

Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID

Een praktijkgerichte modulaire aanpak

Expertteam Covid, juni 2022



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

Voorwoord

Het ministerie van VWS heeft mij in december 2021 gevraagd een expertteam samen te stellen dat een advies kon uitbrengen voor het voorbereiden van de COVID-zorg in ziekenhuizen vanaf het najaar 2022. Ik heb toen bewust gezocht naar een mix van experts die ervaring hadden opgedaan in de afgelopen COVID-golven en experts die op wat grotere afstand stonden en de 'blik van buiten' konden inbrengen. Voor alle leden van het expertteam gold dat ze onbezoldigd, op persoonlijke titel en zonder directe belangenvertegenwoordiging gevraagd zijn om deel te nemen aan het expertteam.

De afgelopen maanden heeft het expertteam met veel inzet en enthousiasme samengewerkt aan het advies dat nu voor u ligt. Ik wil alle leden van het expertteam zeer bedanken voor hun bijdrage aan dit rapport en hun bereidheid om telkens als het nodig was hun vrije tijd hiervoor beschikbaar te stellen.

Edwin Velzel

Voorzitter expertteam COVID-zorg in Ziekenhuizen

Inhoud

ALGEMEEN

- Inhoud
- Managementsamenvatting
- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
- 7 Implementatie

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

BIJLAGES

- 1 Modules optimalisatie COVID-zorg in ziekenhuizen
- 2 Gespreksverslagen good practices
- 3 International best practices organization of Covid-19 care
- 4 Sturing en regie in crisistijd
- 5 Opdracht expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen
- 6 Beoordelingskader initiatieven COVID-zorg

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

Managementsamenvatting

Het expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen heeft, in opdracht van het ministerie van VWS, de afgelopen periode onderzocht wat nodig is om de reguliere en COVID-ziekenhuiszorg in het najaar/winter van 2022-2023 zoveel mogelijk door te laten gaan bij een nieuwe opleving van COVID.

Het expertteam richt zich specifiek op de optimalisatie van in de ziekenhuiszorg (kliniek en IC). Daarbij is het doel om in de hele zorgketen meer patiëntenzorg te kunnen leveren. Ook de organisatie van tijdelijke capaciteit voor COVID-zorg in de VVT-sector is hierbij van belang.

Het grootste knelpunt in de ziekenhuiszorg, maar ook in de rest van de zorgketen, is de beschikbaarheid van zorgmedewerkers. De Taskforce Ondersteuning optimale inzet Zorgprofessionals heeft over dit vraagstuk op 12 april 2022 een separaat advies uitgebracht. In ons rapport gaan we ervan uit dat we in een volgende crisis nauwelijks tot geen extra personeel beschikbaar hebben. Het is van belang dat we de huidige groep zorgprofessionals perspectief bieden, zodat zij voelen dat er

bij oplopende druk op de zorg maatregelen voorhanden zijn om die druk te verlichten. Dit ontlast de zorgprofessionals zodat zij op een vitale manier duurzaam inzetbaar kunnen zijn. De adviezen in dit rapport richten zich dan ook niet zozeer op het uitbreiden van het aantal IC-bedden of zorgprofessionals; we mogen blij zijn als we het huidige aantal zorgprofessionals kunnen behouden voor de zorg en het ziekteverzuim op tijd naar beneden kunnen brengen. De adviezen in dit rapport zijn er vooral op gericht om met de huidige personele capaciteit meer patiëntenzorg in de hele zorgketen te kunnen leveren. Daarbij hoort onvermijdelijk dan ook dat er soms verschuiving van zorg moet plaatsvinden en er op andere plekken soms minder zorg geleverd zal worden.

Modulaire aanpak

Het is niet goed voorspelbaar welke knelpunten een eventuele nieuwe variant in het najaar van 2022 met zich mee gaat brengen. Daarom hebben we in ons advies gekozen voor een modulaire aanpak: verschillende maatregelen die afhankelijk van de besmettelijkheid en de ziekmakendheid van de COVID-variant tijdens een nieuwe golf ingezet kunnen worden, om afschaling van reguliere zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Daarbij biedt deze modulaire aanpak de mogelijkheid om in te spelen op de eventuele regionale verschillen die er zijn in de inrichting van de zorg. We richten ons met name op de knelpunten in de ziekenhuiszorg maar beschouwen juist daarvoor de hele keten, inclusief de huisartsenzorg en de VVT-zorg. De adviezen in dit rapport dragen bij aan het beperken van instroom, het bevorderen van doorstroom en het vergroten van uitstroom van patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen en de VVT.

Internationale lessen

Tijdens de pandemie zijn wereldwijd ervaringen opgedaan in het zo goed mogelijk benutten van de zorgcapaciteit om de continuïteit en toegankelijkheid van zorg te borgen. We hebben internationale ervaringen geëvalueerd om van deze ervaringen te kunnen leren in de Nederlandse situatie. Allereerst zien we dat er geen simpele oplossing is om met een COVID-golf om te gaan; 'silver bullit'

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

die alle knelpunten in de zorg oplost. Alle landen die we bestudeerd hebben, hebben te kampen gehad met een overbelasting van het zorgsysteem en meer of minder maatschappelijk ingrijpende maatregelen. Goede voorbeelden waar we van kunnen leren liggen op het terrein van governance, taakdifferentiatie, data-infrastructuur en gebruik van technologie. Veel van deze goede voorbeelden in het buitenland zijn ook in Nederland toegepast. Vaak zijn deze voorbeelden lokaal toegepast en nog niet ten volle opgeschaald naar landelijk niveau.

Landelijke maatregelen

Het expertteam adviseert 3 types landelijke maatregelen te nemen in voorbereiding op het najaar:

1. Te continueren en optimaliseren maatregelen

In eerdere COVID-golven zijn landelijke maatregelen genomen die de zorgsector in belangrijke mate hebben geholpen om een toenemende golf COVID-patiënten te kunnen behandelen. Deze maatregelen zouden bij een nieuwe opleving van het virus opnieuw moeten worden genomen en waar mogelijk geoptimaliseerd. Specifiek gaat het om: de inzet van extra kortdurend eerstelijnsverblijf (ELV) bedden, gebruik van (een verbeterd) inzicht in de druk op de zorg, landelijke spreiding van COVID-patiënten aan de hand van een fair share model, dat momenteel geëvalueerd wordt

en zo nodig aangepast wordt door het LNAZ, en door een verbeterde toepassing van het eind 2021 opgestelde aanvullend beleidskader met waarborgen voor de toegankelijkheid van de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg.

2. Governance maatregelen

In een crisis dient het maatschappelijk belang van zorgcontinuïteit boven individuele belangen te prevaleren. Wanneer de zorgcontinuïteit overal in het land in het geding is (vanaf LNAZ-opschalingsfase 2C) is centrale landelijke regie en sturing op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg noodzakelijk. Door centrale regie en sturing neemt de snelheid van handelen en de effectiviteit van maatregelen toe. Dat vraagt om éénhoofdige leiding; een gezaghebbend functionaris met bevoegdheden om concessies te kunnen doen en met mandaat om keuzes te maken voor het zorgveld. Die weliswaar in voldoende contact staat met de zorgsector en een directe lijn heeft met de minister, en toch voldoende onafhankelijk is om los van andere (al dan niet zorg-specifieke) belangen te kunnen optreden. Daarnaast is een heldere, snelle, gecoördineerde en afgestemde manier van werken van belang, een stevige informatiepositie en eenduidige communicatie, om alle spelers in het stelsel tijdig te bereiken en te betrekken zodra de zorgcontinuïteit in het geding komt.

3. Financieringsmaatregelen

Na twee jaar COVID zou het doel, wat het expertteam betreft, moeten zijn dat op- en afschalen voor COVID-zorg onderdeel is geworden van de reguliere bedrijfsvoering en dat alleen in geval van een pandemische crisissituatie bijzondere landelijke afspraken gemaakt zouden moeten worden. We vinden dat het fair share principe om ruimte te creëren voor COVID-patiënten hierbij past en een norm is die geen financiële prikkel behoeft. Daarmee zou gedurende de endemische en aanloop naar pandemische situatie (t/m fase 2C) volgens zorgverzekeraars het uitgangspunt moeten zijn dat de reguliere bekostiging en de lokale, individuele contractering ruimte bieden voor bekostiging van nieuwe initiatieven, vervanging van zorgproducten en noodzakelijke aanloopkosten. Voor september 2022 moeten de eventuele betaaltitels en financieringsafspraken voor deze kostencategorieën helder zijn; de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland zijn inmiddels gestart met de toetsing of de reguliere bekostiging (betaaltitels) toereikend is voor de good practices en modules zoals deze in dit advies zijn weergegeven. Zorgaanbieders geven aan behoefte te hebben aan afspraken die solidariteit in fase 2C stimuleren. Zorgverzekeraars geven aan dat de financieringsvraag ingaat vanaf 2D. Advies van het expertteam aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

om hierover de komende tijd in gesprek te gaan, en daarbij ook oog te hebben voor voldoende capaciteit voor het leveren van zorg aan reguliere patiënten. Vanaf de fase waarin de landelijke zorgcontinuïteit ernstig in gevaar is (fase 2D) zijn in ieder geval gezamenlijke afspraken nodig. Deze afspraken moeten worden voorbereid door de koepels van ziekenhuizen en verzekeraars. Het streven is om dit proces voor september af te ronden, zodat het inkoopseizoen kan starten zonder onduidelijkheid over financieringsafspraken. Ook is het nodig om te bespreken welke sectoren, naast de ziekenhuizen, in fase 2D en 3 nog meer geraakt worden en waarvoor de reguliere bekostiging in die situatie niet toereikend is. Aan VWS wordt gevraagd zich, in overleg met de ACM, uit te spreken over het non-concurrentiële karakter van deze financieringsafspraken en om over de financiering vanaf 2023 van de pandemische paraatheid voor de IC's helderheid te geven.

Regionale en lokale maatregelen

Het goed samenwerken in de ROAZ-en is van groot belang geweest tijdens de COVID-crisis. Het expertteam adviseert de ontstane samenwerkingsverbanden te continueren en op een aantal punten verder te verbeteren. Het expertteam adviseert o.a. om de rol en verantwoordelijkheid van de ROAZ-en in crisistijd te formaliseren. Daarbij zijn uit de beschreven

inventarisaties tien modules ontwikkeld die op verschillende plekken in de zorgketen impact kunnen hebben en het mogelijk maken om met dezelfde personele capaciteit een grotere zorgvraag aan te kunnen. De modules zijn zo uitgewerkt dat ze direct en praktisch toepasbaar zijn en aangegeven is in welke fase (conform LNAZ opschalingsplan) de modules idealiter worden toegepast. Deze modules zijn:

-
1. **Zuurstof en/of monitoring thuis**
 2. **Taakdifferentiatie en opleiding om de bestaande arbeidscapaciteit te vergroten**
 3. **Regionale coördinatie van (COVID-)zorg en informatie-uitwisseling**
 4. **Inzet van High Flow Nasal Oxygen (HFNO)**
 - a. **Kliniek gedelegeerde zorg met behulp van HNFO**
 - b. **Vervoer van HFNO-patiënten om stijging inzet HNFO te faciliteren**
 5. **Uitbreiden PACU-capaciteit**
 6. **Inzet ZBC's om de druk op U4 en U5-zorg te verlagen**
 7. **Vroegsignalering van hoog risicopatiënten in de huisartsenpraktijk**
 8. **Regionale concentratie van COVID-zorg in de VVT op bestaande locaties**
-
- A. **Regionale concentratie van COVID-IC- zorg (op bestaande locaties (Pilot)**
 - B. **High Care Monitoring voor efficiënte benutting van de ziekenhuiscapaciteit (Pilot)**
-

Bovenstaande adviezen zijn het meest effectief wanneer ze in samenhang worden uitgevoerd. Visueel ziet dat er als volgt uit:

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

Geleerde lessen over wat niet werkt

Uit onze inventarisatie zijn ook een aantal (internationale) lessen en initiatieven naar voren gekomen die niet effectief zijn gebleken. Het is belangrijk hier notie van te nemen:

1. Zorgpersoneel uitsluitend top down toewijzen aan bepaalde afdelingen leidt op langere termijn tot ziekteverzuim, uitval en verloop van personeel.
2. Het concentreren van COVID-zorg in één categoriaal ziekenhuis is nergens effectief gebleken.
3. Het concentreren van VVT-COVID- zorg in een COVID-zorghotel is niet effectief gebleken.
4. Het verplaatsen van verpleegkundig personeel van ZBC's naar ziekenhuizen is vaak niet effectief.
5. Het afschalen van niet IC-afhankelijke U3, U4 en U5 zorg wordt ontraden tenzij dit leidt tot het vrijspelen van IC- capaciteit, het reduceren van de druk op de vervolgzorg in de keten of nodig is voor de inzet van andere verpleegkundigen op de IC of COVID-afdeling.

Implementatie

Om dit najaar effectief te kunnen zijn, dienen de aanbevelingen van het expertteam zo snel mogelijk in de praktijk te worden gebracht. Het expertteam adviseert de Minister van VWS en het zorgveld o.a. de LNAZ, ROAZ-en en de betrokken zorgaanbieders, deze adviezen met voorrang op te pakken. Aan de zorgverzekeraars wordt gevraagd om daar waar nodig tijdig in gesprek te gaan met zorgaanbieders over financiering. Wij zullen zelf tot september bijdragen aan de implementatie van het advies.

Bij sterke COVID-golf ondanks adviezen mogelijk toch te beperkte capaciteit

Als de in dit rapport beschreven adviezen in alle regio's ten volle benut worden zijn wij ervan overtuigd dat er inderdaad meer zorg kan worden geleverd met de huidige capaciteit. Daarbij zijn twee opmerkingen van belang. Ten eerste realiseren we ons dat ook elders in de zorgketen knelpunten kunnen voorkomen. Bij de implementatie van onze adviezen zal hier rekening mee gehouden moeten worden, om te voorkomen dat het oplossen van knelpunten in de ziekenhuiszorg leidt tot nieuwe knelpunten in de huisartsenzorg of de VVT-zorg.

Ten tweede beseffen we dat wanneer het aantal zieke COVID-patiënten te hard stijgt, nog steeds de ziekenhuiscapaciteit kan vollopen. Het is onmogelijk om voldoende zorgcapaciteit beschikbaar te krijgen voor zo'n exponentiële golf. We willen dus niet de verwachting wekken dat met dit advies voorkomen kan worden dat er nieuwe maatschappelijke maatregelen genomen worden indien een nieuwe COVID-golf druk op de zorg legt. Dit is namelijk de verantwoordelijkheid van de gehele maatschappij. Het voorkomen van een hoge COVID-golf door bijvoorbeeld vaccinaties blijft dus van groot belang.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

1 Inleiding

Het ministerie van VWS heeft in december 2021 besloten om een expertteam op te richten ter voorbereiding op eventuele nieuwe COVID-golven vanaf het najaar van 2022. De opdracht aan het expertteam luidde kort samengevat als volgt: 'Het expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen onderzoekt en realiseert wat nodig is om vanaf september 2022 de COVID-ziekenhuiszorg zodanig op te schalen en te vergroten dat de reguliere zorg in het najaar/winter van 2022-2023 zoveel mogelijk doorgang kan vinden bij een nieuwe ervaring van COVID. Het expertteam richt zich specifiek op de optimalisatie van COVID-zorg in de ziekenhuizen (kliniek en IC). Daarbij is de in- en uitstroom van belang met als doel de capaciteit in de zorgketen te vergroten. Ook de organisatie van tijdelijke capaciteit voor COVID-zorg in de VVT-sector is hierbij van belang.' Zie [bijlage](#) opdrachtbeschrijving expertteam voor de volledige opdrachtschrijving.

Ook is een klankbordgroep samengesteld om mee te denken, waarin de brancheorganisaties uit de zorgketen die betrokken zijn bij COVID-zorg waren vertegenwoordigd.

De opdracht richt zich met name op de knelpunten in de ziekenhuiszorg en beschouwt daarvoor de hele keten, inclusief de huisartsenzorg en de VVT-zorg. Wij realiseren ons dat ook elders in de zorgketen knelpunten kunnen voorkomen. De sterkte van de gehele zorgketen is van belang en daarom zal hier bij de implementatie van onze adviezen rekening mee gehouden moeten worden, om te voorkomen dat het oplossen van knelpunten in de ziekenhuiszorg leidt tot nieuwe knelpunten in de huisartsenzorg of de VVT-zorg.

Het grootste knelpunt in de ziekenhuiszorg, maar ook in de rest van de zorgketen, is de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Het ministerie van VWS heeft dit onderkend door een separate opdracht te verstrekken aan de Taskforce Ondersteuning optimale inzet Zorgmedewerkers. Deze taskforce heeft op 12 april 2022 haar advies uitgebracht. De Taskforce stelt in haar advies dat kwalitatief goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt voorop staat, en dat voldoende en goed gekwalificeerde zorgprofessionals daarvoor een noodzakelijke voorwaarde zijn. Daarop voortbordurend heeft de Taskforce een aantal aanbevelingen gedaan om de beschikbaarheid van de huidige zorgcapaciteit te vergroten, bijvoorbeeld met het inrichten van een crisisregeling en het modulair opleiden

van zorgprofessionals gedurende de zomer van 2022. Juist omdat het expertteam uitgaat van de aanname dat we in een volgende crisis nauwelijks tot geen extra personeel beschikbaar hebben, is het zaak om de huidige groep zorgprofessionals zo maximaal mogelijk te ontzorgen, zodat zij op een vitale manier duurzaam inzetbaar kunnen zijn.

De schaarste aan zorgprofessionals is gedurende de COVID-crisis alleen maar groter geworden: het ziekteverzuim is sterk gestegen en de uitstroom uit de zorgsector is toegenomen. De adviezen van het expertteam richten zich dan ook niet zozeer op het uitbreiden van het aantal IC-bedden of zorgprofessionals; we mogen blij zijn als we het huidige aantal zorgprofessionals kunnen behouden voor de zorg en het ziekteverzuim op tijd naar beneden kunnen brengen. De adviezen in dit rapport zijn er vooral op gericht om met de huidige zorgcapaciteit meer patiëntenzorg te kunnen leveren en daarmee tevens de druk op zorgpersoneel te verlagen. Het advies is daardoor potentieel ook bruikbaar buiten COVID-golven om. De afgelopen periode is hard gewerkt en al het nodige ingezet op optimalisatie van de COVID-zorg. Echter willen we niet de verwachting wekken dat we met dit advies kunnen voorkomen dat een nieuwe COVID-golf een te grote druk op de zorg legt. Als het aantal zieke COVID-patiënten te hard stijgt

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
-
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

kan nog steeds de ziekenhuiscapaciteit vollopen. Het is onmogelijk om voldoende zorgcapaciteit beschikbaar te krijgen voor zo een exponentiële golf. We willen dus niet de verwachting wekken dat met dit advies voorkomen kan worden dat er nieuwe maatschappelijke maatregelen genomen worden indien een nieuwe COVID-golf druk op de zorg legt. Dit is namelijk de verantwoordelijkheid van de gehele maatschappij.

Om te voorkomen dat het aantal patiënten exponentieel stijgt zal blijvend sterk moeten worden ingezet op vaccinatie van vooral kwetsbare patiënten. Ook kan het nog steeds nodig zijn om het aantal besmettingen te verlagen door contact-beperkende maatregelen zoals lockdowns.

Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 2 beschrijft de aanpak die het expertteam heeft gehanteerd om tot haar adviezen te komen. Het expertteam heeft daarbij onder andere bekeken of we wat kunnen leren van ervaringen die internationaal zijn opgedaan. De resultaten van deze internationale analyse zijn in hoofdstuk 3 weergegeven. Hoofdstuk 4 en 5 beschrijven de maatregelen die het expertteam adviseert te nemen of te continueren. Hoofdstuk 4 gaat in op landelijke maatregelen (waaronder adviezen over governance en financiering) die vooral op de weg liggen van VWS en het LNAZ. Hoofdstuk 5 beschrijft regionale

en lokale maatregelen die kunnen worden genomen door de ROAZ-en en door individuele zorginstellingen. Het expertteam is ook ideeën en ervaringen tegengekomen die niet gewerkt hebben zoals gehoopt en verwacht; in hoofdstuk 6 beschrijven we welke lessen we daaruit kunnen trekken. Ten slotte staan we in hoofdstuk 7 stil bij de implementatie; we roepen de spelers in de zorg op om de komende maanden aan de slag te gaan met onze adviezen en zich concreet voor te bereiden op eventuele volgende COVID-golven vanaf dit najaar.

Samenstelling Expertteam

Edwin Velzel
Onafhankelijk voorzitter

Angela Loeffen
Expert zorgcontinuïteit

Bianca Mennema – Vastenhout
Ziekenhuisbestuurder

Carin Littooi
Huisarts

Daan Dohmen
Hoogleraar digitale zorg en ondernemer

Esther Agterdenbos - van de Ree
Directeur Zorg, zorgverzekeraar

Gerrit-Jan Verbeek
Directeur bij zelfstandige klinieken

Robert Sie
Anesthesioloog

Iwan van der Horst
Intensivist

**Rowan Marijnissen/
Joke Dieperink – Van der Goot**
IC- verpleegkundige

John Kauffeld
VVT bestuurder

Monique Jacobs
Expert zorgcoördinatie

Marike van Lier Lels
Bestuurder bedrijfsleven

Pauline Arts
Wijkverpleegkundige

Xander Koolman
Gezondheidseconoom

Toehoorders

Dick Kabel
Ministerie van Financiën

Hugo Solleveld
IGJ

Karina Raaijmakers
NZa

Ondersteuning

Wouter van de Sande
Ministerie van VWS

Yvonne Wilkens
Ministerie van VWS

Jens Pauw
Ministerie van VWS

**Marian van Bruggen/
Elles Diepeveen – van Cromvoirt**
PGGM

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

Samenstelling Klankbordgroep

Anneke van Westerlaken

Actiz

Han Noten

Ambulancezorg Nederland

Corine van Geffen

Branchevereniging InEen

Peter Paul van Benthem

Federatie Medisch Specialisten (FMS)

Thérèse Claassen

GGD GHOR Nederland

Mirjam van 't Veld

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Ina Kuper / Mark Kramer

Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)

Margriet Schneider

Nederlandse Federatie van Universitair

Medische Centra (NFU)

Ad Melkert

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Dianda Veldman

Patiëntenfederatie

Jaqueline de Groot

Verenso

Bianca Buurman

Verpleegkundigen & Verzorgenden

Nederland (V&VN)

Hanneke Klopper

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)

Hans Buijing

ZorghuisNL

Dirk Jan van den Berg

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Het expertteam is in haar werkzaamheden voor bepaalde activiteiten ondersteund door: SiRM, KPMG, Andersson Eiffers Felix en TTMAD.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie

2 Aanpak

Modulaire aanpak

Het expertteam is gestart op het moment dat de Omikron-variant in volle omvang rondging en de Delta-variant langzaam afnam. De Delta-variant leidde vooral tot knelpunten op de IC's, de Omikron-variant leidde vooral tot knelpunten in de kliniek en in de eerste lijn. Het is niet goed voorspelbaar welke knelpunten een eventuele nieuwe variant in het najaar van 2022 met zich mee gaat brengen. Daarom heeft het expertteam gekozen voor een modulaire aanpak: verschillende maatregelen die afhankelijk van de besmettelijkheid en de virulentie van het dan rondgaande COVID-virus tijdens de volgende COVID-golf kunnen worden ingezet.

Een ander argument om te kiezen voor een modulaire aanpak is dat regio's alle een eigen regionale context hebben waardoor er verschillen zijn in bijvoorbeeld werkwijzen, infrastructuur en cultuur. Dit vraagt om flexibiliteit en ruimte voor regio's om eigen invulling te geven per fase van de crisis. De modulaire aanpak zorgt ervoor dat we voor het optimaliseren van zorgcapaciteit een palet aan interventies hebben die op verschillende plekken in de keten worden ingezet.



Ketengerichte aanpak

Het expertteam heeft zich tegen de achtergrond van dit uitgangspunt daarom gefocust op maatregelen die het mogelijk maken om met de bestaande personele capaciteit meer zorg te leveren. Daarbij heeft het expertteam de hele zorgketen bekeken. In die zogenoemde brede keten-aanpak heeft het expertteam de focus gelegd op de in-, door- en uitstroom van patiënten in het ziekenhuis en de IC en de knelpunten die hierbij worden ervaren.

Door deze ketenbrede benadering is het mogelijk om flexibeler in te spelen op onvoorspelbare virale ontwikkelingen, die maken dat knelpunten in de zorg telkens ergens anders kunnen komen te liggen. Het expertteam is van mening dat de aanpak het best kan worden vormgegeven door aan te sluiten op het gedachtegoed van 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek', door

(bijvoorbeeld) ernaar te streven dat meer patiënten thuis kunnen worden behandeld en gemonitord, en in te zetten op minder ligdagen in het ziekenhuis.

De focus dient volgens het expertteam daarom niet alleen te liggen bij de meest complexe zorg op de IC. De vraag is, hoe we kunnen voorkomen dat patiënten daar komen, of patiënten eerder laten uitstromen naar minder complexe zorg. Vanuit het perspectief van de ziekenhuiszorg, betekent het concreet dat de aanpak zich moet richten op drie aspecten:

- 1 **Beperken van instroom**
- 2 **Bevorderen van doorstroom**
- 3 **Vergroten van uitstroom**

Inhoud

Managementsamenvatting

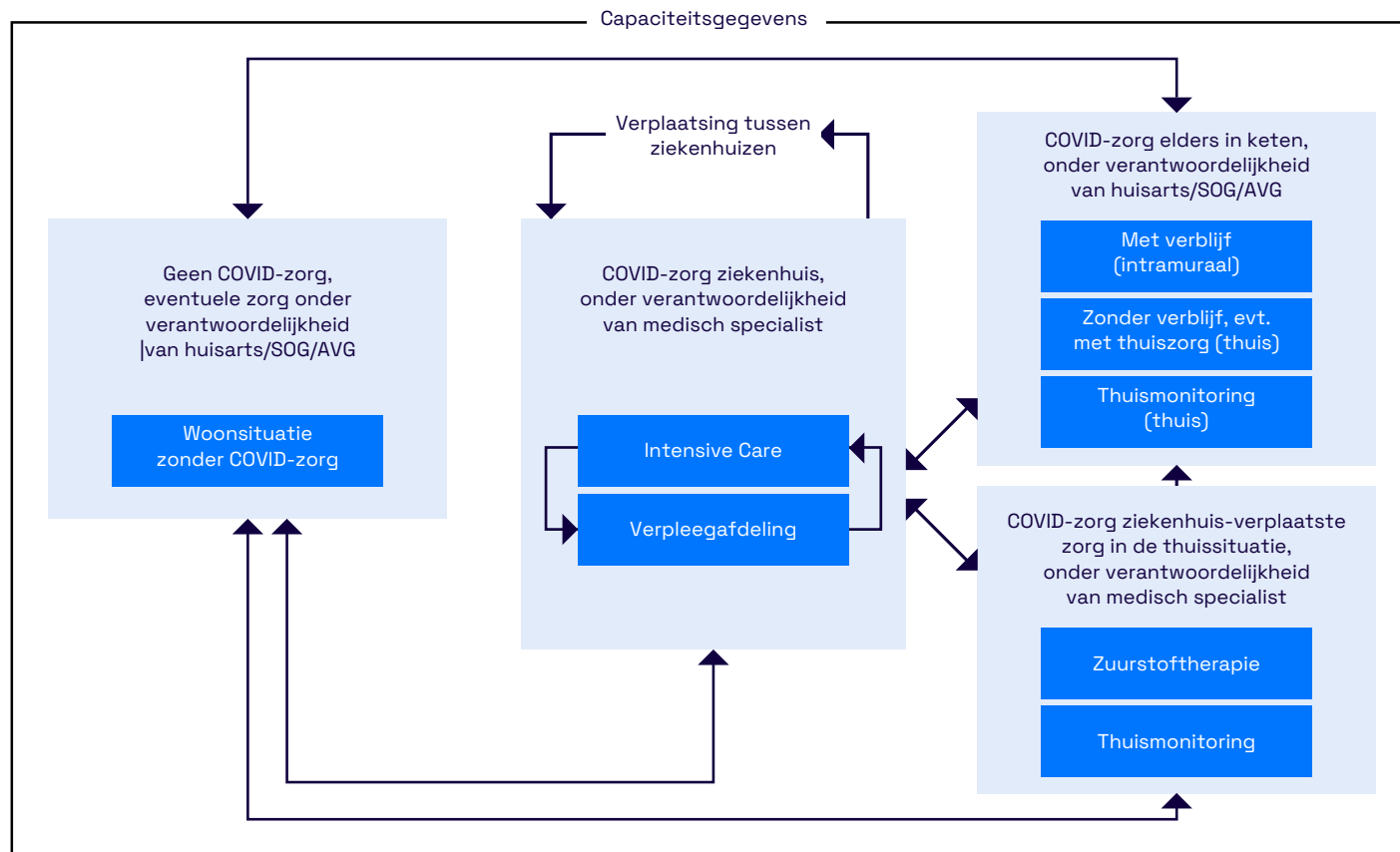
- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie



Het expertteam heeft de patiëntenstromen in kaart gebracht. In bovenstaande afbeelding zijn de patiëntenstromen in de gehele zorgketen weergegeven. Daar waar capaciteit een knelpunt kan vormen – zoals in de doorstroom van kliniek naar IC of naar zorg thuis – zijn de adviezen gericht op enerzijds het verplaatsen van de zorg waarbij een deel van de patiënten

wordt behandeld op een plek waar de zorg minder complex is en de beschikbare capaciteit groter, en anderzijds op het efficiënter benutten van de capaciteit. Het inzetten op de drie aspecten (instroom, doorstroom, uitstroom) moet eraan bijdragen dat de gehele zorgketen met dezelfde personele capaciteit een grotere zorgvraag aankan.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

Activiteiten expertteam

Om tot gedegen adviezen te komen over het verbeteren van in-, door- en uitstroom van patiënten en het voorkomen van de knelpunten die hierbij worden ervaren heeft het expertteam het volgende ondernomen:

- Er is een verkenning uitgevoerd door het adviesbureau KPMG in opdracht van het expertteam naar de good practices van COVID-zorg in het binnen- en het buitenland. KPMG heeft voor de internationale studie de COVID good practices uit 5 landen verzameld en in detail in kaart gebracht. De meest relevante ervaringen en lessen voor Nederland zijn gebundeld in een rapport dat medio maart is opgeleverd.
- Het expertteam is in gesprek gegaan met de 11 Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ) over 1) wat hun ervaringen waren met de vorige

COVID-golven en hoe zij zaken hebben aangepakt 2) welke good practices er in hun regio zijn en 3) welke initiatieven zij ondernemen om een nieuwe COVID-golf het hoofd te kunnen bieden. Deze gesprekken hebben plaatsgevonden in januari en februari 2022. Daarnaast is de voorzitter van het expertteam maandelijks aangeschoven bij de LNAZ-overleggen met alle ROAZ-voorzitters om input te vragen en hen op de hoogte te houden van de voortgang van het expertteam. Een aantal van deze voorbeelden zijn beland in dit rapport. De voorbeelden zijn niet uitputtend.

- Het expertteam heeft vanuit verschillende kanten pilotvoorstellen ontvangen. Daarnaast heeft het expertteam een landelijke uitvraag uitgezet via de ROAZ-en en de klankbordgroep naar nieuwe initiatieven, innovaties en pilots in Nederland.

Alle pilots zijn getoetst aan een aantal criteria, om te beoordelen of het zinvol was deze in behandeling te nemen. Uit de ruim 20 aanmeldingen bleken 4 pilots te voldoen aan de gestelde criteria. Deze zijn meegenomen in hoofdstuk 5 - Regionale en lokale maatregelen.

- De benodigdheden en randvoorwaarden op het gebied van governance en financiën zijn in beeld gebracht. Vanuit het expertteam is een sub-werkgroep van expertteamleden aan de slag gegaan met dit onderwerp. Het advies over de governance en financiering is besproken met het LNAZ, ZN, de Klankbordgroep en het ministerie van VWS.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 **Lessen uit de internationale verkenning**
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

3 Lessen uit de internationale verkenning

Tijdens de pandemie zijn wereldwijd ervaringen opgedaan in het optimaliseren van de zorgcapaciteit om de continuïteit en toegankelijkheid van zorg te borgen. Uit die ervaringen kunnen lessen getrokken worden voor de Nederlandse situatie.

Het expertteam heeft adviesbureau KPMG gevraagd om een studie uit te voeren naar good practices om COVID-zorg effectiever te organiseren. Het onderzoek is in drie fasen uitgevoerd:

1. Een longlist is opgesteld van mogelijke good practices in 17 landen.
2. Vanuit de longlist zijn good practices uit vijf landen - Canada, Duitsland, Frankrijk, Israël en het Verenigd Koninkrijk - geselecteerd voor gedetailleerde analyse. Deze cases zijn geselecteerd omdat zij een specifiek type interventie bevatten, gericht waren op het vergroten van ziekenhuiscapaciteit en omdat de interventies waarschijnlijk vertaald zouden kunnen worden naar het Nederlandse systeem.
3. De good practices zijn met het expertteam geëvalueerd, om er lessen uit te kunnen destilleren voor de Nederlandse situatie.

De belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek zijn onder te verdelen in vier categorieën:

1. Governance

Het Nederlandse zorgsysteem is decentraal georganiseerd met veel autonomie voor individuele zorgaanbieders. Andere landen hebben baat gehad bij een vorm van centrale sturing tijdens de pandemie. Die aanpak maakte het mogelijk om sneller beslissingen te nemen en noodzakelijke interventies eerder uit te voeren.

Internationaal voorbeeld

[Landen als het Verenigd Koninkrijk en Israël laten zien dat een heldere centrale governancestructuur in crisistijd bijdraagt aan snelle besluitvorming en opschaling van zorgcapaciteit. Onder meer kan IC-capaciteit dan snel opgeschaald worden, patiënten kunnen beter worden verdeeld en wachtlijsten zijn deels aan te pakken.](#)

2. Taakdifferentiatie

In veel landen was personeelstekort een groot knelpunt bij het bestrijden van de COVID-pandemie. Door minder complexe taken te delegeren aan andere (getrainde) professionals bleek het mogelijk om capaciteit vrij te spelen.

Internationaal voorbeeld

Alle landen geïncludeerd in de studie maakten gebruik van taak-differentiatie. De meest effectieve manier bleek om taken van IC-verpleegkundigen (waar mogelijk) over te laten nemen door reguliere verpleegkundigen, waardoor IC-verpleegkundigen zich konden focussen op coördinerende, complexere IC-taken.

3. Data-infrastructuur

Een goede data-infrastructuur maakt het mogelijk om patiëntgegevens en capaciteitsdata te delen en te benutten. In een crisis is dat zeer belangrijk: artsen, onderzoekers en crisisorganisaties, die een rol hebben in de toegankelijkheid van zorg, willen snel kunnen schakelen en daarbij direct kunnen beschikken over de relevante patiënt- en capaciteitsinformatie.

Internationaal voorbeeld

Zodra patiënten in Israël in het ziekenhuis liggen, is hun volledige patiënten-dossier digitaal beschikbaar en direct toegankelijk voor elke zorgprofessional. Zorgverleners zijn daardoor direct op de hoogte van de gezondheid van patiënten. Door middel van vroegsignalering kunnen risicopatiënten worden geïdentificeerd en onderzocht om onderliggende aandoeningen te signaleren.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 **Lessen uit de internationale verkenning**
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

Daarnaast hebben Israëlische ziekenhuizen real time toegang tot gegevens over bedbezetting en personeelscapaciteit. Het geavanceerde ziekenhuissysteem maakte het mogelijk om de verhouding tussen verpleegkundigen/artsen en patiënten te optimaliseren en capaciteit van ziekenhuisbedden te vergroten.

4. Technologie:

Technologie kan helpen om patiënten buiten de 2e lijn te kunnen behandelen bijvoorbeeld via zorg thuis. Om beschikbare technologie en innovaties snel in te kunnen zetten, zijn ondersteunende structuren nodig.

Internationaal voorbeeld

Voor het Verenigd Koninkrijk was de COVID-pandemie een katalysator voor digitalisering van de zorg. Het versnelde de inzet van technologische middelen bijvoorbeeld om COVID-patiënten thuis te behandelen om zo de uitstroom van patiënten uit ziekenhuizen te vergroten.

5. Algemene conclusies

Daarnaast kan een aantal algemene conclusies worden getrokken:

- Er is geen simpele maatregel die de knelpunten in de zorg tijdens COVID-golven oplost. Alle landen die we bestudeerd hebben, hebben te kampen gehad met een overbelasting van het zorgsysteem en meer of minder maatschappelijk ingrijpende maatregelen.
- Veel van de goede voorbeelden in het buitenland zijn al in Nederland toegepast. De toepassing heeft vaak lokaal of regionaal plaatsgevonden en is nog niet ten volle opgeschaald naar landelijke niveau.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning

4 Landelijke maatregelen

5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie

4 Landelijke maatregelen

A Te continueren en optimaliseren maatregelen

In de vorige COVID-golven is een aantal landelijke maatregelen getroffen. Het expertteam adviseert deze voort te zetten in volgende COVID-golven, waarbij de ervaring uit vorige golven verwerkt zou moeten worden. Het betreft de volgende maatregelen:

Het expertteam adviseert om ook bij een volgende golf opnieuw ruimte voor op- en afschalen en substitutie van VVT bedden mogelijk te maken

Dit heeft tijdens de COVID- golven veel capaciteit gecreëerd om patiënten/ cliënten binnen de gehele zorgketen snel te laten in-, door- en uitstromen. In de eerdere COVID-golven is gebleken dat ruimte in op- en afschalen en substitutie middels VVT-bedden zeer belangrijk is geweest om knelpunten in de keten te voorkomen. Op basis van de beschikbare data (vanaf de 2e golf) zien we, dat er in de hoogste piek 948 VVT-bedden waren opgeschaald en daarnaast 1.300 bezet door cliënten met COVID. Waarschijnlijk zijn de aantallen in de 1e golf hoger geweest, maar die kunnen we niet achterhalen. Mogelijk waren er ook nog meer cliënten met COVID, die niet geregistreerd zijn.

Het primaat lag hierbij in de regio (ROAZ-tafel) om hierover afspraken te maken, evenals over de werkwijze. VWS heeft in afstemming met de zorgverzekeraars hier financieel ruimte voor geboden. Dit was een essentiële en succesvolle maatregel. Dit advies is een actie voor de GGD GHOR NL, Actiz, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. Uiteraard blijft de regio (ROAZ-tafel) aan zet als het gaat om het maken van afspraken over op- en afschalen en de werkwijze.

Het expertteam adviseert het inzicht op de druk op de zorg door middel van monitoring te verbeteren

Tijdens eerdere fasen van de pandemie is door het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding, GGD GHOR NL en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gewerkt aan het verbeteren van het (actuele) inzicht in de druk op de zorgketen (in termen van capaciteit en continuïteit). Dit heeft onder meer geleid tot de Landelijke Ketenmonitor Zorg, met informatie voor de deelnemers van de ROAZ-en en (landelijke) beleidsmakers over de druk op de zorg ketenbreed. Ook hebben de NZa en LCPS-informatieproducten ontwikkeld over de druk op de ziekenhuizen. Hoewel er veel is bereikt, zien we tegelijkertijd dat de druk die aanwezig is in de zorgketen beter geobjectiveerd kan worden. De eerste stap die hiervoor gezet wordt is het verbeteren van de monitoring in

de ziekenhuizen. Daarnaast zijn de NZa en het LCPS met elkaar gestart om de druk bij de huisartsenzorg en de wijkverpleging te kunnen monitoren. Voor een aantal modules is dit inzicht essentieel voor implementatie. In de doorontwikkeling van ketenmonitoring wordt de behoefte van de afnemers, en de meerwaarde voor regionale en landelijke coördinatie en sturing in samenwerking met een aantal ROAZ regio's vastgesteld onder regie van het LCPS. Ook hierbij is het belangrijk de zorgketen in zijn onderlinge samenhang en afhankelijkheid te bezien. De tijdlijn hiervoor is ook gericht op gereedheid voor het najaar 2022. Inzicht is essentieel voor implementatie voor een aantal modules.

Het expertteam adviseert de landelijke spreiding van COVID-patiënten te continueren en verbeteren en het opschalingsplan COVID-19 te evalueren
Hierbij wordt aangeraden het fair share model intelligenter in te richten. Het doel hiervan is een evenredige toegang tot zorg in de ROAZ-en door evenredige spreiding van COVID-patiënten over deze regio's. Een belangrijk onderdeel van de evaluatie is of de gehele (acute) zorgketen voldoende vertegenwoordigd is in de opschalingsmethodiek. Het opschalingsplan wordt geëvalueerd door het LNAZ. Het LCPS ondersteunt bij de analyse van de fair share.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning

4 Landelijke maatregelen

5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie

Het expertteam adviseert de toegankelijkheid van de (IC-afhankelijke) kritiek planbare zorg beter te borgen

In november 2021 is een aanvullend beleidskader met waarborgen voor de toegankelijkheid van de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg vastgesteld. Conform dit beleidskader moeten in ROAZ-verband afspraken worden gemaakt over het borgen van deze zorg. Verbeterde monitoring en het vaststellen welke (IC)-bedden nodig zijn om de kritiek planbare zorg doorgang te laten vinden spelen hierbij een belangrijke rol. De NZa heeft geconstateerd dat naleving van dit beleidskader bijdraagt aan minder afschalen; zie hiervoor het goede voorbeeld in module 3 van het rapport. Niet overal lijkt dit beleidskader in gelijke mate te zijn opgevolgd. De NZa en IGJ onderzoeken hoe beter geborgd kan worden dat hiernaar wordt gehandeld.

B Governancemaatregelen

Een belangrijk uitgangspunt voor het advies van het expertteam is dat de randvoorwaarden (waaronder governance, maar ook de financiering waarop we hierna ingaan) zo moeten worden ingericht dat alle betrokken partijen gestimuleerd worden om zo lang mogelijk in een zo laag mogelijke fase van het opschalingsplan COVID van het LNAZ te blijven¹. Het expertteam heeft

een advies opgeleverd over hoe de governance in crisistijd er idealiter uit ziet. Onderstaand zijn de belangrijkste adviezen opgenomen.

Governance op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg

Ons zorgstelsel is gericht op een doorlopende inzet op toegankelijkheid ('tijdige, juiste zorg op de juiste plaats'), kwaliteit (risicobeheersing, leren en verbeteren) én betaalbaarheid (doelmatige en rechtmatige besteding van publieke middelen). Dit streven is voornamelijk decentraal (lokaal en regionaal) georganiseerd, hetgeen past bij de (wettelijke) verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij vullen die verantwoordelijkheid in binnen landelijke kaders, waarbij er, bijvoorbeeld via pakketbeheer, op stelselniveau sturing mogelijk is.

Het stelsel voorziet echter niet in instrumenten om in tijden van crisis buiten die verantwoordelijkheden om op patiënt- of instellingsniveau centraal te sturen op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid of om daarin bepaalde richting af te dwingen. In de COVID-pandemie is duidelijk geworden dat er behoefte is aan meer landelijke regie en sturing op het moment dat de druk sterk toeneemt.

In een crisis dient het maatschappelijk belang van zorgcontinuïteit te prevaleren boven individuele belangen

In de normale situatie (fase 1 in het LNAZ-opshalingsplan) is de zorg gericht op individuele patiëntenzorg. Zorgvraag en -aanbod zijn in beginsel in balans en er is beperkte behoefte aan landelijke sturing en regie. Gedurende een crisissituatie ontstaat er een acute disbalans tussen zorgvraag en -aanbod, doordat de vraag naar zorg te groot is en/of de mogelijkheden om zorg aan te bieden te beperkt. Dit heeft tot gevolg dat soms concessies gedaan moeten worden aan de bedrijfscontinuïteit om de zorgcontinuïteit te waarborgen en de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te waarborgen. Aanvankelijk kan de disbalans binnen regio's (fase 2A) en tussen regio's (fase 2B) worden opgevangen, maar wanneer de zorgcontinuïteit overal in het geding is (fase 2C en 2D), dienen landelijke maatregelen te worden getroffen om te garanderen dat het maatschappelijk systeembelang van zorgcontinuïteit prevaleert.

Noodzaak tot centrale sturing en regie in crisistijd

Zorgbestuurders dragen bestuurlijke verantwoordelijkheid voor zowel goede patiëntenzorg, als voor de inzet en inzetbaarheid van werknemers én voor de bedrijfscontinuïteit van de zorginstelling. Zorgverleners dragen

¹ Deze verschillende fasen hebben als doel om een gedeeld beeld van de situatie en type crisis te creëren, zodat partijen gezamenlijk kunnen opereren, heldere afspraken kunnen maken en duidelijkheid hebben over de besluitvorming rondom de inzet van regionale en landelijke coördinatie.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning

4 Landelijke maatregelen

5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie

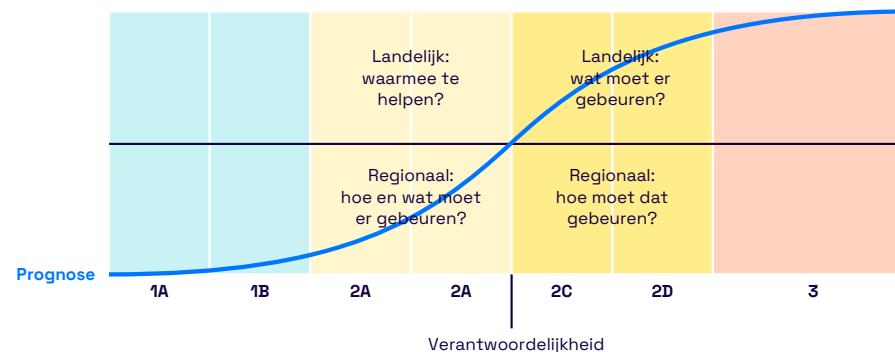
professionele verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg. Voor zorgverzekeraars geldt dat zij hun verzekerden tijdige toegang tot passende zorg moeten verschaffen. Wanneer de zorgcontinuïteit onder druk staat en de zorg vanuit een achtergrond van schaarste wordt georganiseerd en geleverd, kunnen zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars niet meer (volledig) voldoen aan hun bestuurlijke en/of professionele verantwoordelijkheid. Hierdoor zullen zij geneigd zijn keuzes te blijven maken die meer gebaseerd zijn op lokale afwegingen, vergelijkbaar met hoe zij in fase 1 handelen.

Om ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg van een weliswaar suboptimaal maar wel aanvaardbaar niveau zijn en er geen (te) grote verschillen tussen regio's ontstaan, moeten er concessies worden gedaan.

Deze concessies zijn erop gericht om fase 3, waarin toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zodanig onder druk staan dat zij niet meer op een niveau dat onder normale omstandigheden als aanvaardbaar wordt beschouwd geleverd kunnen worden, te voorkomen en zijn er dus op gericht zo kort mogelijk én zo laag mogelijk in fase 2 te blijven.

Wanneer toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zodanig onder druk staat dat het zorgsysteem in de regio's niet meer op aanvaardbaar niveau kan presteren

Vanaf fase 2C is landelijke regie en sturing nodig....



(vanaf fase 2C) zijn landelijk ingrijpende maatregelen noodzakelijk (bijvoorbeeld het afschalen, verplaatsen en/of verdunnen van bepaalde zorg). Vanaf fase 2C zijn deze afwegingen dermate impactvol en omvangrijk dat deze alleen gedaan (kunnen) worden als er landelijk verantwoordelijkheid voor wordt genomen, met andere woorden: via centrale regie en sturing. Vanaf deze fase worden beleidsopties landelijk afgekondigd om de lokale en regionale problemen, daar waar de druk het grootst is, te verlichten.

Bovenstaande figuur geeft de prognose van de exponentiële groeicurve van de overgang 2B naar 2C weer. Deze overgang versnelt zodanig, dat ook daadwerkelijk vanaf 2C landelijk bijgestuurd dient te worden om nog tijd te hebben om een fase 3 trachten af te wenden.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

Het accent van de juridische en financiële kaders ligt op Fase 3 (crisiszorg), terwijl het zou moeten liggen op het voorkomen daarvan, oftewel op de Fase 2 (aangepaste zorgverlening). [...] Zo lang de juridische, financiële en bestuurlijke prikkels niet zijn gericht op systeemgerichte zorg, zal er spanning op de samenwerking blijven bestaan. ('Systeem gerichte zorg tijdens rampen en crises', ITINERIS Health and Safety, 12 december 2021)

Randvoorwaarden voor centrale sturing en regie in crisistijd

Het expertteam adviseert de minister van VWS om voorbereidingen te treffen om meer centrale sturing en regie mogelijk te maken. Hierbij is van belang dat zowel de maatregelen die in fase 2 worden genomen met het oog op de zorgcontinuïteit (de concessies aan toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid) als de wijze waarop deze worden ingezet (centrale sturing en regie):

- **Proportioneel zijn:** zij moeten niet ingrijpender zijn dan nodig en geen grotere inbreuk dan nodig vormen op de verantwoordelijkheid van partijen in het stelsel.
- **Subsidiariteit is van belang:** centrale sturing en regie moeten mogelijk zijn om (in fase 2C en 2D) waar nodig landelijke oplossingen voor landelijke problemen

af te dwingen, maar lokale en regionale problemen moeten (zeker in fase 2A en 2B) lokaal en regionaal blijven worden opgelost.

Een aantal randvoorwaarden is van belang om centrale regie en sturing goed in te richten in tijden van crisis:

- Eénhoofdige leiding met mandaat om concessies te kunnen doen en keuzes te kunnen maken met doorzettingsmacht voor de gewenste sturing en regie in crisistijd: er dienen bevoegdheden te worden toebedeeld aan een gezaghebbende functionaris die weliswaar in voldoende contact staat met de zorgsectoren en een directe lijn heeft met de minister, maar toch voldoende onafhankelijk is om los van andere (al dan niet zorg specifieke) belangen te kunnen optreden.
- Een heldere, snelle, gecoördineerde en afgestemde manier van werken
- Een duidelijke verdeling en formalisering van verantwoordelijkheden tussen de centrale regie en sturing enerzijds en de rol van de ROAZ-en anderzijds in de verschillende fasen van de pandemie.
- Eenduidige communicatie(lijnen), om alle spelers in het stelsel tijdig te bereiken en te betrekken bij de bovenstaande inzet.
- Een stevige informatiepositie en doorlopende monitoring, zodat tijdig bijsturing mogelijk is.

Al met al is een heldere crisisstructuur nodig waarin duidelijk is waar de regie ligt in welke fase. Met een stevige informatiepositie en eenduidige communicatie, om alle spelers in het stelsel tijdig te bereiken en te betrekken bij de bovenstaande inzet.

In tijden van crisis ontbreekt het aan een formele crisisstructuur met coördinatie- en sturingsmogelijkheden om problemen die instellingen, gezondheidssectoren of regionale samenwerkingsverbanden overstijgen snel en adequaat het hoofd te bieden. [...] De infectieziektebestrijding was een uitdaging die op onderdelen de oplossingsmogelijkheden van individuele zorgaanbieders op regionaal niveau oversteeg en vroeg om landelijke afspraken en sturing. ('Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020' Onderzoeksraad voor de Veiligheid, 16 februari 2022)

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning

4 Landelijke maatregelen

5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie

C Financieringsmaatregelen

In de afgelopen COVID-jaren hebben zorgverzekeraars samen met de koepels (landelijke) financieringsafspraken gemaakt om te zorgen dat de continuïteit van zorg niet in het gedrang kwam door (al dan niet tijdelijk) gebrek aan financiële middelen of afspraken. Deze effecten en risico's waren onverwacht waardoor er in 2020 en 2021 collectieve regelingen van toepassing waren. Voor 2022 was de basis reguliere contractering van toepassing. Vanwege de zeer acute situatie met de Omikron-variant zijn er gezamenlijke COVID-afspraken voor medisch specialistische zorg (MSZ) gemaakt.

Na twee jaar COVID zou het doel moeten zijn dat op- en afschalen voor COVID-zorg onderdeel zijn geworden van de reguliere bedrijfsvoering en dat alleen in geval van een pandemische crisissituatie bijzondere landelijke afspraken gemaakt zouden moeten worden. Het fair share principe om ruimte te creëren voor COVID-patiënten past hierbij en is een norm die geen financiële prikkel behoeft. Daarmee zou gedurende de endemische en aanloop naar pandemische situatie (t/m fase 2C) het uitgangspunt moeten zijn dat de reguliere bekostiging en de lokale, individuele contractering ruimte bieden voor bekostiging van nieuwe initiatieven, vervanging van zorgproducten en noodzakelijke aanloopkosten. Voor september 2022 moeten de eventuele betaaltitels en financieringsafspraken

voor deze kostencategorieën helder zijn; de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) en Zorgverzekeraars Nederland zijn inmiddels gestart met de toetsing of de reguliere bekostiging (betaaltitels) toereikend is voor de good practices en modules zoals deze door het expertteam zijn geïdentificeerd en goedgekeurd als succesvol in te zetten module.

Zorgaanbieders geven aan behoefte te hebben aan afspraken die solidariteit in fase 2C stimuleren. Zorgverzekeraars staan op het standpunt dat landelijke financieringsafspraken ingaan vanaf fase 2D. Advies van het expertteam aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is om hierover de komende tijd in gesprek te gaan, en daarbij ook oog te hebben voor voldoende capaciteit voor het leveren van zorg aan non-COVID-patiënten.

Vanaf de fase waarin de landelijke zorg-continuïteit ernstig in gevaar is (fase 2D) zijn gezamenlijke afspraken nodig. Deze afspraken moeten worden voorbereid door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland. Het streven is om dit proces voor september af te ronden, zodat het inkoopseizoen kan starten zonder onduidelijkheid over financieringsafspraken in fase 2D en fase 3.

Voor fase 2D en 3 is een non-concurrentieel model nodig voor

zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hiervoor is het nodig dat het ministerie van VWS en de Autoriteit Consument & Markt (ACM) op die non-concurrentiële context voor fase 2D en fase 3 een standpunt innemen. Ook is het nodig om te bespreken welke sectoren, naast de MSZ, in fase 2D en 3 nog meer geraakt worden en waarvoor de reguliere bekostiging in die situatie niet toereikend is. Het gaat dan voor zover we dat nu kunnen overzien om directe ketenpartners van ziekenhuizen (huisarts, thuiszorg, verpleging en verzorging (V&V), zelfstandig behandelcentrum (ZBC's). Voor overige aanbieders geldt in fase 2D en 3 als uitgangspunt dat reguliere zorg zoveel als mogelijk doorgang vindt, zoals dit, met uitzondering van de allereerste COVID-episode, ook de afgelopen periode het geval is geweest.

Voor VWS geldt verder dat zij over de pandemische paraatheid voor IC een uitspraak moet doen over financiering vanaf 2023; de afgelopen twee COVID-jaren is hiervoor een subsidie ter beschikking gesteld.

Daarmee stimuleert de financiering de zorgaanbieders om de impact van COVID zoveel mogelijk te integreren in de reguliere operatie van de zorgaanbieder: het omgaan met de impact van COVID is zo onderdeel van de reguliere bedrijfsvoering van de aanbieder en daarmee is de bekostiging van COVID-preparedness en de daarbij behorende meerkosten onderdeel van de reguliere tarieven/budgetten.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

5 Regionale en lokale maatregelen

Algemeen

Het goed samenwerken in de ROAZ-en is van groot belang geweest tijdens de COVID-crisis. Het is van belang de ontstane samenwerkingsverbanden te continueren en deze op een aantal punten verder te verbeteren. Een belangrijke succesfactor bij de samenwerking binnen en tussen de ROAZ-en is het gegroeide onderlinge vertrouwen geweest. Frequent contact, goede uitwisseling van data, afspraken maken en elkaar daar onderling op aanspreken zijn hiervoor de basis. Een aantal ROAZ-en kan zich nog verbeteren door ervoor te zorgen dat alle partijen die een bijdrage kunnen leveren aan de zorgketen in het frequente overleg betrokken zijn; naast de ziekenhuizen ook de VVT-sector, de huisartsen(groepen) en de zelfstandige klinieken. Ook adviseert het expertteam om de rol en verantwoordelijkheid van de ROAZ-en in crisistijd te formaliseren. Opdat ook helder wordt welke professionals in de keten onderdeel zijn van de ROAZ en wie de LNAZ daarin vertegenwoordigt.

Ketengerichte modules

De modules die het expertteam heeft opgeleverd richten zich op de hele keten en beogen het:

1. Beperken van instroom
2. Bevorderen van doorstroom
3. Vergroten van uitstroom

Per module is weergegeven waar in de patiëntenstroom effecten zijn te verwachten. We hebben de patiëntenstromen in de zorgketen weergegeven, zie de afbeelding op de volgende pagina.

Uit het onderzoek zijn negen modules voortgekomen die op verschillende plekken in de zorgketen impact kunnen hebben en het mogelijk maken om met dezelfde capaciteit een grotere zorgvraag aan te kunnen. Naast de inhoudelijke modules, zijn er voor alle modules good practices uitgewerkt. Deze zijn niet volledig of uitputtend. De good practices zijn bedoeld ter inspiratie, hoe zo'n module geïmplementeerd zou kunnen worden (zie bijlages). De modules zijn weergegeven onderaan de volgende pagina.

Het expertteam heeft bij het opstellen van de modules ruimte gelaten om regionaal eigen invulling te geven aan de modules. Dit zodat de modules goed aansluiten bij de regionale context en zo de drempel te verlagen om met de modules aan de slag te gaan.

Om in het najaar goed voorbereid te zijn op een eventuele nieuwe golf is het van essentieel belang dat de regio's en de individuele zorgaanbieders de aankomende maanden aan de slag gaan.

Inhoud

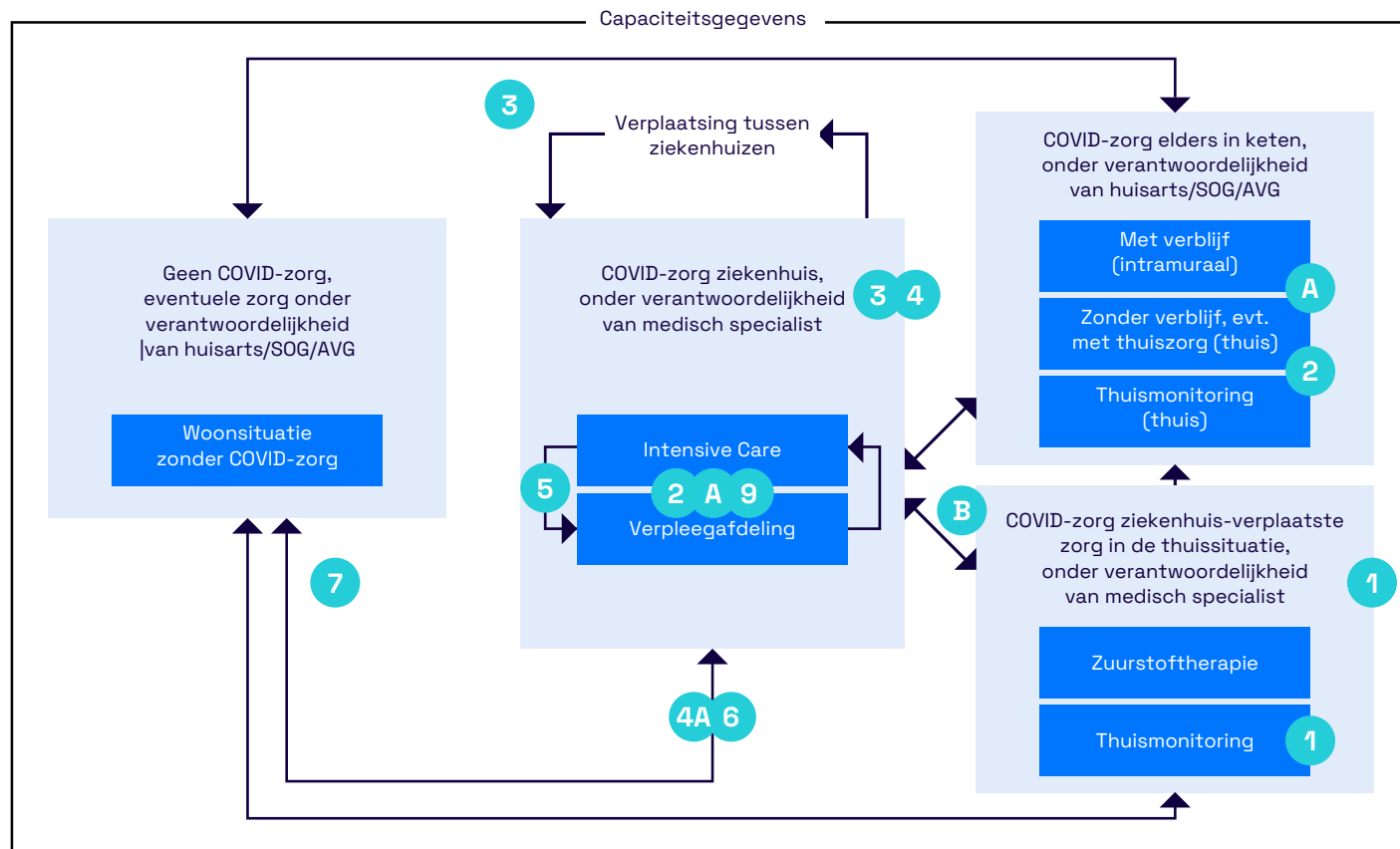
Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
- 7 Implementatie



- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Zuurstof en/of monitoring thuis 2. Taakdifferentiatie en opleiding om de bestaande arbeidscapaciteit te vergroten 3. Regionale coördinatie van (COVID-) zorg en informatie-uitwisseling 4. Inzet van High Flow Nasal Oxygen (HFNO): <ul style="list-style-type: none"> a. Kliniek gedelegeerde zorg met behulp van HFNO | <ul style="list-style-type: none"> b. Vervoer van HFNO-patiënten om stijging inzet HFNO te faciliteren 5. Uitbreiden PACU-capaciteit 6. Inzet ZBC's om de druk op U4 en U5-zorg te verlagen 7. Vroegsignalering van hoog risico-patiënten in de huisartsenpraktijk 8. Regionale concentratie van COVID-zorg in de VVT op bestaande locaties | <ul style="list-style-type: none"> A. Regionale concentratie van COVID-IC- zorg op bestaande locaties (Pilot) B. High Care Monitoring voor efficiënte benutting van de ziekenhuiscapaciteit (Pilot) |
|---|--|---|

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 **Zuurstof en/of monitoring thuis**
 - 2 Taakdifferentiatie en opleiding
 - 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
 - 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
 - 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
 - 5 PACU
 - 6 ZBC
 - 7 Vroeg signalering
 - 8 Regionale concentratie in de VVT
 - A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
 - B High Care Monitoring
- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
 - 7 Implementatie

Module

1

Zuurstof en/of monitoring thuis

Wat gaat er met deze module anders?

Met zuurstof en/of monitoring thuis kunnen mensen met COVID thuis behandeld worden. Patiënten krijgen thuis zuurstof toegediend en worden op afstand (met behulp van een app en/of saturatiemeter) gemonitord. Dit kan preklinisch om opname te voorkomen op verwijzing van huisarts, thuiszorg of op de spoedeisende hulp. En post-klinisch om na een ziekenhuisopname patiënten eerder uit het ziekenhuis te kunnen ontslaan.

Fase

Deze module kan in alle fases van de LNAZ opschalingsplan worden ingezet. Deze module is niet voorbehouden aan een crisissituatie, en kan ook binnen de reguliere zorg ingezet worden bijvoorbeeld bij patiënten met Influenza, hartfalen, COPD, astma en andere non-COVID-aandoeningen.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Het thuis monitoren van patiënten heeft per saldo een positief effect op de zorgketen en beschikbare capaciteit. Onderzoeken laten een potentiële ligduurbesparing van gemiddeld 6 of zelfs meer dagen per patiënt zien. Slechts een beperkt deel van de patiënten wordt alsnog (her)opgenomen. Patiënten geven aan het fijn te vinden dat ze in hun vertrouwde omgeving kunnen verblijven.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

Thuismonitoring is het meest effectief als er voldoende schaal is. Dit kan met een medisch regiecentrum in de eigen regio of een externe zorgcentrale waar thuismetingen worden beoordeeld zodat huisarts, thuiszorg en ziekenhuis maximaal ontlast worden. Door dit met algoritmen in een medische app te ondersteunen kan de benodigde arbeid verder gereduceerd worden. Daarnaast zijn (uniforme) processen voor aanmelding, triage en afmelding van de patiënten inclusief benodigde gegevensuitwisseling, logistiek van de apparatuur en technische ondersteuning van belang bij de uitvoering.

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Processen in te richten door wie, hoe en bij welke centra patiënten aangemeld kunnen worden voor COVID-Thuis en wie de patiënten vervolgens aansluit en instrueert bij preklinische en/of post-klinische inzet.
- Vast te stellen wie de thuisgemeten waarden beoordeelt waarbij geadviseerd wordt aan te sluiten bij reeds bestaande medische regiecentra in de eigen regio of bij een externe zorgcentrale.
- Een keuze te maken of gebruikgemaakt wordt van een thuismonitoring app waarbij erop gelet moet worden dat deze voldoet aan de juiste CE-certificering als Klasse IIa Medisch Hulpmiddel.
- Afspraken te maken over de logistiek van apparatuur (o.a. zuurstof en saturatiemeters) bij aanmelding en afmelding van patiënten en ondersteuning, ook voor minder digi-vaardige patiënten.
- Een protocol op te stellen voor de triage van de thuisgemeten waarden en zorgopvolging inclusief vastlegging van interventies in een (thuismonitoring- of spoed) dossier.
- Rekening te houden met uitdagingen in capaciteit VVT en huisartsenzorg.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie

Module

2

Taakdifferentiatie en opleiding om de bestaande arbeidscapaciteit te vergroten

Wat gaat er met deze module anders?

Door taakdifferentiatie (het verschuiven van minder complexe zorgtaken naar personeel met een ander opleidingsniveau) toe te passen, kan het beschikbare arbeidsaanbod in de zorg effectiever ingezet worden. In de praktijk zijn hierbij twee factoren van belang:

- A. Taakdifferentiatie door inzet van zorgondersteuners: de daadwerkelijke inzet van ondersteunend personeel ter ontlasting van het reguliere zorgpersoneel.
- B. Flexibel opleiden: door zorgpersoneel breed op te leiden worden zij inzetbaar voor verschillende werkzaamheden binnen de acute as.

Fase

Deze module kan in alle fases van de LNAZ worden ingezet. Deze module is niet voorbehouden aan een crisissituatie, en kan ook binnen de reguliere zorg ingezet worden en is gezien de schaarste op de arbeidsmarkt ook als structurele inzet van meerwaarde.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Zorgpersoneel is schaars en daarmee een belangrijk knelpunt binnen de zorgsector. De module zal daarmee direct, naar verwachting significant, impact hebben op het arbeidsaanbod en daarmee de U3-, U4- en U5-zorg in Nederland.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

Op verschillende manieren wordt reeds invulling gegeven aan taakdifferentiatie. Omdat momenteel geen uniform beeld bestaat over de specifieke randvoorwaarden, effectiviteit en daarmee wenselijkheid van elke manier van invulling, is de manier waarop men de taakdifferentiatie invult aan de organisatie. Individuele organisaties moeten kijken welke manier het beste aansluit bij bestaande processen/mogelijkheden en daarmee de voorkeur heeft. Waarbij de aanbeveling is om zoveel mogelijk van elkaar te leren, bijvoorbeeld door bestaande taakkaarten/protocollen uit te wisselen.

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Op organisatorisch niveau inzicht te creëren over de wenselijkheid van de inzet van zorgondersteuners. Belastbaarheid van personeel moet in deze afweging worden meegenomen.
- Draagvlak te creëren binnen de zorgorganisatie. Hoe staat men er tegenover? Profielen moeten worden gemaakt in samenwerking met zorgprofessionals.
- Op basis van de profielen van de zorgondersteuners, kandidaten selecteren. Rollen kunnen verder worden aangescherpt op basis van de educatieve wensen van de zorgondersteuners. Aansluiting moet worden gezocht met onderwijsinstellingen ter promotie zodat de ervaring meetelt in de opleiding.
- De inzet van de zorgondersteuners te testen en evalueren, onder andere op basis van toegevoegde waarde voor de afdeling en de zorgondersteuners zelf. Indien nodig kunnen aanpassingen doorgevoerd worden.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

Module

3

Regionale coördinatie van (COVID-)zorg en informatie-uitwisseling

Wat gaat er met deze module anders?

Het meer en beter regionaal uitwisselen van informatie en capaciteitsgegevens kan worden gebruikt ter optimalisatie van de efficiënte benutting van patiëntenstromen tussen organisaties. In veel regio's is reeds een vorm van coördinatie aanwezig, welke geoptimaliseerd kan worden voor het gebruik in crisistijd.

Fase

Deze module kan in alle fases van de LNAZ worden ingezet. Daarbij zijn de voordelen van deze module niet voorbehouden aan een crisissituatie.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Over het algemeen leidt de module tot inzichten in actuele, regionale capaciteit. Deze inzichten kunnen worden gebruikt voor het optimaliseren van de capaciteitsbenutting in de keten. Uitgangspunt daarbij is het waarborgen van de continuïteit van de zorg. Daarnaast kan het meer en beter regionaal coördineren van deze uitwisseling van gegevens resulteren in onder andere meer beschikbare tijd door (directe) patiëntzorg, verlaging van werkdruk en verhoging van werkplezier.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

Het is van belang om heldere afspraken te maken over de werkwijze en het mandaat in de verschillende crisisfases, zowel binnen organisaties als in de regio. De relevante partijen moeten hier tijdig bij betrokken worden om het in de praktijk te laten slagen.

De toepasbaarheid van deze module is erg afhankelijk van regionale kenmerken. De impact die de module per regio kan hebben is dan ook verschillend.

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Inzichtelijk te maken welke structuren er bestaan en daar optimaal gebruik van te maken. Evalueer bestaande structuren en pas aan waar nodig.
- Draagvlak te creëren en bestuurlijke afspraken te maken over de samenwerking
- Te organiseren dat capaciteits- en continuïteitsdata van individuele organisaties centraal worden verzameld.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
- 7 Implementatie

Module 4A en 4B zijn gericht op de inzet van High Flow Nasal Oxygen (HFNO)

HFNO is het onder hoge druk toedienen van zuurstof aan patiënten zonder dat patiënten geïntubeerd hoeven te worden. In de praktijk wordt HFNO reeds breed toegepast bij het behandelen van COVID-patiënten, zowel op de IC als in de kliniek.

Module
4A
Kliniek gedelegeerde zorg met behulp van HFNO

Wat gaat er met deze module anders?

Het voordeel van het breed inzetten van HFNO voor COVID-patiënten buiten de IC om is tweeledig:

1. HFNO kan eerder en laagdrempeliger worden ingezet zonder dat hiervoor een IC-bed nodig is. Dit draagt mogelijk bij aan een betere uitkomst voor de patiënt.
2. Patiënten kunnen eerder van de invasieve beademing afgehaald worden door de inzet van HFNO.

Fase

Inzet van HFNO buiten de IC kan in alle fases toegevoegde waarde hebben, maar heeft vooral vanaf fase 2 de meeste impact op de keten.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Inzet van HFNO leidt ertoe dat er bewezen minder vaak hoeft te worden geïntubeerd. Doordat geen intubatie nodig is zal een deel van deze patiënten niet (of minder lang) op de IC behandeld hoeven te worden.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

HFNO wordt landelijk reeds breed ingezet. Binnen deze inzet bestaat veel variatie betreffende ligplaats (IC-, niet-IC-afdelingen) en het exacte moment van inzet. Exacte cijfers betreffende landelijke inzet ten tijde van de COVID-pandemie dan wel beschikbaarheid van HFNO zijn niet bekend.

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Beter inzicht in de effectiviteit van de inzet van HFNO is nodig.
- Reeds bestaande invulling van randvoorwaarden moet op organisatorisch niveau in kaart worden gebracht.
- Zo nodig dient draagvlak te worden gecreëerd voor het gebruik van HFNO.

Daarnaast wordt geadviseerd om landelijk duidelijkheid te creëren omtrent de definitie van de patiëntgroep, het moment van inzet en de benodigde randvoorwaarden voor de inzet van HFNO buiten de IC.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

Module 4A en 4B zijn gericht op de inzet van High Flow Nasal Oxygen (HFNO)

HFNO is het onder hoge druk toedienen van zuurstof aan patiënten zonder dat patiënten geïntubeerd hoeven te worden. In de praktijk wordt HFNO reeds breed toegepast bij het behandelen van COVID-patiënten, zowel op de IC als in de kliniek.

Module

4B Vervoer van HFNO-patiënten om stijging inzet HFNO te faciliteren

Wat gaat er met deze module anders?

Beademde COVID-patiënten worden vervoerd door inzet van de Mobiele Intensive Care Unit (MICU). Een MICU kan echter geen HFNO-patiënten vervoeren omdat hiervoor significant meer zuurstof nodig is. Aanpassing van vervoersmiddelen is nodig (ambulance+ genoemd).

Fase

Deze module is in te zetten vanaf fase 2 – voorbereiding is eerder nodig.

Wat is de potentiële impact op de keten?

De inzet op vervoer van HFNO-patiënten zorgt ervoor dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Daarnaast kan het overplaatsen van patiënten resulteren in het efficiënt benutten van de beschikbare zorgcapaciteit.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

Momenteel is er in Nederland één vervoerder van HFNO-patiënten. Het toenemende aantal patiënten onder behandeling met HFNO gedurende de COVID-golven vraagt om een opschaling van de ambulance+ zodat ook HFNO-patiënten vervoerd kunnen worden. Beter inzicht in de effectiviteit van de inzet van HFNO is nodig.

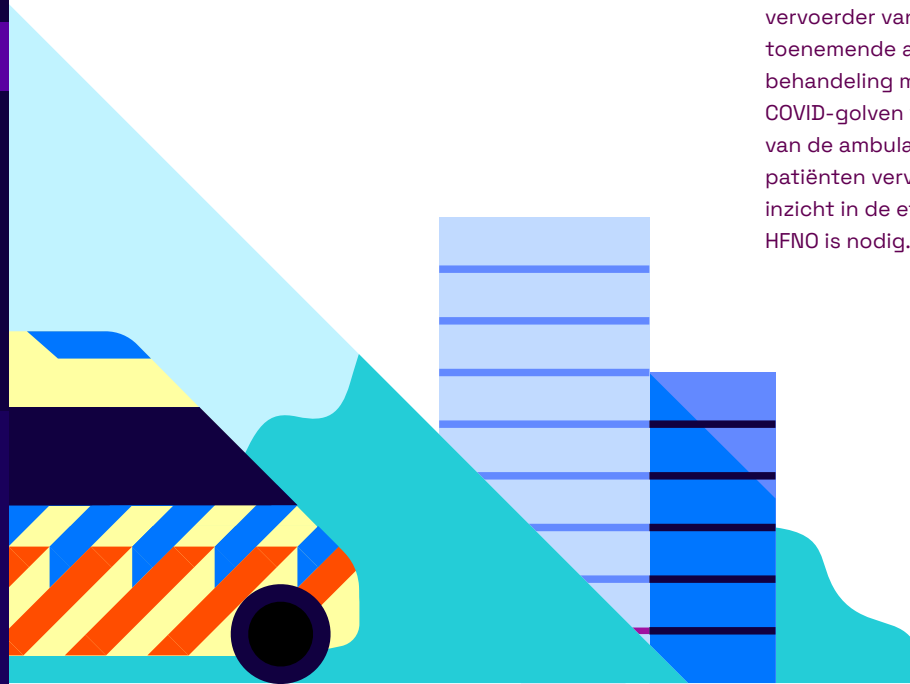
Voor landelijke inzet is het van belang om heldere afspraken te maken tussen betrokken partijen over de werkwijze en het mandaat in de verschillende crisisfasen, zowel binnen organisaties als in de regio.

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Inzichtelijk te maken wat op regionaal niveau de (verwachte toekomstige) vraag naar HFNO-patiënten vervoer is
- Regionaal draagvlak te inventariseren waarbij gekeken moet worden hoe ambulance+-voorzieningen al dan niet kunnen aansluiten op bestaande structuren
- Invulling te geven aan randvoorwaarden zoals het opstellen van protocollen, opleiden van personeel voor inzet op de ambulance+ ritten en financiering.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU**
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

Module

5

Tijdelijk uitbreiden PACU-capaciteit

Wat gaat er met deze module anders?

Het uitbreiden van de Post Anesthesia Care Unit (PACU)-capaciteit ziet toe op het ontlasten van de IC ten tijden van opschalen doordat een patiëntgroep (niet-COVID, postoperatief) overgeplaatst kan worden naar een andere - minder intensieve - zorgsetting. Zo ontstaat extra ruimte op de IC voor onder andere COVID-patiënten. Doordat doorstroom van patiënten op een PACU beter voorspelbaar is in vergelijking met alle patiënten op de IC, neemt de planbaarheid van zorg toe. Met als voordeel dat middelen, tijd en personeel efficiënt kunnen worden ingezet.

Fase

Deze module kan naar behoefte ingezet worden vanaf fase 2a, vanaf fase 2c kan het een meer verplichtend karakter krijgen.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Deze module draagt direct bij aan de doorgang van U3-, U4- en U5-zorg door IC-patiënten naar de PACU te verplaatsen. De exacte hoeveelheid capaciteit die deze module extra creëert in crisistijd is afhankelijk van de uitwerking.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

- Ten behoeve van de opschaling van de PACU, moeten op organisatorisch niveau de volgende onderwerpen geïventariseerd worden.
- Bestaat er draagvlak (zowel op bestuurlijk, specialistisch en verpleegkundig niveau) voor het opzetten/uitbreiden van de PACU?
 - Kan personeel worden aangetrokken om de benodigde PACU-bedden te bemannen zonder dat dit het overige zorgaanbod beïnvloedt?

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Op organisatorisch niveau de potentiële meerwaarde van het opzetten, dan wel uitbreiden, van een PACU in crisistijd inzichtelijk te maken.
- Het draagvlak onder het personeel in kaart te brengen. Hier moet specifiek gekeken worden naar personeel dat kan worden ingezet op de PACU.
- Invulling te geven aan de fysieke capaciteiten om snelle opschaling mogelijk te maken. Personeel moet opgeleid worden, inhoudelijke afspraken moeten worden gemaakt over de samenwerkingen binnen het ziekenhuis en financiële afspraken moeten gemaakt worden.
- Idealiter personeel voorafgaand aan de crisissituatie te trainen over de inzet van de PACU-capaciteit en de samenwerking met de IC.
- De samenwerking met de IC te borgen, in het algemeen en zeker t.a.v. patiënten die niet vanaf de PACU naar de afdeling ontslagen kunnen worden. De samenwerking zou de zorgcapaciteit in gezamenlijkheid optimaal moeten kunnen inzetten.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

Module

6

Inzet ZBC's om de druk op U4 en U5-zorg te verlagen

Wat gaat er met deze module anders?

Het optimaal inzetten van beschikbare ZBC-capaciteit kan ziekenhuizen tijdens een nieuwe golf ontlasten. Deze module richt zich dan ook op het in kaart brengen van de mogelijkheden en realiseren van de randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking tussen ZBC's en ziekenhuizen.

Fase

Deze module kan naar behoefte ingezet worden vanaf fase 2a (in reguliere afspraken), vanaf fase 2c kan het een verplichtend karakter krijgen. Hierbij is het van belang is om tijdig (regionaal) te inventariseren wat de samenwerkingsmogelijkheden zijn en om de randvoorwaarden, waaronder digitale gegevensuitwisseling en financiering, proactief in te regelen.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Het verplaatsen van de zorg resulteert in een afnemende druk op de ziekenhuizen (met name op de OK en de kliniek) en beter benutten van de zorgcapaciteit in Nederland. Deze module draagt voornamelijk indirect bij aan de doorgang van U3-zorg ten tijde van COVID. ZBC's leveren geen U3-zorg. Door het in overleg met de patiënt uitplaatsen van U4- en U5-zorg, kan U3-zorg in ziekenhuizen beter doorgang vinden en de wachtlijsten voor U4- en U5-zorg beter beheersbaar blijven.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

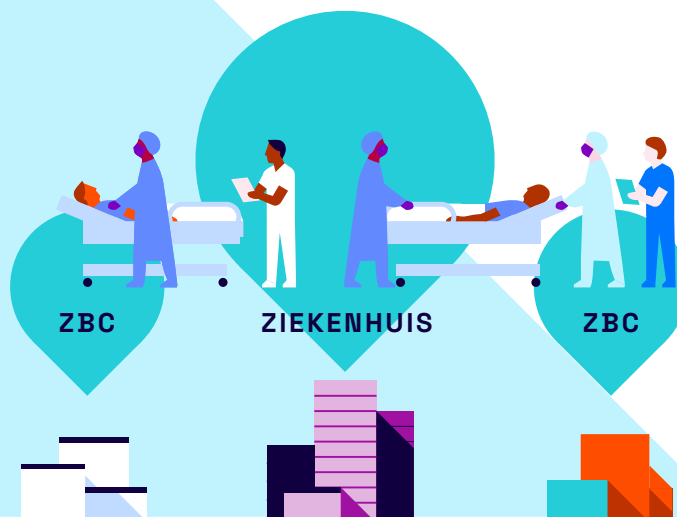
Gezien de impact van verplichte inzet van deze module is het van belang dat dit als last resort en tijdelijk wordt ingezet. Daarnaast staat het organisaties vrij om voor die tijd al reguliere samenwerkingsafspraken te maken.

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Inzicht te creëren in de regionale capaciteit, expertise en ondersteuningsmogelijkheden van ZBC's.
- Plannen te maken (in het ROAZ) voor samenwerking in crisistijd.
- Inhoudelijke afspraken te maken en risicoanalyses uit te voeren.
- Afspraken te maken met zorgaanbieders (ook onderling) en zorgverzekeraars.
- (Digitale) Communicatielijnen tussen partijen te realiseren.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

Module

7

Vroegsignalering van hoog risicopatiënten in de huisartsenpraktijk

Wat gaat er met deze module anders?

Vroegsignalering maakt het mogelijk om tijdig – vóórdat de patiënt in zorg komt – hoog-risicopatiënten en/of patiënten die waarschijnlijk (veel) zorg behoeven te identificeren. Vroegsignalering kan een bijdrage leveren aan het ontlasten van de zorgketen door het voorkomen van (ziekenhuis)zorg middels preventieve interventies bij de geïdentificeerde patiëntgroepen.

Fase

Alle fases, de meerwaarde van vroegsignalering is niet voorbehouden aan een pandemie of crisisfase, ook buiten crisistijd kunnen algoritmes (in aangepaste vorm) waardevolle inzichten genereren.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Vroegsignalering draagt bij aan het verlagen van de druk op vrijwel alle ketenpartners doordat het de instroom van patiënten kan voorkomen. Keerzijde is dat de (huis)arts die opvolging geeft aan de preventieve interventie bij de geïdentificeerde hoog risicopatiënt er extra taken bij krijgt. Deze acties kunnen verschillend zijn van aard en daarmee plaatsvinden in zowel het publieke domein (zoals vaccinaties) als in de ZVW (secundaire preventie).

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

De impact van preventieve interventies is naar verwachting het grootst als de (huis) arts, vanuit de bestaande behandelrelatie, het initiatief neemt voor het benaderen van de hoog risicopatiënten. Naast de additionele werkdruk die dit met zich meebrengt, is het de vraag of er voldoende draagvlak bestaat onder (huis)artsen om een actieve rol in de interventies te bekleden.

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Te bekijken welke systematiek van vroegsignalering en/of welke bijbehorende partij het best past bij de specifieke context van de regio. Een concreet plan voor regionale uitrol dient te worden opgezet.
- Sessies over het gebruik van vroegsignalering, en mogelijke preventieve interventies te organiseren. Resultaten en/of succesverhalen moeten gedeeld worden om het percentage participerende (huis) artsen te kunnen verhogen.
- Stakeholders te informeren over de uitrol van vroegsignalering. Bereidwilligheid om mee te werken moet inzichtelijk worden gemaakt om witte vlekken te voorkomen waar mogelijk. Het systeem voor vroegsignalering moet worden gevuld met medische data, waarna het algoritme kan worden geoptimaliseerd.
- Landelijk moeten de aandachtspunten voor opschaling verder worden uitgezocht (o.a. de privacy, de ethische dilemma's en de governance).

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
- 7 Implementatie

Module

8

Regionale concentratie van COVID-zorg in de VVT op bestaande locaties

Wat gaat er met deze module anders?

De (verwachte) meerwaarde van regionale concentratie wordt behaald door het clusteren van homogene patiëntgroepen en het hierdoor efficiënter inzetten van personeel, faciliteiten en middelen. Zoals in dit rapport beschreven staat is het concentreren van COVID-zorg in één categoriaal COVID-ziekenhuis niet effectief. Deze module gaat over het regionaal concentreren van COVID-zorg naar bestaande locaties.

Fase

Deze module kan naar gelang behoefte ingezet worden vanaf fase 2a. Het verplicht regionaal concentreren van COVID-zorg gebeurt vanaf fase 2C en 2D van het LNAZ, in deze fasen is de druk op de capaciteit in alle regio's hoog.

Wat is de potentiële impact op de keten?

De impact op de doorgang van U3-, U4- en U5-zorg is afhankelijk van waar de concentratie van zorg gebeurt. Concentratie van IC-zorg zal door het vergroten van de IC-capaciteit (ofwel door de verhoging van de bedbezetting, of wel door het inzetten van ander type personeel) direct invloed hebben op de doorgang van IC-afhankelijke U3-, U4- en U5-zorg. Concentratie van VVT-zorg zal voornamelijk impact hebben op de U3-, U4- en U5-zorg.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

Concentratie van zorg heeft invloed op de gehele keten. Het is van belang om de verschillende stakeholders goed mee te nemen, communicatie zowel voorafgaand als gedurende de concentratie is cruciaal.

Wat dient er vóór september gerealiseerd te zijn om de module in te kunnen zetten als de situatie daarom vraagt.

Elke regio dient:

- Ter realisatie van de good practice zijn actuele inzichten betreffende de beschikbare capaciteit van individuele VVT-organisaties benodigd. Het moet vanwege deze reden op organisatorisch niveau mogelijk zijn deze inzichten te genereren en te delen.
- De meest relevante partijen te identificeren en te betrekken. Waar mogelijk moet worden aangesloten bij bestaande structuren (bijvoorbeeld ROAZ-overleggen). Het belang moet duidelijk zijn voor de betrokken partijen waardoor over het organisatiebelang heen gekeken wordt.
- Bestuurlijk af te stemmen en het toekennen van een mandaat aan de coördinatoren/contactpersonen. Dit zijn succesfactoren welke geadviseerd worden om in te regelen. Het afstemmen op bestuurlijk niveau draagt bij aan het creëren van draagvlak binnen de organisaties en de snelheid van schakelen.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT

A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg

B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt
- 7 Implementatie

Pilotmodule

A

Regionale concentratie van COVID-IC-zorg op bestaande locaties

Pilot A bevindt zich nog in de pilotfase en is nog niet in de praktijk uitgerold. Het expertteam vindt dat deze pilotmodule veel potentie heeft en deze is daarom geïncorporeerd in dit rapport.

Wat gaat er met deze module anders?

Het regionaal concentreren van COVID-zorg naar bestaande locaties heeft meerwaarde omdat homogene patiëntgroepen worden geclusterd en hierdoor personeel, faciliteiten en middelen efficiënter ingezet kunnen worden. Dit kan ofwel door de verhoging van de bedbezetting, ofwel door het inzetten van ander type personeel. Tijdens eerdere COVID-golven zijn er – zowel binnen de ziekenhuizen als de VVT – al eerste pilots opgezet en successen behaald met het opzetten van cohort-afdelingen.



Pilot ROAZ Zwolle

Het betreft een multidisciplinaire afdeling, speciaal ingericht voor lange termijn IC-zorg gericht op reconditionering en revalidatie na COVID-19. Stabiele, langdurige COVID-patiënten (welke >14 dagen op de IC verblijven) worden overgeplaatst naar de LTAZ ten tijde van een pandemie. Deze patiënten zijn nog beademingsafhankelijk, gemotiveerd voor revalidatiezorg en hebben een levensverwachting van > 1 jaar. Naast de mogelijkheid om capaciteit voor andere ziekenhuizen over te nemen, biedt het individuele optimalisatie van revalidatiezorg voor IC-patiënten buiten COVID om.

Pilot ROAZ Euregio

De pandemie-unit is gebaseerd op het concentreren van COVID-patiënten boven een maximaal toelaatbare capaciteit in de ziekenhuizen om de kritiek planbare zorg te kunnen continueren. In beginsel blijven alle ziekenhuizen in de regio COVID-patiënten opvangen. Het plan bestaat uit drie pijlers:

1. Pooling van patiënten in een pandemische unit
2. Flexpool: het opleiden van mensen voor specifieke deeltaken
3. Coördinatie in de regio i.s.m. belangrijke stakeholders.

Aangezien het door de huidige fase van de pandemie niet realistisch is om de pilot volledig uit te voeren, wordt binnen de pilot alleen de eerste pijler door middel van een simulatie uitgevoerd. Door simulaties wordt de effectiviteit van de beoogde methodiek in kaart gebracht met als centrale vraag: wat zou de impact zijn geweest van een pandemische unit op basis van data van de afgelopen COVID-golven?

Fase

Deze module kan naar behoefte ingezet worden vanaf fase 2a. Het verplicht regionaal concentreren van COVID-zorg kan gebeuren vanaf fase 2C en 2D van het LNAZ. In deze fasen is de druk op de capaciteit in alle regio's hoog.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Concentratie van IC-zorg en daarmee het vergroten van de IC-capaciteit zal direct invloed hebben op de doorgang van U3-, U4- en U5-zorg.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

Om in fasen 2C en 2D de COVID-zorg regionaal te concentreren dienen vooraf onderlinge afspraken en voorbereidingen getroffen te zijn. Het is dus van belang om zo snel mogelijk binnen de regio een gezamenlijk concentratieplan op te stellen om ten tijde van daadwerkelijke crisis snel te kunnen handelen.

[Naar de module en good practices](#)

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring**

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie

Pilotmodule

B

High Care Monitoring voor efficiënte benutting ziekenhuis capaciteit

Pilot B bevindt zich nog in de pilotfase en is nog niet in de praktijk uitgerold. Het expertteam vindt dat deze pilotmodule veel potentie heeft en deze is daarom geïncorporeerd in dit rapport.

Wat gaat er met deze module anders?

Technologie kan ten tijde van een COVID-crisis van meerwaarde zijn doordat patiënten met inzet van slimme technologie sneller kunnen worden afgeschaald in hun zorgsetting en/of de benodigde zorg deels op afstand kan worden ingezet. Om dit potentieel nader te onderzoeken lopen er op dit moment in twee ziekenhuizen pilots:

A. Een samenwerking tussen Philips en het MUMC+. De pilot maakt gebruik van technologie om de IC/CCU/MC te bewaken, dan wel intramuraal te monitoren. Uitgangspunt: beter kwaliteit van zorg tegen minder kosten met minder personeel.

B. Een pilot van het UMC Utrecht. In de pilot worden (COVID-)patiënten in de thuissetting continu (24/7) gemonitord. Hierdoor worden patiënten eerder overgeplaatst van de kliniek naar de thuissituatie.

Fase

Deze module kan in alle fases van de LNAZ worden ingezet. Daarbij is deze module niet voorbehouden aan een crisissituatie, en kan High Care Monitoring ook binnen de reguliere zorg ingezet worden.

Wat is de potentiële impact op de keten?

Het verminderen van de klinische bedbezetting en het ontlasten van (schaars) zorgpersoneel. De precieze impact kan in beeld worden gebracht nadat de pilots zijn uitgevoerd.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten bij de uitvoering?

High Care monitoringsinstrumenten moeten in het bezit zijn van een CE-Certificering (klasse 2A) en niet afhankelijk zijn van specifieke ICT-infrastructuur. Daarnaast is het van belang dat het systeem gebruiksvriendelijk is voor zowel de patiënt als de zorgverlener; zo moet het systeem de patiënt niet immobiliseren.

[Naar de module en good practices](#)



Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

7 Implementatie

6 Geleerde lessen over wat niet werkt

Uit de gesprekken met de ROAZ-en en de internationale verkenning zijn ook een aantal initiatieven naar voren gekomen die niet effectief zijn gebleken. Omdat ook dit relevante informatie is voor het beleid, geven we deze lessen hieronder weer.

1. Zorgprofessionals uitsluitend top-down toewijzen aan bepaalde afdelingen.

Op korte termijn kan deze werkwijze een gunstig effect hebben omdat de capaciteitsproblemen zo tijdelijk kunnen worden opgelost. Na verloop van tijd komt deze top-down benadering evenwel op gespannen voet te staan met de fundamentele behoefte van zorgprofessionals om voldoende regie te hebben in hun werk. Op langere termijn zorgt een te sterke top-down benadering dan ook voor ziekteverzuim, uitval en verloop van zorgprofessionals.

2. Het concentreren van COVID-zorg in één categoriaal ziekenhuis.

Het overgrote deel van de mensen die door een COVID-besmetting in het ziekenhuis terecht komt, bestaat uit patiënten met co-morbiditeit, die onder behandeling zijn van verschillende specialisten. Voor hen zijn interdisciplinaire teams nodig met expertise en alle faciliteiten die daarbij horen. Daarnaast is de bottleneck niet

zozeer het aantal technisch beschikbare (IC-)bedden, maar de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Daarvoor is het concentreren van zorg in één ziekenhuis geen oplossing.

Voorbeeld Nightingale Ziekenhuizen Verenigd Koninkrijk: Nightingale-ziekenhuizen zijn categoriale COVID-ziekenhuizen, alle met verschillende doeleinden, waarvan sommige als intensive care functioneerden en andere alleen zorg verleenden aan herstellende COVID-patiënten. Het waren geen volledig functionele ziekenhuizen. De NHS beschikte niet over voldoende personeel om alle capaciteit van het Nightingale te benutten vanwege verschillende redenen. Het personeel was niet bereid om te werken in het Nightingale vanwege: beperkte middelen en onduidelijkheid over processen en het werken met minder geschoold personeel vanuit getroffen sectoren zoals stewardessen. Bovendien waren deze ziekenhuizen niet uitgerust om te voorzien in non-COVID zorg, terwijl de meeste patiënten naast COVID 19 ook aan andere ziekten leden.

3. Het concentreren van VVT-COVID-zorg in een COVID-zorghotel.

Ook hier was de bottleneck de beschikbaarheid van verpleegkundig personeel. Het bleek veel effectiever om de ELV-bedden capaciteit binnen bestaande VVT-instellingen te vergroten.

4. Het verplaatsen van verpleegkundig personeel van ZBC's naar ziekenhuizen.

Dit kan effectief zijn voor zover de betreffende verpleegkundigen daarvoor ook al zowel in het ziekenhuis als in de zelfstandige kliniek werkten. Anders is in de praktijk gebleken dat de verschuiving van personeel niet erg effectief is. Het lijkt effectiever om deze verpleegkundigen in hun eigen kliniek in te zetten voor het behandelen van patiënten die voor U4- en U5-zorg naar ZBC's gaan (zie module 6). In de LNAZ-opschalingsfase 3 kan dit echter wel aan de orde zijn. In fase 3 is al het zorgpersoneel nodig om de acute zorg te leveren.

Concluderend: In het algemeen lijkt het effectiever om in crisistijd (bij gebrek aan verpleegkundig personeel) de patiënt naar de verpleegkundige te brengen dan de verpleegkundige naar de patiënt te brengen.

5. Het afschalen van niet IC-afhankelijke U3-, U4- en U5-zorg.

Tenzij dit leidt tot het vrijspelen van IC-capaciteit, nodig is voor de inzet van zorgprofessionals op de IC of COVID-afdeling of afschaling van deze zorg nodig is om de druk op de rest van de zorgketen vanwege vervolgzorg te verlichten. De overblijvende ziekenhuis capaciteit kan in dat geval doorgaan met de niet IC-afhankelijke U3-, U4- en U5-zorg. Dit beperkt de uitgestelde zorg met risico op gezondheidsschade en verergering van ziekte tot gevolg waardoor de afgeschaalde zorg uiteindelijk een hogere urgentie krijgt.

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Inleiding
- 2 Aanpak
- 3 Lessen uit de internationale verkenning
- 4 Landelijke maatregelen
- 5 Regionale en lokale maatregelen

MODULES

- 1 Zuurstof en/of monitoring thuis
- 2 Taakdifferentiatie en opleiding
- 3 Regionale coördinatie en informatie-uitwisseling
- 4A High Flow Nasal Oxygen (HFNO)
- 4B Vervoer van Optiflowpatiënten
- 5 PACU
- 6 ZBC
- 7 Vroeg signalering
- 8 Regionale concentratie in de VVT
- A Regionale concentratie van COVID-IC-zorg
- B High Care Monitoring

- 6 Geleerde lessen over wat niet werkt

- 7 Implementatie

7 Implementatie

Om dit najaar effectief te kunnen zijn, dienen de aanbevelingen van het expertteam zo snel mogelijk in de praktijk te worden gebracht. Het is van essentieel belang dat hier zo spoedig mogelijk een start mee wordt gemaakt.

Het expertteam beveelt het volgende aan:

- **De Minister van VWS** wordt geadviseerd om de ROAZ-voorzitters een opdracht te geven om de implementatie van de modules in hun regio te bevorderen, te ondersteunen en te monitoren en het LNAZ een opdracht te geven om dit proces landelijk te coördineren. De minister wordt geadviseerd ruimte en middelen beschikbaar te stellen aan de ROAZ-voorzitters, de ROAZ-regio's en het LNAZ, zodat zij deze ambitie waar kunnen maken. Het expertteam adviseert de minister om het advies rond de governance en financiering en de landelijke maatregelen uit te voeren en zo de juiste randvoorwaarden te creëren. Waarbij het van belang is dat de Minister samen met de ACM uitspraak doet over de impact die de maatregelen in dit advies hebben op marktwerking. Daarnaast is het van belang dat er helderheid gegeven wordt over de beschikbare subsidies voor 2022 en vanaf 2023.
- **Zorgveld.** De ROAZ-voorzitters wordt geadviseerd met hun regio een implementatieplan op te stellen dat ertoe bijdraagt dat de modules zo snel mogelijk inzetbaar zijn, zodat bij een eventuele nieuwe ervaring van COVID het ROAZ en in de regio actieve zorgaanbieders voorbereid zijn en flexibel kunnen inspelen. In het plan is beschreven hoe zorgaanbieders in de regio worden gestimuleerd en ondersteund om de benodigde stappen te maken. Hierbij is het van belang om afspraken te maken over aanspreekpunten bij vragen vanuit de zorgaanbieders uit de regio. Het LNAZ wordt geadviseerd om dit proces landelijk te coördineren en de voortgang te monitoren.
- **Zorgverzekeraars.** Het expertteam adviseert zorgverzekeraars om, in overleg met zorgaanbieders, tijdig helderheid te geven over de financiering vanaf fase 2D en samen met NZa te rapporteren over hoe de modules te passen zijn binnen de huidige financiering. De zorgverzekeraars zijn betrokken bij de ROAZ-en en doen vanuit die hoedanigheid mee aan het implementeren van dit advies.
- **Het expertteam.** Tot 1 september 2022 zal het expertteam zich inspannen om bij te dragen aan de implementatie van de modules en adviezen. De verschillende modules worden door middel van bijeenkomsten en werkbezoeken onder de aandacht gebracht. Met deze bijeenkomsten, waarin zorgverleners elkaar inspireren met hun innovatieve werkwijzen, wordt publiciteit gegeven aan het belang van implementatie van de betreffende modules. Waar nodig zijn leden van het expertteam bereid om als vraagbaak te fungeren en het veld te ondersteunen.

Uitgangspunt is dat vanaf september 2022 de bijdrage van het expertteam aan het implementeren van de adviezen en modules stopt. VWS, samen met toezichthouders en de LNAZ, nemen vanaf dat moment de monitoring van de implementatie op zich en dragen zorg voor de evaluatie. De LNAZ en de ROAZ-en zullen de kennisuitwisseling tussen regio's en ziekenhuizen stimuleren om structureel te blijven leren van elkaar.

Randvoorwaardelijk voor implementatie is de beschikbaarheid van voldoende zorgprofessionals. Immers, zij zijn bepalend voor de zorgcapaciteit en de mogelijkheden om deze op te schalen wanneer dat nodig is. Binnen het scenario dat de crisiszorg met het huidige zorgprofessionals moet worden geleverd, is het van belang dat het kabinet alles in het werk stelt om deze zorgverleners maximaal te ontzorgen.

De komende maanden zijn cruciaal. Alle betrokken veldpartijen kunnen deze tijd gebruiken om beter voorbereid het volgende COVID-seizoen in te gaan en het hoofd te bieden. Onze adviezen kunnen daarbij helpen, maar het vraagt om actie. Het zorgveld is aan zet om nu van "advies naar actie" te komen. Wij wensen alle partijen daarbij veel energie en inspiratie en waar nodig ondersteunen wij graag bij de implementatie.