiaal komt waar het moet komen. Ook landelijk vragen om ondersteuning hierbij (Defensie kan hierbij goed helpen).

#### 6. Afronding

Volgend overleg met de werkgroep staat gepland op dinsdag 9 februari 12:00 – 13:30 uur.

