

Opschalen in de keten tijdens corona binnen de ROAZ regio's Noord-Holland en Flevoland

Datum	9 september 2020
Versienummer	1.3
Auteurs	Annika Janse - NAZNW (coördinerend adviseur) Esther Simmelink – GGD Flevoland
In opdracht van	Bestuurlijk ROAZ Noord-Holland/Flevoland
Werkgroep	Jan Dirk van de Ven (GGD/GHOR), Esther Simmelink (GGD/GHOR), Frank Lagerweij (RAV), Monique Slee (VVT), Anne Veldhof (VVT), WimJan Egtberts (VVT), Corine van Geffen (HA(P)), Jeroen Zoeteman (GGZ), Roel de Bruijn (GHZ), Ineke Jonker (SIGRA), Danielle Bonink (NAZNW), Annika Janse (NAZNW)
Startdatum project	Juni 2020
Looptijd project	Juni t/m augustus 2020

1. Aanleiding en doelstelling document

Ter voorbereiding op een zogenoemde tweede golf, waarbij de druk op de zorgsector weer toeneemt, is in de verschillende sectoren gewerkt aan opschalingsplannen. Het doel van deze plannen is om de zorg voor COVID-patiënten te kunnen opvangen, zonder dat dit ten koste gaat van de reguliere zorg.

Op basis van deze opschalingsplannen is door de ROAZ regio Noord-Holland en Flevoland (hierna te noemen het ROAZ) de opdracht gegeven om ketenbreed naar deze opschalingsplannen te kijken en antwoord te geven op de volgende drie kernvragen:

- 1) Hoe zien de opschalingsscenario's ter voorbereiding op een tweede Corona golf per sector eruit?
- 2) Hoe kunnen deze opschalingsscenario's van de verschillende sectoren in ketenperspectief worden gebracht?
- 3) Op basis van welke signalen (per sector) wordt er weer op- en afgeschaald? En welke vorm van afstemming is er dan nodig in de keten?

Dit document geeft per sector een samenvatting van deze opschalingsplannen en beschrijft de afhankelijkheden tussen de verschillende partners/sectoren. Daarna geeft het inzicht in ketenbrede maatregelen en coördinatiestructuur (incl. op- en afschaling en informatievoorziening).

2. Totstandkoming document

Er is een werkgroep samengesteld met vertegenwoordigers uit alle sectoren om antwoord te geven op geformuleerde vragen door het bestuurlijk crisis ROAZ Noord-Holland/Flevoland. Binnen het project is invulling gegeven aan de volgende onderdelen:

- het integreren van de landelijke ontwikkelingen en kaders in dit regio-document;
- beschrijven van de uitgangspunten en randvoorwaarden in de ketensamenwerking;
- beschrijven van de opschalingsplannen van de verschillende sectoren binnen de ROAZ regio voor het creëren van extra capaciteit voor het opvangen van COVID-patiënten in de verschillende sectoren.
- beschrijven van de dwarsverbanden en onderlinge afhankelijkheden binnen de gehele witte keten en hoe de informatievoorziening en leiding en coördinatie hierop is.

3. Uitgangspunten voor ketenbrede samenwerking

- Het uitgangspunt is dat reguliere en COVID-patiënten zoveel mogelijk lokaal of in de regio worden opgevangen. Er wordt gehandeld conform landelijke kaders, richtlijnen en adviezen;
- Elke sector heeft een eigen opschalingsplan waarbij aandacht is voor haalbaarheid, noodzakelijkheid, doelmatigheid en afstemming in de keten;
- Er is een optimale doorstroom tussen de sectoren (juiste zorg op de juiste plek - ketensamenwerking);
- Binnen de ROAZ-regio worden lokale en regionale uitbraken van het coronavirus vroegtijdig gesignaleerd. Daarnaast is er zicht op de beschikbare capaciteit in de ROAZ regio, om vroegtijdig te kunnen opschalen;
- Maatregelen worden getroffen op basis van een afweging van gezondheidseffecten, economische effecten en de maatschappelijke effecten (op bijvoorbeeld openbare orde en veiligheid);

- De randvoorwaarden zijn geborgd: beschikbaarheid van voldoende en getraind personeel, voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, testmateriaal en specifieke zorgmiddelen en financiële afspraken voor de uitvoering van de plannen.

Crisisstructuur corona ROAZ Noord-Holland/Flevoland

Op 13 maart 2020 is tijdens het bestuurlijk ROAZ een regionale crisisstructuur vastgesteld, gericht op snelle en effectieve besluitvorming ten aanzien van COVID-19. Gebleken is dat bijbehorende overlegstructuren, die afhankelijk van de intensiteit van de situatie in de regio dagelijks tot tweewekelijks vergaderen, zeer effectief en efficiënt werken en daarmee de solidariteit en samenwerking binnen de regio bevorderen. De overlegstructuren in de regio zijn:

1. **Bestuurlijk crisis ROAZ (BCR)** gevormd door een afvaardiging van bestuurders uit alle betrokken partijen van het bestuurlijk ROAZ en de beide leidinggevendenden van de netwerken acute zorg. De voorzitter van dit overleg is een lid raad van bestuur van Amsterdam UMC. Daarnaast zijn er bestuurders namens de GGZ en de GHZ aangesloten en is de zorgverzekeraar vertegenwoordigd.
2. **Regionaal Crisisteam Zorg (RCZ):** naast het bestuurlijk crisis ROAZ kan er per veiligheidsregio een regionaal RCZ zijn om de zorgcontinuïteit in de eigen veiligheidsregio te bespreken en regionale knelpunten te bespreken. De Directeur Publieke Gezondheid van de GGD/GHOR is de voorzitter van dit regionale overleg.
3. **Sectorspecifiek overleg:** de ziekenhuizen, GGD/GHOR, HAP's, RAV's en instellingen binnen de VVT, GGZ en GHZ voeren ieder apart een bestuurlijk overleg. De voorzitter/vertegenwoordiger van elk van deze overleggen heeft ook zitting in het BCR, waar hij of zij de organisaties binnen de eigen (regionale) sector vertegenwoordigt.
4. **Specifieke teams gericht op knelpunten** die opspelen tijdens de crisis. Twee voorbeelden zijn het Regionaal Coördinatiepunt Patiëntenstromen (RCPS) die de dagelijkse de aanlevering van de aantallen COVID-patiënten in de regio verzorgt. En het Inkoop- en distributieteam PBM met daaronder de werkgroep Resources. Samen coördineren zij het proces rondom de Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM).
5. **Medisch Coördinatoren overleg** waarin de medisch coördinatoren uit de ziekenhuizen afspraken maken over de spreiding van COVID-patiënten in de regio en voorstellen uitwerken voor op- en afschaling van COVID-zorg en van de reguliere zorg (waaronder de IC-opschaling). Dit overleg is onderdeel van het regio bestuurlijk overleg ziekenhuizen
6. **Coördinatie en ondersteuning** door adviseurs van beide netwerken acute zorg. Zij stemmen af met onder andere GHOR, LNAZ, LCPS (via het RCPS), LPZ en landelijke distributieteams. En zorgen voor de inhoudelijke voorbereiding en verslaglegging van overleggen, aanleveren van en inzicht geven in beschikbare capaciteit, dagelijks communicatiebulletin naar ketenpartners enz.

4. Opschalingsplannen per sector

4.1. Ziekenhuizen

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) verzocht een plan op te stellen om de zorg voor COVID-patiënten te kunnen opvangen zonder dat dit ten koste gaat van de reguliere non-COVID-zorg. Dit landelijke opschalingsplan beschrijft een structurele uitbreiding van de IC-capaciteit in drie stappen:

- Stap 1: 100% structureel beschikbaar maken (1.150 IC bedden)
- Stap 2: 120% structureel beschikbaar maken (1.350 IC bedden)
- Stap 3: 150% flexibel beschikbaar maken (1.700 IC bedden)

Vertaald naar de ROAZ regio Noord-Holland en Flevoland betekent stap 2 dat het aantal fysieke IC-bedden structureel wordt uitgebreid met **47 IC bedden** binnen de randvoorwaarden (los van personeel en materieel). Voor stap 3 (150%) gaat het om **53 flexibele IC bedden**.

Alle ziekenhuisorganisaties geven aan dat het niet realistisch is om het gewenste aantal van 100 bedden operationeel te krijgen rond oktober, zonder dat dit impact heeft op de reguliere zorg. Een aantal van de elf ziekenhuisorganisaties zal hiervoor (moeten) verbouwen, met name om COVID en non-COVID beter te kunnen scheiden.

Voor de verdeling van het aantal plekken per ziekenhuis wordt uitgegaan van het Nieuwe Fair Share scenario. Het gaat hierbij om een harmonica-model, waarbij regionaal o.b.v. behoefte/vraag zoveel mogelijk gezamenlijk wordt op- en afgeschaald. Hierbinnen leveren bepaalde ziekenhuizen verhoudingsgewijs een groter aandeel, o.a. door fysieke mogelijkheden en grootte, pre-Covid IC capaciteit, case-mix patiënten en portfolio. Ziekenhuis Amstelland en BovenIJ Ziekenhuis worden ontzien in opschaling van IC capaciteit. Dit geldt ook voor AvL/NKi, zij bieden geen COVID zorg en gaan daarom ook niet mee in de opschaling.

COVID-zorg vraagt ook om uitbreiding van de capaciteit in de kliniek. Er wordt landelijk uitgegaan van een verhouding IC : klinische bedden van 1 : 2. Dit betekent in de ROAZ regio een uitbreiding van 200 klinische bedden.

Personeel

- Voor de hele korte termijn (tot 1 oktober): ziekenhuizen zijn intern algemeen verpleegkundigen kort aan het bijscholen als IC-ondersteuners. Ziekenhuizen lijken hieraan de voorkeur te geven, omdat men dan maatwerk - gericht op dat specifieke ziekenhuis – kan bieden
- Voor de middellange termijn: vanuit het CZO-Flexlevel is men bezig de zogeheten EPA's (Entrusable Professional Activities) van het Acute Cluster (waaronder IC en SEH valt) sneller te ontwikkelen. Verwacht wordt dat deze in september klaar zijn. Met deze modules kan een verpleegkundige in 4 tot 6 maanden tijd opgeleid worden tot medewerker BAZ (Basis Acute Zorg)
- Voor de langere termijn: een opleiding tot volwaardig IC duurt 18 maanden en de toekomst (en aan de hand van de raming van het Capaciteitsorgaan).

Samenwerking in de keten:

- Om voldoende klinische capaciteit in de ziekenhuizen beschikbaar te hebben, is goede doorstroom/uitstroom naar de VVT belangrijk. Het ziekenhuis is er bij gebaat dat er voldoende zorgcapaciteit is buiten het ziekenhuis, zodat patiënten niet onnodig in het ziekenhuis hoeven te blijven. Een randvoorwaarde is een goede informatievoorziening tussen de (regionale) ziekenhuizen en de VVT-sector over de potentiële uitstroom van patiënten.
- Randvoorwaarden voor samenwerking tussen huisartsenzorg en ziekenhuizen zijn duidelijke afspraken over (vaste) aanspreekpunten en informatie over de reguliere zorg (continuïteit, wachttijden, actuele situatie). Vooral in grote steden met meerdere huisartsen, meerdere huisartsenposten en meerdere ziekenhuizen maakt het afstemmen soms complex. Duidelijkheid over wie medisch en organisatorisch aanspreekpunt is per post en SEH kan deze afstemming vergemakkelijken.
- In de samenwerking tussen de RAV en ziekenhuizen is het essentieel dat er eenduidige afspraken gemaakt worden over o.a. informatievoorziening (actuele beschikbare plaatsen voor COVID-patiënten, zodat er vanuit de ambulancedienst opgeanticipeerd kan worden). Daarnaast is het voorwaardelijk voor het realiseren van het begeleid IC transport, dat er ten alle tijde een arts beschikbaar is vanuit de ziekenhuizen.

4.2. RAV

De opschaling in de ziekenhuizen heeft ook consequenties voor vervoer van patiënten. Het vraagt om uitbreiding van ambulancecapaciteit, zeven extra Mobiele Intensive Care Units (MICU's) en mogelijk ook inzet van het Mobiel Medisch Team (MMT). In het landelijk opschalingsplan van het LNAZ worden de volgende eisen gesteld aan de RAV:

- elke RAV bereidt zich voor op het beschikbaar hebben van een grootvolume ambulance die geschikt is voor begeleid IC transport, boven de reguliere formatie. Deze dient beschikbaar te zijn op het moment dat er opgeschaald moet worden;
- elke RAV draagt er zorg voor dat zij beschikt over een geschikte elektrische brancard met opbouw;
- elke RAV draagt er zorg voor dat een bemanning ingeroosterd staat op het moment dat er opgeschaald gaat worden.

In de ROAZ regio Noord-Holland en Flevoland is 24/7 een MICU gegarandeerd en daarnaast is er een beschikbaarheid van zes MICU light (één per RAV). In principe wordt dit binnen de bestaande reguliere paraatheid gerealiseerd. Borging met ziekenhuizen voor de beschikbaarheid van artsen is het streven en zal na overleg met intensivisten uit alle betrokken ziekenhuizen worden geformaliseerd.

Binnen de RAV wordt gewerkt met het continuïteitsplan waarin staat beschreven hoe de continuïteit van de ambulancezorg en een goede samenwerking met de keten gedurende de looptijd wordt georganiseerd. Dit plan is erop gericht om tijdens de koude fases te monitoren wanneer de drukte oploopt en te herkennen wanneer de reguliere ambulancezorg opgeschaald dient te worden om de toename van ambulancezorg aan te kunnen (de warme fase).

In aansluiting op het ROAZ escalatiemodel wordt bij de RAV's NW6 een fasering gebruikt om aan te geven in welke mate de continuïteit van het primaire proces bedreigd wordt en welke maatregelen er tijdelijk genomen kunnen worden om de paraatheid te kunnen blijven garanderen.

Samenwerking in de keten:

- In de samenwerking tussen de RAV en ziekenhuizen is het essentieel dat er eenduidige afspraken gemaakt worden over o.a. informatievoorziening (actuele beschikbare plaatsen voor COVID-patiënten, zodat vanuit de ambulancedienst op geanticipeerd kan worden). Daarnaast is het voorwaardelijk voor het realiseren van het begeleid IC transport, dat er ten alle tijde een arts beschikbaar is vanuit de ziekenhuizen.
- De RAV wordt graag betrokken bij opschalingsscenario's van de ziekenhuizen/SEH. De afgelopen Covid periode heeft geleerd dat overleg over looproutes, overnameplaatsen en uitvraagprotocollen kan bijdragen aan soepele doorlooptijden. Dit zorgt er dan voor dat ambulances sneller weer beschikbaar zijn en patiënten sneller op de juiste plek. Daarnaast draagt het bij aan de veiligheid van zowel patiënt als medewerker.
- Voor het vervoer van besmette patiënten/cliënten binnen de VVT/GGZ/GHZ/HAP naar de COVID-centra of locaties met speciale cohortafdelingen is voldoende capaciteit voor zittend of liggend vervoer een randvoorwaarde. Naast ambulances vanuit de RAV, kan eventueel ook capaciteit geregeld worden via Broeder de Vries of het Rode Kruis (via apart telefoonnummer).

4.3. Huisartsenzorg

Ook de huisartsenzorg heeft bij een COVID-uitbraak te maken met een veranderende zorgvraag door maar COVID-patiënten en mogelijk minder zorgaanbod door uitval van personeel.

De huisartsenzorg is verschillend georganiseerd in de ROAZ regio, zowel qua zeggenschap en aansturing als in grootte en samenstelling. Omdat de situatie per huisartsenpraktijk en huisartsenpost verschillend is, is er geen uniform opschalingsplan maar zijn er opschalingsplannen per crisisteam huisartsen in de subregio's. De voorzitters van deze crisisteams stemmen zaken af in het regionale HaROP-overleg. In geval van nood kunnen de onderstaande scenario's ook over de totale regio ingericht worden (bijvoorbeeld het opvangen van elkaars patiënten). Dit zorgt echter ook voor problemen/risico's: doordat mogelijk patiënten niet op tijd gezien kunnen worden (conform normen) en dat huisartsinformatie- en telefoonsystemen verschillen.

Dag-situatie

Zorgaanbod	Effecten COVID	Opschaling
Telefonie/triage	Tijdens de eerste golf is het aantal telefonische contacten gestegen. Dit is ook in de huidige fase niet terug gezakt naar 100%. Verwachting is dat telefonie bij een tweede golf weer zal stijgen.	Informatievoorziening landelijk en per subregio over wanneer wel of niet bellen met de huisarts
		Extra inzet indien beschikbaar. Optie: speciaal regionaal callcenter voor alle zorgvragen over COVID klachten
Consulten	Tijdens de eerste golf is aantal consulten gedaald door afname vraag patiënt en door triage huisarts. Het streven is om bij een tweede golf de reguliere zorg in stand te houden naast de COVID-zorg. Een toename van	Bij toename coronaconsulten kan herschikking capaciteit op wijkniveau plaatsvinden. Bijvoorbeeld door een praktijk om te vormen tot COVID-praktijk waar alle COVID-patiënten overdag gezien worden.

	consulten is dan te verwachten, omdat er twee stromen patiënten zijn: regulier en COVID. Daardoor kan er een tekort aan capaciteit ontstaan.	<p>Indien de capaciteit op wijkniveau niet afdoende is of niet effectief kan worden ingericht, kan op regionaal niveau bijvoorbeeld de huisartsenpost overdag gebruikt kunnen worden om COVID-patiënten te zien.</p> <p>Ook kan bij toename coronaconsulten herschikking capaciteit op regioniveau plaatsvinden door bijvoorbeeld een port-a-cabin in te richten waar alle COVID-patiënten overdag gezien worden.</p>
Telefonische en videoconsulten	Tijdens de eerste golf is ingezet op telefonische en digitale consulten om de verspreiding van COVID tegen te gaan. In de huidige situatie wordt afhankelijk van de zorgvraag nog steeds zoveel mogelijk telefonisch en via videoconsulten gedaan en wordt voorbereid op uitbreiding.	De huisartsen worden gestimuleerd om hun mogelijkheden om telefonische en digitale consulten te doen bij een tweede golf te vergroten.
Visites	Het aantal visites is in de eerste golf eerst licht gestegen en daarna redelijk stabiel gebleven. Bij een tweede golf zal dit naar alle waarschijnlijkheid eenzelfde trend laten zien, maar als de golf groter is kan dit ook toenemen.	<p>Centreren Coronavisites in subregio als frequentie toeneemt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COVID-visite-auto, optioneel met chauffeur overdag • Bemensing visite-auto primair verantwoordelijkheid van dagpraktijken • Visites in de woonzorglocaties centreren bij enkele huisartsen

ANW-uren

Zorgaanbod	Effecten COVID	Opschaling
Telefonie/triage	Tijdens de eerste golf is de eerste weken het aantal telefonische contacten gestegen. Dit is plaatselijk ook in de huidige fase niet terug gezakt naar 100%. Verwachting is dat deze vraag bij een tweede golf weer zal stijgen.	<p>Informatievoorziening per subregio over wanneer wel of niet bellen</p> <p>Inzet extra triagisten en medisch studenten voor zover beschikbaar</p>

Consulten	Tijdens de eerste golf is het aantal consulten gedaald door afname vraag patiënt en door triage huisarts Dit is ook in de huidige fase niet terug gekeerd naar 100%. Het streven is om bij een tweede golf de reguliere zorg in stand te houden naast de COVID-zorg. Hierdoor zou toch een toename plaats kunnen vinden van consulten.	Indien de sub-regio de beschikking heeft over meer huisartsenposten kan 1 post omgevormd tot COVID-post waar alle COVID-patiënten in ANW gezien worden, gescheiden van de reguliere zorg. Wanneer dit niet tot de mogelijkheid behoort: aparte behandelkamers voor COVID inrichten en patiënten scheiden.
		Met een tweede golf in het luchtwegseizoen kan de capaciteit van 1 COVID-post onvoldoende blijken en kan een andere post eveneens ingericht worden als extra COVID-post of HAP (2 ^e locatie)
		Indien er maar 1 huisartsenpost in de sub-regio is, kan een port-a-cabin ingericht worden waar alle COVID-patiënten gezien worden in ANW, gescheiden van de reguliere zorg.
Telefonische en videoconsulten	Tijdens de eerste golf is ingezet op telefonische en digitale consulten om de verspreiding van COVID tegen te gaan. In de huidige situatie wordt afhankelijk van de zorgvraag nog steeds zoveel mogelijk telefonische en videoconsulten en wordt voorbereid op uitbreiding indien sprake is van een tweede golf.	Met behulp van flexibele inzet terugbel-huisartsen mee fluctueren op aanbod, ruimte op post(en) of extra inzet
		Beeldbellen door huisartsen met COVID-verdachten voor goede beoordeling op afstand, patiënten thuis te laten verblijven (minder besmettingsrisico).
		Beeldbellen door huisartsen met non-Covid-verdachten voor goede beoordeling op afstand om de spreekruddruk te kunnen verminderen
Visites	Het aantal visites is in de eerste golf eerst licht gestegen en daarna redelijk stabiel gebleven. Bij een tweede golf zal dit naar alle waarschijnlijkheid eenzelfde trend laten zien maar als de golf groter is kan dit ook toenemen.	<ul style="list-style-type: none"> - Alle visite-auto's (voorzien van PBM) rijden ook Corona-visites, evt kan een extra auto bijgezet worden. - COVID visites clusteren in een tijdsblok - In een grote sub-regio blijven alle visite-auto's beschikbaar voor andere ritten, zij rijden ook zo nodig voor andere posten op U1 en U2

Samenwerking in de keten:

- De huisartsenzorg is gebaat bij voldoende testcapaciteit bij de GGD, zodat veel cliënten daar getest kunnen worden (i.p.v. bij de huisarts). Daarnaast is het wenselijk dat huisartsen de testuitslagen van hun patiënten ontvangen.

- Randvoorwaarden voor samenwerking tussen huisartsenzorg en ziekenhuizen zijn duidelijke afspraken over (vaste) aanspreekpunten en informatie over de reguliere zorg (continuïteit, wachttijden, actuele situatie). Vooral in grote steden met meerdere huisartsen, meerdere huisartsenposten en meerdere ziekenhuizen maakt het afstemmen soms complex. Duidelijkheid over wie medisch en organisatorisch aanspreekpunt is per post en SEH kan deze afstemming vergemakkelijken.
- Vanuit de huisartsenzorg wordt de inzet van speciale coronathuiszorgteams (zie hoofdstuk VVT) onderschreven. Palliatieve zorg thuis heeft altijd de voorkeur boven palliatieve zorg in een instelling. Vanwege het snelle verloop van het ziektebeeld COVID bij patiënten, is goed georganiseerde palliatieve thuiszorg essentieel. Indien de tweede golf groter is en de ICU's vol komen te liggen, zullen er meer Advanced Care gesprekken door huisartsen gevoerd moeten worden. Door deze gesprekken en strengere triage zullen meer mensen thuis verzorgd moeten worden. Hier moeten huisartsen en VVT zich op voorbereiden. Gesprekken worden gevoerd over 24uurs thuiszorg-expertteams vanuit de VVT en goede afspraken over de overname van patiënten.
- Huisartsen geven aan dat voor de opvang van patiënten in de COVID-centra er goed gekeken moet worden naar het test- en quarantainebeleid en de bezoeksregeling (voornamelijk bij palliatieve patiënten). Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt voor de opvang van patiënten binnen de VVT, om (onnodige) instroom naar ziekenhuis te beperken.

4.4. VVT

Binnen de VVT organisaties kunnen er verschillende maatregelen genomen worden om de zorg voor COVID-patiënten op te vangen en voldoende capaciteit beschikbaar te maken buiten het ziekenhuis:

1. *Cohort verpleging binnen de intramurale instellingen*

Verpleeghuizen kunnen, in geval van een COVID-uitbraak binnen de intramurale instelling, een aparte cohortafdelingen inrichten, waar besmette cliënten worden verzorgd. De cohortafdelingen zijn specifiek voor de bestaande cliënten van die locatie.

2. *Inzetten van speciale corona thuiszorgteams*

Met behulp van de inzet van deze teams kan de druk op de ziekenhuizen, extramurale teams en intramurale voorzieningen doen afnemen, maar ook de kans op besmetting verkleinen. Per regio is een team beschikbaar dat zorg aan cliënten met een (vermoeden van) een COVID-besmetting levert. Op geleide van het aantal besmettingen/verdenkingen worden de teams uitgebreid. De huisarts bepaalt of sprake is van een (vermoeden van) een besmetting en wijst toe of beschermd verpleegd moet worden. De teams bieden zorg totdat de cliënt minimaal 24 uur volledig klachtenvrij is. Ook palliatieve thuiszorg kan door deze teams worden ingezet, in samenwerking met de huisartsen.

3. *COVID-centra voor de opvang van COVID-patiënten buiten het ziekenhuis.*

Deze zorgplekken zijn bedoeld voor patiënten die besmet zijn met het coronavirus en te ziek zijn om thuis te kunnen blijven, maar (nog) geen ziekenhuisindicatie hebben. Of patiënten die besmet zijn met het coronavirus en geen ziekenhuisindicatie meer hebben, maar nog niet terug kunnen naar huis kunnen.

Op basis van het aantal 70-plussers in een regio zijn de landelijke cijfers (850-2000 benodigde bedden) doorgerekend naar de regionaal gewenste capaciteit. In ROAZ regio zijn er vier opschalingsplannen geschreven:

- Regio NW3 (Kennemerland, Noord-Holland-Noord en Zaanstreek-Waterland) met een maximum capaciteit van 187 bedden;
- Regio Amsterdam-Amstelland met een maximum capaciteit van 85 bedden;
- Regio Gooi en Vechtstreek met een maximum capaciteit van 34 bedden;
- Regio Flevoland met een maximum capaciteit van 36 bedden.

In elk opschalingsplan is de coördinatie op de op- en afschaling beschreven.

De coördinatie van bovengenoemde zorg loopt via de reguliere VVT coördinatiepunten. De coördinatiepunten hebben inzicht in de beschikbare capaciteit binnen de regio en leveren dit in afgesproken frequentie aan bij de relevante ketenpartners en bij het bestuurlijk crisis ROAZ.

Samenwerking in de keten:

- Om voldoende klinische capaciteit in de ziekenhuizen beschikbaar te hebben, is goede doorstroom/uitstroom naar de VVT belangrijk. Het ziekenhuis is er bij gebaat dat er voldoende zorgcapaciteit is buiten het ziekenhuis, zodat patiënten niet onnodig in het ziekenhuis hoeven te blijven. Een randvoorwaarde is een goede informatievoorziening tussen de (regionale) ziekenhuizen en de VVT-sector over de potentiële uitstroom van patiënten.
- Vanuit de huisartsenzorg wordt de inzet van speciale coronathuiszorgteams (zie hoofdstuk VVT) onderschreven. Palliatieve zorg thuis heeft altijd de voorkeur boven palliatieve zorg in een instelling. Vanwege het snelle verloop van het ziektebeeld COVID bij patiënten, is goed georganiseerde palliatieve thuiszorg essentieel. Vanwege het snelle verloop van het ziektebeeld COVID bij patiënten, is goed georganiseerde palliatieve thuiszorg essentieel. Indien de tweede golf groter is en de ICU's vol komen te liggen, zullen er meer Advanced Care gesprekken door huisartsen gevoerd moeten worden. Door deze gesprekken en strengere triage zullen meer mensen thuis verzorgd moeten worden. Hier moeten huisartsen en VVT zich op voorbereiden. Gesprekken worden gevoerd over 24uurs thuiszorg-expertteams vanuit de VVT en goede afspraken over de overname van patiënten.
- Huisartsen geven aan dat voor de opvang van patiënten in de COVID-centra er goed gekeken moet worden naar het test- en quarantainebeleid en de bezoekerregeling (voornamelijk bij palliatieve patiënten). Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt voor de opvang van patiënten binnen de VVT, om (onnodige) instroom naar ziekenhuis te beperken.
- Voor het vervoer van besmette patiënten/cliënten binnen de VVT/GGZ/GHZ/HAP naar de COVID-centra, locaties met speciale cohortafdelingen of van/naar huis is voldoende capaciteit voor zittend of liggend vervoer een randvoorwaarde. Naast ambulances vanuit de RAV, kan eventueel ook capaciteit geregeld worden via Broeder de Vries of het Rode Kruis (aanvraag via apart telefoonnummer).
- Om tijdig de juiste keuzes te maken is duidelijkheid over de financiële spelregels, het gaat dan onder meer om in hoeverre inzet PNIL (personeel niet in loondienst), leegstand en integrale kosten van COVID units vergoed worden.

4.5. Revalidatiezorg

Revalidatie is te onderscheiden in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de medisch specialistische revalidatie (MSR) of een combinatie daarvan. In dit geval gaat het specifiek over revalidatie van COVID patiënten. De revalidatiezorg COVID is niet alleen voor ex IC-patiënten, maar voor alle patiënten die ondersteuning nodig hebben en dit kan zowel klinisch als ambulante.

Veel COVID patiënten zijn tijdens de eerste golf naar huis gegaan zonder vervolgzorg – dit zorgt soms voor problemen met het herstel thuis. De triage van COVID patiënten is ingewikkeld, door vaak een grillig verloop van de ziekte (en het herstel). Het is lastig te voorspellen wanneer een COVID patiënt veilig het ziekenhuis kan verlaten.

Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)

Er is een multi- en interdisciplinair geriatrisch revalidatieprogramma ontwikkeld voor geriatrische revalidatie na COVID-19, veelal in samenwerking met de revalidatie organisaties. Instroom vanuit het ziekenhuis gebeurt via medisch specialist (vaak revalidatiearts of longarts) via de reguliere coördinatiepunten. Instroom vanuit huis gebeurt via de huisarts via de reguliere coördinatiepunten waar de triage plaatsvindt. Coördinatiepunt neemt vervolgens contact op met Specialist Ouderengeneeskunde (voor bevestiging GRZ en aanvragen GRZ indicatie) die instroom verder coördineert.

Medisch Specialistische Revalidatie (MSR)

Het kan wenselijk zijn dat de MSR en een VVT partij gezamenlijk een CORE unit (Covid revalidatie) inrichten in een VVT locatie. Het doel in deze eerste fase is te herstellen, conditie te verbeteren en zodra het kan, bij voorkeur poliklinisch, revalidatie via MSR verder vorm te geven.

MSR post IC kan op alle drie de locaties in de regio. Omdat de ervaring leert dat deze groep vaak niet meer besmettelijk is op het moment van uitplaatsingen vraagt dit weinig verdere voorbereiding. Specifieke longrevalidatie kan bij één van de zes 3e lijns longcentra in Nederland. Merem is er hier een van. Deze patiënten zijn nog wel besmettelijk wat betekent dat de reguliere capaciteit slechts voor een kwart benut kan worden. Hierover lopen gesprekken met de zorgverzekeraar.

Samenwerking in de keten:

- Het is belangrijk om regionale revalidatiecentra bij een opflakkerende pandemie mee te nemen in het actuele beeld van het aantal COVID-patiënten dat is opgenomen op IC- en verpleegafdelingen in de regio. Volgens het model van Revalidatie Nederland zal 15-20% van de post-IC-covid-patiënten in hun vervolgtraject een indicatie hebben voor een klinische medisch-specialistische revalidatiebehandeling (MSR).
- Proces revalidatiezorg: veel COVID patiënten naar huis zonder vervolgzorg – soms problemen met herstel thuis. De triage is ingewikkeld door grillig verloop van de ziekte (en herstel). Het is lastig te voorspellen wanneer een COVID patiënt veilig het ziekenhuis kan verlaten. Hoe verloopt ontslagprocedure COVID patiënten vanuit ziekenhuis? Een onderzoek naar inzet en effect van revalidatiezorg COVID kan nuttig zijn.

4.6. GGZ (acute psychiatrie)

Het is goed om te benoemen dat bij de eerste golf er binnen de GGZ er nauwelijks sprake is geweest van een coronacrisis of eerste golf van COVID patiënten binnen de sector. De uitbraak van het coronavirus heeft ook binnen de locaties van de GGZ tot extra maatregelen.

De doelgroep binnen de GGGZ bestaat uit patiënten met psychiatrische, psychosociale en/of verslavingsproblematiek. Als voorbereiding op een mogelijke toename van patiënten of besmetting binnen de reguliere instelling, is het van belang dat elke GGZ instelling beschikt over een afdeling waar corona-patiënten voor cohortverpleging kunnen worden opgenomen. Vanzelfsprekend wordt hierin regionaal samengewerkt tussen instellingen. De cohortafdeling Corona is uitsluitend bedoeld voor patiënten die ofwel verdacht zijn van een besmetting of bij wie de besmetting daadwerkelijk is vastgesteld. Patiënten die alleen nog verdacht zijn, worden bij voorkeur op de eigen afdeling in isolatie verpleegd. Wanneer dat vanwege de voorzieningen of het gedrag van de patiënt niet mogelijk is volgt overplaatsing naar de cohortafdeling. De afdeling is gesloten en bezoek is niet toegestaan. Het personeel werkt op deze afdeling uitsluitend in beschermende kleding.

Voldoende en vooraf bekende hoeveelheid PBM en testen is randvoorwaarde om zorg te kunnen continueren. De beschikbaarheid hiervan bepaald voor belangrijk deel hoe we de zorg kunnen organiseren. Overzicht van de GGZ COVID units:

Regio/organisatie	Locatie	COVID unit plekken
<i>Amsterdam: Arkin en GGZ inGeest</i>	Jan Thomeepad - Amsterdam Noord (Arkin)	12 plekken
	Locatie Nieuwe Valerius - Amsterdam Zuid (GGZ inGeest)	-
	Locatie Amstelmere – Amstelveen (GGZ inGeest) voor zowel patiënten van ons deel in de regio Amsterdam Amstelland als ook Haarlemmermeer en Zuid Kennemerland	7 plekken
<i>GGZ Noord Holland Noord en Parnassia Noord Holland</i>	Locatie Olvendijk 81 – Heiloo (GGZ NHN)	8 plekken
<i>GGZ Centraal en Altrecht</i>	Locatie in Laren (GGZ Centraal)	20 plekken
	Locatie in Zeist (Altrecht) - 2de schil in opschaling	36 plekken
<i>De Bascule</i>	Meibergdreef 3, Tafelbergweg 8	12 plekken

Samenwerking in de keten:

- Naast het vervoer van COVID patiënten door RAV, is de samenwerking met GGZ Vervoersdienst van belang voor psychiatrische patiënten.
- Opschalingsmogelijkheid naar ziekenhuis bij bedreigde somatische status door COVID moet goed geborgd zijn.
- Een goede samenwerking met palliatieve (thuis)zorg en aansluiting bij coronathuiszorgteams is voor ambulante psychiatrie van belang.
- Het krijgen van testuitslagen van ambulante patiënten is, net als voor huisartsen, zeer wenselijk.
- De praktijkondersteuners van de huisartsenzorg zien (nog) geen toename van hulpvragen. Er zijn diverse hulpvragen die corona-gerelateerd zijn, echter behapbaar. Een toename van hulpvragen naar aanleiding van een verminderd economische welstand is te verwachten maar nog niet zichtbaar.

4.7. GHZ

In de ROAZ-regio Noordwest bevinden zich circa 15 instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en niet aangeboren hersenletsel. Gezamenlijk hebben zij een intramurale capaciteit voor 9000 à 10.000 cliënten en begeleiden deze 15 organisaties ambulantly circa 8000 à 9000 cliënten. Meerdere van deze zorgorganisaties in de regio Noordwest hebben al in een vroeg stadium van de corona-epidemie een 'Covid-unit' ingericht om WLZ-cliënten met ziekteverschijnselen apart te kunnen verplegen. Hieronder een overzicht van deze plekken:

Locatie	Totaal aantal plekken	Opschalingsmogelijkheid	Maximaal aantal plekken
Amsterdam en Flevoland			
Ons Tweede Thuis (Hoofddorp)	8	0	8
Ons Tweede Thuis (Amstelveen)	9		
Amsta	0	0	0
Cordaan	12	12	24
Philadelphia Zorg	18	27	45
Kennemerland Amstelland en Meerlanden			
Hartekamp Groep	12		
Nieuw Unicum	8		
SEIN	12	12	24
SEIN	8	8	16
SIG	14		
Philadelphia Zorg	0	0	0
Noord Holland Noord en Zaanstreek Waterland			
Es dég é-Reigersdaal	10	8	18
's Heeren Loo	16	4	20
Lijn5	8	0	8
Odion			
Prinsentichting	51	51	102
De Waerden	0	0	0
Raphaelstichting	0	0	0
Philadelphia Zorg	0	0	0
Externe locaties			
Hotel Rijper eilanden			
Camperduin			
Totaal	186	122	265

Terugkijkend op de afgelopen maanden is te constateren dat er landelijk slechts beperkt gebruik is gemaakt van deze Covid capaciteit. Echter is niet te voorspellen wat de omvang in de toekomst zal zijn. Daarom worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Bij oplopende besmettingen wordt er niet gekeken naar de indicaties, maar naar wie hulp nodig heeft. Als dat om financiering van capaciteit vraagt dan zal dat achteraf onderling gecorrigeerd worden;
- Kennis van doelgroepen is uitermate belangrijk. Indien iemand met een verstandelijke beperking of niet aangeboren hersenletsel toch in een regionaal COVID centrum geplaatst moeten worden, dan zal door de GHZ expertise en deskundigheid worden meegeleverd;
- De GHZ moet en zal als sector bereid zijn om daar waar nodig met personeel en deskundigheid bij te springen om mensen met een verstandelijke beperking goed te kunnen begeleiden indien nodig buiten de instelling.

Samenwerking in de keten:

- Voor het vervoer van besmette patiënten/cliënten binnen de VVT/GGZ/GHZ/HAP naar de COVID-centra of locaties met speciale cohortafdelingen is voldoende capaciteit voor zittend of liggend vervoer een randvoorwaarde. Naast ambulances vanuit de RAV, kan eventueel ook capaciteit geregeld worden via Broeder de Vries of het Rode Kruis (aanvraag via apart telefoonnummer).
- In principe wordt de COVID zorg binnen de sector zelf geregeld, maar zo nodig samenwerking met de VVT i.v.m. overloop COVID units en huisartsen bij verhuizing van cliënten naar een andere

locatie (gebied). Omdat de toekomst zich niet laat voorspellen, is nu alleen vast te leggen dat er intentioneel de bereidheid is van alle partijen binnen de ROAZ-regio om de GHZ-instellingen bij te staan indien nodig. Indien de Covid-units volop in gebruik komen heeft de sector te weinig capaciteit aan verpleegkundig personeel. Daar ligt mogelijk een hulpvraag aan de andere sectoren. Dat geldt ook voor materialen als zuurstof concentrators en andere apparatuur.

4.8. GGD/GHOR

Infectieziektebestrijding (GGD)

Samen met het RIVM heeft de GGD een signalerende, adviserende en uitvoerende taak bij de bestrijding van de corona-uitbraak:

- in kaart brengen van de epidemiologische ontwikkelingen door surveillance en onderzoek;
- uitvoeren van PCR testen;
- uitvoeren van Bron- en contactonderzoek;
- advisering en ondersteuning vanuit infectieziektebestrijding aan zorgpartners en openbaar bestuur.

Samenwerking in de keten:

- De GGD is afhankelijk van de meldingsplicht voor artsen en medisch microbiologische laboratoria aan de GGD bij het vaststellen van COVID-19 besmetting. Daarnaast is het essentieel dat de GGD tijdige en adequate informatie geeft over de virusuitbraak (o.a. casusdefinities) en de te nemen maatregelen.
- De huisartsenzorg is gebaat bij voldoende testcapaciteit bij de GGD, zodat veel cliënten daar getest kunnen worden (i.p.v. bij de huisarts). Daarnaast wensen huisartsen om de uitslagen van testen van hun patiënten te ontvangen.
- Een goed testbeleid is o.a. essentieel om de uitbraak van het virus te kunnen beperken en de zorgcontinuïteit te waarborgen. Voldoende testcapaciteit en laboratoriumcapaciteit is noodzakelijk om inwoners binnen 24 uur te testen en binnen 48 uur een terugkoppeling te geven over de uitslag. De GGD zoekt samenwerking met zorgpartners om eigen zorgpersoneel te kunnen testen, zodat medewerkers snel weer aan het werk kunnen bij een negatieve uitslag.

GHOR

De GHOR is de crisispartner voor de zorg en zorgt voor de verbinding tussen het veiligheids-, publieke gezondheids- en zorgdomein. Tijdens deze coronacrisis voert de GHOR verschillende taken uit:

- Informatiemanagement: De GHOR draagt zorg voor het creëren van een actueel en gedeeld beeld van de situatie in de witte keten. De GHOR verzamelt relevante gegevens en levert op basis daarvan informatie aan voor de witte kolom, voor de veiligheidspartners binnen de veiligheidsregio en voor het Openbaar Bestuur;
- Monitoren van de zorgcontinuïteit in de regio;
- Beleidsondersteuning bij de voorbereiding op opschaling van de zorgsector: bijv. ondersteuning bij het schrijven van de regionale opschalingsplannen;
- Coördinatie en ondersteuning van de zorgsector: bijv. coördinatie van PBM, aanvraag militaire bijstand, aanspreekpunt voor zorgpartners (24/7 ACGZ bereikbaar);
- Vertegenwoordigen van de zorgketen (witte kolom) binnen de algemene crisisstructuur (Veiligheidsregio). De regionale maatregelen die door het Openbaar Bestuur in de



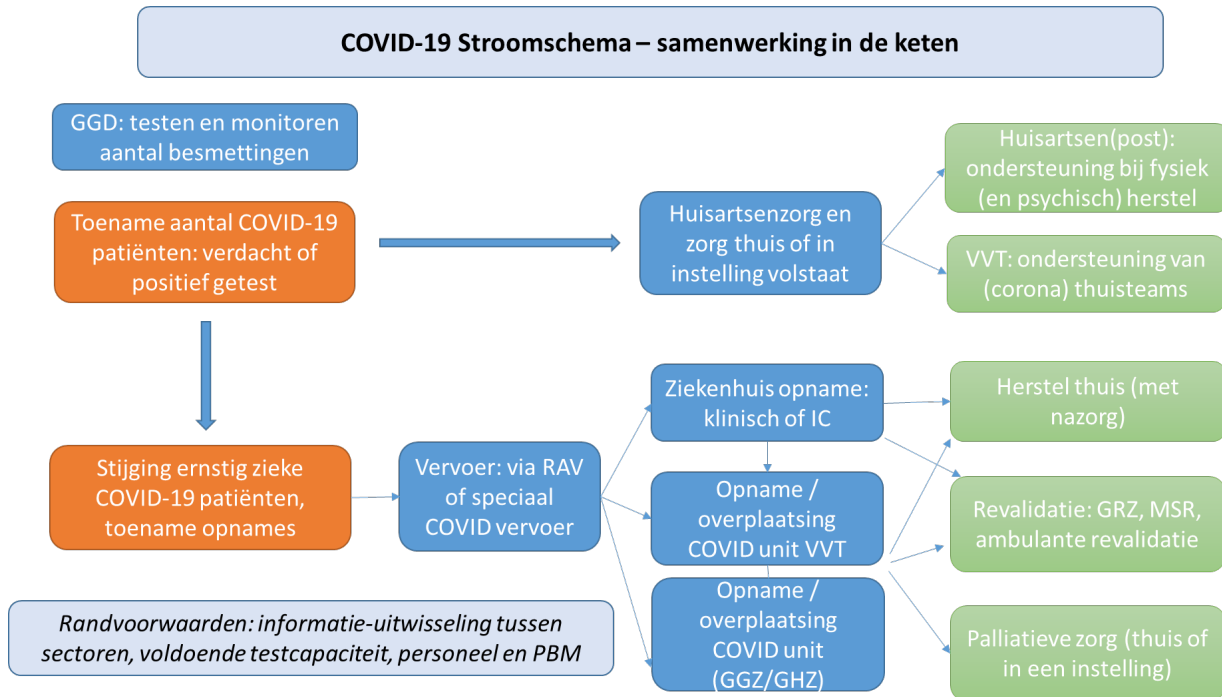
Veiligheidsregio genomen worden kunnen invloed hebben op de zorgsector (en andersom). De GHOR zorgt voor de verbinding tussen deze zorgsector en het Openbaar Bestuur.

Samenwerking in de keten:

- De GHOR heeft informatie vanuit de zorgsector nodig over knelpunten in de zorgcontinuïteit, zodat deze meegenomen kunnen worden naar het Openbaar Bestuur (voorzitter van de veiligheidsregio).

5. Ketensamenwerking – verbindingen tussen de sectoren

Uit het voorgaande hoofdstuk blijkt hoe de opschaling voor COVID-zorg er binnen de afzonderlijke sectoren uitziet. In onderstaand stroomschema staat globaal de COVID zorg in de keten afgebeeld.



5.1. Leiding en coördinatie

Op 13 maart 2020 is in ROAZ verband besloten om een 'Bestuurlijk Crisis-ROAZ' in te stellen, een team wat vanuit elke sector één vertegenwoordiger met een vaste vervanger kent. Vanaf de start van de Corona-crisis vergadert dit Bestuurlijk Crisis-ROAZ periodiek (afhankelijk van de situatie) en neemt besluiten voor de gehele sector. Daarmee is er een slagvaardig team ingesteld wat namens het hele ROAZ kan handelen. Deze vertegenwoordigers met mandaat halen de informatie vanuit hun achterban op uit onderliggende specifiek sector gerichte overleggen. De hoofden GHOR ondersteunen de aanspreekbare DPG (Bestuurlijk Crisis-ROAZ) en zorgen voor bestuurlijke afstemming met de Veiligheidsregio's. Daarnaast is de zorgverzekeraar vertegenwoordigd in het Bestuurlijk Crisis-ROAZ.

Agendapunten voor het bestuurlijk Crisis ROAZ zijn:

- Algemeen beeld in de ROAZ regio (aantal besmettingen, knelpunten, maatregelen);
- Zorgcontinuïteit in de gehele keten (voldoende capaciteit, personeel etc.);
- Op en afschalen electieve zorg;
- Verdeling van schaarste (PBM, medicijnen, medische hulpmiddelen)
- Besluit over verder op- en afschalen van capaciteit o.b.v. de opschalingsplannen (ziekenhuizen, COVID centra etc);
- Genomen maatregelen door het openbaar bestuur en het effect hiervan op de zorg;
- Op- en afschalen bestuurlijk Crisis-ROAZ.

5.2. Knelpunten

Alle partners die onderdeel uitmaken van dit plan, zijn één schakel van de witte keten. In de opschalingsplannen is al rekening gehouden met de onderlinge afhankelijkheid met andere partijen. Mochten er toch knelpunten in de keten ontstaan, dan proberen de betrokken partijen dit eerst onderling op te lossen. Als een probleem breder in de eigen veiligheidsregio speelt, dan kan dit via de GHOR en/of in RCZ-verband worden besproken. Is er sprake van een ROAZ-breed probleem, dan dient dit te worden geagendeerd in het bestuurlijk Crisis ROAZ.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

Bij de tweede golf zal de inkoop & distributie van de ROAZ regio NHN/Flevo wederom op basis van vertegenwoordiging van alle zorgpartijen en op basis van transparantie ten aanzien van beschikbare voorraden en (indien nodig) herverdeling van PBM georganiseerd worden. Daarbij blijft het uitgangspunt dat de zorgaanbieders de benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen zo veel mogelijk via hun reguliere leveranciers blijven inkopen.

Indien de reguliere kanalen niet in de behoefte kunnen voorzien kunnen zorgaanbieders voor eventuele (aanvullende) behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen nog steeds terecht bij het Landelijk Consortium Hulpmiddelen via de bestelportals. Het LCH heeft intussen voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen ingekocht om in de behoefte voor de zorg te kunnen voorzien bij een mogelijke tweede golf en zal waar nodig blijven zorgen voor de aanvoer van benodigde producten. De regionale HUBS zijn in augustus opnieuw geïnventariseerd en zijn beoordeeld op voldoende voorraad als back up en zo nodig aangevuld. Het is nog moeilijk te voorspellen waar en op welk moment eventuele tekorten aan PBM opnieuw kunnen ontstaan. Mede afhankelijk van wijzigende richtlijnen en lokale omstandigheden. Afstemming en consistentie over sectorale richtlijnen PBM is essentieel.

Personeel

Het hebben van voldoende en gekwalificeerd personeel is onmisbaar bij het uitbreiden en flexibel opschalen van de zorgcapaciteit.

De ervaringen van de afgelopen periode leidt tot de veronderstelling dat de reguliere zorgvraag in geval van een tweede golf met gemiddeld 20% afneemt door terughoudendheid bij patiënten, veranderde triage in de eerste lijn en prioritering in ziekenhuizen. De hiermee vrijkomende (personele) capaciteit kan ingezet worden voor de opvang van de extra COVID-patiënten, waarbij het grootste deel van de reguliere zorg, waaronder de volledig urgente en semi-urgente zorg, doorgang moet blijven vinden. In de handreiking Opleiden bij het Opschalingsplan is per fase beschreven op welke wijze - zowel op de korte als op de langere termijn - verpleegkundig, ondersteunend en medisch personeel kan worden ingezet om de opschaling te kunnen realiseren.

Bij het regelen van voldoende extra formatie kan onder meer gebruik worden gemaakt van de aanvullende maatregel van de minister die geldt vanaf 17 maart jl., die het mogelijk maakt om in overmacht situaties, waarin er te weinig personeel is, voormalig zorgpersoneel onder voorwaarden in te zetten ter ondersteuning van de huidige zorgverleners. Zie <https://bit.ly/3axFjp6> Zorgaanbieders kunnen voor het vinden van extra tijdelijk personeel gebruik maken van het online portal www.extrahandenvoordezorg.nl waar (oud) zorgmedewerkers zich kunnen aanmelden. De

minister van VWS stemt met de ROAZ'en en Regioplus, die het initiatief Extra Handen voor de Zorg beheert, af wat er nodig is qua aanvullende regelingen.

Een goed testbeleid is o.a. essentieel om de uitbraak van het virus te kunnen beperken en de zorgcontinuïteit te waarborgen. De GGD zoekt samenwerking met zorgpartners om eigen zorgpersoneel te kunnen testen, zodat medewerkers snel weer aan het werk kunnen bij een negatieve uitslag.

Naast de beperkte capaciteit in voldoende en gekwalificeerd personeel zijn er ook nog twee andere aandachtspunten:

- Veerkracht en motivatie medewerkers: extra aandacht nodig om mensen fit en gemotiveerd te houden voor als er weer hoge inspanningen nodig zijn bij een tweede golf.

Financieel

Duidelijkheid van de zorgverzekeraar over het vergoeden van integrale kosten, de extra kosten van het inzetten van extra personeel (mogelijk niet in loondienst), extra middelen (o.a. PBM).

5.3. Samenwerkingsvraagstukken

Bij elke sector is opgehaald welke afhankelijkheden zij hebben van andere sectoren in de witte keten.

Sector	Fasering opschaling	Effect op ketenpartners	Samenwerkingsvraagstukken
Ziekenhuizen	IC: 47 – 53 bedden Kliniek: 200 bedden Personeel: opleidingsplan	RAV HAP VVT	<ul style="list-style-type: none"> - Informatievoorziening tussen ziekenhuis en VVT; - Uitstroom naar de VVT (route en proces) – profiel COVID patiënt; - VVT had voldoende capaciteit en daar werd onvoldoende gebruik van gemaakt.
RAV	MICU (1) MICU light (6)	Ziekenhuizen VVT/GGZ/GHZ	<ul style="list-style-type: none"> - Duidelijke informatie over beschikbare plaatsen; - Inzicht via dashboard – uitwisseling van informatie;
HA(P)	Dagzorg /ANW: - telefonie/triage - (video)consulten - visites	GGD Ziekenhuizen VVT	<ul style="list-style-type: none"> - Early warning systeem is afhankelijk van het verkrijgen van de testresultaten patiënten; - Doorverwijzing huisarts naar COVID units afhankelijk van testen en quarantainebeleid; - Palliatieve zorg thuis; - Uitwisseling driehoek ZH-VVT-HA (snel, adequaat)
VVT	<ul style="list-style-type: none"> - Cohort verpleging - Corona thuiszorgteams - COVID units - GRZ 	Ziekenhuizen Huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> - Meer inzicht in patiëntenstroom van ziekenhuis naar VVT - Communicatie driehoek met HA en ZH (en evt GGD)

			<ul style="list-style-type: none"> - Goed regelen vervoer COVID patiënten - Testen medewerkers (snelheid)
Revalidatie	<ul style="list-style-type: none"> - GRZ COVID - MSR COVID 	Ziekenhuizen VVT Huisarts	<ul style="list-style-type: none"> - Proces inzet revalidatiezorg - Veel COVID patiënten naar huis zonder vervolgzorg – soms problemen met herstel thuis. - Ontslagprocedure COVID patiënten vanuit ziekenhuis - Onderzoek naar inzet en effect van revalidatiezorg COVID
GGZ	<ul style="list-style-type: none"> - Cohort verpleging - COVIT units GGZ 	Ziekenhuizen GGD	<ul style="list-style-type: none"> - Continuïteit zorg i.v.m. testen medewerkers - Intramuraal verblijvende cliënten neemt GGZ zelf testen af, extramuraal cliënten - Mobiele test teams voor extramuraal cliënten (door gedragsproblematiek)
GHZ	<ul style="list-style-type: none"> - COVID units GHZ 	GGD	<ul style="list-style-type: none"> - Meer eenduidigheid (informatie, richtlijnen) over ‘hoe om te gaan met een lokale besmetting; - Testproces medewerkers vraagt continue aandacht.
GGD/GHOR	<ul style="list-style-type: none"> - Testcapaciteit - Bron- en contactonderzoek - Zorgcontinuïteit 	Alle sectoren	<ul style="list-style-type: none"> - Tekort testmateriaal (capaciteit); - Inzicht in accurate en actuele informatie over besmettingen om goed te kunnen monitoren

5.4. Prioriteiten ketensamenwerking

Per sector wordt op basis van (sector)specifieke signalen bepaald of er moet worden opgeschaald. Deze signalen worden besproken in het (bestuurlijk crisis) ROAZ. Er is geen directe relatie tussen de sectoren (niet 1 op 1), maar elkaar informeren en inzicht geven in relevante informatie is essentieel om de benodigde samenwerking in de keten goed te laten verlopen.

Informatiemanagement

Veel onderlinge afhankelijkheden zoals beschreven in 5.3, hebben betrekking op het delen van informatie. Immers: op basis van informatie weet je of je als zorginstelling moet op- of afschalen of andere maatregelen moet nemen. Goed informatiemanagement is daarom een randvoorwaarde om de samenwerking in de keten soepel te laten verlopen.

Tijdens het opstellen van dit document is de werkgroep tot een aantal prioriteit in de ketensamenwerking gekomen die nader uitgewerkt kunnen worden:

1. Informatievoorziening tussen ziekenhuizen en VVT organisaties (patiëntenstromen, profiel COVID patiënt) – inzicht in uitstroom naar VVT.
2. RAV: informatievoorziening actuele beschikbare plaatsen COVID, t.b.v. ambulancevervoer.
3. Test- en quarantainebeleid opname in COVID units t.b.v. doorverwijzing huisartsen en ziekenhuis
4. Informatie-uitwisseling in driehoek: ziekenhuizen – huisartsen – VVT
5. Onderzoek naar inzet en effect van revalidatiezorg COVID-19
6. COVID-19 dashboard waarop van en voor alle sectoren (capaciteits)informatie zichtbaar is.

COVID dashboard ROAZ Noord-Holland Flevoland

Om inzicht te bieden aan de verschillende sectoren, ketenpartners en crisisteams kan een dashboard worden ingericht waar cijfers en knelpunten rondom het coronavirus en COVID-19 patiënten worden verzameld en weergegeven. Om zo een gevisualiseerd totaaloverzicht van actuele (capaciteits)gegevens te hebben. De onderdelen van dit dashboard bestaan in ieder geval uit:

- Landelijke data (RIVM);
- Aantal besmettingen in de regio (GGD/GHOR);
- Testcapaciteit;
- Capaciteitsgegevens: ziekenhuizen, RAV, VVT, huisartsen, GGZ, GHZ;
- Knelpunten in PBM, personeel en overig;
- Periodiek algemeen beeld zorgketen in de regio

Een dergelijk dashboard is een gezamenlijke inspanning van de ketenpartners in de regio en kan onder coördinatie staan van GGD/GHOR en de netwerkbureaus.

Bijlage: overzicht

Sectoren ROAZ NH-FL	Organisaties
Ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OLVG (locatie Oost en West) ▪ BovenIJ Ziekenhuis ▪ Rode Kruis Ziekenhuis ▪ Flevoziekenhuis ▪ Noord West Ziekenhuis Groep (2 locaties) ▪ Dijklander Ziekenhuis (4 locaties) ▪ Spaarne gasthuis (2 locaties) ▪ Zaans MC ▪ Ziekenhuis Amstelland ▪ <i>Amsterdam UMC (AMC en VUmc)</i> ▪ TerGooi Ziekenhuis ▪ AvL/NKi
GGD/GHOR	<p>Zes veiligheidsregio's GGD/GHOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amsterdam-Amstelland ▪ <i>Kennemerland</i> ▪ Flevoland ▪ Gooi & Vechtstreek ▪ Zaanstreek-Waterland ▪ Noord-Holland Noord
RAV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RAV Amsterdam-Amstelland ▪ RAV Zaanstreek-Waterland ▪ RAV Kennemerland ▪ RAV Flevoland / Gooi & Vechtstreek ▪ <i>RAV Noord-Holland Noord</i> ▪ <i>Ambulance Amsterdam</i>
HAP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>HpA Amsterdam</i> ▪ HAP Den Helder ▪ Zaanstreek Waterland ▪ Hap Blaricum ▪ HONK, HAP Alkmaar ▪ Midden Kennemerland ▪ Haarlemmermeer ▪ HAP Amstelland (A'veen e.o.) ▪ HAP Almere ▪ HCZK ▪ Zorgkoepel W-Friesland
VVT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amstelring ▪ Sint Jacob ▪ Viva Zorggroep ▪ De Zorgcirkel ▪ Evean ▪ Magenta

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Woonzorggroep Samen</i> ▪ Omring ▪ Evean ▪ Coloriet ▪ Brentano ▪ <i>Cordaan</i> ▪ HilverZorg ▪ Amaris Zorggroep ▪ Icare ▪ Pro Senectute ▪ ZHGA ▪ Talma Urk ▪ Zorggroep Oude en Nieuwe Land ▪ Inovum
Revalidatie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reade ▪ Merem ▪ Heliomare
GGZ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Arkin</i> ▪ GGZ InGeest ▪ GGZ Noord Holland Noord ▪ GGZ Centraal ▪ Parnassia ▪ De Bascule
GHZ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ons Tweede Thuis</i> ▪ Amsta ▪ Cordaan ▪ Philadelphia Zorg ▪ Hartekamp Groep ▪ Nieuw Unicum ▪ SEIN ▪ SIG ▪ Heliomare ▪ Esdégé-Reigersdaal ▪ 's Heeren Loo ▪ Lijn5 ▪ Odion ▪ Prinsenstichting ▪ De Waerden ▪ Raphaelstichting
Netwerken acute zorg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Netwerk Acute Zorg Noordwest ▪ SpoedZorgNet

De blauw gearceerde organisaties vertegenwoordigen de organisaties van hun sector in het bestuurlijk Crisis ROAZ, fungeren derhalve als aanspreekpunt en zorgen via de sectorale overleggen voor terugkoppeling.