

Regionaal plan COVID-19 fase 3

ROAZ regio West

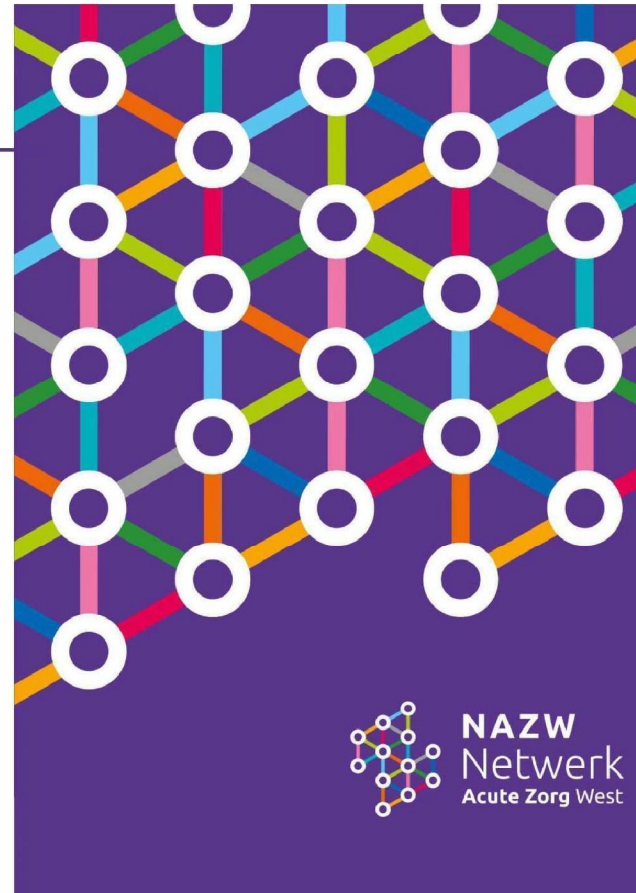
12 maart 2021
Versie 0.5



INHOUDSOPGAVE

Dit regionaal plan 'COVID-19 fase 3' omvat de volgende elementen:

1. Doel en achtergrond	3
2. (Sub)regionale organisatie	4
3. Signalering, aansturing, besluitvorming	5
3.1 Structuur fase 3	6
3.2 Rol ROAZ-voorzitter en Directeur Publieke Gezondheid	7
4. Planvorming fase 3	8
5. Maatregelen	10
5.1 Overzicht maatregelen per sector	11
5.2 Impact maatregelen op kwaliteit van zorg	12
6. Informatiemanagement	13
6.1 Beschikbare (capaciteits-)informatie over de keten	14
7. Coördinatie in de keten	15
8. Randvoorwaarden	16
8.1 Personele ondersteuning	17
8.2 Persoonlijke beschermmiddelen en kritische middelen	18
8.3 Financieel	19
9. Communicatie – extern	20
10. Psychosociale hulpverlening	21
11. Kader Handelsperspectief sociale veiligheid	22
Bijlage 1. Te financieren maatregelen in aanloop naar en in fase 3	23



1. Doel en achtergrond

Sinds de komst van COVID-19 in februari 2020 kent Nederland inmiddels twee golven met regionale en landelijke pieken waardoor er landelijk uiteenlopende maatregelen zijn genomen om verspreiding van het coronavirus zoveel mogelijk te reduceren. Hoewel de cijfers momenteel stabiel hoog zijn, laten verschillende prognoses zien dat met de opkomst en verspreiding van nieuwe virusvarianten de toch al zeer grote druk op de zorg nog meer kan gaan oplopen. Dat geldt voor elke zorgsector afzonderlijk en voor de (regionale) zorgketen als geheel. Dit vooruitzicht vraagt om voorbereiding op de mogelijke situatie waarin de zorgcontinuïteit niet meer geborgd kan worden en beschikbare middelen binnen de verschillende sectoren niet meer toereikend zijn voor de zorgvraag van patiënten. De landelijke afkondiging naar fase 3 (voor proces zie document LCPS: Fase 2d en fase 3 Operationeel plan) zal op dat moment noodzakelijk zijn om zowel acute zorg als COVID-zorg daar waar mogelijk nog te kunnen verlenen in een situatie waarin patiënten niet meer op de gebruikelijke wijze volgens de professionele standaard behandeld en verzorgd kunnen worden.

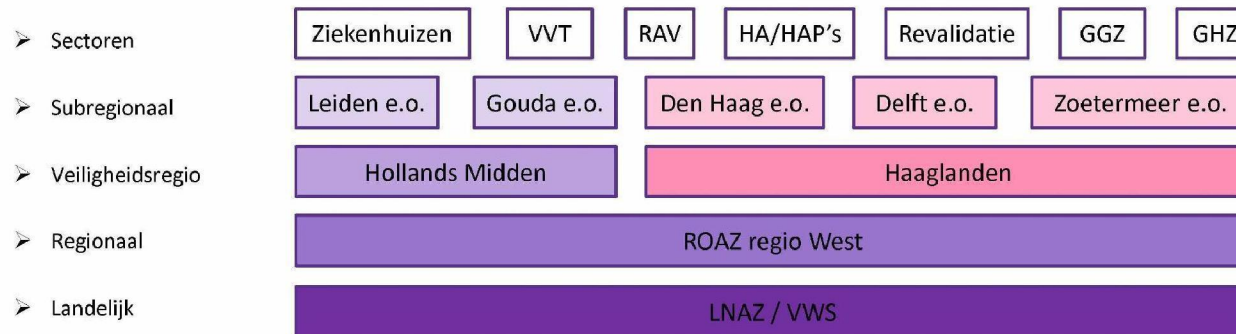
Om maximaal voorbereid te zijn op een mogelijke fase 3 in de hele acute zorgketen, maar ook om fase 3 zo lang mogelijk af te wenden, is het essentieel om de landelijke sectorale en de ROAZ West subregionale planvorming op elkaar af te stemmen om eventuele knelpunten en witte vlekken in samenwerking te identificeren en op te lossen. De regionale afspraken die hier omtrent zijn gemaakt zijn vastgelegd in bijgaand document. Dit document is uitdrukkelijk bedoeld als een 'levend' document, dat de komende periode nog aangepast kan worden aan nieuwe inzichten of actuele ontwikkelingen in de komende periode. Het document dient als doel samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners in de acute zorgketen in regio West in fase 3 weer te geven. Het uitgangspunt is te allen tijde dat de acute zorg in de regio geborgd kan blijven en patiënten met een acute zorgvraag zo snel mogelijk de juiste en best passende zorg kunnen ontvangen door goede afstemming met en tussen de ketenpartners.



NAZW
Netwerk
Acute Zorg West

2. (Sub)regionale organisatie

De zorgsectoren bereiden zich landelijk en (sub)regionaal voor op een crisisfase van de COVID-pandemie. In regio West worden deze afspraken per sector en subregionaal met de acute zorgpartners samengebracht in een overkoepelend regionaal plan. De huidige crisis-structuur van het ROAZ zal leidend blijven. In fase 3 zullen wel een aantal afstemming- en besluitvormingsgremia explicieter worden onderscheiden:



3. Signalering, aansturing, besluitvorming

Signalering

Voorafgaand aan fase 3 is het Crisis Bestuurlijk ROAZ verantwoordelijk voor het signaleren van mogelijke knelpunten in de keten op ROAZ niveau. Dit doet het Crisis Bestuurlijk ROAZ op basis van de beschikbare (capaciteits-) informatie uit het RCPS dashboard, het Zorgdashboard West, signalen uit het Bestuurlijk Overleg Ziekenhuizen en informatie uit de diverse CCT's. Binnen de CCT's wordt de continuïteit binnen de afzonderlijke sectoren bewaakt. Zorgorganisaties zijn er zelf verantwoordelijk voor om hun knelpunten binnen het CCT te agenderen. In het bestuurlijk overleg ziekenhuizen nemen de ziekenhuisbestuurders deel die tevens voorzitters van de subregio's zijn. Zij zijn verantwoordelijk voor het signaleren van mogelijke knelpunten in de capaciteit die specifiek zijn voor een subregio.

Aansturing

Landelijk zal de fasering van fase 2 naar fase 3 en weer terug worden afgekondigd. Bij fase 3 krijgt de ROAZ-voorzitter de opdracht om via het (Crisis)-Bestuurlijk ROAZ de (sub-) regionale plannen voor fase 3 te activeren en te coördineren. De aansturing vanuit de ROAZ-voorzitter en DPG zal nadrukkelijker komen te liggen bij de subregio's via het Bestuurlijk Overleg Ziekenhuizen, wat in fase 3 het Bestuurlijk Overleg Subregio's zal worden genoemd. Dit conform de structuur op sheet 6. Het Crisis Bestuurlijk ROAZ bepaalt in fase 3 of op basis van de verkregen informatie maatregelen op ROAZ niveau of per sector noodzakelijk zijn. Voor besluitvorming van maatregelen voor een specifieke subregio zal de ROAZ-voorzitter de liaison zijn tussen het Crisis Bestuurlijk ROAZ en het Bestuurlijk Overleg Subregio's.

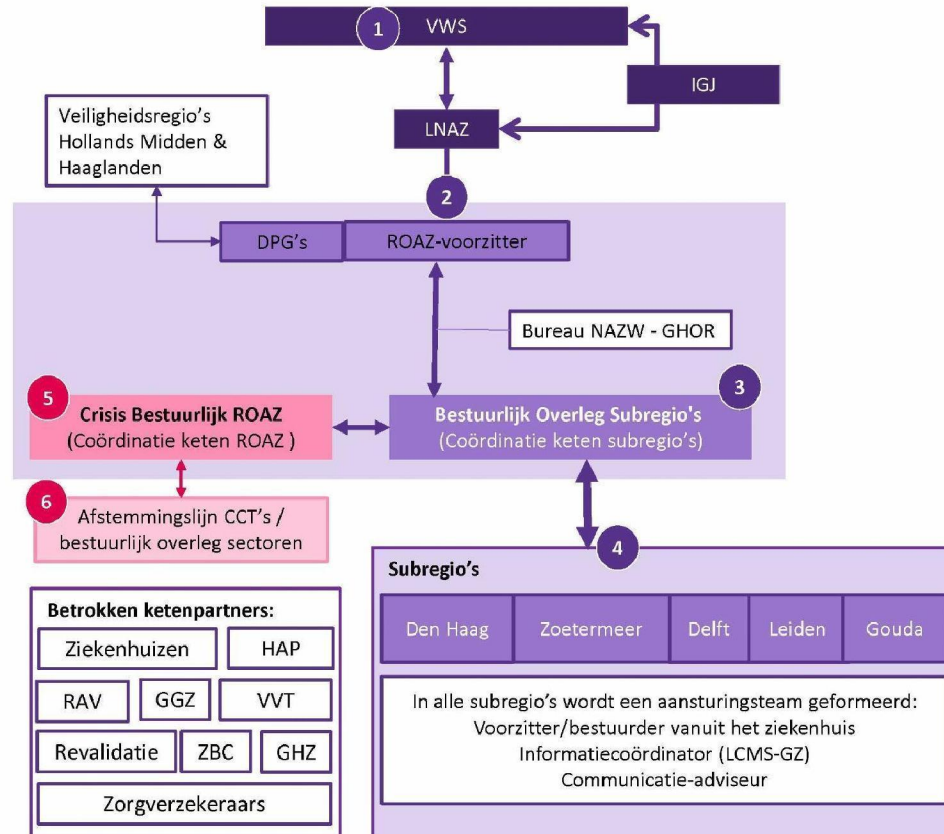
Besluitvorming op-/afschaling COVID en reguliere zorg

Regionale besluitvorming in fase 3 zal plaatsvinden in het Crisis bestuurlijk ROAZ en subregionaal in het Bestuurlijk Overleg Subregio's. De laatst genoemde besluitvorming zal te allen tijde formeel in het crisis bestuurlijk ROAZ worden geagendeerd. Op- en afschaling van de COVID-zorg en reguliere zorg zal in de regionale overlegvormen besloten worden n.a.v. de gemaakte (sub-)regionale plannen. Dit is een fluïde model afhankelijk van de (sub)regionale situatie.

3.1 Structuur fase 3

- 1 **Bestuurlijke verantwoordelijkheid - VWS:** Na informatieronde IGJ besluit VWS tot afkondiging fase 3 (a-c). Voor besluitvormingstraject LNAZ-IGJ-VWS, zie LNAZ plan fase 2d en 3
- 2 **ROAZ-voorzitter en DPG's:** Verantwoordelijk voor de algemene coördinatie. ROAZ-voorzitter vanuit opdracht VWS. DPG vanuit Wet Veiligheidsregio **Bestuurlijke aansturing van ROAZ-voorzitter aan:** Voorzitters subregio's in bestuurlijk overleg subregio's.
- 3 **Bestuurlijk overleg Subregio's: Aansturingslijn naar de subregio's.** Per subregio is een ziekenhuisbestuurder voorzitter van de subregionale keten en deelnemer aan dit overleg. Deze kan door de ROAZ-voorzitter worden aangesproken en heeft namens de subregio mandaat om in het bestuurlijk overleg besluiten te kunnen nemen. Tevens verantwoordelijk voor het samenstellen en de uitvoering van het subregionale ketenplan.
- 4 **Subregio's:** Verantwoordelijk voor afstemming / Informatie/ Coördinatie/ Communicatie in de keten in subregio.
- 5 **Crisis Bestuurlijk ROAZ:** Verantwoordelijk voor bestuurlijke afstemming binnen de gehele regionale keten. Stemt af met sectorale ketenpartners. Verantwoordelijk voor afstemmingslijn naar CCT's en bestuurlijke overleggen.
- 6 **Sector overleg (CCT / Bestuurlijk overleg):** Verantwoordelijk voor de regionale afstemming binnen de diverse sectoren.

6



3.2 Rol ROAZ-Voorzitter en Directeur Publieke Gezondheid

ROAZ - WTZI

Conform de WTZI is het Regionaal Overleg Acute Zorgketen verantwoordelijk voor het borgen van de zorgcontinuïteit in de acute zorgketen. Dit gebeurt door middel van het maken van regionale afspraken tussen de diverse ketenpartners in de acute zorg in regio West (veiligheidsregio's Haaglanden en Hollands Midden). De uitvoering van de ROAZ-taken ligt bij het NAZW-bureau. Het ziekenhuis met erkenning traumacentrum (LUMC) is voorzitter van dit regionale overleg. In de COVID-crisis heeft het ROAZ een centrale rol toegewezen gekregen vanuit VWS. Hierbij is aangegeven dat de ROAZ-voorzitter verantwoordelijk is voor de regionale coördinatie van de COVID-zorg. Tevens is hij eindverantwoordelijk voor de regionale planvorming en uitvoering van dit plan in fase 3.

Wet veiligheidsregio's

DPG/GHOR is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied. De begrippen coördinatie en aansturing hebben betrekking op de warme fase (ten tijde van rampen en crises), terwijl regie betrekking heeft op de koude fase (voorbereiding en afhandeling). Tevens is de DPG verantwoordelijk voor de bestrijding en het voorkomen van verdere verspreiding van infectieziekten. Bij de bestrijding van een A-infectieziekte, zoals COVID-19, werkt de DPG onder de bestuurlijke leiding van de voorzitter van de veiligheidsregio.

Opdracht VWS aan DPG'en (31 maart 2020, kenmerk 1169066-203772-LZ)

Op grond van art. 6 Wpg heeft de DPG de opdracht activiteiten op te pakken ten aanzien van de regionale aanpak voor de COVID-zorg buiten de ziekenhuizen en hierover te rapporteren naar de minister. Dit betreft onder andere het stimuleren van de samenwerking en afstemming tussen betrokken sectoren, het realiseren van voldoende cohortcapaciteit en de inventarisatie van de benodigde ondersteuning, waaronder PBM.

Doorzettingsmacht DPG

Aanvullend kan de DPG, zonder de ROAZ structuur te doorkruisen, via de voorzitter veiligheidsregio (uiteindelijk verantwoordelijk) doorzettingsmacht uitoefenen. In de WVR is bepaald dat zorginstellingen, gezondheidsdiensten en ambulancediensten die een taak hebben binnen de geneeskundige hulpverlening, maatregelen treffen met het oog op hun taak en de voorbereiding daarop. Het bestuur van de veiligheidsregio en de instellingen maken afspraken over de inzet van deze instellingen, zorgaanbieders en diensten. De voorzitter van de veiligheidsregio ziet toe op de voorbereiding, en kan escaleren naar een schriftelijke aanwijzing of maatregelen via de minister.

4. Planvorming fase 3

De uitvoering van fase 3 is uitgewerkt in landelijke, regionale en subregionale plannen. Deze plannen geven de voorbereiding weer op de situatie waarbij de druk op de zorg onhoudbaar wordt. De plannen geven inzicht in de effecten van de verschillende maatregelen zodat duidelijk is welke kwaliteit van zorg nog mogelijk is bij toenemende druk. In onderstaand overzicht is weergegeven welke planvorming in regio West subregionaal is gemaakt en welke (landelijke)planvorming hierin is meegenomen.

Plannen	Huisartsen 	Ambulance 	VVT 	Ziekenhuis 	Revalidatie 	GHZ, GGZ 
Landelijk	- LHV, NHG, VHN, GHOR - NL: Model Huisartsenzorg RampenOpvangPlan (HaROP) - Addendum bij het sectorplan huisartsenzorg(HAROP) - FMS NHG: Leidraad triage thuisbehandeling versus verwijzen oudere patiënt met verdenking COVID-19	- AZN: Preparatie ambulancezorg COVID-19 crisis fase 3 - AZN: Handreiking checklist ambulancezorg fase 3 - NVMMA: Handelingsperspectieven bij overvraagde ambulancezorg in fase 3.	Actiz, V&VN, Versenso en Zorghuis.nl: Afwegingskader voor Fase 3: code zwart in de verpleeghuiszorg, kleinschalige woonvoorzieningen, kortdurende zorg, begeleiding en hulp bij het huishouden.	- LNAZ: Opschalingsplan COVID-19 - LCPS: Fase 2d en fase 3 Operationeel plan - FMS KNMG: Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie - FMS NVIC: Draaiboek pandemie deel 1 - FMS: Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg ert de pandemische druk.	Geen	- De Nederlandse GGZ: Afwegingskader voor ggz bij scenario Fase 3. - VGN: Sectorplan Gehandicaptenzorg WAT ALS
Regionaal / sectoraal	Afgestemd en verwerkt in subregionale plannen.	RAV Hollands Midden & RAV Haaglanden: Planvorming fase 3 – scenario zwart COVID-19	Maatregelen capaciteitsvraagstuk scenario zwart VVT	- Triageprotocollen ziekenhuizen West - Afspraken en monitoring COVID-verdeling IC en klinische capaciteit - Regionale afspraken concentratie hoogcomplex acute zorg (trauma, cardio, neuro, geboortezorg)	- Protocol Code zwart Basalt versie keten - Basalt - toetreding zorg tijdens code ZWART	- GGZ (Delfland, Rivierduinen, Parnassia) - ROAZ- VG West (Hollands Midden en Haaglanden)
Subregionaal	- Subregionaal plan ROAZ regio West Delft - Draaiboek fase zwart scenario voor de regio Zoetermeer - Code zwart Zuid Holland Noord - Subregionaal plan code zwart Gouda - Uitwerkingsvraagstukken Code Zwart Haaglanden					

4. Planvorming fase 3 (2)

In de subregionale plannen zijn afspraken gemaakt over welke zorg op welke plek in de keten kan worden verleend bij oplopende (COVID)druk en hoe de ketenpartners bijdragen aan een zo goed mogelijke borging van de doorstroom van patiënten door de zorgketen naar en tijdens een fase 3 scenario. De subregionale afspraken over de samenwerking in fase 3 richten zich voornamelijk op de samenwerking tussen de huisartsenzorg, ambulancezorg, ziekenhuizen, VVT en revalidatiezorg.

De plannen van de GGZ en Gehandicaptenzorg kennen een regionale aanpak. De maatregelen uit deze sectoren komen daarom niet terug in hoofdstuk 5, maar staan beschreven in de sectorale plannen:

- Binnen de GGZ zijn de plannen van de drie grootste GGZ organisaties in de regio op elkaar afgestemd. In een regionale fase 3 borgen de GGZ-partners de eigen acute keten (klinisch en ambulant), een adequaat aantal COVID bedden en worden de mogelijkheden om klinische GGZ patiënten zo lang mogelijk in de eigen organisatie te behandelen geoptimaliseerd om instroom naar de ziekenhuizen te beperken en uitstroom te kunnen bespoedigen. Ook palliatief beleid is in de planvorming meegenomen.
- De gehandicaptenzorg stemt regionaal niveau af over de voorbereidingen op fase 3. In het plan zijn de operationele opgave, signaalwaarden, escalatieladder en maatregelen en het besluitvormingsmodel beschreven.



NAZW
Netwerk
Acute Zorg West

5. Maatregelen

Op de volgende sheets is een overzicht van de maatregelen (niet uitputtend) weergegeven die door de sectoren in de verschillende subregio's worden ingezet om voorafgaand en tijdens fase 3 de **instroom van patiënten naar ziekenhuizen te kunnen beperken** dan wel de **uitstroom te versnellen**. Mede door het aanscherpen van triage en het vergroten van capaciteit. Ook is aangegeven welke impact deze maatregelen hebben op de kwaliteit van de zorg.

Voor een uitgebreide beschrijving van alle maatregelen verwijzen wij naar de uitgewerkte subregionale plannen.



5.1 Overzicht maatregelen per sector

	Huisartsen 	Ambulance 	VV 	Ziekenhuis 	Thuiszorg 	Revalidatie 
Aanscherpen van triage	• ACP gesprekken intensiveren • Opname ACP in ICPC A20 • Triage adhv Leidraad NHG/FMS triage thuis vs. verwijzing. • Intensiveren samenwerking- en consultatiemogelijkheden MS/SO/MKA. • Inzet regionaal huisartskundig triageteam.	• Vergroten inzet van de SPARR. • Triage door de (eigen) HA /HAP en VVT-artsen voor afstemming vervolgzorg. • Aanpassen respons op triage door de MMA in overleg met huisartsen.	• Intensiveren samenwerking- en consultatiemogelijkheden MS/HA • Aangescherpte triage, aangepaste opnamecriteria.	• Aangescherpte triage iom HA/VVT • NVIC draaiboek Pandemie • FMS draaiboek obv niet medische overwegingen • FMS draaiboek triage kliniek (volgt).	• ACP gesprekken intensiveren en rapporteren in thuiszorgmap. • Intensiveren samenwerking- en consultatiemogelijkheden HA.	• Communicatie opnamecriteria voor COVID patiënten, MSR indicatie, basiszorg (ziekenhuis verplaatste zorg).
Vergroten van capaciteit	• Opschalen aantal kamers, artsen en ondersteunend personeel. • Opschalen COVID-dag en ANW HAP. • Inzet COVID mobiele teams. • Afschalen reguliere zorg. • Centraliseren 24/7 huisartsenzorg. Opvang thuis: • Begeleiding bij inzet O2, infuustherapie en COVID box thuis • Inzet medisch technische thuisbehandelingen • Palliatieve zorg, pijnbestrijding en infuusbehandeling.	• Bredere inzet MICU light • Inzet meer eenheden en uitbreiden inzetcriteria Midden Complexe Ambulancezorg. • MKA door inzet mobiele werkplekken • Inzet Medisch Stafbureau om zelfzorgadviezen te verruimen. • Solo-eenheden door inzet PA/VS • Creëren wachtruimtes SEH om ambulances weer snel beschikbaar te hebben.	• Opschalen COVID capaciteit. • Concentratie van COVID/non-COVID zorg. • Hotel met zorg voor licht zieken (planvorming door GHOR bureaus) • Diversificatie bedden capaciteit • Labelloos opnemen • Extra bedden capaciteit dmv opnamestop niet-urgente cliënten en tijdelijk stopzetten dagbehandeling/dagverzor ging.	• Opschalen COVID capaciteit. • Versnelde uitstroom naar huis/VV. • Inzet ander personeel. • Inzet regionale afspraken concentratie hoogcomplex acute zorg (Trauma, cardio, neuro, geboortezorg).	• Begeleiding bij inzet O2, infuustherapie en COVID box thuis • Intensiveren inzet mantelzorgers. • Inzet acute teams • Inzet medisch technische thuisbehandelingen.	• Inzet afschalingskader poliklinische zorg tbv klinische capaciteit voor uitstroom zkh. • Inrichten cohortafdeling

5.2 Impact maatregelen op kwaliteit van zorg

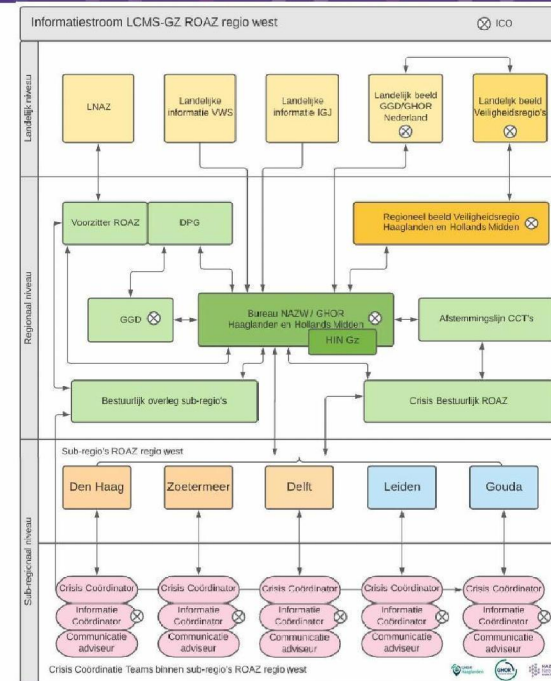
	Huisartsen 	Ambulance 	VV 	Ziekenhuis 	Thuiszorg 	Revalidatie 
Afschalen kwaliteit van zorg	• Beperkingen reguliere zorg • Focus op spoedzorg i.p.v. niet-spoedzorg	• Verruiming inzet zorgambulances • Verlengde aanrijtijden	• Afwijken van zorgplan. • Beperking tot noodzakelijke zorg	• Afschalen reguliere zorg. • Loslaten van minimale kwaliteitseisen. • Verdunning personele inzet kliniek en IC. • Beperkingen tot het leveren van medisch noodzakelijke zorg	• Afwijken van zorgplan. • Inzet mantelzorg/familie	• Afschalen reguliere zorg
Impact	De capaciteit wordt opgeschaald als de vraag naar zorg toeneemt en het moeilijker wordt om zorg te leveren, bijvoorbeeld omdat er meer zorgverleners ziek worden – oftewel bij ‘oplopende pandemische druk’. Als de druk op de zorg te hoog wordt, is het niet meer mogelijk om de zorg op dezelfde manier te leveren als onder ‘normale’ omstandigheden. Dit kan ook betekenen dat de zorg niet meer van dezelfde kwaliteit is. In de landelijke planvorming is vastgelegd welke keuzes er gemaakt kunnen worden en wat de impact daarvan is op de kwaliteit van zorg. Deze landelijke plannen worden door de regio opgevolgd. In algemene zin geldt dat keuzes voor maatregelen binnen organisaties/sectoren/subregio's impact hebben op de acute zorgketen als geheel. Op regionaal en subregionaal niveau zullen constant met alle ketenpartners de ontwikkelingen rondom Covid worden gevolgd en besproken, bijvoorbeeld wat de ketenpartners voor elkaar kunnen betekenen. Hierbij wordt informatie gedeeld over de huidige en verwachte doorstroom en benodigde capaciteit (sub)regionaal. Op deze manier kan zorgvuldig worden afgewogen en afgestemd wanneer welke maatregelen moeten worden ingezet wanneer de druk op de zorg (te) hoog wordt. Maatregelen kunnen worden getroffen in een situatie dat op een bepaald moment in een bepaalde subregio of organisatie van toepassing is. Het is van belang om steeds te kijken naar welke maatregelen passen bij de omstandigheden. De inspectie hanteert als lijn dat zorgaanbieders in deze crisissituatie de ruimte hebben om de zorg op afwijkende manieren te organiseren, mits hierbij het bieden van veilige en verantwoorde zorg voorop staat. De bestuurder is en blijft hier eindverantwoordelijk voor. De professionele afwegingen moeten navolgbaar zijn en worden vastgelegd. Dat is belangrijk om ook tijdens en na de zwaarste fase uitleg te kunnen geven. Niet alleen aan de inspectie, maar ook aan patiënten, cliënten en hun naasten (Kader voor zorg en toezicht van de IGJ bij oplopende pandemische druk - Toezicht van de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg IGJ maart 2021). Bij een toenemende dreiging scenario fase 3 worden de verschillende ketenoverleggen geïntensiveerd. Te allen tijde zal een beroep gedaan worden op improvisatietalent, transparantie, gezamenlijke aanpak en gezond verstand.					

6. Informatiemanagement

Door de inzet van LCMS-GZ ontstaan 5 sub-regionale situatiebeelden die tot één ROAZ situatiebeeld gevormd worden, waardoor stand van zaken en knelpunten in één oogopslag duidelijk worden. Het situatiebeeld is ter ondersteuning van diverse regionale besluitvormingen.

Ketenpartners die toegang hebben tot LCMS-GZ: ziekenhuizen, HAP, RAV en GGD

- De vast te leggen informatie (inrichting) in LCMS wordt gezamenlijk door de 5 sub-regio's vormgegeven in een informatieverzamelplan.
- De informatie betreft geen capaciteit, hiertoe dienen de op de volgende sheet genoemde instrumenten zoals het regionaal zorgdashboard en de tools van het RCPS.
- Informatie over de subregio (knelpunten, situatiebeeld) wordt vastgelegd door een aangewezen informatiecoördinator per subregio.
- Hoofdinformatiemanagement (HIN) van GHOR Hollands Midden en GHOR Haaglanden zijn de regionale informatiecoördinatoren. Zij bundelen de informatie in LCMS-GZ en maken hier een regionaal situatiebeeld van.
- Uitwisseling regionaal en landelijk actueel geneeskundig beeld gebeurt via de GHOR. Door de éénduidige manier van aanleveren ontstaat een duidelijk landelijk geneeskundig beeld waar de situatie in de eigen regio tegen af gezet kan worden
- Het regionale situatiebeeld wordt opgesteld door de HINNen van de GHOR.
- Voor de uitwerking en operationalisering van gebruik van LCMS wordt verwezen naar planvorming van GHOR Haaglanden en GHOR Hollands Midden



6.1 Beschikbare (capaciteit)informatie over de keten

	Huisartsen 	Ambulance 	VV 	Ziekenhuis 	Thuiszorg 	Revalidatie 
Landelijk	• LCPS Rapportages en prognoses • Actiz Covid-19 dashboards • RIVM rapportages					
Regionaal	• Wekelijks Zorgdashboard West	• Wekelijks Zorgdashboard West.	• Wekelijks Zorgdashboard West. • RCPS dashboard: inzicht in regionale COVID capaciteit in VV COVID centra. • POINT/Zorgdomein/Verwijshulp: Dagelijks inzicht in VVT capaciteit (o.a. Wlz, ZVW, hospice non-COVID en COVID).	• Wekelijks Zorgdashboard West. • RCPS dashboard: Tweemaal daags inzicht in regionale klinische en IC COVID en NON COVID capaciteit. • NZa Zorgbeeldportaal.	• Wekelijks Zorgdashboard West.	• Wekelijks Zorgdashboard West
Uitgangspunten	• Iedere organisatie/sector bewaakt a.d.h.v. bekende en relevante indicatoren de actuele situatie (gebruik van bestaande bronnen en overleggen). • Versterken van het actueel totaal (capaciteits-) beeld door het linken van de keteninformatie op sub- en regionaal niveau. Het regionale situatiebeeld en knelpunten worden verzameld, gestructureerd en gedeeld in het LCMS-GZ. Deze rol ligt bij de HIN (GHOR) (zie sheet informatiemanagement). • In de diverse (sub-)regionale overleggen wordt het opgestelde situatiebeeld besproken. • Om lokaal en regionaal de juiste keuzes te kunnen maken is het nodig om zorgbreed en integraal over de juiste noodzakelijke en actuele data te beschikken en uitvraagfrequentie waar nodig te verhogen.					

7. Coördinatie in de keten

Regionale coördinatie

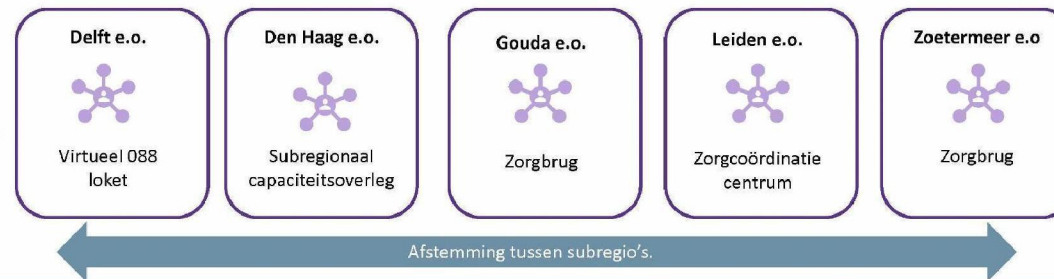
- Inzet kliniek en IC coördinatoren voor goede verdeling en toewijzing van capaciteit.
- Laagdrempelige afstemming capaciteitsproblemen hoog complexe acute zorg.
- In fase 3 is de capaciteit in de ziekenhuizen zodanig beperkt dat (boven-)regionale overplaatsingen nog minimaal plaatsvinden.

RCPS West

- Het RCPS coördineert de (boven)regionale verplaatsingen van klinische COVID patienten en COVID + en zo nodig NON COVID IC patiënten adhv het dashboard met inzicht in beschikbare COVID-capaciteit ziekenhuizen kliniek en IC (incl. IC non-COVID), VV covid centra.
- In fase 3 is de reguliere zorg zodanig afgeschaald dat alleen de zorg van urgentieklasse 1 en 2 nog wordt geleverd. Dit betekent dat de keten in het teken staat van de patiënt die acute zorg nodig heeft. De beschikbare capaciteit in de ziekenhuizen voor zowel Covid als non-Covid patiënten wordt op basis van triage toegewezen.

Subregionale coördinatie

- Door de beperkte ziekenhuiszorg in de regio is subregionale afstemming met ketenpartners noodzakelijk.
- Subregionale coördinatie van niet-ziekenhuis zorg o.b.v. beschikbare (sub)regionale informatiebronnen mbt capaciteit door subregionale coördinatiepunten.
- Coördinatie voor huisartsenzorg obv HAROP.
- Gebruik van bestaande structuren maar samenwerkingen versterken.
- De processen mbt de coördinatiepunten voor niet-ziekenhuiszorg en onderlinge afstemming worden nader beschreven in de subregionale plannen.



8. Randvoorwaarden

Bij de uitvoering van zowel de subregionale als het regionale plan is een aantal randvoorwaarden verbonden. Op hoofdlijnen betreffen dit de onderdelen:

1. Personele ondersteuning
2. Persoonlijke beschermmiddelen en kritische middelen
3. Financiële afspraken



8.1 Personele ondersteuning

Tijdens fase 3 kan een zorginstelling maatregelen nemen om eigen personeel, leerlingen of studenten middels bijvoorbeeld taakdifferentiatie op een andere wijze dan regulier in te zetten om zo capaciteit te verhogen. Hiernaast kunnen zorginstellingen extra personeel werven via eigen kanalen, maar ook via een aantal andere opties afhankelijk van de taken waarvoor extra personeel nodig is. Ondanks dat er opties zijn, gaat het in de meeste gevallen om inzet van personeel op verzorgende of helpende niveau, wat de enorme krapte op de arbeidsmarkt onderstreept. De regionale aanpak verloopt via het LUMC, 5.1.2e dlumc.nl. Met de hieronder vermelde instanties is momenteel in meerdere of mindere mate contact. Ook is er op regelmatige basis contact met HR aanspreekpunten van de ziekenhuizen en de VVT instellingen in de regio.

Extra Handen voor de Zorg	Via het platform van EhvdZ kan een zorginstelling aanvragen voor personeel uitzetten. Hier gaat het veelal om kandidaten niveau crisishulp, vergelijkbaar met een soort gastheer/gastvrouw+. Ook melden zich via dit medium, in zeer beperkte mate, verzorgenden en in een enkel geval kandidaten met een verpleegkundige achtergrond. Recruiters van de zorgorganisaties hebben inlogcodes voor dit platform. Het contact voor EhvdZ loopt via Zorgzijnwerkt en Care2Care.
Zelfstandige Behandel Centra	Het gaat hier voornamelijk om verzorgenden en in mindere mate verpleegkundig personeel (niveau 4) en bij hoge uitzondering niveau 5. Voor inzet van medewerkers van zelfstandige behandelcentra is inmiddels in samenwerking met ZN een draaiboek gemaakt met duidelijke afspraken wanneer en onder welke voorwaarden daar gebruik van gemaakt kan worden. Op het moment dat dit in werking treedt loopt het matchingsproces via CovidWerk van het LUMC bereikbaar via covidwerk@lumc.nl
Defensie	Nadruk ligt op inzet verzorgenden en in mindere mate op verpleegkundigen. Het aanvragen van defensiepersoneel is aan duidelijke richtlijnen verbonden. De belangrijkste richtlijnen zijn wel dat de inzet ten behoeve van de regio is en dat defensiepersoneel niet over meerdere locaties verspreid worden. De aanvraag wordt opgesteld en ingediend via de GHOR.
Huisartsen	Huisartsen kunnen in geval van nood bijspringen als zaalartsen in de ziekenhuizen, een andere optie is het versneld uitlaten stromen van patiënten naar hun thuissituatie waar de huisarts de zorg overneemt.
RAV	Er zijn mogelijkheden om ambulancemedewerkers in te zetten bij diverse ziekenhuizen op de afdeling SEH of in mindere mate als buddy op de IC. Hierbij dient rekening gehouden te worden met geplande scholing en verzuim om te voorkomen dat de beschikbaarheid van personeel van de RAV onvoldoende beschikbaar is voor de eigen (reguliere) werkzaamheden.
Rode Kruis	Kunnen ondersteuning bieden aan de RAV voor Begeleid Vervoer. Ook kunnen zij personeel beschikbaar stellen voor licht ondersteunende werkzaamheden zoals koffie/thee/maaltijd/bed verschonen.

8.2 Persoonlijke beschermmiddelen en kritische middelen

		Huisartsen 	Ambulance 	VV 	Ziekenhuis 	Thuiszorg 	Revalidatie 
PBM	Lokaal (individueel)	- Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun voorraadbeheer; inkoop via reguliere route. - Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor een eigen voorraad om plotselinge tekorten te voorkomen.					
	Regionaal	- PBM-Coördinator (via GHOR Haaglanden) signaleert regionale schaarste middelen en heeft direct contact met het LCH. Signalen worden ontvangen via de voorzitters CCT/ bestuurlijk overleg vanuit het ROAZ. - Bij acute schaarste beschikt de regio over een ijzeren voorraad. Dit is een uiterste noodmiddel om op heel korte termijn zorginstellingen te voorzien van PBM. Hierover dient contact te worden gezocht met de PBM-coördinator.					
	Landelijk	- Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) monitort de beschikbaarheid van PBM en kritische materialen door landelijke en wereldwijde ontwikkelingen in de gaten te houden. - Het LCH fungeert als noodvoorraad. Het LCH heeft voldoende voorraad waaruit alle zorginstellingen uit het land voor een lange periode uit kunnen putten.					
Zuurstofcilinders		- Er is een landelijk zuurstofoverleg (brancheverenigingen zorgsector, leveranciers zuurstof, GHOR NL, VWS). - Knelpunten m.b.t. de beschikbaarheid van zuurstofcilinders worden binnen het Crisis Bestuurlijk ROAZ besproken en via GHOR NL ingebracht bij het landelijk zuurstof overleg.					
Medicatie		- Zorginstellingen kunnen tekorten m.b.t. medicatie melden bij het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen. - Knelpunten m.b.t. voorraad medicatie worden binnen het Crisis Bestuurlijk ROAZ besproken.					

8.3 Financieel

Zowel voor opschaling als afschaling van de (COVID-)zorg dienen de maatregelen en de financiële consequenties afgestemd te worden met de zorgverzekeraars. De maatregelen die dit betreffen staan weergegeven in bijlage 1.

Landelijk

Door VWS worden de volgende afspraken gehanteerd (zie ook: CONCEPT – Uitwerking beleidskader fase 3 / Integrale tekst):

- Zorgverzekeraars hebben met NVZ en NFU voor de ziekenhuiszorg regelingen getroffen voor de vergoeding van extra kosten door COVID-19 en de dekking van de doorlopende kosten, als die door corona ontbreekt. De declaratietitels die hiervoor zijn vastgesteld blijven voor 2021 gelden.
- De regeling die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben afgesproken over verblijf van COVID patiënten in de ELV-zorg geldt ook voor fase 3. Het betreft instellingen die in ROAZ verband zijn aangewezen voor deze zorg.
- Zorgverzekeraars hebben met zelfstandige klinieken afspraken gemaakt over de werkwijze binnen ROAZ-verband om te komen tot optimalisering van de inzet van alle beschikbare capaciteit en beschikbaar personeel.
- De NZa heeft voor de WLZ regelingen vastgesteld op basis waarvan voor de geleverde zorg een aanvullende vergoeding wordt gegeven voor ontbrekende dekking van doorlopende kosten en meerkosten als gevolg van corona.

Regionaal

Het Crisis Bestuurlijk ROAZ dient akkoord te geven om aanvullende kosten te maken (bijv. voor de inrichting van nieuwe zorglocaties). Dit verloopt volgens de afspraken zoals beschreven in het document 'Besluitvormingsproces Crisis Bestuurlijk ROAZ, regio west definitief, 8 april 2020'. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat financiering wordt geregeld voor maatregelen die benodigd zijn in fase 3. Dit geldt ook voor maatregelen die ingezet moeten worden om fase 3 te voorkómen. Hoe deze financiering wordt vormgegeven, is afhankelijk van de landelijke plannen hiervoor.

9. Communicatie - extern

Afstemming is in fase 3 tussen de communicatie-verantwoordelijke van de regio, subregio en lokaal essentieel om beeldvorming naar buiten juist te schetsen. In dit kader dienen kernboodschappen gezamenlijk met de communicatieafdelingen van het NAZW en de Veiligheidsregio's te worden geformuleerd. Communicatie zal op verschillende lagen gaan plaatsvinden:

Landelijk	Afkondiging van fase 3 zal door VWS plaatsvinden. Landelijke ontwikkelingen worden namens de landelijke koepels naar buiten gebracht.
Regionaal	Alle communicatie aangaande regionale ontwikkelingen van het ROAZ worden door woordvoering NAZW opgepakt en afgestemd met betrokken communicatie adviseurs, zowel met de betrokken zorginstellingen als met de subregio's. Woordvoering NAZW spreekt namens de regio met landelijke danwel regionale media. De woordvoering van de GHOR ondersteunt de DPG in de communicatie richting de veiligheidsregio.
Subregionaal	Alle communicatie aangaande subregionale ontwikkelingen worden door een apart aangestelde communicatie-adviseur binnen het eigen subregionale crisisteam afgestemd met NAZW en zo nodig tussen subregio's. Vragen vanuit pers en media worden doorverwezen naar woordvoering NAZW.
Lokaal	Alle communicatie aangaande lokale ontwikkelingen worden voorgelegd aan de communicatie-adviseur van het crisisteam van de subregio. Zo nodig kan woordvoering NAZW geconsulteerd worden. Vragen vanuit pers en media worden doorverwezen naar woordvoering NAZW.

10. Psychosociale hulpverlening

In fase 3 zal de zorg zodanig onder druk komen te staan waardoor niet-gebruikelijke keuzes op de kwaliteit van de zorg onvermijdelijk zullen zijn. Hiertoe zal aandacht moeten zijn voor de impact die dit heeft op zorgpersoneel, patiënten en dienst verwanten en familie.

Psychosociale hulpverlening is daarbij op diverse manieren en lagen georganiseerd:

Zorgpersoneel	Ondersteuning van het zorgpersoneel is onderdeel van ondersteuning van het reguliere zorgproces en verantwoordelijkheid van de zorgorganisaties zelf.
Patiënten	Ondersteuning van patiënten ligt bij de verantwoordelijkheid van de behandelaar.
Verwanten, familie opgenomen patiënt	Ondersteuning van verwanten en familie van de opgenomen patiënt ligt bij verantwoordelijkheid van de zorginstelling.
Verwanten, familie die geen aanspraak kunnen maken op bovenstaande faciliteit of waarbij de hulp niet voldoende is.	- Ondersteuning kan worden aangevraagd via de GGD. GGD verleent zelf geen PSH, is regisseur van het PSH-proces. Met de ketenpartners (GGZ, Alg. Maatschappelijk Werk, Huisartsen) monitoren de GGD's hoe en waar hulp wordt gevraagd en geboden. - GGD adviseert de instellingen met een hulpvraag, welke extra hulp ingezet kan worden en waar deze hulp gevraagd kan worden. - GGD ontwikkelt communicatie die aan zorginstellingen wordt uitgedeeld betreffende PSH. Hierop staan telefoonnummers en contactgegevens van instellingen die PSH kunnen verlenen aan cliënten, patiënten en medewerkers van deze instellingen, die daar behoefte aan hebben.

11. Kader handelingsperspectief sociale veiligheid

	Huisartsen 	Ambulance 	VV 	Ziekenhuis 	Thuiszorg 	Revalidatie 
Algemeen	- Voor alle medewerkers privé: let op persoonlijke gegevens in social media - Voor alle organisaties: maak een schema met escalatiemaatregelen met daarin organisatorische maatregelen (bv (strikt) deur/toegangsbeleid, schone fysieke buitenomgeving) - Voor alle medewerkers werk: geef instructie security awareness, maak bijv. afspraken over samen gesprekken voeren - Inzet politie op basis van bestaande convenanten en afspraken - Weerbaarheidsverhoging medewerkers: - Gesprekken over verwachtingen en handelingsperspectieven - Kennis over ruimte en beperkingen in professioneel handelen					
Preventief/Repressief	- Afspraken maken met beveiliging. - Extra beveiliging bij openstelling HAP. - Per patiënt max 1 begeleider - Max aantal patiënten in wachtkamer.	Signaal agressie bij aanvraag via HA: - HA blijft aanwezig tot RAV arriveert - Op verzoek begeleiding politie Signaal agressie bij 112 melding: - Politie bijstand ter plaatse en bij transport	- Opschalingsafspraken maken mbt capaciteit met beveiliging(sbedrijf) en evt. particuliere beveiligingsbureaus. - Bezoekersafspraken. - Extra beveiliging in zorginstelling ter ondersteuning op de afdelingen. - Toegangscontrole - Verscherpen aantoonbare noodzakelijkheid van aanwezigheid.	- Opschalingsafspraken maken mbt capaciteit met beveiliging(sbedrijf) en evt. particuliere beveiligingsbureaus. - Extra beveiliging op SEH, IC en ter ondersteuning op afdelingen. - Toegangscontrole. - Max. aantal patiënten in wachtkamer. - Verscherpen aantoonbare noodzakelijkheid van aanwezigheid.	- Zorg voor goed overdrachtsprotocol met verwachting van client/familie. - Snelle consultatie en ondersteuningsmogelijkheden.	- Opschalingsafspraken maken mbt capaciteit met beveiliging(sbedrijf) en evt. particulier.e beveiligingsbureaus - Bezoekersafspraken - Extra beveiliging in zorginstelling ter ondersteuning op de afdelingen. - Toegangscontrole - Verscherpen aantoonbare noodzakelijkheid van aanwezigheid.
Escalatie	- Bij acute dreiging: 112 - Wanneer eigen maatregelen niet volstaan: laagdrempelige oproep politie - Wanneer dreiging op object: melding politie - GHOR is ook als intermediair/liaison tussen politie en geneeskundige keten 24/7 bereikbaar.					

Bijlage 1. Te financieren maatregelen in aanloop naar en in fase 3

Maatregel	Initiatiefnemer	Toelichting
COVID-box	LUMC, inmiddels gevolgd door enkele andere ziekenhuizen	COVID-box wordt al langer ingezet. Het aantal patiënten dat in fase zwart de COVID-box zal gebruiken, zal wel toenemen.
Saturatie- en bloeddrukmeters voor thuiszorg	Thuiszorg	Zijn op dit moment niet of nauwelijks in de thuiszorg aanwezig.
Regionaal triage & coördinatiepunt	Subregionale ketenoverleggen	Iedere subregio heeft zelf invulling aan deze maatregel gegeven. Zie voor toelichting de subregionale plannen.
Inzet VV bedden bij vroegtijdig ontslag uit ziekenhuis	VVT	Om dit te kunnen realiseren is het volgende nodig: - Diversificatie bedden capaciteit, waarbij COVID bedden voor non-COVID ingezet kunnen worden en vice versa. - Labelloos opnemen, waarbij vrijgekomen reguliere (tijdelijk verblijf) bedden ingezet worden voor alle soorten non-COVID zorg.
Opschalen huisartsenzorg	Huisartsen	Opschalen middels de volgende stappen: 1. Intensiveren samenwerking op coöperatie (Hagro-) niveau en extra inzet huisartsen (uitbreiding uren, waarnemers, gepensioneerd huisartsen) 2. Centraliseren COVID-zorg (zie volgende maatregel) 3. Afschalen reguliere huisartsenzorg en centraliseren alle 24/7 huisartsenzorg (via Harop)
COVID/triage/nood HAP's	Huisartsen	In Den Haag en Leiden zijn de COVID HAP's momenteel nog actief, in de overige subregio's zijn deze afgeschaald.
Psychosociale hulpverlening (PSH)	Alle zorgorganisaties GGD	Zie hoofdstuk 10.
Opschalen beveiliging	Huisartsen en zorginstellingen	Zie hoofdstuk 11.
Inzet O2 in de thuiszorg	Ziekenhuizen en thuiszorg	Patiënten die O2 nodig hebben, zullen in fase zwart eerder vanuit het ziekenhuis aan de thuiszorg worden overgedragen.
Hotel met zorg	GHOR bureaus	Betreft een plan op ROAZ niveau voor opvang licht zieke patiënten.