



# Ketenbrede paraatheid ter voorkoming fase 3

Terugkoppeling IGJ en NZa

# Achtergrond

Al lange tijd wordt in de ROAZ'en onder onzekerheid hard gewerkt aan het borgen van de toegankelijkheid en continuïteit van zorg in deze Covid-pandemie. Begin 2021 zijn door de ROAZ'en plannen gemaakt ter voorkoming van en ter voorbereiding op fase 3. Dit is de fase waarin de druk op de zorg dermate hoog oploopt, dat er sprake is van ernstige verstoring in alle regio's en alle sectoren en er moet worden overgegaan op crisiszorgverlening. Deze plannen zijn beoordeeld door een kernteam onder leiding van het LNAZ, waarna de regio's de plannen hebben aangescherpt indien nodig.

Nu de omikronvariant mogelijk opnieuw leidt tot een toename van de druk op de zorg in de eerste maanden van 2022, is het belangrijk om te inventariseren of regio's het maximale hebben gedaan en/of doen ter voorkoming van en ter voorbereiding op fase 3. Om deze vraag te beantwoorden, heeft IG&H in opdracht van VWS de afgelopen weken informatie verzameld en een aantal aanbevelingen gedaan. Daarnaast verzamelen LNAZ/LCPS, GGD-GHOR, IGJ en NZa doorlopend informatie in de regio's. In deze tijden van crisis streven we naar maximale transparantie om enerzijds publiekelijk verantwoording af te leggen over de paraatheid en anderzijds de leereffecten tussen regio's te stimuleren.

De IGJ en NZa hebben de paraatheid van de regionale plannen onderzocht aan de hand van zes thema's: governance, financieel en juridisch, communicatie, coördinatie, personeel en continuïteit. Daarnaast is de aanwezigheid en uitwerking van vier specifieke initiatieven in de regionale plannen onderzocht: inzet van thuiszorghotels, regionale inzet wijkverpleging, thuismonitoring klinische patiënten en grootschalig inzetten van buddies.

# Samenvatting (1/2)

Uit het onderzoek naar de paraatheid van de plannen komt per thema het volgende beeld naar voren:

- Alle regio's hebben een adequate overleg- en besluitvormingsstructuur ingericht om bij oplopende druk op de zorg verregaande besluiten te nemen die de hele zorgketen raken.
- In alle regio's zijn met zorgverzekeraars en zorgkantoren over het algemeen de financiële afspraken gemaakt die nodig zijn om bij oplopende zorgdruk alle acties/initiatieven te nemen om LNAZ fase 3 af te wenden. Wel is er her en der discussie rondom de financiering van leegstand.
- De regio's geven aan dat de coördinatie van zorg voor individuele cliënten in fase 2d en 3 gezamenlijk door de ketenpartijen wordt gedaan.
- Over het algemeen zijn er procesafspraken gemaakt over de inzet van personeel uit zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en personeel van het Nederlandse Rode Kruis in de keten. Dit heeft nog maar in beperkte mate geleid tot concrete afspraken over waar en hoeveel personeel kan worden ingezet in fase 3 of ter voorkoming hiervan.
- We constateren dat er nog onduidelijkheid bestaat over hoe de publiekscommunicatie over fase 3 goed vorm krijgt.
- Alle regio's hebben de inzet van specifieke initiatieven overwogen, maar niet overal worden deze ook daadwerkelijk ingezet. Vooral de regionale inzet van thuiszorghotels komt weinig voor.

# Samenvatting (2/2)

Op basis van dit onderzoek komen de NZa en IGJ tot de conclusie dat de ROAZ'en de afgelopen weken veel voorbereidingen hebben getroffen om toenemende zorgdruk als gevolg van de omikronvariant, met name in de huisartsenzorg, wijkverpleging en verpleeghuiszorg, te kunnen opvangen. De geconstateerde aandachtspunten per regio zijn beperkt en hebben wij reeds teruggekoppeld aan de betreffende regio's.

We constateren dat twee overkoepelende vraagstukken nog aandacht vragen:

- Ten eerste betreft dit de publiekscommunicatie over een eventuele fase 3; de ROAZ'en zijn op dit moment onvoldoende op de hoogte van de communicatieproducten die het ministerie van VWS in samenwerking met verschillende partijen uit het zorgveld heeft ontwikkeld.
  - Ten tweede lijkt nog altijd onduidelijkheid te bestaan over de mate waarin personeel uit ZBC's en van het Rode Kruis kan worden ingezet als de druk in bepaalde zorgsectoren te hoog wordt. Het verdient aanbeveling om hierover op landelijk niveau concretere afspraken te maken die vervolgens op regionaal niveau verder ingevuld kunnen worden.
- 

# Inhoud

## Landelijk beeld paraatheid plannen



**Governance**



**Financieel en juridisch**



**Communicatie**



**Coördinatie**



**Personeel**



**Continuïteit**



**Specifieke initiatieven**



**Overig**

# Landelijk beeld paraatheid

Samenvatting, best practices en  
aandachtspunten per thema

# Governance (1/2)



## Landelijk beeld

De ROAZ-regio's benoemen dat het duidelijk is hoe de **besluitvorming en overlegstructuur** in de aanloop naar en in fase 3 eruit ziet. Over het algemeen bestaat er een aangepaste/afgeslankte structuur voor snelle besluitvorming in een crisisfase, waarbij bijvoorbeeld een bestuurlijk crisis ROAZ is opgericht dat gemandateerd wordt om namens alle sectoren beslissingen te nemen, of een ROAZ kernteam waarin alle sectoren zijn vertegenwoordigd.

De **afspraken** die zijn gemaakt zijn toereikend om de verregaande besluiten te nemen die de hele keten raken. De hele keten is ook goed vertegenwoordigd in de organisatie- en besluitvormingsstructuur. Daarnaast zijn in elke regio de dominante zorgverzekeraars vertegenwoordigd in het ROAZ.

De gemaakte plannen zijn over het algemeen ook in regionaal verband **geoefend** om de uitvoerbaarheid te toetsen en op basis daarvan eventueel de plannen bij te stellen, Waar dat niet is gebeurd, is onderbouwd aangegeven wat daarvoor de reden is, bijvoorbeeld omdat de plannen wel telkens worden beoordeeld op haalbaarheid en bijgesteld op basis van ervaringen uit eerdere Covid-golven.

## Best practice 1

Een regio geeft uitgebreid aan op welke wijze op strategisch niveau een oefening plaatsgevonden heeft met het ROAZ kernteam. Hierbij zijn in deze regio diverse scenario's van verstoppingen in de keten besproken en welke maatregelen dan nodig zouden zijn. Daarnaast is er in deze regio geoefend met de ROAZ-voorzitter en de coördinerend DPG om de samenwerking met de Veiligheidsregio's door te lopen, evenals de communicatielijnen richting landelijke partijen (LNAZ en Veiligheidsberaad). Op operationeel niveau is in het voorjaar van 2021 reeds geoefend met het Zorgcoördinatiecentrum Pandemie (ZCCP) op basis van scenario's en de beschikbare taakkaarten per ZCCP-deelnemer. Daarnaast is eind 2021 met alle groepen die een rol hebben in het ZCCP, een bijpraatsessie geweest: met de huisartsen, wijkverpleegkundigen, MMA's/RCPS-coördinatoren, capaciteitscoördinatoren, communicatieadviseurs, loggers, procesbegeleiders en voorzitters. Op deze manier is iedere betrokkene zo goed als mogelijk voorbereid op deelname in het ZCCP.

# Governance (2/2)



## Best practice 2

In een andere regio wordt de bestaande structuur in fase 3 verder aangescherpt waarbij signalering, afstemming en besluitvorming als volgt plaatsvindt:

- Het RCPS in de ROAZ-regio wordt in fase 3 versterkt met een capaciteitsmanager namens de ziekenhuizen, een coördinator actiecentrum overplaatsingen VVT, de GHOR, een ziekenhuisbestuurder (die tevens namens RCPS in fase 3 deelneemt aan het DB-ROAZ), een centralist MKA, huisartsen en een medisch specialist (intensivist) zodat centrale coördinatie voor een goede verdeling en capaciteit voor zowel Covid als non-Covid geborgd is.
- Het DB-ROAZ (waaraan bestuurlijke vertegenwoordiging van de gehele keten in deelnemen) beoordeelt het landelijke en regionale beeld op basis van de actuele situatie bij ketenpartners en/of signalering via individuele organisaties en/of ROAZ-gremia als sectoraal ROCS en het versterkte RCPS.
- Op basis van het beeld stemt het DB-ROAZ op ROAZ niveau af of maatregelen noodzakelijk zijn en besluit door wie deze genomen moeten worden.
- Het DB-ROAZ geeft de opdracht aan het betreffende gremium/organisatie(s) om maatregelen te nemen, acties uit te zetten en/of coördinatie op te pakken.

Het RONAZ kent een eigen crisisstructuur, maar beiden zijn verbonden aan elkaar via de vertegenwoordiger namens het RONAZ die zitting heeft in het DB-ROAZ. Tevens wordt in fase 3 een sterkere verbinding gelegd met het openbaar bestuur en de veiligheidsregio, doordat de coördinerend DPG deelneemt aan het regionaal beleidsteam van de VR's én het DB-ROAZ; er overleg plaatsvindt tussen de voorzitter van de veiligheidsregio (met portefeuille zorg namens de drie veiligheidsregio's), de coördinerend DPG, de voorzitter van het ROAZ en de voorzitter van het RONAZ (in fase 3 wordt dit overleg opgeschaald en sluiten de voorzitters van het ROAZ en RONAZ samen met de coördinerend DPG aan in het interregionaal beleidsteam (iRBT).



# Financeel en juridisch



## Landelijk beeld

Over het algemeen zijn met zorgverzekeraars en zorgkantoren alle **financiële afspraken** gemaakt ten behoeve van de acties/initiatieven die nodig zijn om fase 3 af te wenden cq. om in fase 3 de juiste actie te kunnen nemen. Wel geeft een regio aan dat de ervaring is dat zorgverzekeraars terughoudend zijn om initiatieven vanuit huisartsenzorg (digitale huisartsenpost) te ondersteunen en is er discussie rondom de financiering van leegstand.

Er zijn bijna geen extra **juridische afspraken** over onderlinge dienstverlening/-uitleen/detachering en informatiedeling gemaakt. Vaak wordt namelijk gebruik gemaakt van reguliere overeenkomsten, of is het iets tussen individuele zorgaanbieders. In een aantal regio's is wel overeenkomsten opgeteld.

Ook voor de uitwisseling van persoonsgegevens geldt over het algemeen dat de bestaande verwerkingsovereenkomsten worden gebruikt

Ten aanzien van de **kosten die extra beveiliging mogelijk** in fase 3 met zich meebrengt, geeft het merendeel van de regio's aan dat er afspraken zijn gemaakt wie deze kosten draagt. Veelal zijn die kosten voor rekening van de zorgaanbieder zelf.

Daarnaast zijn er over het algemeen afspraken met de veiligheidsregio over de **veiligheid van zorgpersoneel** gemaakt en er zijn veelal goede/laagdrempelige contacten met de politie.

## Best practice

In een regio is door de politie een Staf Grootchalig en Bijzonder Optreden (SGBO) ingericht dat specifiek is ingesteld voor de veiligheid van de zorginstellingen. Hierbij is goede samenwerking met de GGD-GHOR en zorginstellingen tot stand gekomen.

## Aandachtspunt

Een regio geeft aan dat zorgverzekeraars geen leegstand willen financieren, maar dat soms enige leegstand niet te voorkomen is, vanwege het feit dat de cohorten er moeten zijn. Deze financiële discussie staat overigens los van de paraatheid die feitelijk tot stand komt.

Opvallend is verder dat in twee regio's wordt aangegeven dat de veiligheid van zorgpersoneel en mogelijke kosten die hiermee gemoeid zijn niet de verantwoordelijkheid van het ROAZ, maar van de veiligheidsregio is.

# Communicatie



## Landelijk beeld

In fase 3 wordt de noodzakelijke communicatie-/informatie door VWS vastgesteld. In alle regio's zijn er afspraken gemaakt over de **rolverdeling in de communicatie van deze** informatie richting zorgorganisaties en hun medewerkers in fase 3 en staan de eventueel benodigde materialen klaar.

Er lijkt wel verschil te zijn in de mate waarin en wijze waarop eigen regionale procesafspraken zijn gemaakt

Een aantal regio's geeft daarbij aan dat er geen **complementaire publiekscommunicatie** is naast de landelijke publiekscommunicatie vanuit VWS.

### Aandachtspunt

Een aantal regio's geeft aan nog niet bekend te zijn met de landelijke informatieproducten vanuit VWS over fase 3. Aangezien afgesproken is dat VWS regie voert over de landelijke communicatie over fase 3, verdient het aanbeveling ervoor te zorgen dat alle regio's de ontwikkelde informatieproducten kennen.

## Best practice

Regionaal zijn er in de regio afspraken gemaakt over de rolverdeling tussen de verschillende individuele organisaties/sectoren en regionale communicatie en er zijn afspraken gemaakt over wie wanneer wat communiceert:

- Publieksinformatie (via de media) gaat vanuit individuele zorginstellingen als vragen betrekking hebben op de eigen organisatie/interne vraagstukken. Vragen die breder zijn, worden zoveel mogelijk doorverwezen naar de woordvoerder van het ROAZ of lopen via de communicatiestructuur van het RONAZ voor bijvoorbeeld de VVT en gehandicaptenzorg.
- Informatie aan ketenpartners (en media) over de stand van zaken in de regio loopt via het ROAZ wanneer vragen betrekking hebben op de regionale planvorming; actuele status in de regio (bezettingcijfers) en onderlinge samenwerking.
- Woordvoering richting media gaat via een bestuurder van het DB-ROAZ dan wel ander gremium (passend bij de vraag) die vertegenwoordigd is in het ROAZ, met ondersteuning van een woordvoerder van het ROAZ.
- Vragen die specifiek gericht zijn op bijvoorbeeld VVT en gehandicaptenzorg, lopen via de communicatiestructuur van het RONAZ. Tevens vindt, indien nodig, verdere concretisering van de afspraken plaats tussen ROAZ, RONAZ, coördinerend DPG en openbaar bestuur ((i)RBT) over besluitvorming, woordvoeringen en (publieks-)communicatie rond maatregelen en samenwerking.

# Coördinatie



## Landelijk beeld

De regio's geven aan dat de **coördinatie** van zorg voor individuele cliënten in de aanloop naar en in fase 3 gezamenlijk door de ketenpartijen wordt gedaan.

De meeste regio's geven aan dat er tussen subregio's en/of sectoren wel **verschillen** kunnen bestaan in hoe de coördinatie van zorg plaatsvindt (en of dit gedaan wordt door alle ketenpartijen), maar dat dit voldoende is geregeld. Per regio verschilt het bijvoorbeeld of sectoren als GGZ en GHZ betrokken zijn bij de coördinatie.

De regio's beschikken veelal over een **dashboard** of een dagelijks beeld dat door ketenpartners wordt bijgehouden per sector. Het verschilt wel per regio welke informatie specifiek in een dergelijk dashboard is opgenomen.

### Aandachtspunt

Regionale aspecten en kenmerken uiten zich in een verschillende inrichting van coördinatie, dus er is hier niet eenzelfde best practice die sec over te nemen is.

## Best practice

Een regio geeft aan dat de coördinatie van zorg sinds aanvang van de Covid-pandemie gebeurt op basis van zorgvraag en – aanbod (capaciteit). Iedere dag wordt een capaciteitsbeeld opgemaakt, dat dagelijks wordt besproken tijdens een overleg met capaciteitsmanagers voor klinische capaciteit. Dezelfde dag wordt dit beeld besproken tijdens de regionale huddle (inclusief aanwezigheid intensivist en RCPS) en tijdens bestuurlijke overleggen met de ziekenhuizen en met het ROAZ kernteam.

Tijdens fase 3 is het Zorgcoördinatiecentrum Pandemie (ZCCP) actief. Bij inzet van zorg wordt dan eerst lokaal gekeken naar de mogelijkheden en eventueel alternatieven voor de inzet van zorg die er zijn. Indien er geen lokale mogelijkheden zijn, wordt de patiënt aangemeld bij het ZCCP.

Op deze manier gebeurt de coördinatie van zorg voor individuen tijdens fase 3 door het ZCCP-team. Alle sectoren (ziekenhuizen, huisartsen, V&V, thuiszorg, ambulancezorg, GGZ, GHZ, revalidatiezorg en ZBC) zijn betrokken bij deze coördinatie. Indien sectoren geen deelnemer zijn in het ZCCP, zijn zij deelnemer in de virtuele schil van het ZCCP en kunnen voor consultatievragen worden benaderd.

# Inzet personeel ZBC's en Rode Kruis



## Landelijk beeld

Over het algemeen zijn er procesafspraken gemaakt over de inzet van **ZBC personeel** in de keten. Dit heeft echter nog maar in beperkte mate geleid tot concrete afspraken over waar en hoeveel personeel van ZBC's kan worden ingezet in de aanloop naar en in fase 3. Een voorbeeld hiervan is de inzet van een aantal OK-assistenten van ZBC's in fase 3 in het ziekenhuis.

Een aantal regio's geeft aan dat het nog niet mogelijk is om concretere afspraken te maken, omdat dit afhangt van de situatie in fase 3 en de plek in de keten waar de druk het hoogst zal zijn. Over het algemeen is echter de verwachting dat de procesafspraken uiteindelijk maar tot beperkte inzet van personeel zal leiden, omdat deze op basis van vrijwilligheid is.

Voor de inzet van personeel van het **Rode Kruis** is bij regio's bekend hoe zij ingezet kunnen worden. Sommige regio's geven aan dat er ook al concrete afspraken zijn gemaakt over waar personeel ingezet zal worden. In een andere regio worden deze medewerkers al ingezet bij de GGD om te ondersteunen bij het vaccineren. Het verschilt per regio of ze de daadwerkelijke inzet in ROAZ-verband afstemmen of alleen gegevens van elkaar delen om contact te zoeken over daadwerkelijke inzet als het nodig blijkt.

## Aandachtspunt

ROAZ-regio's kunnen maar beperkt rekenen op inzet van ZBC personeel in de keten. Eventuele inzet van personeel gebeurt namelijk op basis van vrijwilligheid.

# Continuïteit (1/2)



## Landelijk beeld

In de **wijkverpleging** worden verschillende initiatieven ondernomen die gericht zijn op het vergoten van de capaciteit, het verkleinen van de vraag en/of het concentreren van de vraag en het aanbod. Door de inzet van mantelzorgers kan personeel vrijgespeeld worden om de daadwerkelijke zorg te leveren en wordt daarmee de capaciteit vergroot. Het verkleinen van de vraag gebeurt door de aanscherping van triage of het verschrallen van de te leveren zorg. De concentratie van de vraag en het aanbod vindt in een paar regio's plaats door het clusteren van patiënten en personeel op een aangewezen locatie. Meerdere regio's geven aan dat in de plannen voor opschalling ook het sociaal domein / WMO wordt meegenomen, waarbij bijvoorbeeld wordt gekeken of medewerkers ingezet kunnen worden bij ondersteuning thuis. Veel regio's verwachten met genoemde initiatieven een eventuele toenemende vraag aan te kunnen, maar er zijn er ook die daar nu nog niets over durven te zeggen.

Ook voor de **huisartsenzorg** worden initiatieven ondernomen die gericht zijn op de aanscherping en het anders organiseren van de triage. Een voorbeeld is de inzet van een regionaal huisartskundig triageteam. Verder wordt er gekeken of reguliere zorg kan worden afgeschaald, de capaciteit kan worden vergroot door de inzet van co-assistenten, of de zorg kan worden geconcentreerd. Ongeveer de helft van de regio's verwacht hiermee een eventuele toenemende vraag aan te kunnen. Ook hier kan een aantal regio's hier nog niets over zeggen.

In de **langdurige zorg** is het beeld niet anders dan bij de wijkverpleging en huisartsenzorg. Door patiënten langer in het ziekenhuis te houden, het aanschrepen van de triage, het opschalen van het aantal Covid-bedden en het verschrallen van de te leveren zorg, probeert men ook hier zoveel mogelijk capaciteit vrij te spelen om een zo groot mogelijke vraag te bedienen. Het is evident dat hierover afspraken in de keten worden gemaakt, omdat bijvoorbeeld een langer verblijf van patiënten in het ziekenhuis mogelijk niet zonder consequenties is. Het beeld wat betreft het kunnen opvangen van de vraag is gelijk als bij de wijkverpleging en huisartsenzorg.

Nagenoeg alle regio's geven aan dat in de plannen voor fase 3 rekening wordt gehouden met het bieden van continuïteit in de **acute verloskunde**. Ook hier zijn er initiatieven gericht op centralisatie en verschralling van de te leveren zorg of aangepaste triage.

# Continuïteit (2/2)



## Best practice

Een regio vermindert de inzet van e-health (o.a. beeldzorg) in de thuissituatie door de wijkverpleegkundige de druk op de thuiszorg-teams.

Op dit moment wordt in de wijkverpleging een gedeelte van zorg al structureel virtueel geleverd. Bij fase 3 kan dat geïntensiveerd worden. Geïntensiveerde inzet in de wijkverpleging is echter sterk afhankelijk van beschikbaarheid van bekwaam personeel.

## Best practice

Door continue monitoring en bijsturing vanuit capaciteitsmanagement (actiecentrum VVT) kan in de regio tijdig actie worden ondernomen.

## Aandachtspunt

De beschikbaarheid van voldoende personeel voor de opschaling van capaciteit is het belangrijkste aandachtspunt.

# Initiatieven: Thuiszorghotel



## Landelijk beeld

Het thuiszorghotel is in alle regio's overwogen, maar lijkt niet het meest effectieve initiatief om de druk op de zorg te verlagen. Het is daarom in de meeste regio's niet opgenomen in de plannen.

Regio's gaan ervan uit dat capaciteit binnen de V&V voldoende op te schalen is, om eventueel ook thuiszorgpatiënten op te kunnen vangen. Deze capaciteit ten volle benutten is vinden zij meer wenselijk dan capaciteit creëren buiten de instellingsmuren.

## Voordelen

Het organiseren van verblijf op één locatie kan leiden tot een efficiëntere inzet van mensen en middelen. Hiermee zou een grotere vraag kunnen worden bediend.

## Nadelen

- Het netwerk van klanten wordt uitgeschakeld en dus wordt er een groter beroep op zorgprofessionals gedaan.
- Reistijd gaat slechts een kleine winst opleveren die weer verwaarloosd wordt door het vorige punt.
- Voor het concentreren van de zorgvraag is ook extra personeel nodig en dat is het voornaamste knelpunt bij opschaling van capaciteit.

# Initiatieven: Regionale inzet wijkverpleging



## Landelijk beeld

Het (sub)regionaal coördineren van inzet van wijkverpleging wordt in het merendeel van de regio's ingezet, maar het is vaak lastig om de kleine zorgaanbieders mee te nemen in centralisatie van Covid-zorg. De inspanning die nodig is om hen aan te sluiten weegt in veel gevallen niet op tegen de eventueel extra te creëren capaciteit. Zie ook verder de informatie op pagina 19 over het regionale inzicht in kleinere V&V-instellingen en thuiszorgorganisaties.

## Voordelen

Mogelijk dat er bij kleine zorgaanbieders ook nog capaciteit beschikbaar is die voor Covid-zorg kan worden ingezet (**bron:** Korte termijn scenario in verband met de omikronvariant – analyses en aanbevelingen, IG&H, 12 januari 2022).

## Aandachtspunt

Het (sub)regionaal coördineren van inzet van wijkverpleging is overwogen, maar wordt bemoeilijkt door de grote hoeveelheid kleine organisaties die niet verenigd zijn en daardoor buiten beeld vallen.



# Initiatieven: Thuismonitoring



## Landelijk beeld

Thuismonitoring wordt bijna in alle ROAZ-regio's ingezet. Wel zijn er regionale regionale verschillen in methodiek (o.a. type hoofdbehandelaar en monitoring).

Thuismonitoring wordt zowel ingezet aan de achterkant, door mensen eerder uit het ziekenhuis te ontslaan als aan de voorkant, door te voorkomen dat mensen in het ziekenhuis worden opgenomen.

De meeste regio's geven aan dat moeilijk in te schatten is hoeveel capaciteit hierdoor kan worden vrijgehouden op de verpleegafdelingen van ziekenhuizen.

## Voordelen

Thuismonitoring van patiënten met zuurstof zorgt voor ruimte in ziekenhuizen voor ernstig zieke patiënten, zowel Covid- als niet-Covidpatiënten, door een verminderde instroom (preklinisch vanuit huisarts en SEH) en een betere doorstroom uit het ziekenhuis. Daarnaast zorgt het voor een hoge patiënttevredenheid (**bron:** Korte termijn scenario in verband met de omikronvariant – analyses en aanbevelingen, IG&H, 12 januari 2022).

## Aandachtspunt

Het wordt overal toegepast voor vervroegd ontslag, maar nog niet overal preklinisch ingezet. Capaciteit in ziekenhuizen kan indien nodig dus mogelijk nog worden vergroot, als ook het preklinische gebruik wordt toegepast.

# Initiatieven: Grootschalige inzet buddies



## Landelijk beeld

Buddies worden in bijna alle ROAZ-regio's ingezet. Als dat niet het geval is, zijn er goede alternatieven beschreven.

Buddies kunnen van andere afdelingen binnen het ziekenhuis komen, zoals medewerkers vanuit de kliniek en co-assistenten. Maar buddies kunnen ook van buiten het ziekenhuis komen, zoals pas gepensioneerden, ZBC's of het Rode Kruis.

Regio's geven aan dat het moeilijk in te schatten is hoeveel extra capaciteit dat oplevert.

## Voordelen

Inzet van buddies zorgt ervoor dat IC-personeel zich kan concentreren op een aantal specialistische taken, waarbij relatief eenvoudigere taken worden overgedragen aan buddies (taakdifferentiatie).

## Nadelen / aandachtspunten

- Deze 'verdunning' heeft direct invloed op de kwaliteit van zorg, waardoor dit voor organisaties niet de meest wenselijke oplossing is.
- Om capaciteit door inzet van co-assistenten nog verder op te schalen op het moment dat het urgent is, kan het nodig zijn een landelijke stop voor medische opleidingen in te zetten. VWS zou deze mogelijkheid kunnen onderzoeken om te zien wat mogelijk is.
- Financiering is soms nog wel een punt van zorg en men hoopt dit op te kunnen lossen met de zorgverzekeraar.

# Overig: Regionaal inzicht in kleinere V&V-instellingen en thuiszorgorganisaties

## Landelijk beeld

De GGD-GHOR heeft geïnventariseerd of er **zicht is op kleinere VV-instellingen en thuiszorgorganisaties**. 20 van de 25 gemeentelijke gezondheidsdiensten hebben aangegeven volledig zicht te hebben op de VV-instellingen in hun regio. Op de thuiszorgorganisaties hebben 16 van de 25 regio's volledig zicht op deze organisaties in hun regio. Meerdere van deze diensten geven aan in de regio de keuze te hebben gemaakt om niet te investeren in alle hele kleine organisaties (1-pitters) die niet reageren op de uitvraag. Het aandeel beddenscapaciteit dat deze instellingen levert verschilt tussen de 2% en 20% per regio. Met andere woorden, in alle regio's is er zicht op 80% - 100% van de capaciteit die geleverd kan worden.

Er zijn vijf regio's waar de kleinere VV-instellingen en thuiszorgorganisaties **onderdeel uitmaken van de fase 3 plannen**. De overige regio's geven aan dat er voldoende mogelijkheden zijn binnen de grote instellingen. Het levert meer op om meer bedden in de 'grotere' instellingen aan te merken als extra tijdelijke bedden buiten het ziekenhuis. In alle regio's zijn er wel afspraken gemaakt dat kleinere VV-instellingen personeel leveren voor het bemensen van het Covid-cohort.

Het **contact** met de kleinere VV-instellingen en thuiszorgorganisaties verloopt op verschillende manieren en op verschillende niveaus (strategisch, tactisch en operationeel niveau). Via het RO(N)AZ, via het regionaal coördinatiepunt VVT, via de coördinerend DPG/ het GHOR-bureau, via sectorvertegenwoordigers, via verschillende (regionale) koepels, via registratiepunten (Point, Verwijshulp) en/of een wekelijks Covid-overleg.

# Overig: Regionale V&V locaties met zuurstof uit de muur

## Landelijk beeld

De GGD-GHOR heeft geïnterviewd hoeveel bedden er buiten het ziekenhuis zijn met zuurstof uit de muur. Hieruit blijkt dat er op dit moment in totaal 1.329 bedden buiten het ziekenhuis beschikbaar zijn in Nederland verdeeld over vier regio's. Van vier regio's is nog niet bekend hoeveel bedden zij beschikbaar hebben. Zij voeren hier nog gesprekken over om te bepalen wat de juiste locatie is of hebben locaties op het oog, maar beslissen pas op het moment dat de inzet hiervan nodig gaat zijn. Twee regio's geven aan geen bedden met zuurstof uit de muur buiten het ziekenhuis beschikbaar te hebben.



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



# Ketenbrede paraatheid ter voorkoming fase 3

Bijlagen

# Bijlage: ROAZ regio's



# Bijlage: Vragenlijst ROAZ regio's

## Inleiding

Al lange tijd wordt in de ROAZ'en onder onzekerheid hard gewerkt aan het borgen van de toegankelijkheid en continuïteit van zorg in deze Covid-pandemie. Begin 2021 zijn door de ROAZ'en plannen gemaakt ter voorkoming van en ter voorbereiding op fase 3. Deze plannen zijn beoordeeld door een kernteam onder leiding van het LNAZ, waarna de regio's de plannen hebben aangescherpt indien nodig.

Nu de omikronvariant mogelijk opnieuw leidt tot een toename van de druk op de zorg in de eerste maanden van 2022 is het belangrijk om te inventariseren of regio's het maximale hebben gedaan/ doen ter voorkoming van en voorbereiding op fase 3. Om deze vraag te beantwoorden, heeft IG&H in opdracht van VWS de afgelopen weken informatie verzameld en een aantal aanbevelingen gedaan. Daarnaast verzamelen LNAZ/LCPS, GGD GHOR, IGJ en NZa doorlopend informatie in de regio's. In deze tijden van crisis streven we naar maximale transparantie om enerzijds de minister de gelegenheid te geven om actief te kunnen sturen, en anderzijds de leereffecten tussen regio's te stimuleren.

Ter voorbereiding daarop sturen wij deze link naar een korte vragenlijst met enkele aanvullende vragen. We willen jullie vragen om deze vragenlijst in ROAZ-verband te bespreken en de antwoorden uiterlijk 14 januari in te vullen. Om het bespreken van de vragenlijst te faciliteren is een PDF van de vragenlijst als bijlage toegevoegd.

De overkoepelende informatie zal benut worden voor het afleggen van maatschappelijke verantwoording over de ketenbrede paraatheid t.a.v. acties ter voorkoming van fase 3 cq acties die in fase 3 nodig zijn om de toegang tot de meest dringende zorg te borgen. Mocht daartoe aanleiding zijn, dan zullen we de informatie benutten in het contact met individuele ROAZ'en om op onderdelen nog verbetering te realiseren. Half januari geven we een terugkoppeling van het opgehaalde beeld.



# **Deel 1**

**Aanvullen informatiepositie m.b.t. de plannen ter  
voorkoming en ter voorbereiding op fase 3**



# Vragen deel 1

## Governance

1. Is het duidelijk hoe de besluitvormings- en overlegstructuur in de aanloop naar- en in fase 3 eruitziet?	Ja, vraag 1b Nee, waarom niet?
1b. Indien vraag 1 ja: Zijn deze afspraken toereikend om verregaande besluiten te nemen die de hele keten raken?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
2. Zijn de dominante zorgverzekeraar(s) nauw betrokken bij de besluiten die in ROAZ verband worden genomen?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
3. Zijn de gemaakte plannen in regionaal verband geoefend om de uitvoerbaarheid te toetsen en op basis daarvan eventueel de plannen bij te stellen?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?

## Financieel en juridisch

4. Zijn met zorgverzekeraars en zorgkantoren alle noodzakelijke financiële afspraken gemaakt t.b.v. acties/initiatieven om fase 3 af te wenden cq in fase 3?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
4a. Indien vraag 4 nee: Is er al geëscaleerd richting zorgverzekeraar en/of NZa?	Ja, bij wie en wat was de uitkomst? Nee, waarom niet?
5. Zijn er juridische afspraken over onderlinge dienstverlening/uitlening/detachering en informatiedeling gemaakt?	Ja (evt. toelichting) Deels, welke afspraken nog niet gemaakt? Nee, wat niet en waarom niet?
6. Zijn er afspraken gemaakt over wie de kosten draagt rondom mogelijke extra beveiliging van zorglocaties en zorgpersoneel ten tijden van fase 3?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
7. Zijn er concrete afspraken met de veiligheidsregio over de veiligheid van zorgpersoneel ten tijden van fase 3?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?

# Vragen deel 1

## Communicatie

8. Zijn er afspraken gemaakt in de regio over de rolverdeling in de communicatie richting zorgorganisaties en hun medewerkers voor fase 3 en staan de eventueel benodigde materialen klaar?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
9. Bestaat er plan voor publiekscommunicatie voor fase 3 dat complementair is aan de publiekcommunicatie vanuit VWS en is deze afgestemd met de veiligheidsregio?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
*** Ruimte voor toelichting rondom communicatie over fase 3	**open veld**

## Coördinatie

10. Wordt de coördinatie van zorg* voor individuele patiënten / cliënten in fase 2d en 3 gezamenlijk door de ketenpartijen gedaan?	Ja Nee
10a. Indien vraag 10 nee: wordt de coördinatie per sector gedaan?	Ja, waarom gekozen voor coördinatie per sector? Nee geen coördinatie
10b. Indien vraag 10 ja: welke partijen zijn betrokken bij de coördinatie van zorg?	Ziekenhuizen, Huisartsen, V&V, thuiszorg, ambulancezorg, GGZ, GHZ, revalidatiezorg, ZBC's
11. Hebben de ketenpartijen, in fase 2d en 3, op hetzelfde moment beschikking over dezelfde informatie. Bijv. inzicht in de (beschikbare) capaciteit?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
12. Wordt er in de plannen rekening gehouden met het veilig delen van patiëntgegevens die nodig zijn om kwalitatief goede en veilige zorg te kunnen blijven leveren in fase 3? (bijv. ten behoeve van een centraal huisartsen visite team)	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?

## Personeel

13. Zijn er aanvullend aan de landelijke afspraken concrete afspraken met ZBC's in de regio gemaakt hoeveel en welk personeel wanneer en waar wordt ingezet in fase 3 maar ook ter voorkoming van fase 3?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
14. Zijn er in de regio concrete afspraken met het Rode Kruis gemaakt over hoeveel en welk personeel / vrijwilligers wanneer en waar wordt ingezet?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?

\* Definitie coördinatie van zorg: Centraal coördineren van zorg over de keten heen t.b.v. efficiënte inzet beschikbare middelen/personeel en/of betere doorstroom in de keten

# Vragen deel 1

## Continuïteit van zorg

15. Stel dat de instroom in de wijkverpleging eind januari substantieel hoger (bijv. 20%) is dan de instroom in de vierde piek van oktober-december 2021

a. Wat hebben jullie klaar staan om dit op te vangen?	Beschrijving van plannen en hoeveel capaciteit levert dit op?
b. Wordt in de plannen voor de opschaling van de wijkverpleging ook het sociaal domein / WMO meegenomen?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
c. Is dit afdoende om de toegankelijkheid van zorg in de wijkverpleging te borgen?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?

16. Stel dat de instroom in de huisartsenzorg eind januari substantieel hoger (bijv. 20%) is dan de instroom in de vierde piek van oktober-december 2021

a. Wat hebben jullie klaar staan om dit op te vangen?	Beschrijving van plannen en hoeveel capaciteit levert dit op?
b. Is dit afdoende om de toegankelijkheid van zorg in de huisartsenzorg te borgen?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?

17. Stel dat de instroom in de intramurale V&V eind januari substantieel hoger (bijv. 20%) is dan de instroom in de vierde piek van oktober-december 2021

a. Wat hebben jullie klaar staan om dit op te vangen? - welke initiatieven?	Beschrijving van plannen en hoeveel capaciteit levert dit op?
b. Is dit afdoende om de toegankelijkheid van zorg in de intramurale V&V te borgen?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?
18. Wordt er in de plannen voor fase 3 rekening gehouden met het bieden van continuïteit in de acute verloskunde?	Ja (evt. toelichting) Nee, waarom niet?

## **Deel 2**

# **Mogelijk aanvullende initiatieven**

## Aanvullende vragen over aantal specifieke initiatieven

IG&H heeft in opdracht van VWS de afgelopen 2 weken informatie verzameld over mogelijke aanvullende initiatieven die op korte termijn gerealiseerd kunnen worden ter voorkoming van fase 3 of in een fase 3 situatie. Hierna volgt er een selectie van vier initiatieven die belangrijk zijn, maar doorgaans in de uitvoering en paraatheid verschillen tussen regio's . Deze leggen we graag aan jullie voor om zo inzicht te krijgen in jullie regionale overwegingen rondom deze initiatieven.

**De regionale inzet van thuiszorghotels (of vergelijkbare initiatieven):** om thuiszorg / medische zorg thuis voor patiënten met een relatief zware thuiszorgvraag te concentreren om reistijd van wijkverpleegkundigen en huisartsen te minimaliseren.

- Initiatief onderdeel van regioplan → # bedden
- Initiatief overwogen maar niet meegenomen → waarom niet?
- Initiatief niet overwogen → waarom niet?

**Het (sub)regionaal coördineren van de inzet van wijkverpleegkundigen per buurt / wijk / gemeente:** in tijden van crisis de coördinatie en inroostering van personeel van verschillende organisaties concentreren om op deze manier de meest efficiënte inzet van medewerkers te realiseren. In de wijkverpleging is het bijvoorbeeld mogelijk om routes samen te voegen.

- Initiatief onderdeel van regioplan → evt. extra toelichting
- Initiatief overwogen maar niet meegenomen → waarom niet?
- Initiatief niet overwogen → waarom niet?

**Thuismonitoring klinische patiënten:** we zien goede voorbeelden waarbij de thuismonitoring regionaal is ingericht bij een ziekenhuis of een zorgcentrale dat in nauwe samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorgorganisaties is opgezet en uitgevoerd.

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Initiatief onderdeel van regioplan</li> <li>→ Hoe ziet de huidige situatie van thuismonitoring eruit in de ROAZ-regio?</li> <li>→ Welke initiatieven gebeuren er specifiek op:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vervroegd ontslag (uit de kliniek)</li> <li>• Preklinisch (door de huisarts)</li> <li>• Via de SEH</li> </ul> </li> <li>→ Hoeveel capaciteit kun je hier mee vrijhouden op de verpleegafdelingen van ziekenhuizen?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Initiatief overwogen maar niet meegenomen</li> <li>→ Waarom niet?</li> <li><input type="checkbox"/> Initiatief niet overwogen</li> <li>→ Waarom niet?</li> </ul> |
|---|--|

**Grootschalig inzetten buddies:** we zien als best-practice in een aantal ziekenhuizen dat door het inzetten van grote hoeveelheden buddies (bijv. coassistenten) veel IC-opschaling mogelijk is. Dit zonder grote verstoringen elders in het ziekenhuis waardoor de non-Covid zorg op grotere schaal doorgang kan vinden

- Best-practice wordt in de regioplannen toegepast → Op welke manier wordt dit toegepast? (type buddies, volume, etc.)
- Best-practice overwogen maar niet meegenomen → waarom niet?
- Best-practice niet overwogen → waarom niet?