

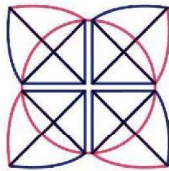


# TUSSENEVALUATIE ROAZ CRISISSTRUCTUUR -EERSTE COVID-19 GOLF-

ROAZ Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet

Noord-Holland / Flevoland

21 september 2020



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



## TUSSENEVALUATIE ROAZ CRISISSTRUCTUUR - EERSTE COVID-19 GOLF

### In opdracht van:

ROAZ regio's Noord-Holland en Flevoland

### Uitgevoerd door:

Netwerk Acute Zorg NoordWest: 5.1.2e, 5.1.2e, 5.1.2e  
 SpoedZorgNet: 5.1.2e, 5.1.2e, 5.1.2e  
 GHOR Amsterdam-Amstelland: 5.1.2e  
 GHOR Kennemerland: 5.1.2e  
 GHOR Noord-Holland Noord: 5.1.2e  
 GHOR Zaanstreek-Waterland: 5.1.2e

### Disclaimer

Dit rapport is zo zorgvuldig mogelijk samengesteld. Alle informatie in het rapport is afkomstig uit externe bronnen. Mochten er desondanks onjuistheden in het rapport staan, dan kunnen het Netwerk Acute Zorg Noordwest of SpoedZorgNet hiervoor niet aansprakelijk gesteld worden. Aan eventuele onjuistheden of onvolledigheden kunnen geen rechten ontleend worden. De lezer is verantwoordelijk voor keuzes die hij/zij maakt op grond van de informatie in dit rapport, alsmede voor het gebruik van deze informatie.

Aan de informatie uit dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend. De informatie en gegevens in dit rapport mogen zonder nadrukkelijke schriftelijke toestemming niet worden verspreid, vermenigvuldigd of gepubliceerd.

**Datum: 21 september 2020**

### Foto:

Beeldbank Amsterdam UMC



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



## Samenvatting

Op 13 maart 2020 is tijdens het bestuurlijk ROAZ een regionale crisisstructuur vastgesteld. De werking van deze structuur tijdens de eerste COVID-19 golf is geëvalueerd. Hiertoe zijn 46 interviews gehouden met deelnemers van bestuurlijk overleggen binnen de regionale crisisstructuur. Het doel van deze tussenevaluatie is drieledig: 1) reflecteren op onderdelen van de regionale crisisstructuur, 2) het borgen van leerpunten en 3) het vaststellen van eventuele verbeteringen voor de te verwachten tweede piek in COVID-19, zodat wij ons met de regio Noord-Holland / Flevoland hierop beter kunnen voorbereiden.

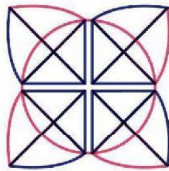
De evaluatie toont aan dat bijbehorende overlegstructuren zeer effectief en efficiënt werken en daarmee de solidariteit en samenwerking binnen de regio bevorderen. Er is veelal waardering voor de ingestelde crisisstructuur, de overleggen functioneerden goed, er was een duidelijk gemeenschappelijk belang en proactieve houding. De besluitvorming werd veelal als snel en goed beoordeeld, vanuit een gezamenlijk belang en de wens om samen te werken in deze crisis. Men was bereid om over de eigen organisatiegrenzen heen te kijken.

De deelname van de verschillende sectoren binnen de keten werd als bevorderend genoemd. Hierdoor was er snel inzicht in de problematiek binnen de hele zorgketen. Het was daarom mogelijk om snel te schakelen. De vertegenwoordiging uit de sectoren had binnen de overleggen mandaat, waardoor er weinig vertraging optrad bij besluiten.

Informatievoorziening over besluiten, richtlijnen, regionale, landelijke en lokale beelden is zeer belangrijk gebleken. Ook de verhoudingen tussen het ROAZ, landelijke organen (VWS, LNAZ) en subregionale structuren moeten helder zijn. Hieraan kan worden toegevoegd dat openheid en transparantie tussen gremia over de huidige situatie gestimuleerd moet worden teneinde een gemeenschappelijk beeld en doel te bevorderen.

De belangrijkste geleerde lessen zijn:

1. Ten tijde van een langdurige zorgcrisis is een bestuurlijk crisis ROAZ (BCR) op de huidige schaalgrootte met daarin een gemandateerde bestuurder per sector als logische structuur ervaren;
2. Aansluiting van alle betrokken sectoren/partijen vanaf dag 1 van een crisis is belangrijk;
3. Rolverdeling GHOR en Netwerken Acute Zorg moet helder gemaakt worden;
4. Scenario's voor de toekomst moeten ontwikkeld worden om de continuïteit van zorg te borgen (hoe te handelen als er een tweede coronagolf of andere infectieziektecrisis komt);
5. Overleggen per sector en het BCR moeten met gepaste frequentie gecontinueerd worden, afgestemd op de actuele situatie rondom COVID-19;
6. Specifieke knelpunten moeten een *dedicated* manager plus team krijgen met mandaat;
7. Dataverzameling dient geautomatiseerd en afgestemd te worden, rekening te houden met en slim gebruik te maken van reeds bestaande systemen;



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



8. Wijzigingen in bevoegdheden, structuren en richtlijnen moeten tot een minimum beperkt worden en daarnaast zeer helder worden gecommuniceerd;
9. Duidelijkheid in informatiestromen is belangrijk;
10. Relaties met landelijke organisaties en het ministerie van VWS moeten warm zijn.

De belangrijkste algemene verbeterpunten uit de tussenevaluatie ter aanvulling op de geleerde lessen zijn:

- Voldoende afstemming met bestaande overlegstructuren, zodat zaken in het juiste gremium besproken worden.
- Zorgen dat de politieke belangen niet steeds zwaarder gaan wegen en proberen zoveel mogelijk zelf regionaal op te pakken, zodat we daar de controle over houden.
- In de bestuurlijke overleggen werden ook veel operationele zaken afgehandeld – meer samenwerking/afstemming op tactisch en operationeel niveau.
- Procedure van financiering tijdens de corona-crisis en de rol van zorgverzekeraars in het bestuurlijk crisis ROAZ moet voor aanvang van een eventuele tweede golf helder zijn.
- Procedure van patiëntenspreiding (regionaal en landelijk) moet beschreven worden - helderheid over de opschaling en afschaling van dit proces.
- Evaluatie van het gebruik van LCMS-GZ voor dit type crisis.
- Alle partijen goed meenemen in de communicatie rondom de werkwijze van de verdeling van PBM of andere schaarse middelen.

De netwerken acute zorg zullen met de ketenpartners de geleerde lessen en verbeterpunten oppakken en verder in de praktijk brengen om beter voorbereid te zijn op een tweede golf. De ingerichte regionale crisisstructuur zal in zijn huidige vorm worden gecontinueerd met de sectoroverleggen en specifieke teams, alsmede het communicatiebulletin met de belangrijkste informatie voor de regio. Gezamenlijke projecten t.a.v. extra IC-capaciteit en opschaling in de keten zijn al gestart om een tweede golf beter op te kunnen vangen. Daarbij is de continuïteit van de reguliere zorg een belangrijk aspect dat meegenomen wordt in de voorbereiding op een tweede golf.



## Inhoud

### Samenvatting 3

#### 1. Inleiding 6

1.1 Leeswijzer 6

#### 2. De crisisstructuur tijdens de eerste coronagolf 7

2.1 De structuur 7

2.2 Rol van de netwerken acute zorg en de GHOR 8

#### 3. Evaluatie van de ROAZ crisisstructuur 10

3.1 Doel en evaluatiemethode 10

3.2 Crisisstructuur 10

3.2.1 Inrichting crisisstructuur 10

3.2.2 Ervaringen met overleggen 11

3.2.3 Besluitvorming 11

3.2.4 Brede vertegenwoordiging van sectoren 12

3.2.5 Taken en rollen van netwerken acute zorg en GHOR 13

3.3 Samenwerking in de keten 14

3.4 Inzicht in cijfers 15

3.5 Communicatie en informatie binnen de keten 16

#### 4. Conclusie en aanbevelingen 18

4.1 Loslaten 19

4.2 Oppakken 20

4.2.1 Functioneren crisisstructuur 20

4.2.2 Inhoud en proces van overleggen 20

4.2.3 Proactief crisismanagement 21

4.2.4 Informatie en communicatie 21

#### 5. De 10 belangrijkste geleerde lessen 22

Bijlage I Vragenlijst 25

Bijlage II Lijst van afkortingen 26



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



## 1. Inleiding

De pandemie van COVID-19, die Sars-CoV-2 veroorzaakt heeft, is een (zorg)crisis met een omvang die in de recente geschiedenis nog niet is voorgekomen. Op vrijdag 13 maart 2020 is tijdens het bestuurlijk Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) voor de regio's Noord-Holland en Flevoland een crisisstructuur vastgesteld, gericht op snelle en effectieve besluitvorming en om adequate maatregelen te nemen rondom de opvang van COVID-19 patiënten.

Die dag waren reeds de eerste COVID-19 verdachte patiënten op de intensive care afdelingen (IC's) van ziekenhuizen in de regio Noord-Holland en Flevoland (hierna: de regio) opgenomen. In de daarop volgende dagen steeg het aantal COVID-19 patiënten op de IC's en in de klinieken in de regio. De piek in het aantal IC-patiënten werd bereikt op 9 april. Er lagen toen 208 patiënten op de IC's in de regio. Voor de kliniek kwam deze piek enkele dagen eerder: op 3 april waren er 471 patiënten opgenomen. Voor de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT-sector) zijn cijfers over patiëntenaantallen voor de regio vanaf 27 maart bijgehouden. Op die dag waren er 97 bewezen COVID-19-patiënten intramuraal. De piek lag daar op 21 april: 627 bewezen COVID-19 patiënten intramuraal.

Vanaf de piek van de crisis daalden de aantallen COVID-19 patiënten gestaag. Eind april werd besloten om in de ziekenhuizen de poliklinische zorg weer op te schalen. De vraag die zich voordeed toen de piek achter ons leek te liggen, is hoe de ROAZ crisisstructuur tijdens de eerste piek gefunctioneerd heeft. Dit was het moment om na te gaan denken over hoe we de geleerde lessen uit de voorgaande periode konden gaan vastleggen, wat er nodig is om een eventuele tweede piek op te vangen en welke overlegstructuren en communicatiekanalen gewenst zijn tijdens een eventuele tweede piek. Besloten werd tot een tussenevaluatie door middel van interviews. De netwerken acute zorg (Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet) en de GHOR zijn hierin samen opgetrokken. De eerste coronagolf wordt in dit rapport gedefinieerd als de periode van 13 maart 2020 (bestuurlijk ROAZ) tot 1 mei.

Parallel aan deze evaluatie hebben aparte evaluaties plaatsgevonden: een evaluatie van het proces rondom PBM en een evaluatie onder de ROP-OTO coördinatoren. Hierover worden separate rapportages opgesteld.

### 1.1 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de regionale crisisstructuur beschreven en de rollen van de netwerken acute zorg en de GHOR hierin. De opzet en de resultaten van de tussenevaluatie worden besproken in hoofdstuk 3, waarna in hoofdstuk 4 de conclusies en aanbevelingen volgen. Hoofdstuk 5 sluit dit rapport af met de 10 belangrijkste lessen voor de regionale crisisstructuur uit de eerste COVID-19 golf. In de bijlage vindt u de topic-lijst van de evaluatie en een lijst van afkortingen.



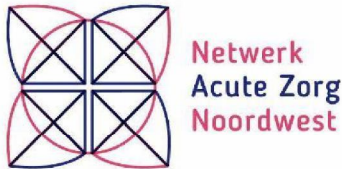
## 2. De crisisstructuur tijdens de eerste coronagolf

### 2.1 De structuur

Begin maart werd duidelijk dat zich een steeds grotere crisis rondom COVID-19 begon af te tekenen, die zich vanuit de provincie Noord-Brabant in rap tempo verspreidde over heel Nederland. Op 13 maart kwamen alle bestuurders samen in het reguliere bestuurlijke ROAZ wat al gepland stond, waarbij de agenda vanzelfsprekend geheel in het teken stond van COVID-19. In deze bijeenkomst werd, naast het in gezamenlijkheid formuleren van vele maatregelen om de coronacrisis zo adequaat mogelijk op te vangen, ook een crisisstructuur vastgesteld. Deze crisisstructuur werd nodig geacht om in onderlinge samenhang en met voldoende slagkracht te kunnen optreden binnen het regionale zorgdomein. Dit om te allen tijde de noodzakelijke zorg voor alle patiëntencategorieën en in het bijzonder COVID-19 patiënten te borgen.

De regionale ROAZ-crisisstructuur (zie figuur 1) bestaat uit:

- Een **bestuurlijk crisis ROAZ (BCR)** gevormd door een afvaardiging van bestuurders uit alle betrokken partijen van het bestuurlijk ROAZ en de beide leidinggevenden van de netwerken acute zorg. 5.1.2e Later zijn de bestuurders vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de gehandicaptenzorg (GHZ) aangesloten, alsook de verzekeraars Zilveren Kruis en VGZ. De bestuurders in het BCR vertegenwoordigen alle organisaties uit hun sector en zijn gemandateerd tot het nemen van besluiten in ROAZ-verband. Daarnaast zijn leden van het BCR behelst met het informeren van hun achterban over het regionale beeld, genomen relevante besluiten en de nog te nemen besluiten.
- Een **crisiscoördinatieteam** gevormd door 5.1.2e van de GHOR Amsterdam/Amstelland, 5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e van de netwerken acute zorg. 5.1.2e was de 5.1.2e Na een drietal bijeenkomsten werd de toegevoegde waarde van dit team, waarvan de leden ook zitting hadden in het BCR, niet meer ervaren. Dit had te maken met het goed functionerende bestuurlijk crisis ROAZ wat in het begin dagelijks vergaderde. Het crisiscoördinatieteam is daarom gestopt.
- **Sectorspecifieke overleggen:** ziekenhuizen, HAP, RAV, VVT, GGD/GHOR en later de GGZ en GHZ hebben afzonderlijk bestuurlijke overleggen per sector gevoerd. 5.1.2e van deze overleggen hebben tevens zitting in het BCR.
- Het **medisch coördinatoren overleg (MCO)** 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-oposchaling). Dit overleg valt onder het regionale bestuurlijk overleg ziekenhuizen.



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



- **Specifieke teams** gericht op knelpunten die opspeelden tijdens de crisis. Twee voorbeelden zijn het **Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS)** en het **Inkoop- en distributieteam PBM**. Het inkoop- en distributieteam heeft tijdelijk een werkgroep Resources in het leven geroepen.

## 2.2 Rol van de netwerken acute zorg en de GHOR

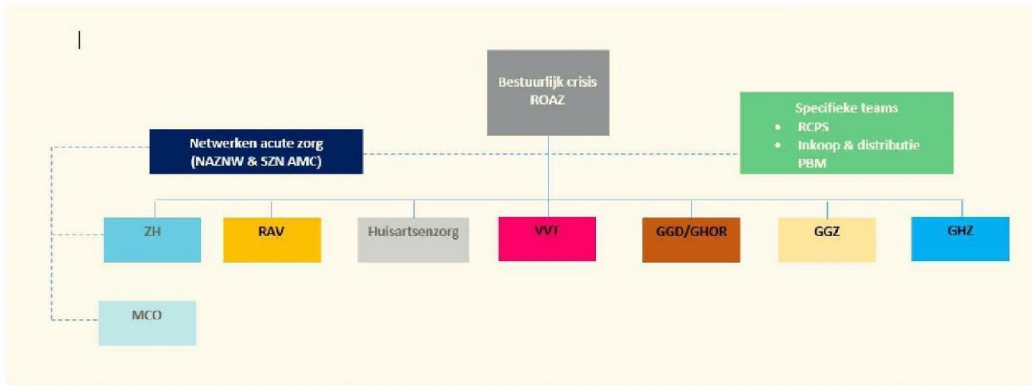
De bureaus van beide netwerken acute zorg vormen het aanspreekpunt voor zaken die spelen in de ROAZ-regio. Adviseurs van beide bureaus vervullen een ondersteunende rol, waaronder voorbereiding en verslaglegging van overleggen (i.e. BCR en ziekenhuisoverleg), aanleveren van en inzicht geven in verzamelde cijfers over beschikbare capaciteit IC en kliniek en aantallen (non)-COVID-19 patiënten, het maken van een dagelijks communicatiebulletin met de belangrijkste informatie vanuit de regionale crisisstructuur en daarbuiten en afstemming met onder andere de GHOR, het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS), het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) en landelijke distributieteams.

De leidinggevenden van beide bureaus hebben zitting in het BCR en nemen ook deel aan het ziekenhuisoverleg. Zij voeren continu overleg met verschillende ketenpartners en zetten actiepunten door naar hun eigen adviseurs.

Waar de netwerken vooral de oriëntatie richting heel Noord-Holland en Flevoland hebben, is de GHOR (samen met de GGD) vooral actief op de schaalgrootte van de veiligheidsregio's. Hierbij zorgt de GHOR voor de verbinding tussen het zorgdomein, het domein van openbare orde en veiligheid en het openbaar bestuur.

Binnen de eigen veiligheidsregio heeft de GHOR verschillende overleggen geïnitieerd, vooral met niet-acute zorg ketenpartners op operationeel en tactisch niveau. Per GHOR-regio verschillen de type, de naamgeving en de frequentie van de overleggen, maar over het algemeen ging het om structurele overleggen met de huisartsenzorg, VVT, GHZ en GGZ. In sommige regio's was er ook (structureel) overleg met verloskundigen/kraamzorg, hospices, maatschappelijke opvang, Rode Kruis, apotheken en revalidatiecentra.

De GHOR houdt zich in de eigen regio onder andere bezig met COVID-zorg buiten het ziekenhuis (COVID-units) en het verzamelen van data van niet-acute zorg organisaties. Daarnaast verbindt de GHOR de zorg met Defensie in het kader van Militaire Bijstand, die tijdens de COVID-19 crisis herhaaldelijk is ingezet.



Figuur 1 Schematische weergave regionale crisisstructuur ROAZ regio's Noord-Holland en Flevoland

Overleg	Deelnemers
Bestuurlijk crisis ROAZ	
ZH	5.1.2e
RAV	
Huisartsenzorg	
VVT	
GGD/GHOR	
GGZ	
GHZ	
MCO	



### 3. Evaluatie van de ROAZ crisisstructuur

#### 3.1 Doel en evaluatiemethode

Het doel van deze tussenevaluatie is:

- 1) Reflecteren op onderdelen van de regionale crisisstructuur (wat ging goed, waar liggen verbeterpunten en waar nemen we afscheid van?);
- 2) Het borgen van leerpunten;
- 3) Het vaststellen van verbeterpunten voor een te verwachten tweede piek in COVID-19, zodat wij met de regio Noord-Holland / Flevoland beter zijn voorbereid.

Voor deze evaluatie zijn 46 personen door middel van een semigestructureerde vragenlijst geïnterviewd. Allen hadden een rol in de regionale crisisstructuur. De interviews zijn afgenomen door vijf adviseurs van de netwerkbureaus en drie beleidsmedewerkers van de GHOR. De gespreksverslagen zijn na het interview aan de respondent voorgelegd ter goedkeuring. Afsproken is dat resultaten niet herleidbaar zijn tot personen of instellingen.

Voorafgaand aan de interviews is een topic-lijst opgesteld (zie bijlage 1). Onderwerpen die in de topic-lijst zijn opgenomen waren de eigen rol in de structuur, de overleggen, de samenwerking in de keten en met de GHOR, de informatievoorziening en beschikbaarheid van data en inzicht in capaciteit. Aan de geïnterviewden is daarnaast gevraagd wat zij goed en minder goed vonden gaan, waar zij trots op waren en liever afscheid van wilden nemen. De enige kwantificeerbare maat uit de interviews is het rapportcijfer over de opgezette crisisstructuur.

De analyse is op inhoud gecheckt door een onafhankelijk onderzoeker verbonden aan netwerkbureau Noordwest. In onderstaande paragrafen worden de bevindingen per topic op hoofdlijnen beschreven.

#### 3.2 Crisisstructuur

##### 3.2.1 Inrichting crisisstructuur

De crisisstructuur heeft volgens de geïnterviewden goed gefunctioneerd. Gemiddeld gaven de respondenten de structuur een 8,0. Er was een goede vertegenwoordiging – niet te groot – vanuit de verschillende sectoren waardoor een gevoel van intersectorale solidariteit ontstond. Het gaf goed inzicht in de situatie binnen de gehele keten, waardoor afstemming in beleid tussen sectoren mogelijk werd. Zo was snel schakelen (bovenregionaal) mogelijk, bijvoorbeeld bij het opzetten van COVID-units.



Daarnaast wordt benoemd dat de reikwijdte van de crisis dusdanig groot was dat coördinatie op schaalgrootte van het ROAZ noodzakelijk was. Wel wordt door sommigen bestuurders uit sector-overleggen aangegeven dat op sommige momenten contact met andere sectoren werd gemist tijdens die overleggen, met uitzondering van het BCR. Dit verliep dan veelal bilateraal. Op subregionaal niveau (dus buiten de ROAZ-crisisstructuur om) hadden de verschillende sectoren wel contact met elkaar.

*“Er werd goed gereageerd als er iemand hulp nodig had... Enige punt van kritiek zou kunnen zijn dat het op regionaal niveau allemaal erg sectoraal was georganiseerd. De cure sector apart, ouderenzorg apart, de GHZ sector apart et cetera. Dat zou in de toekomst misschien nog wel wat beter kunnen.”*

(deelnemer GHZ)

### 3.2.2 Ervaringen met overleggen

Over alle overleggen binnen de crisisstructuur geven de respondenten aan dat deze goed functioneerden. Er was een duidelijk gemeenschappelijk belang, een goede samenwerking en sfeer en een proactieve houding van deelnemers. De overleggen werden, waar van toepassing, goed ondersteund door de netwerken acute zorg. Voor het BCR en ziekenhuisoverleg spreekt men over goed voorzitterschap, waarbij verbindend en enigszins directief leiderschap is ervaren. In het begin was het even zoeken naar de juiste vorm en door de hoge frequentie waren vergaderstukken vaak niet op tijd. Dit zorgde er in het begin voor dat er beperkte voorbereidingstijd was om kennis te nemen van de inhoud en de mogelijkheid om binnen de eigen organisatie af te stemmen. Later, toen de vergaderfrequentie stapsgewijs werd afgebouwd, verbeterde dit.

Voor het ziekenhuisoverleg geeft men als aandachtspunt mee dat onderwerpen op bestuurlijk niveau moeten worden besproken en de bestuurders ervoor moet waken niet te veel operationele zaken te bespreken. Dit past beter bij een tactische laag. Door meerdere respondenten is dan ook het advies gegeven om de tactische managers en/of medisch coördinatoren eerder in stelling te brengen. Ook vanuit de RAV werd aangegeven dat er minder samenwerking op operationeel-tactisch niveau was, omdat alles op bestuurlijk niveau georganiseerd was. Daarnaast werd er soms geen terugkoppeling gegeven op zaken die nog uitgezocht moesten worden en/of actiepunten.

*“Later kwamen we er met elkaar achter dat de medisch coördinatoren sneller betrokken moeten worden en voorbereidend werk kunnen doen, zodat de bestuurders daar strategische beslissingen over kunnen nemen. Als er onderling contact is op tactisch niveau, dan wordt het helderder hoe het nu gaat in de ziekenhuizen dan dat er alleen overleg plaatsvindt op bestuurlijk niveau.”*

(deelnemer ziekenhuisoverleg)

### 3.2.3 Besluitvorming

Binnen de crisisstructuur was besluitvorming gericht op consensus, alhoewel er niet eindeloos gepolderd werd. Besluitvorming werd over het algemeen als snel en goed beoordeeld doordat er een



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



gezamenlijk belang was, iedereen op dezelfde lijn zat, wilde samenwerken en snel wilde handelen. Een enkeling gaf aan dat het steeds zoeken naar consensus binnen het ziekenhuisoverleg soms wel lang duurde. Ook werd er op bepaalde onderdelen een te grote invloed vanuit de academie ervaren, bijvoorbeeld door het gebruik van protocollen van Amsterdam UMC. Enerzijds vonden de ziekenhuizen het prettig dat veel voorwerk gedaan werd, anderzijds was het beleid soms minder op hun lokale situatie van toepassing. Het is daarom in het vervolg belangrijk om te bewaken dat de gezamenlijkheid hierin geborgd blijft.

*"Besluitvorming verliep snel en goed. Wanneer er iets besloten moest worden lagen er veelal duidelijke voorstellen. Iedereen had ook juiste gedeelde beelden en begrip voor leed van de ander... Er hoefde niet te worden gepolderd. Soms moet je gewoon handelen en vooruit kijken. Er was ook een duidelijk gezamenlijk belang natuurlijk." (deelnemer BCR)*

Meerdere respondenten geven aan dat achteraf de zorgverzekeraars eerder bij het BCR betrokken hadden moeten worden in verband met de financiële consequenties van bepaalde beslissingen, die eerder in afwezigheid van hen zijn genomen. Op een gegeven moment werd gezegd dat alle op ROAZ niveau genomen besluiten binnen het BCR moesten worden goedgekeurd om voor financiering door de zorgverzekeraars in aanmerking te komen. Heden ten dage bestaat nog steeds onduidelijkheid over de financiering van COVID-19 zorg. Het is voor de toekomst belangrijk om helder te hebben hoe bekostiging en financieringsstromen lopen en voor welke besluiten het ROAZ goedkeuring moet geven.

#### 3.2.4 Brede vertegenwoordiging van sectoren

*"Er was volstrekt besef dat we hier moesten werken aan één beleidslijn op tal van gebieden. In je eentje sta je in deze crisis als organisatie nergens." (deelnemer VVT-overleg)*

De COVID-19 pandemie had niet alleen effect op de acute zorg, maar op de hele cure en care sector in de breedte. Een groot pluspunt van de huidige crisisstructuur, dat door nagenoeg iedereen is benoemd, was dat alle zorgsectoren, ook de GGZ en GHZ, waren aangesloten. In eerste instantie lag de nadruk op de situatie in de ziekenhuizen vanwege het dreigende tekort aan IC-capaciteit. Toen echter duidelijk werd welk effect COVID-19 had in met name verzorgingshuizen, kwam daar (ook landelijk) verandering in. De brede vertegenwoordiging gaf een ketenbreed beeld, waardoor situaties in meerdere sectoren tegelijkertijd zichtbaar werden. Een voorbeeld hiervan is de situatie rondom de tekorten van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) die gespeeld hebben. Niet alleen voor ziekenhuizen was het op peil houden van voldoende voorraad PBM een uitdaging, in de VVT was de situatie nijpend. Een brede vertegenwoordiging zorgde ook voor meer begrip bij bestuurders over de situatie in organisaties buiten de eigen sector.



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



### 3.2.5 Taken en rollen van netwerken acute zorg en GHOR

De coördinatie en regie van deze crisis heeft vanaf 13 maart bij het ROAZ gelegen door middel van het bestuurlijk crisis ROAZ en de onderliggende bestuurlijke overleggen per sector. Dit was een afwijkende structuur dan zoals die eerder bij een (infectieziekte)crisis is gehanteerd. In het zorgcontinuïteitsplan Noord-Holland en Flevoland staat het Regionaal Crisisteam Zorg (georganiseerd per GHOR-regio) als hoogste regievoerend orgaan. Aangezien de coronacrisis zich bovenregionaal en zelfs landelijk manifesteerde, hebben de bestuurders in het ROAZ van 13 maart direct met elkaar besproken dat regie op schaalgrootte van het ROAZ noodzakelijk was. In de praktijk hield dit in dat er op dat moment een nieuwe crisisstructuur ontstond met nieuwe rollen, taken en verantwoordelijkheden.

Door het ad hoc karakter en de urgentie van de crisis bleken de rollen en taken van de netwerken acute zorg en van de GHOR daardoor niet (geheel) duidelijk voor veel respondenten. De GHOR was (via de 5.1.2e vanaf het begin goed vertegenwoordigd in het bestuurlijk crisis ROAZ en in het crisiscoördinatieteam. Doordat de regionale ROAZ-structuur leidend was, is de GHOR in het geheel minder zichtbaar geweest in de regie- en coördinatierol, die de GHOR normaal gesproken inneemt tijdens een lokaal incident of crisis. Op het niveau van de veiligheidsregio's heeft onder regie van de GHOR lokaal georiënteerd overleg met zorg- en veiligheidspartners plaatsgevonden. De netwerken acute zorg hebben tot aan 13 maart nooit een rol gehad in de warme fase van een crisis.

*"De taken en rollen van de GHOR en netwerken waren niet duidelijk. Het was verwarrend wie waarvoor verantwoordelijk was. Het was wel goed dat de regie bij het ROAZ lag. De GHOR heeft voornamelijk een rol gespeeld bij de VVT en de COVID-units. Advies: cure/acute zorg bij het ROAZ beleggen en de care/publieke gezondheid bij de GHOR/veiligheidsregio."*  
(deelnemer Huisartsen-overleg)

*"De corona-crisis vraagt om afstemming tussen ziekenhuizen op regionaal en landelijk niveau; het niveau van de veiligheidsregio is dan te klein om dit bovenregionaal te kunnen coördineren. Belangrijk om dit ROAZ-breed op te pakken, het gaat erom dat het functioneel is. De GHOR en netwerken hebben gezamenlijk een zorgcontinuïteitsmodel gemaakt, maar deze crisis heeft dit model overstegen, aangezien er nu coördinatie op ROAZ-breed niveau nodig was (i.p.v. Regionaal Crisisteam Zorg per veiligheidsregio als hoogste niveau)."* 5.1.2e

Naast de ontwikkelingen en processen op het niveau van het ROAZ speelden grote landelijke en soms politiek georiënteerde belangen. De 5.1.2e kregen vanuit het ministerie van VWS via hun reguliere lijnen opdrachten, zoals het inrichten van COVID-units en het opzetten van zorghotels. Doordat de COVID-units ook een onderwerp van gesprek waren in het bestuurlijk crisis ROAZ en in ROAZ-verband een goed beeld bestond van wat er in de regio nodig was aan COVID-units, liep dit door elkaar heen en ontstonden doublures. Een aantal respondenten die hierbij betrokken waren, geeft aan dat goed gekeken moet worden waar alle opdrachten vandaan komen. Opdrachten moeten belegd en/of afgestemd worden in het bestuurlijk crisis ROAZ. Hiervoor is het belangrijk dat relaties met landelijke



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



partijen warm zijn, zodat er continue, laagdrempelige afstemming kan plaatsvinden en partijen van elkaar weten wat er speelt.

*"In de begintijd van de crisis kon de aansluiting met landelijk, LNAZ en LCPS, beter. Die contacten hadden operationeel hechter moeten zijn zodat er betere afstemming plaats had gevonden. Dit had namelijk sneller gemoeten als er echt stront aan de knikker was geweest."* (deelnemer BCR).

### 3.3 Samenwerking in de keten

De samenwerking in de keten wordt door alle respondenten als goed bestempeld. Er is solidair opgetrokken, er was ruimte om zaken te melden in de sector-overleggen en er waren korte lijnen. Alle partijen hebben zich maximaal ingespannen om samen te werken, zowel subregionaal als regionaal, en hadden een duidelijk doel voor ogen. Dit uitte zich bijvoorbeeld in het feit dat ziekenhuizen elkaars COVID-19 patiënten waar nodig overnamen of door het delen van elkaars *best practices*. Een ander voorbeeld is dat VVT-sectoren PBM van ziekenhuizen hebben gekregen en ziekenhuizen van huisartsen. Oudere patiënten konden vanuit het ziekenhuis ook direct binnen de VVT terecht. Doorverwijzingen van non-COVID zorg waren soms wel lastig te realiseren tussen ziekenhuizen.

Vertegenwoordigers van de ketenpartners geven ook duidelijk aan dat zij elkaar beter hebben leren kennen en meer begrip hebben voor elkaars rol en verantwoordelijkheden binnen de (acute) zorg. Er is besef dat niet alle partners op hetzelfde moment in dezelfde fase van de crisis hebben verkeerd. De

*"Tijdens de crisis werd er goed samengewerkt en snel gehandeld. Er was eigenlijk geen concurrentie. Het doel was het goed te doen voor de opvang van de grote patiëntenstroom. Dat was de mindset."*  
(deelnemer Ziekenhuisoverleg)

piek aan COVID-19 cliënten binnen de VVT volgde enkele weken na de grootste piek aan COVID-19 patiënten bij de ziekenhuizen. De korte lijnen droegen tevens bij aan transparantie, men durfde elkaar in het algemeen eerder aan te

spreken op vermeende onduidelijkheden. Echter, er werd ook aangegeven dat vermoedelijk niet iedereen even transparant is geweest over beschikbare capaciteit. In de toekomst is het belangrijk om het belang van openheid en transparantie te blijven benadrukken en hier waar nodig discussie over te voeren.

*"Als veiligheidsregio kun je netcentrisch werken, waardoor je jouw taartpuntje ziet. Maar dan kan je boos worden om wat anderen [andere veiligheidsregio's, red.] doen, omdat je niet ziet waarom ze het doen. Het grote plaatje [totaalbeeld vanuit BCR, red.] geeft daar duiding aan."*  
(Deelnemer BCR)

In het kader van inzicht in elkaars werkzaamheden en belevingswereld wordt als tip meegegeven dat het bij de sectorale overleggen soms goed is wanneer een afgevaardigde van de andere sectoren aansluit zoals bij het ziekenhuisoverleg is



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



gedaan. Daar was de 5.1.2e van het huisartsen-overleg aanwezig. Meerdere keren is benoemd dat het belangrijk is dat de verschillende (belevings)werelden van de sectoren bij elkaar worden gebracht. Een voorbeeld hiervan zijn de werelden van de GGD/GHOR en de ziekenhuizen. Dat wat besproken wordt binnen het BCR moet gedeeld worden met het Crisis BeleidsTeam van de veiligheidsregio. Het BCR dient als het totaalbeeld vanuit de regio Noord-Holland en Flevoland.

Een enkeling geeft nog aan dat op het moment dat de crisis over haar hoogtepunt heen was hij of zij ook het gevoel heeft dat er weer verwijdering tussen instellingen en sectoren ontstond en men zich begon terug te trekken. Zij geven concreet aan dat bij het opschalen van de reguliere zorg in ziekenhuizen weinig is samengewerkt met huisartsen en VVT-instellingen. Dat moet volgens hen de volgende keer beter.

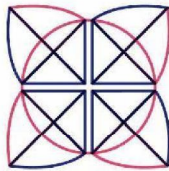
### 3.4 Inzicht in cijfers

De sectoren hebben aangegeven de volgende data nodig te hebben om gedegen besluiten te kunnen nemen. Voor de gehele keten geldt dat zij inzicht willen in:

- Capaciteit: geautomatiseerde, valide, vergelijkbare (*real time*) cijfers over capaciteit in de gehele keten (regionaal + landelijk);
- Patiëntaantallen: aantallen COVID-19 patiënten/cliënten (verdacht + bevestigd);
- Patiëntstromen (interne overplaatsing van unit naar IC, of uitplaatsing naar VVT of elders, overleden);
- GGD data over ontwikkelingen in aantal besmettingen om proactief te kunnen handelen met betrekking tot capaciteit (bij voorkeur zichtbaar voor het eigen adherentiegebied);
- Voorraden PBM;
- Ziekteverzuim onder personeel en positief geteste of COVID-19 verdachte personeelsleden;
- Beschikbare testcapaciteit en de ontwikkelingen daaromtrent.

Voor de RAV geldt daarbij nog dat zij inzicht willen in het aantal ritten en de aanrijdtijden en voor de VVT is het relevant om te weten hoeveel cliënten er in- of extramuraal in quarantaine verblijven. Als het gaat om de inschatting hoeveel capaciteit nodig is, bestaat behoefte aan een dashboard waarop het aantal besmettingen in de regio kan worden bijgehouden. Een *early warning system* is gewenst.

Op het gebied van inzicht in cijfers is nog veel winst te behalen. In het begin werden er steeds andere uitgangspunten gehanteerd en de gegevensuitwisseling kwam traag op gang. De cijfers waren veelal niet valide (aantallen patiënten en beschikbare capaciteit in de keten). Binnen het bestuurlijk crisis ROAZ en het ziekenhuisoverleg werd dikwijls gesproken over de (on)juistheid van getallen, die deels voortvloeide uit onduidelijkheden in gehanteerde definities. Uitstroom vanuit de ziekenhuizen bleek lastig in kaart te brengen. Tevens was er lang onduidelijkheid over voorraden PBM binnen de regio; dit heeft voor veel onrust gezorgd.



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



*"2TWNTY4 [LPZ] was een drama, het kost capaciteit, menskracht en dat is frustrerend. Het type data was niet van toegevoegde waarde."*  
(deelnemer Ziekenhuisoverleg)

De applicatie Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ), wat door het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) gebruikt zou worden voor de spreiding van patiënten over heel Nederland, werd de

ziekenhuizen opgelegd volgens respondenten. Koppeling van het ziekenhuisinformatiesysteem aan LPZ heeft veel tijd en geld gekost voor de ziekenhuizen, terwijl andere bronnen nog niet goed (genoeg) werkten. Ook het LPZ zelf werkte wat informatie over COVID-19 patiënten betrof niet goed. Aan de landelijke portalen heeft men uiteindelijk weinig gehad. Het aanleveren van data voor de landelijke overzichten was een enorme belasting voor ziekenhuizen. Veel werd dubbel uitgevraagd via verschillende systemen, die vaak handmatig gevuld moesten worden. Uiteindelijk waren de bedbezettingsoverzichten zoals deze uitgevraagd werden door het Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS) naar het format van het LCPS wel bruikbaar.

Enkele respondenten stippen aan dat data-uitwisseling tussen sectoren beter moet; ziekenhuisdata en data van de niet-ziekenhuiszorg moeten bij elkaar worden gebracht. De capaciteit van de ziekenhuizen en daarmee de verwachte uitstroom naar de VVT was niet altijd inzichtelijk, wat wel belangrijk is voor het bepalen van de capaciteit van de COVID-units. Specifieke huisartsenzorg-data werd gemist, bijvoorbeeld over hoeveel corona-verdenkingen en corona-besmettingen er binnen de huisartsenzorg waren. Huisartsen in Amsterdam hadden niet altijd zicht op de patiëntenaantallen die gemonitord werden, bijvoorbeeld via de corona-app. Dit inzicht is wel wenselijk, zodat ze zich kunnen voorbereiden.

*"Ik wist van ziekenhuizen niet precies hoe vol ze lagen. En of ze nou wel of niet COVID-units gingen openen en of we wel of geen uitstroom konden verwachten. Dat werd niet duidelijk. Kunnen we nou een grote golf vanuit de ziekenhuizen voor de VVT verwachten?"*  
(deelnemer VVT-overleg)

### 3.5 Communicatie en informatie binnen de keten

Respondenten geven aan dat de communicatie binnen de keten goed is verlopen. Dit kwam met name door de korte lijnen die gecreëerd zijn tussen bestuurders, door de frequentie van de overleggen waarin iedereen cruciale informatie kon delen en door de openheid waarmee informatie over besluiten en overzichten (over bijvoorbeeld cijfers uit de VVT of beschikbare PBM) gedeeld werd. De notulen van de overleggen worden ook als belangrijke informatiebron genoemd.

Voor personen die niet bij (alle) overleggen aanwezig waren, produceerden de netwerken acute zorg dagelijks een communicatiebulletin waarin kort de belangrijkste informatie en besproken punten binnen het BCR en de verschillende sector-overleggen werd samengevat. Dit was voor veel respondenten een belangrijke en nuttige informatiebron. Het communicatiebulletin gaf ook een goed



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



beeld van wat er buiten de ziekenhuizen gebeurde. Het was door de frequentie snel beschikbaar, alhoewel door de frequentie correctie achteraf soms wel nodig was.

Het LCMS-GZ (Landelijk Crisis Management Systeem - Geneeskundige Zorg) is niet door alle aangesloten partijen (de hele periode) gebruikt. In het begin is het door een aantal respondenten nog wel dagelijks gelezen, maar door het type crisis en de specifieke informatie die gedeeld moest worden tijdens deze crisis, bleek dit niet het middel dat leidend was. Door veel verschillende registraties in verschillende systemen en een op subregionaal ingerichte lay-out raakte LCMS-GZ op de achtergrond. Ook door het besluit om dagelijks een communicatiebulletin te verspreiden, was het LCMS-GZ niet meer voldoende relevant.

Aan informatie was eigenlijk geen tekort; een enkeling geeft aan dat het tegendeel soms het geval was: er was heel veel informatie beschikbaar vanuit verschillende bronnen en stromen, waardoor het soms lastig in te schatten was wat prioriteit had.

Protocollen en richtlijnen, bijvoorbeeld rondom het gebruik van PBM en bezoekbeleid, werden gedeeld binnen de ROAZ-regio. De landelijke RIVM richtlijnen waren leidend. De frequentie waarmee richtlijnen en protocollen gewijzigd werden, zowel landelijk als regionaal, is wel een aandachtspunt en

*"Als je drie keer per week een protocol moet aanpassen, dan doet dat ook iets met mensen, en dat is wel iets waar aandacht voor moet komen."*  
(deelnemer VVT -overleg)

moet goed gecommuniceerd worden. In de huisartsenzorg heeft de tegenstrijdigheid in richtlijnen tussen het RIVM, NHG en LHV voor veel onvrede en onduidelijkheid gezorgd. Door gebrek aan eenduidigheid ontstonden verschillen in toepassing binnen de regio. Dit was ook aan de hand in ziekenhuizen met betrekking tot het gebruik van PBM (bijvoorbeeld het gebruik van lange mouwen schorten). Eén landelijke, duidelijke richtlijn is hier echt wenselijk.



#### 4. Conclusie en aanbevelingen

Op 13 maart 2020 is tijdens het bestuurlijk ROAZ een regionale crisisstructuur vastgesteld, gericht op snelle en effectieve besluitvorming ten aanzien van COVID-19. De evaluatie toont aan 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. Er is veelal waardering voor de ingestelde crisisstructuur, de overleggen functioneerden goed, er was een duidelijk gemeenschappelijk belang en proactieve houding. De besluitvorming werd in het algemeen als snel en goed beoordeeld, vanuit een gezamenlijk belang en de wens om samen te werken in deze crisis. Men was bereid om over de eigen organisatiegrenzen heen te kijken.

De deelname van de verschillende sectoren binnen de keten werd als bevorderend genoemd. Hierdoor was er snel inzicht in de problematiek binnen de hele keten en vond er laagdrempelig afstemming plaats tussen de sectoren. Het was daarom mogelijk om snel te schakelen. De vertegenwoordiging uit de sectoren had binnen de overleggen mandaat, waardoor weinig vertraging optrad bij besluiten. Een grote mate van inzet bij alle betrokkenen typeerde het proces.

Informatievoorziening over besluiten, richtlijnen, regionale, landelijke en lokale beelden is zeer belangrijk gebleken. Ook de verhoudingen tussen het ROAZ, landelijke organen (VWS, LNAZ) en subregionale structuren moeten helder zijn; wie gaat over wat? Hieraan kan worden toegevoegd dat openheid en transparantie tussen gremia over de huidige situatie gestimuleerd moet worden teneinde een gemeenschappelijk beeld en doel te bevorderen.

Pijnlijk duidelijk is geworden dat digitaal verwerkte gegevens niet zomaar als bruikbare en deelbare data uit de bronsystemen kunnen worden gehaald, daar waar inzicht in patiëntenstromen en capaciteit wel heel belangrijk is gebleken. Applicaties zijn vaak niet gekoppeld aan bronsystemen, waardoor het vullen van die applicaties veelal handwerk is. Landelijke, of ten minste regionale, afstemming over gebruik van bronsystemen en applicaties is gewenst om het aantal dubblures en de administratieve druk zo laag mogelijk te houden.

Respondenten zien graag dat het positieve effect van de crisis - de verbeterde samenwerking, de efficiënte besluitvorming en overlegstructuren - behouden blijft, zij het in een bij de situatie passende onderhoudsvorm. Daarnaast hebben zij wel enige punten benoemd die niet meer of anders gedaan moeten worden.

*"De samenhang en samenwerking tussen de sectoren is enorm verstevigd. Er is heel intensief met elkaar samengewerkt en er is meer begrip voor elkaars problematiek. Het is heel verleidelijk om deze structuur regulier te behouden door het behouden van de verbinding met elkaar." (deelnemer BCR)*



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



#### 4.1 Loslaten

Op de vraag wat we niet meer moeten doen, komen de maatregelen die op landelijk niveau zijn genomen of zaken die op dat niveau opgelost dienen te worden aan de orde. Er is veel kritiek op de beschikbaarheid van en de richtlijnen rondom het gebruik van PBM. Een aantal respondenten vindt dat de afhankelijkheid van derden moet veranderen en dat er landelijk voor moet worden gezorgd dat er geen schaarste is in PBM. Dit geldt ook voor testen. De verdeling van PBM liep in het begin erg rommelig, wellicht had hier vanuit VWS eerder coördinatie op moeten komen. Regionale verschillen zijn hier niet wenselijk.

*"Er was [landelijk, red.] schaarste en te weinig aandacht voor buiten het ziekenhuis, dat heeft veel leed veroorzaakt (bij bewoners en personeel)."* (deelnemer BCR)

Diverse keren wordt benoemd dat de nadruk erg lang heeft gelegen op de ziekenhuizen, alhoewel opgemerkt moet worden dat niet iedereen buiten de ziekenhuissector dit als storend heeft ervaren. Bij meerdere respondenten overheerst het beeld dat ten onrechte de VVT niet in beeld was als het ging om de verdeling van PBM, terwijl deze medewerkers

evengoed werden blootgesteld aan risico's. Een bestuurder van een VVT-organisatie geeft aan dat hij vindt dat de VVT-sector een harder tegengeluid richting Den Haag had moeten geven. Als ROAZ regio waren we gebonden aan RIVM-richtlijnen omtrent het gebruik van PBM. Zodra er landelijk richtlijnen kwamen voor het gebruik van PBM in de VVT-sector, zijn de VVT-instellingen gelijk meegenomen in de verdeling van PBM. Hierover zijn vanuit de VVT-sector ook positieve geluiden:

*"Het ROAZ heeft een grote rol gespeeld in de distributie/verdeling van PBM. Dit is een heel substantieel deel van de agenda geweest; het was slecht dat het er niet was, dat we vanuit schaarste moesten werken, maar we hebben het toch met elkaar gedaan; toch aangedrongen om via richtlijnen te werken is een prestatie van formaat. Structuur voor distributie opgezet die goed werkte; niemand vanuit de VVT kan zeggen dat ze niet geleverd werden toen ze PBM nodig hadden. PBM zijn gelijkwaardig verdeeld in het ROAZ, gelijk via ziekenhuizen en de VVT, echt een compliment! In andere regio's zijn eerst de ziekenhuizen bediend."* (deelnemer VVT-overleg)

Een respondent geeft aan dat we ons soms hebben laten verlammen door landelijke zaken, waardoor we zelf bepaalde zaken (te lang) lieten liggen. Bijvoorbeeld voor wat betreft de patiëntenspreiding. De coördinatie van de patiëntenspreiding was niet goed ingeregeld nadat er landelijk werd afgeschaald. Na afschaling zou de rol sneller weer regionaal overgenomen kunnen worden. Daarnaast werd er landelijk afgeschaald, waardoor landelijke coördinatie van patiëntenspreiding niet meer voorhanden was, terwijl in onze regio nog steeds enkele ziekenhuizen erg veel patiënten hadden, waarbij ze niet meer wisten waar ze konden melden dat overplaatsing gewenst was. Helderheid over deze werkwijze en procedures is gewenst.

*"We hadden meer voor ons zelf moeten denken. Alles wat je zelf doet, heb je controle over."* (deelnemer BCR)



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



In aanvulling op bovenstaande geeft een bestuurder aan dat hij zich vaak heeft afgevraagd of het niet anders had gekund, of niet meer maatwerk mogelijk was in plaats van maatregelen die voor iedereen in elke situatie gelden. Dit gevoel krijgt bijval van andere respondenten: maatwerk per sector en regionale nuances zijn een volgende keer echt nodig. Hetzelfde geldt ook voor het dilemma dat in de beginfase van de crisis nog weinig aandacht kreeg in de cure-sector: worden behandelbare patiënten niet de dupe van iets dat voor sommige patiënten onbehandelbaar is? Veel bestuurders zijn het erover eens dat een nieuwe golf niet ten koste mag gaan van de reguliere zorg. Kleine ziekenhuizen moeten niet meer helemaal vol gelegd worden met COVID-19 IC-patiënten, waardoor zij niet of nauwelijks nog andere zorg kunnen leveren, tenzij dit echt niet anders kan. Deze in het begin ontbrekende kritische houding wordt ook genoemd door een andere deelnemer van het ziekenhuis-overleg en dan met name het ethische aspect van afschaling van de reguliere zorg:

*"De vraag is niet hoeveel we kunnen oprekken maar hoeveel we kunnen krimpen. We moeten ons niet laten overspoelen, maar opschrijven wat je grenzen zijn als organisatie. Dat moet heel duidelijk, landelijk bijna, om geen secundaire schade of doden te krijgen.... Onze taak is het om het zo te beschrijven dat wij de minimale electieve zorg kunnen organiseren in het land."*  
(deelnemer Ziekenhuis-overleg)

## 4.2 Oppakken

Een aantal verbeterpunten komt al voort uit de genoemde resultaten hierboven. Hieronder worden enkele algemene verbeterpunten voor een volgende crisis per categorie benoemd:

### 4.2.1 Functioneren crisisstructuur

- Rollen, taken en beslissingsbevoegdheden moeten helder beschreven zijn en onderling worden afgestemd en gecommuniceerd. Dit betreft vooral de afstemming van rollen en taken tussen de netwerken acute zorg en de GHOR. Hier bestond onduidelijkheid over in deze crisis.
- Er moet voldoende afstemming zijn met bestaande overlegstructuren, zodat zaken in het juiste gremium besproken worden. Daarnaast kan de communicatie over en weer verbeterd worden.
- De ROAZ-crisisstructuur bevond zich niet in een vacuüm, maar werd ook gevoed door maatregelen en vragen 'van bovenaf'. We moeten zorgen dat de politieke belangen niet steeds zwaarder gaan wegen en proberen zoveel mogelijk zelf regionaal op te pakken, zodat we daar de controle over houden.

### 4.2.2 Inhoud en proces van overleggen

- In de bestuurlijke overleggen werden ook veel operationele zaken afgehandeld. Voor de samenwerking op tactisch en operationeel niveau ligt mogelijk een rol voor de netwerken acute zorg in de regio om een structuur in te richten waarbij de tactische/operationele laag meer met elkaar wordt verbonden in de keten, zonder dat dit effectief crisismanagement in de weg staat.



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



Voor de ziekenhuis sector is hiervoor op een gegeven moment het medisch coördinatoren overleg ingesteld. Wellicht kunnen hier in de toekomst ook andere sectoren bij aansluiten of moet er een andersoortig tactisch-operationeel overleg worden ingesteld waarin ketenpartners vertegenwoordigd zijn.

- Afspraken over de vergaderstructuur en –discipline moeten per overleg worden vastgelegd. Te denken valt onder andere aan een overzicht van de deelnemers, voorbereiding van het overleg (agenda), de status van ROAZ-besluiten, wie mogen de notulen ontvangen, aflossing/vervanging deelnemers.

#### 4.2.3 Proactief crisismanagement

- De procedure van financiering tijdens de corona-crisis en de rol van zorgverzekeraars in het bestuurlijk crisis ROAZ moet voor aanvang van een eventuele tweede golf helder zijn.
- De procedure van patiëntenspreiding (regionaal en landelijk) moet beschreven worden en voornamelijk is het belangrijk dat er helderheid is over de opschaling en afschaling van dit proces. Dit moet goed worden gecommuniceerd naar de betrokkenen in het proces (voornamelijk de intensivisten die in een reguliere situatie zelf de overplaatsingen regelen).
- Inzicht in capaciteit is van groot belang. Hiervoor is een vaste structuur nodig voor (real time) digitaal inzicht in capaciteit (op ROAZ-niveau en landelijk) met zo min mogelijk administratieve lasten (niet handmatig). Daarbij is het belangrijk om gezamenlijke eenduidige definities te hanteren bij data-verzameling. Verder is aangegeven dat er een betere data-uitwisseling tussen sectoren moet plaatsvinden en dat er meer gestuurd zou moeten worden op de capaciteitsdata die beschikbaar is (bv uitstroom naar VVT / scenario's / prognoses).
- Scenario's moeten worden uitgewerkt binnen de hele keten. Dit gaat om scenario's met betrekking tot het opschalen en afschalen van COVID-zorg/reguliere zorg, het uitwerken van een scenario m.b.t. code zwart (opnamebeleid) en nadenken over een scenario wat als er naast deze crisis nog een tweede ramp of flitsramp plaatsvindt (waar ligt overlap qua sleutelfunctionarissen/impact? B.v. op IC-capaciteit).

#### 4.2.4 Informatie en communicatie

- Evaluatie van het gebruik van LCMS-GZ voor dit type crisis.
- Duidelijkheid in informatiestromen is van belang: welke informatie is relevant voor onze regio en onze ketenpartners? Er moet inzichtelijk worden gemaakt welk doel welk middel dient, zodat er gerichte informatiestromen zijn (nu vaak teveel informatie).
- Bij een tweede golf is het van belang dat alle partijen goed meegenomen worden in de communicatie rondom de werkwijze van de verdeling van PBM of andere schaarse middelen.

Specifieke punten die verder zijn ingebracht tijdens de interviews, maar betrekking hebben op afzonderlijke onderwerpen worden meegenomen in de specifieke overleggen die al plaatsvinden (ROAZ crisisstructuur en tactisch ROAZ-overleggen).



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



## 5. De 10 belangrijkste geleerde lessen

### 1. Ten tijde van een langdurige zorgcrisis is een bestuurlijk crisis ROAZ met daarin een gemandateerde bestuurder per sector als logische structuur ervaren.

Een gemandateerde afvaardiging per sector, die in het intersectorale bestuurlijk crisis ROAZ met elkaar overleg voeren en besluiten nemen, werkt efficiënt. Er was ook een grote mate van inzet bij alle betrokkenen gedurende het gehele proces en er werd een gezamenlijk doel ervaren waarbij de individuele belangen opzij gezet werden.

### 2. Aansluiting alle betrokken sectoren/partijen vanaf dag 1 van een crisis is belangrijk.

De deelname van de verschillende sectoren binnen de keten werd als bevorderend genoemd. Hierdoor was er snel inzicht in de problematiek binnen de gehele keten en vond er laagdrempelig afstemming plaats tussen de sectoren. Het was daarom mogelijk om snel te schakelen. Het is tevens goed voor de onderlinge solidariteit. Daarnaast creëert een dergelijk overleg een contact wat voorheen niet tot stand kwam en daarmee kan er in de toekomst snel(ler) geschakeld worden. Om onduidelijkheden rondom financiering van bepaalde besluiten weg te nemen, is het van belang de zorgverzekeraars vanaf het begin aan te laten sluiten.

### 3. Rolverdeling GHOR en Netwerken Acute Zorg moet helder gemaakt worden.

De rol van de GHOR was voor veel sectoren minder duidelijk, blijkt uit de interviews. Dit beeld kan mogelijk deels verklaard worden doordat de coronacrisis een langer durende crisis is die zich over vele zorgsectoren uitstrekt. Maatregelen in de zorg om de coronacrisis te bestrijden, vragen om afstemming en maatregelen op gepaste schaalgrootte tussen zorginstellingen. Vooral voor de problematiek in de cure en acute zorg is de huidig gekozen schaalgrootte vanuit ROAZ-verband met een bestuurlijk crisis ROAZ en de netwerken acute zorg het best passend. Voor de meer lokale problematiek, de verbinding met openbare orde en veiligheid en de afstemming met het openbaar bestuur ligt een rol weggelegd voor de GHOR. Meer helderheid over wat de verschillende zorgsectoren hierin mogen verwachten is gewenst.

### 4. Scenario's voor de toekomst moeten ontwikkeld worden.

De pandemie van COVID-19 ging het voorstellingsvermogen van velen te boven. We hebben niet eerder voor een dergelijke uitdaging gestaan. Nu we ervaren hebben wat een onbekende infectieziekte kan doen met ons zorgsysteem (zowel cure- als care), moeten voor een volgende golf of andere mogelijke landelijk van invloed zijnde infectieziekten, scenario's ontwikkeld worden om de continuïteit in de zorg te borgen. Belangrijk bij de ontwikkeling van deze scenario's is om behoud van de reguliere zorg hierin op te nemen, omdat het niet wenselijk is om bij een tweede golf of mogelijk andere infectieziekte die ons gaat treffen, weer de hele reguliere zorg af te bouwen.



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



**5. Overleggen per sector en het BCR moeten met gepaste frequentie gecontinueerd worden, afgestemd op de actuele situatie rondom COVID-19.**

Het is aan te bevelen de sector-overleggen en het BCR met enige regelmaat te continueren ter behoud van solidariteit en een gedeeld beeld.

**6. Specifieke knelpunten moeten een *dedicated* manager plus team krijgen met mandaat.**

In het geval van de eerste COVID-19 golf voerde de problematiek rondom de beschikbaarheid van PBM de boventoon. Dit speelde met name in de langdurige zorg en onder huisartsen. Er bestond onder stakeholders onduidelijkheid – zeker in het begin - over de regievoering van de GHOR en het ROAZ rondom de beschikbaarheid en (re)distributie van PBM en zorgapparatuur. Daarnaast verliepen inventarisaties niet altijd goed. Uiteindelijk zijn deze processen inzichtelijk geworden en goed ingericht. De oprichting van het Inkoop- en distributieteam met een *dedicated* voorzitter met gezag en mandaat en ervaren inkopers, is hierbij als zeer goed ervaren en lijkt ook in de toekomst nodig.

Dit geldt ook voor de onderwerpen regionale patiëntenspreiding, dat goed opgepakt is door de twee regionale coördinatoren, en de dataverzameling door het RCPS.

**7. Dataverzameling dient geautomatiseerd en afgestemd te worden, rekening te houden met en slim gebruik te maken van reeds bestaande systemen.**

Een crisis kun je niet bezweren zonder inzicht in cijfers. Cijfers die vertellen hoe groot het probleem is en waar het nijpend begint te worden en dus onmiddellijke actie gewenst is. Deze crisis heeft pijnlijk duidelijk gemaakt dat digitaal inzicht in data en uitwisseling van deze data nog niet op grote schaal in Nederland voorhanden is, maar wel zeer wenselijk. Waarvoor dient welke uitvraag is een vraag die in de toekomst beter beantwoord moet kunnen worden. Daarnaast is een betere data-uitwisseling tussen de sectoren gewenst.

**8. Wijzigingen in bevoegdheden, structuren en richtlijnen moeten tot een minimum beperkt worden en daarnaast zeer helder worden gecommuniceerd.**

Voor efficiënt crisismanagement is het continu vergaren, delen en verschaffen van informatie en daarop acteren noodzakelijk. Relevante informatie over bijvoorbeeld ontwikkelingen in andere sectoren, ontwikkelingen rondom testbeleid, het delen van behandelprotocollen en nieuwe inzichten in ziektespecifieke kenmerken moeten snel voorhanden en verspreid worden. Voor ketenpartners is het zeer belangrijk om te weten hoe de actuele situatie is rondom bevoegdheden, processen en richtlijnen. Heldere communicatie hierover is belangrijk.

**9. Duidelijkheid in informatiestromen**

Door het continue vergaren en delen van informatie was er soms téveel informatie beschikbaar. Het is van belang dat er tijdens de crisis gerichte informatiestromen zijn en er moet inzichtelijk zijn welk doel welk middel dient. Belangrijk is dat informatie goed gefilterd en geverifieerd wordt of het van toepassing is op onze regio. Het communicatiebulletin dat in het begin van de crisis



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



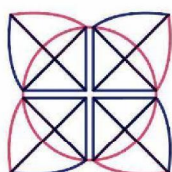
dagelijks werd verspreid en daarna de frequentie van het bestuurlijk crisis ROAZ heeft gevolgd, is door de respondenten als waardevol ervaren en moet behouden blijven. Mede door het communicatiebulletin, maar ook door de regionale/landelijke dataverzameling, is LCMS-GZ in mindere mate gebruikt tijdens de eerste golf. Het gebruik van LCMS-GZ tijdens een langdurige infectieziektecrisis zal geëvalueerd worden.

#### **10. Relatie met landelijke organisaties en het ministerie van VWS is belangrijk en moet warm zijn.**

Respondenten geven aan dat het belangrijk is dat men op landelijk niveau weet wat er regionaal speelt. Dit was niet altijd het geval. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat vanuit landelijke organisaties geregeld (uit)vragen kwamen die niet in de pas liepen met huidige activiteiten in de regio. Een voorbeeld hiervan is de steeds wisselende uitvraag over de beddenscapaciteit en patiëntenaantallen van het LCPS of het besluit dat elk ziekenhuis aangesloten moest worden op het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Ditzelfde geldt voor de relatie met VWS.

De netwerken acute zorg zullen met de ketenpartners de geleerde lessen en verbeterpunten oppakken en verder in de praktijk brengen om beter voorbereid te zijn op een tweede golf. De ingerichte regionale crisisstructuur zal in zijn huidige vorm worden gecontinueerd met de sectoroverleggen en specifieke teams, alsmede het communicatiebulletin met de belangrijkste informatie voor de regio.

Gezamenlijke projecten t.a.v. extra IC-capaciteit en opschaling in de keten zijn al gestart om een tweede golf beter op te kunnen vangen. Daarbij is de continuïteit van de reguliere zorg een belangrijk aspect dat meegenomen wordt in de voorbereiding op een tweede golf.



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



## Bijlage I Vragenlijst interviews

<b>OPENING EN EIGEN ROL</b>	1.1 Kunt u vertellen wat uw rol was/uw rollen waren in de crisisstructuur? 1.2 Aan welke overleggen heeft u deelgenomen? 1.3 Wat vond u van deze overleggen? (wat ging er wel/niet goed)
<b>CRISISSTRUCTUUR</b>	2.1 Wat vond u van de opzet van de regionale crisisstructuur met het bestuurlijk crisis ROAZ en de verschillende onderliggende bestuurlijke overleggen per sector? 2.2 Hoe vond u de besluitvorming in het algemeen verlopen? (wat ging hierin wel/niet goed) 2.3 In hoeverre heeft de brede vertegenwoordiging in het bestuurlijk crisis ROAZ (o.a. VVT, GGZ, GHZ) volgens u bevorderend of belemmerend gewerkt in de aanpak tijdens de eerste wave? Waarom? 2.4 Waren de taken en rollen van de verschillende organisaties binnen de crisisstructuur voor u voldoende duidelijk (ROAZ & GHOR)? Waarom wel/niet?
<b>SAMENWERKING IN DE KETEN</b>	3.1 Hoe vond u de samenwerking in de keten gaan tijdens de eerste wave? 3.2 Wat vond u hierin wel/niet goed gaan?
<b>DATA / INZICHT IN CAPACITEIT EN PATIENTSTROMEN</b>	4.1 Welke data had u nodig tijdens deze crisis om goed te kunnen sturen? 4.2 Was deze data beschikbaar?/Op welke wijze kon deze data verkregen worden? 4.3 Wat vond u in het verzamelen en delen van data wel/niet goed gaan?
<b>COMMUNICATIE EN INFORMATIE BINNEN DE KETEN</b>	5.1 Op welke wijze werd u tijdens de crisis op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen binnen de regio? 5.2 Was dit voor u voldoende? Waarom wel/niet? 5.3 Wat moet er volgens u hierin behouden worden en wat kan er anders? 5.4 <i>Indien niet genoemd in voorgaand antwoord:</i> Heeft u gebruik gemaakt van LCMS GZ als informatiebron? Zo ja, doorvragen op: 5.4.1. Heeft uw organisatie actief informatie gedeeld via LCMS? 5.4.2 Heeft de informatie volgens u bijgedragen aan een geneeskundig gedeeld beeld? Waarom wel/niet? 5.4.3 Heeft u door de koppeling met LCMS VR een goed beeld gekregen van wat er speelde binnen de VR? Waarom wel/niet? 5.5. Zo nee, waarom heeft u hier geen gebruik van gemaakt?
<b>OVERALL OORDEEL</b>	6.1 In welke mate bent u tevreden met de opgezette crisisstructuur (cijfer 1-10)? 6.2 Kunt u toelichten waarom u dit cijfer heeft gegeven?
<b>AFRONDING</b>	7.1 Als u terugkijkt naar de eerste crisisgolf, waar bent u dan het meest trots op? 7.2 En wat moeten we absoluut niet meer doen? 7.3 Zijn er specifieke Corona-onderwerpen die volgens u in regionaal verband nog opgepakt dienen te worden? 7.4 Wat zou u de GHOR en ROAZ bureaus mee willen geven voor de komende periode? 7.5 Wat zou u uw ketenpartners mee willen geven? 7.6 Heeft u nog aanvullingen/opmerkingen?



## Bijlage II Lijst van afkortingen

BCR	Bestuurlijk Crisis ROAZ
	5.1.2e
GGD	Gemeentelijke GezondheidsDienst
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GHZ	GehandicaptenZorg
GHOR	Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio
HAP	Huisartsenpost
IC	Intensive Care
LCMS-GZ	Landelijk Crisis Management Systeem – Geneeskundige Zorg
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPZ	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
MCO	Medisch Coördinatoren Overleg
NAZNW	Netwerk Acute Zorg NoordWest
PBM	Persoonlijke BeschermingsMiddelen
RAV	Regionale AmbulanceVoorziening
RCPS	Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
RIVM	RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
SZN	SpoedZorgNet
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport



### Contactgegevens

#### Netwerk Acute Zorg Noordwest

Amsterdam UMC, locatie VUmc  
Van der Boechorststraat 3  
1081 BT Amsterdam

Postadres:

Netwerk Acute Zorg Noordwest  
Postbus 7057  
1007 MB Amsterdam  
020 - 444 2775

5.1.5 amsterdamumc.nl  
www.netwerkacuteczorgnoordwest.nl

#### SpoedZorgNet

Amsterdam UMC, locatie AMC  
Meibergdreef 9  
1105 AZ Amsterdam

Postadres:

SpoedZorgNet  
Postbus 22660  
1100 DD Amsterdam  
020 - 566 3285

5.1.5 amsterdamumc.nl  
www.spoedzorgnet.nl

#### Auteurs:

Drs. 5.1.2e

Dr. 5.1.2e

Drs. 5.1.2e

Dr. 5.1.2e

©SpoedZorgNet

©NetwerkAcuteZorgNoordwest