

market leaders in
digital transformation

HEALTHCARE

Kortetermijn scenario in verband met de omikronvariant

Analyses en aanbevelingen



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



make
strategy
work



Inhoud

1.	Achtergrond, vraagstelling en scope	3
2.	Scenario's effect omikron op zorgcapaciteit	6
3.	Mogelijkheden voor extra capaciteit	12
	• <i>Huisarts</i>	14
	• <i>Wijkverpleging</i>	17
	• <i>V&V</i>	20
	• <i>Kliniek</i>	22
	• <i>IC</i>	24
	• <i>Overig</i>	25
4.	Randvoorwaarden voor uitvoering	29
5.	Aanbevelingen	38
6.	Verdieping I – Zorgvraagmodel huisartsen en wijkverpleging	46
7.	Verdieping II – Thuismonitoring covidpatiënten	57
	Bijlages	66

1. Achtergrond, vraagstelling en scope



Introductie en vraagstelling

De zorg in Nederland staat al maanden onder grote druk, en de dreiging van het moeten afkondigen van fase 3 uit het Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ is en blijft reëel. Daarbij is de omikronvariant in Nederland aan zijn opmars begonnen en is nog onduidelijk welke impact deze variant op de zorg gaat hebben.

Door de grote mate van onzekerheid over de ontwikkeling van de omikronvariant en de mogelijke effecten op de zorgvraag, wil het ministerie zich voorbereiden op alle mogelijke scenario's die zich in de verschillende sectoren kunnen voordoen.

De vraag vanuit het ministerie van VWS betreft daarom:

- Scenario's opstellen voor de ontwikkeling van de zorgvraag door de omikronvariant en de consequenties hiervan alsook handelingsperspectief
- Toetsen van bestaande plannen en overige voorbereidingen voor fase 3 aan deze scenario's, waarbij aandacht wordt besteed aan mogelijke knelpunten in beschikbaarheid van zorgprofessional, in beschikbaarheid van middelen en in de organisatie
- Komen tot aanbevelingen aan de minister van VWS voor aanscherping en aanvulling van de plannen en overige voorbereidingen voor fase 3 en aanvullende opschaling van zorgcapaciteit

Voor het opstellen van dit advies is gebruik gemaakt van de bestaande plannen in sectoren en regio's. Deze zijn afgelopen jaar onder regie van LNAZ, LCPS en GGDGHOR in alle ROAZ-regio's opgesteld. Prognoses in dit document komen van RIVM, LCPS en GGDGHOR. In lijn met de opdracht vanuit VWS doet IG&H in dit rapport vanuit eigen kennis en expertise aanbevelingen, waarin zo veel mogelijk verschillende perspectieven zijn meegenomen en afgewogen.

Daarnaast zijn, naar aanleiding van tussentijdse rapportages en gesprekken, twee initiatieven in opdracht van VWS verder verdiept: I) inzicht in zorgvraag huisartsen en wijkverpleging, en II) thuismonitoring van covidpatiënten met zuurstof. De verdieping van deze twee onderwerpen is toegevoegd aan het einde van dit rapport.

Scoping initiatieven

Dit advies gaat over initiatieven ter voorkoming van en ter voorbereiding op fase 3



In scope:

- Initiatieven die fase 3 kunnen uitstellen door directe uitbreiding van capaciteit of door betere samenwerking / coördinatie beter gebruik maken van beschikbare capaciteit. Deze initiatieven kunnen snel worden uitgevoerd.
- Maatregelen die in fase 3 de toegankelijkheid van non-covid en covid zorg kunnen borgen of door middel van het verdunnen van zorg uitbreiding van capaciteit kunnen bewerkstelligen
- De focus ligt hierbij op het uitbreiden van zorgcapaciteit op verschillende plekken in de keten en initiatieven die in één of enkele regio's zijn uitgewerkt maar waar op landelijke schaal nog potentie ligt door deze aan huidige regionale plannen toe te voegen.
- Focus op de keten huisartsen, wijkverpleging, intramurale V&V, kliniek en IC. Vooral omdat deze partijen het grootste deel van de opvang van covid-zorg bieden.



Buiten scope:

- Triagecriteria over wie welke zorg ontvangt ten tijden van fase 3 (FMS, NVIC)
- Bestaande spreidingsprocessen door het LCPS / RCPS
- Overige ketenpartijen zoals GGZ en paramedische zorg aangezien deze partijen niet direct opvang van covid-zorg bieden (met uitzondering van intramurale GGZ die in het kopje intramurale V&V wordt meegenomen)

2. Scenario's effect omikron op zorgcapaciteit



Huidige situatie

Onzekerheid over ziekmakendheid van omikron en over effect zorgvraag buiten ziekenhuis

Onzekerheden bij huidige prognoses

1



Ziekmakendheid omikron onbekend

- Vanuit Denemarken, UK en Zuid-Afrika komen verschillende beelden over hoe ziekmakend omikron is. De eerste besmettingen treffen een niet-representatieve groep qua leeftijd en vaccinatiestatus. De kennis hierover neemt van week tot week toe.

2



Keteneffecten onbekend

- Er is onvoldoende goed gekwantificeerd inzicht in de capaciteit van de zorg buiten het ziekenhuis, waaronder huisartsenzorg en VVT. Ook de mate waarin zij nog kunnen opschalen is onbekend
- Daarbij is er weinig bekend over het effect van omikron op de zorgvraag bij huisartsen en in de wijkverpleging

Scenario's effect omikron op zorgcapaciteit

In deze rapportage gaan we uit van twee scenario's waarbij ziekmakendheid van omikron varieert t.o.v. delta

Scenario's zijn opgesteld a.d.h.v. de RIVM inzichten van eind december 2021

< Ziekmakendheid omikron > Gelijk aan delta of meer Minder dan deltavariant	3. Indammen lukt <ul style="list-style-type: none"> • Ofwel door beduidend hogere vaccinatiegraad dan nu • Ofwel door beduidend betere naleving van maatregelen 	1. Grote druk op gehele zorg¹ <ul style="list-style-type: none"> • Omikron is even ziekmakend als Delta-variant • Boostercampagne 80% t.o.v. primaire serie • Iedereen houdt zich in dezelfde mate aan de maatregelen als nu • Besmettelijkheid is zo'n 2,5x hoger 	Scenario's met nog hogere verspreiding zijn onwaarschijnlijk, zorg overspoelt direct waardoor eerder hardere lockdowns in samenleving nodig zijn
	4. We houden het vol <ul style="list-style-type: none"> • Omikron is minder ziekmakend en verspreidt zich minder snel, huidige resultaten spreken dit tegen 	2. Druk vooral op eerste lijn² <ul style="list-style-type: none"> • Omikron is minder ziekmakend dan Delta-variant • Boostercampagne 80% of meer t.o.v. primaire serie • Iedereen houdt zich in dezelfde mate als voorheen aan de maatregelen • Besmettelijkheid is zo'n 2,5x hoger 	
< Verspreiding van het virus > (door besmettelijkheid omikron of naleving maatregelen)			



Monitoring enorm belangrijk

- Timing en type maatregelen hangen af van scenario, m.n. tijdig inzicht in ziekmakendheid is daarin belangrijk.
- Zicht op verspreiding van virus is al belegd bij RIVM, door besmettingen, virusload in rioolwater, onderzoek naleving maatregelen

¹ Aannames RIVM prognoses 18 december 2021

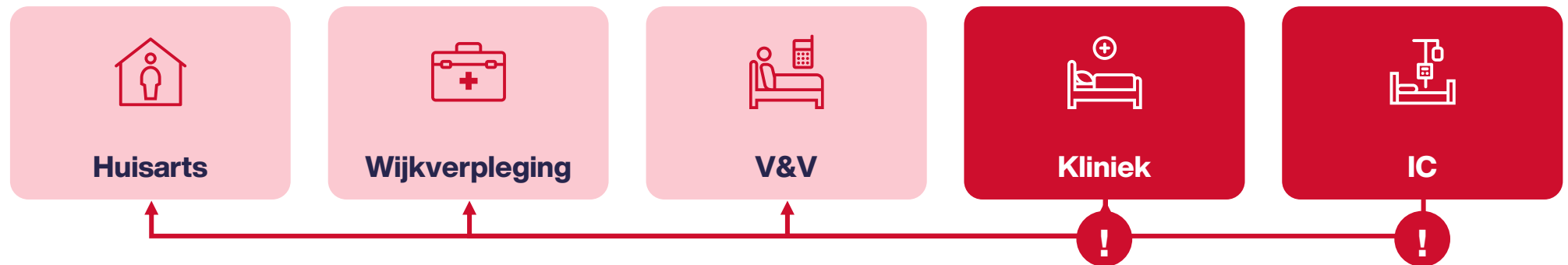
² Aannames RIVM prognoses 18 december 2021 met aanpassing voor ziekmakendheid Omikron

Scenario 1 | uitgangspunt RIVM

Eerste knelpunt ligt bij SEH en ziekenhuizen, overloopeffect naar eerste lijn en VVT

Wat gebeurt er?

- Instroom in gehele zorg neemt toe, maar eerste knelpunt is IC-capaciteit. SEH en klinieken stromen vol, paraatheid van ambulances neemt af
- Overloopeffect naar andere ketenpartijen, gericht op minder opnames in het ziekenhuis en snellere uitstroom van patiënten
- Opschalen van capaciteit in gehele keten noodzakelijk



Scenario 2 | druk voornamelijk op de eerste lijn

Eerste knelpunt bij huisartsen en wijkverpleging, druk op ziekenhuizen blijft hoog

Wat gebeurt er?

- Vooral mensen met relatief milde klachten, melden zich bij huisarts. Overloop naar andere ketenpartijen in eerste lijn.
- Zwaardere zorg voor ouderen met wijkverpleging
- Door hoge aantallen besmettingen neemt instroom in ziekenhuis toe, druk blijft hoog maar er is minder doorstroom naar de IC



Laatste prognoses en te verwachte impact op de keten

Combinatie van scenario 1 en 2: eerste knelpunt bij wijkverpleging, huisartsen en V&V, daarna ook in de ziekenhuizen

De laatste verwachting (OMT-advies van 3 januari 2022) is dat piek in ziekenhuisopnames zich eind januari zal voordoen en dat de hoogte van de piek niet hoger zal zijn met de vierde golf van november – december 2021 (~620 covid IC bedden)

We weten nog niet precies hoe de golf van besmettingen met de omikronvariant zich zal vertalen in de vraag naar huisartsenzorg en wijkverpleging. Het OMT verwacht dat van de omikronvariant mensen minder ernstig ziek worden, maar door de zeer grote aantallen besmettingen zet het de zorg toch onder grote druk. Met zeer hoge besmettingsgetallen neemt ook de druk op de zorg toe, ook al is het percentage besmettingen door omikron dat tot ziekenhuisopname leidt in sommige onderzoeken de helft tot twee derde lager dan bij de deltavariant ¹.



Onze verwachting is dat de problemen zich als eerste voordoen in de wijkverpleging, aangezien daar de druk momenteel al zeer hoog is en er weinig mogelijkheden zijn tot op-/afschaling. Ook huisartsen en V&V krijgen te maken met een hogere druk, deels door meer covidpatiënten en deels doordat door het uitstellen van non-covid ziekenhuiszorg de zorgvraag in de eerste lijn terecht komt. Ook is de uitval van personeel in de hele keten door de hogere besmettelijkheid (en de quarantaine die daarop volgt) niet goed in te schatten. Als de uitstroom en doorstroom belemmerd wordt in de eerste lijn levert dit vervolgens ook aanvullende capaciteitsproblemen in de ziekenhuizen op voor zowel covid als non-covidzorg.

De initiatieven die in het volgende hoofdstuk worden beschreven verhogen de capaciteit of efficiëntie op verschillende plekken in de keten. Afhankelijk van het meest voordehandliggende scenario kan prioriteit worden gegeven aan verschillende initiatieven.

3. Mogelijkheden voor extra capaciteit

Dare. Do. **Win**

Choose Challenge Change
Think Big, Think Digital
Speak to Inspire
Care to Dare
Build Trust



Mate van onzekerheid in prognoses het grootst bij huisartsen en wijkverpleging

Prognoses veelal onzeker

Er is veel onzekerheid wat de impact van de omikronvariant op de zorgvraag zal zijn. Voor de kliniek, IC en V&V-instellingen wordt data reeds centraal verzameld en aangewend voor het maken van prognoses en scenario's door o.a. RIVM, LCPS en GGD-GHOR. Voor de huisartsenzorg en wijkverpleging geldt dat er maar zeer beperkt en sterk versnipperd kwantitatieve informatie voorhanden is. Dit terwijl covid ook impact heeft op de huisartsenzorg en wijkverpleging, via:

1. **Directe instroom** van covidpatiënten in de eerste lijn
2. **Doorstroom van covidpatiënten** vanuit het ziekenhuis, doorstroom versnelt wanneer de ziekenhuis capaciteit ontoereikend is, o.a. inzet van thuismonitoring (afhankelijk van regionale afspraken medische eindverantwoordelijkheid)
3. **Minder instroom in de ziekenhuizen;** door het niet langer leveren van minder urgente zorg in ziekenhuizen blijven/worden mensen die op een operatie wachten afhankelijk van de eerste lijn, met risico op verslechtering en zwaardere zorgvraag
4. **Uitstroom van non-covidpatiënten** door het leveren van hogere mate van inhaalzorg wordt druk op de eerste lijn hoger (o.a. revalidatie)

Het verloop van de zorgvraag zal afhangen van de besmettelijkheid van de virusvariant (zie slide 8). Als de variant een mild(er) verloop kent, zal instroom met name direct plaatsvinden en zullen besmettingen als proxy kunnen dienen om een voorspelling te kunnen maken. Indien de virusvariant ziekmakend(er) is, dient ook rekening gehouden te worden met de doorstroom, bezetting en capaciteit van ziekenhuizen. Voor een nauwkeurige prognose zijn dus ook deze cijfers noodzakelijk.

AANBEVELING

- Het is noodzakelijk om de regionale situatie bij huisartsen en in de wijkverpleging nauwlettender te monitoren om op tijd maatregelen te kunnen nemen zodra continuïteit onder ernstige druk komt te staan. Zeker wanneer een nieuwe virusvariant een milder verloop kent en de instroom in ziekenhuis geen goede proxy is voor de druk in de eerste lijn.
- Het Nivel is al gepositioneerd om dataverzameling en monitoring voor de huisartsenzorg in te richten. Er ontbreekt echter nog een concrete opdracht. Advies dat VWS het Nivel de concrete opdracht geeft om de dataverzameling en monitoring voor de huisartsenzorg in te richten
- NZa heeft ervaring met het steekproefsgewijs ophalen van data in de thuiszorg. Advies dat VWS opdracht geeft om zo'n soort steekproef op grotere schaal uit te voeren (zie ook verdieping zorgvraagmodel vanaf pagina x)
- Deze monitoring zou ook gedeeld moeten worden met de GGD GHOR t.b.v. het ketenbrede prognosemodel

Zie ook verdieping zorgvraagmodel vanaf pagina 46



Huisarts

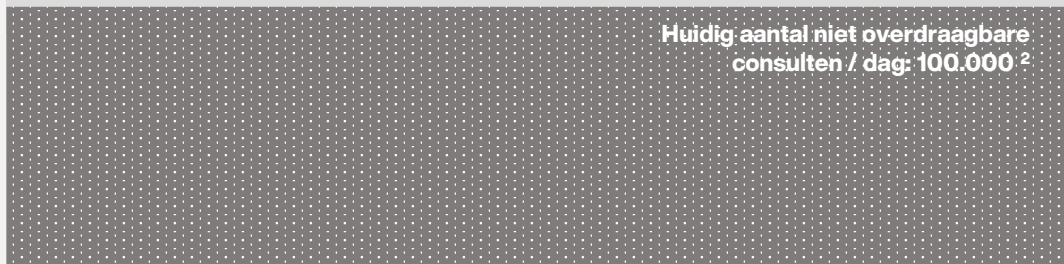
CAPACITEIT

Capaciteit in aantal consulten per dag



In noodsituatie kan de zorg regionaal eventueel nog verder worden verschaald en het aantal consulten worden opgehoogd.

- 1 Aanvullbare capaciteit voor ziekenhuis verplaatste zorg en covid-zorg door het uitstellen van U4 en U5 zorg: 170.000 ^{2,3}
In de tijd van 170.000 reguliere consulten kan de helft aan covid / uitgestelde zorgconsulten worden gedaan wat neerkomt op ~85.000 consulten



■ Capaciteit voor niet verplaatsbare zorg

— Additionele capaciteit

AANBEVELING

- 1 Motiveer via landelijke en regionale campagnes dat mensen met klachten eerst hun klachten via thuisarts.nl of de moetiknaardedokter-app opzoeken en het advies opvolgen, om zo ruimte te creëren voor covid-zorg en zorg die niet meer in het ziekenhuis geleverd kan worden. Mogelijk kan een crisisvariant van thuisarts.nl nog enige aanvullende verlichting op de HA-praktijk bieden in fase 3.
- 2 Ook voor de huisartsenzorg kan het inzetten op wijkverpleginghotels bijdragen aan het efficiënt inzetten van capaciteit. Door patiënten met een zware zorgvraag op één plek te concentreren. Bijvoorbeeld patiënten met zuurstof thuis.

1 Uitgangspunt is dat de zorgvraag evenredig toeneemt met de covid-druk in de ziekenhuizen (zie prognose LCPS / GGDGHOR)

2 Inventarisatie LHV, NIVEL, NZA: van de 270.000 consulten per dag, is ~35% niet 'overdraagbaar', de overige 65% kan in geval van crisis m.b.v. zelfzorgadvies & mantelzorg worden verplaatst.

3 Consulten voor ziekenhuis verplaatste zorg en covid zorg duren gemiddeld 2x zo lang

4 Getoetst bij huisarts en LHV

Verdieping huisarts (1/2)

Huisartsen hebben een Huisartsen Rampen Opvang Plan (HaROP). In deze plannen wordt eenduidig beschreven wat huisartsen in de verschillende fase van crisis doen om de continuïteit van zorg zo veel mogelijk te borgen. De ervaring leert dat vanuit de eigen praktijk het meest en het meest flexibel zorg geleverd kan worden. In het HaROP wordt beschreven dat in tijd van fase 3 de praktijken afschalen (bijv. op niet urgente zorg) en opschalen (bijv. praktijken samenvoegen of via de HAP overdag). Ook dan blijf je zo dicht mogelijk bij de huidige praktijk.

Aanvullend aan deze plannen zien we dat regio's in een aantal gevallen aanvullende initiatieven hebben opgezet. Deze initiatieven zijn afhankelijk van de regionale context en kunnen mogelijk in andere regio's ook als inspirerend voorbeeld dienen. Bijvoorbeeld:

- Creëer een centraal huisartsen visite team, dat patiënten met covid-gerelateerde klachten thuis op kan zoeken. Daarnaast kan verdere winst behaald worden door (covid)patiënten op één locatie te concentreren om reistijd voor de huisarts te minimaliseren.

1 ZELFZORGADVIES

- Publiekscampagne om in fase 3 bij minder ernstige klachten thuisarts.nl of de moetiknaardedokter-app te raadplegen en dit advies op te volgen. Het zelfzorgadvies vermindert de druk op de huisarts voor klachten die als 'urgentiëklassen U4 & U5' getypeerd kunnen worden, dit betreft 65%¹ van de reguliere consulten. Huisartsenpraktijken kunnen zelf ook op website / telefonisch bandje adviseren eerst de site/app te bezoeken.
- Licht burgers goed in over de gevolgen van het afschalen van U4 en U5-zorg en het uitbreiden van zelfzorg door middel van publiekscampagnes
- Deze capaciteit wordt dan aangewend voor consulten voor covidpatiënten en patiënten die versneld zijn doorgestroomd vanuit het ziekenhuis. Deze consulten duren twee keer zo lang gezien de zorgzwaarte. Dit resulteert in 85.000^{1,2} consulten / dag
- Om in fase 3 'U4- en U5-zorg' zoveel mogelijk buiten de huisarts te houden kan worden overwogen om een crisisvariant van thuisarts.nl te ontwikkelen. De crisisvariant zorgt ervoor dat patiënten, sneller dan eigenlijk regulier medisch gewenst, een zelfzorgadvies krijgen i.p.v. dat ze ingestuurd worden naar de huisarts
- Om druk van vragen van patiënten op de huisartsenpraktijk te verlagen kan in de publiekscampagne worden verwezen naar andere kanalen voor vragen en zelfzorgadvies die op dat moment niet door een huisarts beantwoord hoeven te worden, bijv. een hulplijn van het Rode Kruis

1. Inventarisatie bij LHV en getoetst bij huisarts

2. Gebaseerd op NIVEL cijfers uit 2019



Verdieping huisarts (2/2)

2 WIJKVERPLEGINGHOTELS

- We zien in een aantal regio's (3) dat er plannen klaarliggen om centraal locaties in te regelen waar wijkverpleging geleverd wordt voor covid-zorg en/of palliatieve zorg.
- Doelgroep van deze wijkverpleginghotels zijn patiënten die niet thuis kunnen blijven of nog niet naar huis kunnen gaan, of patiënten met een dusdanige grote zorgvraag dat de inzet van mensen en middelen effectiever mogelijk is door verblijf op een centrale locatie. Dit kan dus ook gelden voor patiënten die zuurstof behandeling thuis ontvangen.
- Ook voor de huisartsenzorg kan het centraliseren van patiënten in wijkverpleginghotels een goed idee zijn om huisartsen zo efficiënt mogelijk in te zetten en reistijd te besparen.
- Bekijk per regio wie de medische verantwoordelijkheid heeft binnen dit initiatief. Dit kunnen bijvoorbeeld huisartsen, revalidatieartsen, specialist ouderengeneeskunde of A(N)IOS uit het ziekenhuis zijn

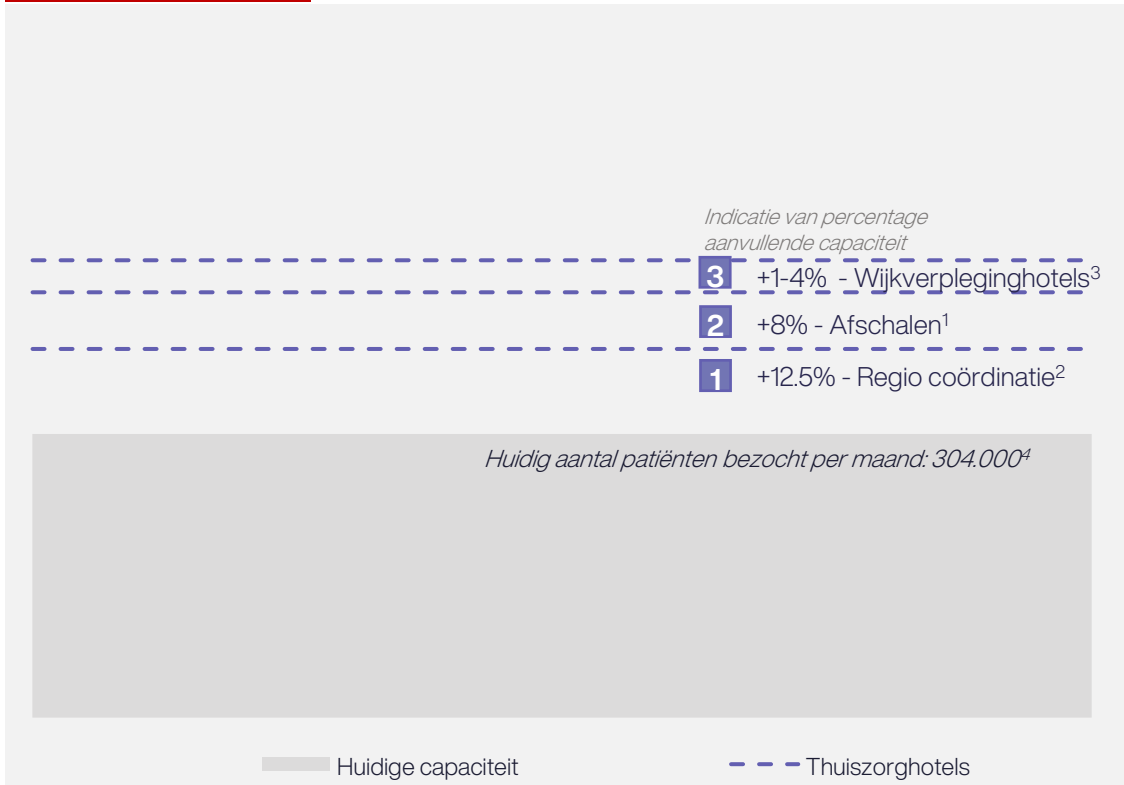
Zie voor verdere verdieping op wijkverpleginghotels pagina 19

Wijkverpleging

Definitie van wijkverpleging: ZVW-zorg excl. ELV-bedden en WMO-ondersteuning

CAPACITEIT

Capaciteit in aantal patiënten bezocht door wijkverplegingsmedewerkers per maand



AANBEVELING

- 1 Richt centrale coördinatie per (sub)regio in en zorg dat ook kleinere partijen hier in beeld zijn en laagdrempelig kunnen aansluiten:
 - Coördineer de inzet van de wijkverpleging per buurt
 - Bundel de teams van verschillende organisaties en zet ze efficiënt in
- 2 Gebruik de centrale coördinatie ook om de afschaling van wijkverpleging gezamenlijk en gelijktijdig te doen en dezelfde type zorg te verschuiven naar mantelzorgers
 - Versterk de inzet van mantelzorgers door in publiekscampagnes een nadrukkelijk beroep te doen om hulp te bieden
- 3 Concentreer de wijkverpleging voor bepaalde doelgroepen van patiënten met thuiszorgbehoefte in regionale wijkverplegingshotels om druk op wijkverpleging te verminderen (o.a. minder reistijd)

1 Op basis van inschatting door Wijkverplegingorganisaties uitgaande van 10% afschaling bij persoonlijke verzorging (opgehaald bij veldpartijen)

2 Uitgaande van 25% reistijd en aanname dat de helft door slimme routes kan worden bespaard (opgehaald bij veldpartijen)

3. Op basis van extrapolatie van regio cijfers over zorghotels en aanname van 25% reistijd en 25% meer efficiëntie (opgehaald bij veldpartijen)

4. Gebaseerd op cijfers van Vektis uit 2018

Verdieping wijkverpleging (1/2)

1 REGIOCOÖRDINATIE

- Ter voorkoming van een fase 3 de coördinatie en inroostering van wijkverpleegkundigen concentreren om op deze manier de meest efficiënte inzet van medewerkers te realiseren. In de wijkverpleging is het bijvoorbeeld mogelijk om routes samen te voegen. Dit kan tot een efficiëntieslag van ~12,5% leiden². Deze coördinatie is niet eenvoudig in te richten; met behulp van grote thuiszorgaanbieders of commerciële partijen (zoals Randstad) is dit wel te organiseren. Besteed hierbij aandacht aan de nodige randvoorwaarden, zoals o.a. juiste ICT ondersteuning
- In grootstedelijk gebieden zijn naast de grote wijkverpleging organisaties ook veel kleinere wijkverpleging organisaties en eenpitters. Door de grote hoeveelheid aan wijkverpleging-aanbieders zijn deze partijen vooral in het grootstedelijk gebied niet allemaal in beeld bij het RO(N)AZ en de ketenpartijen. Advies aan de RO(N)AZ is om deze kleine partijen in beeld te krijgen (bijvoorbeeld door oproep aan partijen om zich aan te melden, via ZorgthuisNL of met behulp van zorgverzekeraars) en zorg dat deze partijen ook laagdrempelig kunnen aansluiten bij regionale coördinatie.

2 AFSCHALEN

- Door de huidige krapte binnen de wijkverpleging is het naast de huidige afschaling beperkt mogelijk om op te schalen in capaciteit zonder af te schalen in de zorg die momenteel wordt geleverd.
- Bij het afschalen van wijkverpleging vindt er een verschuiving van de zorgtaken plaats van de wijkverpleging naar mantelzorgers. Risico is dat ook extra zorgvraag bij huisartsen komt, dus goede regionale afstemming is noodzakelijk
- Zorg dat deze afschaling in fase 3 bij de verschillende wijkverpleging organisaties in dezelfde regio gelijktijdig verloopt en goed gematcht is met de zorgvraag zodat patiënten dezelfde type zorg wel of niet ontvangen

² Uitgaande van 25% reistijd en aanname dat de helft door slimme routes kan worden bespaard (opgehaald bij veldpartijen)

Verdieping wijkverpleging (2/2)

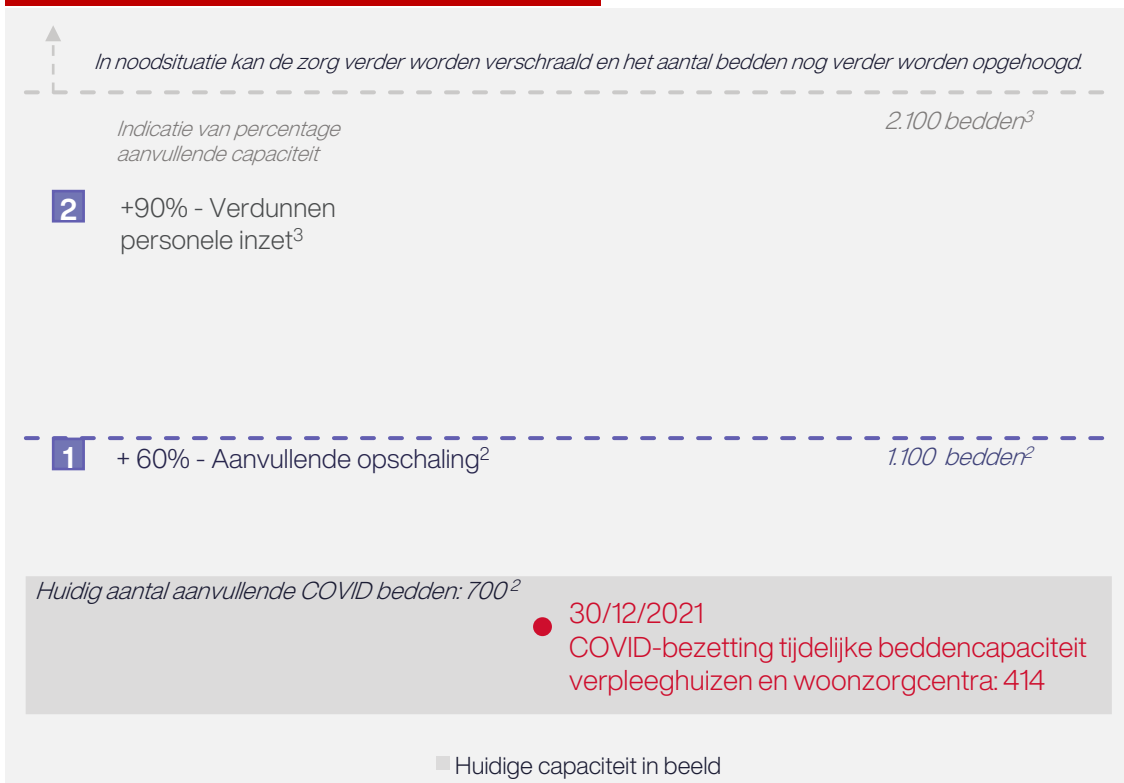
3 WIJKVERPLEGINGHOTELS

- Daarnaast zien we in een aantal regio's (3) dat er plannen klaarliggen om centraal locaties in te regelen waar wijkverpleging geleverd wordt. Dit kunnen hotels zijn maar dit kan ook op andere locaties bijvoorbeeld in een lege vleugel van een V&V-instelling. In deze plannen zien we dat dit alleen efficiënt kan als mantelzorgers worden betrokken bij deze locaties en vrijwilligers (bijvoorbeeld van het Rode Kruis) worden ingezet.
- Doelgroep van deze wijkverpleginghotels kan per regio verschillen. Regionaal kan besproken worden welke groep patiënten hier in de regio voor in aanmerking komen om dit druk verlagend te laten zijn voor de wijkverpleging (effectievere inzet van mensen en middelen kan leiden door het verblijf op een centrale locatie te organiseren). Naast de efficiënte inzet van wijkverpleging leidt dit mogelijk ook tot een efficiënte inzet van huisartsen.
- Op basis van enkele regionale plannen voor wijkverpleginghotels is een inschatting gemaakt dat indien elke regio in Nederland wijkverpleginghotels in zou richten die qua omvang overeen komen met de nu bestaande plannen dit tot in ieder geval 6.700¹ bedden in wijkverpleginghotels per maand kan leiden. Aangezien de reistijd van wijkverpleegkundigen al snel 25%¹ van hun werktijd in beslag neemt kan dit voor efficiënter gebruik van hun tijd leiden. Daarnaast is aangenomen dat personeel in wijkverpleginghotels hun tijd tot 25%¹ efficiënter in kan zetten.
- Risico bij wijkverpleginghotels is dat mantelzorgers niet meeverplaatsen en minder zorg op zich nemen, waardoor wijkverpleegkundigen meer taken krijgen; van belang om een campagne te starten voor belang van mantelzorg, ook buiten de thuisomgeving. Ook vrijwilligers van het Rode Kruis kunnen een rol spelen bij praktische ondersteuning, aandacht voor patiënten en het inzetten van ADL-vrijwilligers om zorgpersoneel te ontlasten.

1. Op basis van extrapolatie van regio cijfers over zorghotels en aanname van 25% reistijd en 25% meer efficiëntie (opgehaald bij veldpartijen)

ZORGVRAAG & CAPACITEIT

Capaciteit in aantal COVID bedden in V&V



1 Eerste simulatie op basis van analyse LCPS / GGDGHOR

2 Inventarisatie GGDGHOR

3 Op basis van inschatting 3 veiligheidsregio's in huidige plannen

* Zorgvraag is gebaseerd op prognoses van het RIVM/LCPS van 17-12-2021

AANBEVELING

- 1 Met het behoud van de huidige kwaliteit van zorg is er nog best wat ruimte in de intramurale V&V instellingen, zowel qua bedden als personeel.
- 2 Door het verdunnen van zorg binnen de muren van de instellingen kan er nog extra ruimte worden gecreëerd. Zorg voor een heldere (regionale) definitie van af te schalen zorg en welke rol mantelzorg/ vrijwilligers daarbij kan spelen
 - Zorg dat het zuurstofoverleg op de hoogte is van de locaties waar mogelijk grootschalig wordt opgeschaald zodat hier gekeken kan worden naar andere manieren van zuurstoftoediening dan middels schaarse capaciteit (zuurstofconcentratoren) en personeel zuurstofleveranciers, huisarts, wijkverpleegkundige
 - Zorg dat er regionaal (en landelijk) goed zicht is op de (beschikbare) V&V capaciteit en zorg dat ook de kleinere V&V instellingen in de regio in beeld zijn en koppel deze evt. aan grote instellingen die in het RONAZ aan tafel zitten

Verdieping V&V

1 OPSCHALING

Met huidige kwaliteitseisen is nog best wat ruimte in de intramurale V&V instellingen (zie pagina 20). Daar bovenop kan door het verdunnen van zorg, het leveren van minimale zorg¹, binnen de muren van de instellingen nog extra ruimte worden gecreëerd.

Kleine partijen

- In grootstedelijk gebied zijn naast de grote V&V-organisaties ook veel kleinere V&V-organisaties met bijvoorbeeld één locatie actief
- Door de grote hoeveelheid aan V&V aanbieders zijn deze partijen niet allemaal in zicht bij het RO(N)AZ (vooral in het grootstedelijk gebied)
- Ervaring leert dat in deze instellingen ook nog capaciteit beschikbaar is die voor COVID-zorg kan worden ingezet

Zuurstof Bij een grote stijging van de zorgvraag, is er mogelijk een tekort aan zuurstofconcentratoren. Locaties waar andere manieren van zuurstoftoediening plaats kunnen vinden zijn daarom mogelijk een uitkomst voor grootschalige opschaling

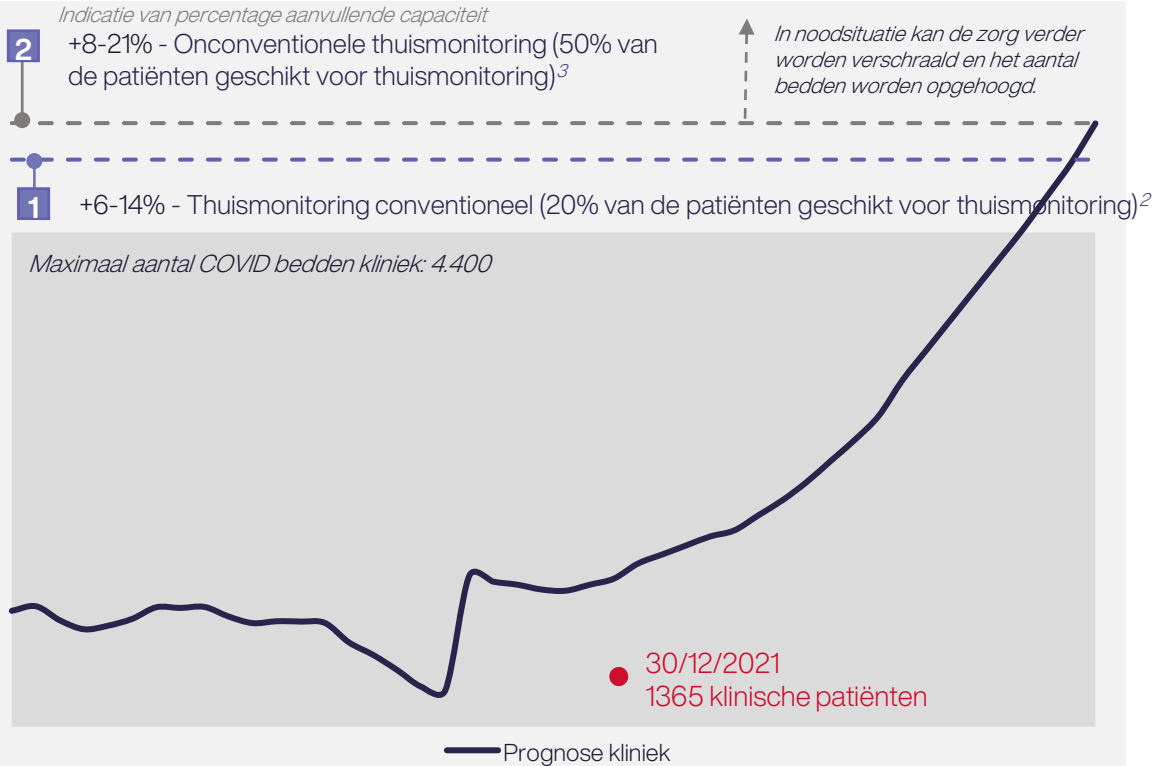
Locaties De V&V-instellingen (inclusief ELV en GRZ) kiezen er allemaal voor om nooduitbreiding van zorgcapaciteit d.m.v. verdunning van personele inzet binnen de muren van de instellingen te doen. Ervaringen uit eerdere golven hebben geleerd dat concentreren op locaties waar al zorg wordt geleverd beter werkt dan dit op externe locaties in te richten omdat:

- Faciliteiten op externe locaties niet optimaal zijn. Deze locaties zijn niet als zorglocaties ingericht waardoor het ontbreekt aan middelen en systemen. Inrichten van deze locaties kost daardoor veel tijd
- Personeel vaak de beperkende factor is dat juist efficiënter ingezet kan worden binnen de muren van de instellingen
- Medische verantwoordelijkheid op afstand risico's met zich meebrengt (medisch en juridisch)
- Er geen aanvullende financiële afspraken nodig zijn

Kliniek

ZORGVRAAG & CAPACITEIT

Capaciteit in aantal COVID bedden in kliniek



AANBEVELING

- 1** Zorg dat thuismonitoring van covid patiënten met zuurstof landelijk toegepast wordt. Thuismonitoring zorgt voor een afname van de druk op de kliniek, zonder de 1e lijn te belasten (indien het ziekenhuis medisch eindverantwoordelijk blijft). Ook creëert het ruimte in ziekenhuizen voor (non-covid) inhaalzorg. Nu bieden niet alle ziekenhuisorganisaties thuismonitoring aan. Een eerste inschatting laat zien dat niet meer dan de helft van de ziekenhuizen vroegtijdig ontslag aanbiedt aan covidpatiënten.¹ Thuismonitoring kan breder worden opgeschaald. Richt het monitoren van de covidpatiënten thuis en het opvolgen van de zorgvragen efficiënt in door monitoring en opvolging zo veel mogelijk regionaal te organiseren.
- 2** Onconventionele thuismonitoring (50% van de patiënten geschikt voor thuismonitoring)

¹ Beschouwing door Isala Connected Care Center

² Verschillende studies geven verschillende percentages aan m.b.t. het aantal patiënten dat geschikt is voor thuismonitoring. Uitgegaan van het gemiddelde dat bij 20% van de Covidpatiënten 2 tot 5 dagen vroegontslag mogelijk is

³ Verschillende ziekenhuizen (o.a. St. Antonius Ziekenhuis, UMCU en JBZ) geven aan dat bij verdunning van zorg bij minimaal 50% van de covidpatiënten uit de kliniek thuismonitoring toegepast kan worden

* Zorgvraag is gebaseerd op prognoses van het RIVM/LCPS van 17-12-2021

Verdieping kliniek (1/2)

1 THUISMONITORING COVID PATIËNTEN MET ZUURSTOF

Zie ook verdieping thuismonitoring vanaf pagina 57

- Thuismonitoring van patiënten met zuurstof zorgt voor ruimte in de ziekenhuizen voor ernstig zieke patiënten, zowel corona- als niet-coronapatiënten, door een verminderde instroom van patiënten (preklinisch vanuit huisarts en SEH) en een betere doorstroom uit het ziekenhuis. Daarnaast zorgt het voor een hoge patiënttevredenheid
- De ziekenhuizen die patiënten thuismonitoren doen dit allemaal via het ‘vervroegd ontslag’ zorgpad. Enkele ziekenhuizen bieden thuismonitoring ook via de SEH aan (o.a. Jeroen Bosch, Albert Schweizer, LUMC, Reinier de Graaf, Lange Land, Alrijne en CWZ), en weinig ziekenhuisregio’s bieden momenteel thuismonitoring via de huisarts aan (Isala, WZA en UMCU)¹. Thuismonitoring kan dus nog veel verder worden opgeschaald in Nederland. In het model van Isala doet thuismonitoring geen beroep op Wijkverpleging, en worden coassistenten en verpleegkundigen vanuit het ziekenhuis ingezet om patiënten thuis te bezoeken indien nodig
- Verschillende ziekenhuizen hebben onderzoek gedaan naar het aantal dagen vroegontslag. Het aantal dagen vroegontslag verschilt per onderzoek. In de berekeningen is uitgegaan dat 2-5 dagen vroegontslag mogelijk is. Dit is in lijn met de onderzoeken die gedaan zijn in het St. Antonius Ziekenhuis en Maasstad. Bij de berekening omtrent de extra beddencapaciteit is gerekend dat 20% van de opgenomen patiënten geschikt zijn voor thuismonitoring. Het St. Antonius Ziekenhuis geeft aan dat rond de 30% van de opgenomen patiënten met COVID als opnamereden geschikt zijn voor een vroeger ontslag en thuismonitoring. Bij een toename op de beddendruk is dit uit te breiden tot 50%
- Een studie in het Isala laat zien dat bij ongeveer 40% van de gemonitorde preklinische patiënten een opname is kunnen voorkomen, van gemiddeld 3 ligdagen per patiënt⁷
- Volgens verschillende partijen uit het veld, kan de thuismonitoring op korte termijn snel groots opgeschaald worden. Bij de uitrol moet goed gekeken worden naar de beschikbare capaciteit van de zuurstofapparaten en de beschikbare capaciteit van de wijkverpleging en O2 leveranciers. Ook organisaties als het Rode Kruis kunnen een rol spelen bij de ondersteuning van patiënten met thuismonitoring.
- In week 50 ontvingen ruim 2.500 COVID patiënten zuurstof thuis

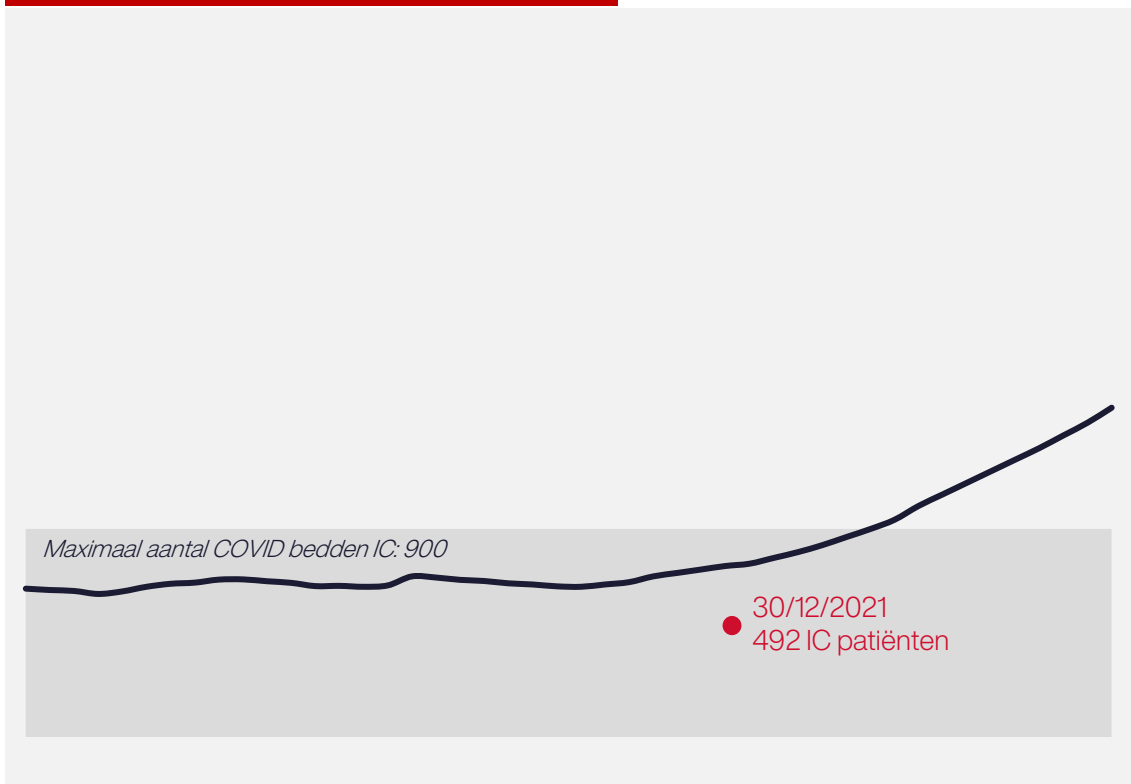
2 Indien de zorg in fase 3 komt, kan onconventionele thuismonitoring toegepast worden. Patiënten gaan hierdoor eerder naar huis dan (medisch inhoudelijk) gewenst²

¹ Beschouwing door Isala Connected Care Center

² Verschillende ziekenhuizen (o.a. St. Antonius Ziekenhuis, UMCU en JBZ) geven aan dat bij verdunning van zorg bij minimaal 50% van de covidpatiënten uit de kliniek thuismonitoring toegepast kan worden

ZORGVRAAG* & CAPACITEIT

Capaciteit in aantal COVID bedden op IC



AANBEVELING

- Laat positief getest IC-personeel zonder klachten en eventueel met milde klachten werken in persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)
- De afschaling van non-covidzorg (i.c.m. fair share aan COVID-zorg) verschilt sterk per regio. Advies om de verschillen te onderzoeken, de redenen te achterhalen en te komen tot een advies hoe de non-covidzorg zo goed mogelijk geborgd kan worden.

Overig: Zuurstofvoorziening thuissituatie

Huidige beschikbaarheid stationaire zuurstofconcentratoren nu toereikend

Door de aanschaf van 2.500 stationaire zuurstofconcentratoren (SOC) in 2020 en 2021 kan voorzien worden in de piekbehoefte van 2.500 covidpatiënten, zonder aanspraak te maken op de reguliere zorg (o.a. COPD).

In week 50 ontvangen ca. 2.500 covidpatiënten zuurstof thuis. Vanaf week 49 is dit aantal, na een periode van stijging, stabiel gebleven.

Piekbelasting neemt naar verwachting toe, huidige voorraad ontoereikend

De maximale piekbelasting voor zuurstof thuis komt door de onzekerheid van de Omikron variant en het feestdagen-effect, uit op ca. 7.100 patiënten, uitgaande van een piekbezetting op de kliniek en een gelijkblijvende verhouding tussen instroom via huisarts en ziekenhuis¹.

Deze inschatting komt overeen met de inschatting van het zuurstofoverleg. Op basis van deze inschattingen ontstaat op het piekmoment een verschil van ca. 4.500 SOC's.

Beperkt alternatieven mogelijk in V&V om schaarse SOC's vrij te spelen

Mocht het aantal covidpatiënten dat zuurstof in de thuissituatie nodig heeft verder stijgen, zijn er beperkt alternatieven beschikbaar die bij voorkeur gebruikt worden in verpleeg- en verzorgingshuizen: vloeibare zuurstof (LOX) en medicinale zuurstof (10 liter cilinders). SOC's die daardoor vrijkomen kunnen in de thuissituatie worden ingezet.

Om dit te coördineren is het belangrijk dat het zuurstofoverleg op de hoogte is van locaties waar mogelijk grootschalig wordt opgeschaald. Daarnaast is wellicht inzet van Defensie nodig voor transport.

AANBEVELING

Toets de op te stellen plannen voor uitbreiding thuismonitoring ten alle tijden aan de beschikbare SOC's

Overig: Zorgcoördinatiecentrum (ZCC) in tijden van crisis

Zorgcoördinatie in crisistijd

ROAZ regio's hebben plannen gemaakt voor op- en afschaling en in diverse regio's zijn goed werkende regionale coördinatie vormen opgezet. Maar dit geldt niet altijd voor iedere regio.

In tijden van crisis neemt het belang van (regionale) zorgcoördinatie over de hele zorgketen toe, om **door samenwerking schaarse capaciteit zo effectief mogelijk in te zetten**. Dat kan betekenen dat dit voor een individuele patiënt niet optimaal is, maar vanuit landelijk en/of regionaal perspectief wel de best mogelijke optie is. LNAZ heeft ook aangegeven dat een ZCC in tijden van crisis van belang is; alle partijen in het RO(N)AZ dienen een actieve bijdrage te leveren. Zorgaanbieders die hier niet in willen samenwerken dienen een aanwijzing te krijgen door IGJ of NZA.

Doelen zorgcoördinatie in crisistijd



Instroom afbuigen

Instroom nieuwe (acute) patiënten waar mogelijk afbuigen naar andere plek in de zorgketen, zoveel mogelijk behouden in de thuissituatie.



Doorstroom optimaliseren

Doorstroom in hele keten coördineren zodat capaciteit van elke zorgpartij zo effectief mogelijk wordt benut (evt. d.m.v. regionale / landelijke spreiding).



Uitstroom bevorderen

Zo snel mogelijk capaciteit vrijspelen voor andere patiënten.

Functies ZCC in crisistijd

Triage: Eenduidige triage en gecoördineerde instroom waarbij alle samenwerkende zorgaanbieders binnen het ZCC dezelfde taal spreken, ondersteund door een gezamenlijk basis triageprotocol.

Passende zorginzet: Professionals met ketenbrede expertise (o.a. specialist ouderen-geneeskunde en verpleegkundig perspectief) bepalen de passende zorginzet o.b.v. medisch-gerelateerde beslissingen.

Regie vervolgzorg: Het ZCC heeft regie over zorgopvolging naar een andere plek in de keten.

24/7 bereikbaarheid en capaciteitsinzicht: Continu inzicht in de beschikbare capaciteiten is van essentieel belang.

AANBEVELING

- Start met het regionaal inrichten van coördinatie van zorg over de gehele keten en breng het RCPS bij dit initiatief onder
- Zorg dat ziekenhuizen in-, door- en uitstroom inzichtelijk maken zodat de rest van de keten zich tijdig kan voorbereiden op zorgvraag die komen gaat en indien nodig kan spreiden

Overig: Gedeeltelijke verschuiving rol ambulancedienst in fase 3

Fase 3 plan Ambulancezorg Nederland gericht op verschuiving van rol in acute zorgketen

Op het moment dat de zorgvraag op alle plekken in de keten toeneemt, stopt de instroom op de SEH, de doorstroom naar kliniek en IC en de uitstroom naar VVT. Op het moment dat deze processen stokken, verschuift de rol van de ambulancedienst in de acute zorgketen, alsmede de relatie tot andere ketenpartners, zie het kader hiernaast. Ook het Rode Kruis kan een rol spelen door het overnemen van niet – medische ritten.

Daarnaast is de verwachting dat personen sneller 112 bellen zodra de huisarts/SEH minder toegankelijk is door hoge druk. Dit heeft impact op de bereikbaarheid van de MKA. Het overeind houden van 112 en het waarborgen van spoedeisende ambulancezorg is ten alle tijden de voornaamste kerntaak van de RAV. Landelijk is een publiekscampagne nodig om ervoor te zorgen dat 112 alleen gebruikt wordt voor levensbedreigende situaties of spoedeisende ambulancezorg.

Ambulancezorg Nederland heeft een plan en een handreiking opgesteld die AZN en afzonderlijke RAV's kunnen gebruiken bij de voorbereiding op fase 3 en het maken van afspraken in de keten. Niet alle ROAZ regio's hebben deze plannen expliciet overgenomen in eigen regionale fase 3 plannen. Zij dienen hierop getoetst te worden.

Rollen ambulancedienst fase 3

112 overeind houden en waarborgen van spoedeisende ambulancezorg

Afbuigen van instroom door intensiveren van samenwerking met huisartsen(posten) als medische ketenpartner

Ambulance



Mobiele triage zonder klinische presentatie

Huisarts



Optimaliseren van doorstroom door regionale en mogelijk landelijke spreiding van patiënten

Ambulance



Regionale en landelijke spreiding

Kliniek



Bevorderen uitstroom door intensiveren van samenwerking met VVT instellingen op verpleegkundig zorgvlak

Ambulance



Verpleegkundige zorg

VVT



AANBEVELING

- Attendeer de regio's erop de voorbereiding op ambulancezorg in fase 3 expliciet te maken in de plannen, naar aanleiding van de landelijke handreiking
- Bereid een landelijke publiekscampagne voor om te benadrukken dat 112 enkel bedoeld is voor levensbedreigende situaties of bij noodzaak van spoedeisende ambulancezorg

Overig: Hulpmiddelen en geneesmiddelen

Middelen op de IC

Momenteel zijn er **voldoende geneesmiddelen** voor IC zorg op voorraad. Met een piek van 2.100 IC bedden, met allemaal beademde patiënten, kan met de huidige covid crisisvoorraad 1,5 tot 2 maanden vooruit zonder nieuwe aanvoer (nu geen sprake van).

IL-6 remmers blijven een aandachtspunt door wereldwijde krapte. Hier wordt op gemonitord.

Geen problemen rondom zuurstof uit de muur. Ook in het geval dat grootschalige noodopvang buiten instellingsmuren nodig is, is het aanleggen van ringleidingen/vaten voor zuurstof mogelijk.

Gebruiks- en verbruiksmiddelen covidzorg

Er is geen krapte te verwachten voor overige gebruiks- en verbruiksmiddelen. Op dit moment vindt een inventarisatie plaats naar de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen.

Vanwege de hoge mate van besmettelijkheid van de omikronvariant en het daaropvolgende hoge ziekteverzuim is het verstandig om in te zetten op maximale bescherming van zorgpersoneel in de gehele keten. Het is daarom aan zorgorganisaties aan te raden om overal FFP2 maskers ter beschikking te stellen voor het zorgpersoneel.

Coronamedicatie

Bereid een plan voor rondom inzet/ beschikbaarheid van coronamedicatie per scenario (wie komt in aanmerking, etc.) zodat de medicatie na goedkeuring van EMA direct effectief ingezet kunnen worden.

AANBEVELING

- Spreek met de brancheverenigingen uit dat het van zorgorganisaties wordt verwacht om FFP2 maskers ter beschikking te stellen aan het zorgpersoneel in de gehele keten. Zorgorganisaties kunnen deze zelf via de reguliere kanalen inkopen.
- Bereid een plan voor rondom inzet/beschikbaarheid van coronamedicatie per scenario (wie komt in aanmerking, etc.) zodat de medicatie na goedkeuring van EMA direct effectief ingezet kunnen worden.

A man with a beard, wearing a dark shirt, is sitting at a long wooden conference table in a meeting room. He is looking at a laptop. The room has large windows on the right side, showing greenery outside. In the foreground, there is a white decorative lattice screen with a repeating geometric pattern. A dark blue semi-transparent box is overlaid on the left side of the image, containing white text.

4. Randvoorwaarden voor uitvoering

Randvoorwaarden voor uitvoering plannen

Voor succesvolle opschaling van capaciteit zijn enkele zaken randvoorwaardelijk

Om de initiatieven voor opschaling van capaciteit en effectiever inzetten van capaciteit in (aanloop naar) fase 3 succesvol op grote schaal te kunnen realiseren, moeten meerdere randvoorwaarden op orde zijn. Deze randvoorwaarden bestaan uit vier thema's: personeel, financiën, communicatie en governance.

In de plannen van de ROAZ-regio's zien we deze thema's terugkomen, echter met verschillende invullingen. In dit hoofdstuk beschrijven wij de observaties vanuit de plannen en gesprekken, en geven wij advies over hoe de randvoorwaarden succesvol ingevuld kunnen worden. In hoofdstuk 5 staan de aanbevelingen per fase en voor wie bestemd beschreven.



Personeel



Financiën



Communicatie



Governance

Personeel (1/2)

Randvoorwaarden voor opschalen personele capaciteit



Inzet personeel met beschermingsmiddelen

Wat zien we?

- Besmet personeel zonder/met milde klachten en personeel in quarantaine mag nu alleen onder strikte voorwaarden werken, die door zorgorganisaties zelf worden ingevuld o.b.v. algemene richtlijnen¹. Een eenduidig kader ontbreekt echter.
- Deze groep wordt nu nauwelijks ingezet, terwijl personeel juist een bottleneck is, met name in fase 3.

Effect

- Capaciteit gaat verloren doordat niet al het personeel ingezet kan worden, hoge besmettelijkheid omikron vergroot dit probleem
- Onduidelijkheid door regionale en soms zelfs lokale verschillen door individuele invulling richtlijnen

Advies

Vraag het OMT advies over het, in het uiterste geval, inzetten van zorgmedewerkers in quarantaine of met een positieve test zonder/met milde klachten, met gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Vraag de beroepsverenigingen (en het al gevormde expertteam) vervolgens om hier landelijke richtlijnen en kaders over te ontwikkelen waarbij ook aandacht wordt besteed aan het gebruik van de juiste PBM.



Inzet Rode Kruis

Het Rode Kruis heeft ruim 16.000+ vrijwilligers met o.a.

- 400+ mensen van Medische Dienst (al volledig ingezet in de zorg)
- Ruim 4.500 hulpverleners met een geldig EHBO diploma
- Ongeveer 2.000 evenementen eerstehulpverleners (EHBO+ diploma; deze mensen mogen de ABCDE uitvragen)
- 97.000 Ready2Helpers – vrijwilligers voor hand- en spandiensten
- Momenteel zijn er pilots gaande voor ADL-vrijwilligers. Hulpverleners (ook incl. EHBO diploma) mogen geen medische-, risicovolle- en/of voorbehouden handelingen uitvoeren.

- Personele capaciteit kan door inzet RK worden uitgebreid, met name voor ondersteuning bij Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen
- Extra personele capaciteit vanuit RK voor medische zorg nu beperkt; momenteel wordt bekeken of er voor fase 3 een uitzondering gemaakt dient te worden

- Vraag het Rode Kruis om aanvullend vrijwilligers op te leiden voor ADL en basishulpverlening. Maatwerk en regionale afstemming is hier van belang
- Zorg dat ROAZ-regio's afspraken hebben met het Rode Kruis over een inzet-infrastructuur

Personeel (2/2)

Randvoorwaarden voor opschalen personele capaciteit



Uitwisseling van personeel



Inzet zorgreservisten en defensie



Faciliteren mantelzorgers

Wat zien we?

Tijdens eerdere golven heeft uitwisseling van personeel plaatsgevonden, echter voornamelijk bij ziekenhuizen. Er vindt nog geen uitwisseling van personeel plaats met de eerste lijn

- De capaciteit van de zorgreservisten en defensie is beperkt en daarmee schaars
- De Nationale Zorgreserve beschikt nu over ~ 1.300 zorgreservisten
- De inzet van zorgreservisten en defensie wordt in nagenoeg alle plannen genoemd, echter zonder inschatting van nodige inzet en concrete afspraken

- Zodra de druk op de zorg toeneemt (zoals in eerdere golven) wordt de afhankelijkheid van mantelzorgers en de druk op deze groep steeds groter.
- Mantelzorgers zijn vaak niet voldoende geëquipeerd om deze rol in te vullen of hebben behoefte aan hulp voor het invullen van deze rol

Effect

Geen extra personele capaciteit in eerste lijn door uitwisseling

- Geen overzicht van regionale en landelijke vraag naar zorgreservisten en defensie
- Onduidelijk of kan worden voldaan aan de totale behoefte; defensie heeft mogelijk ruimte om op te schalen maar dit gaat ten kosten van eigen werkzaamheden

Drempel voor mantelzorgers om extra hulp aan te bieden; mogelijk niet maximale inzet van mantelzorgers

Advies

In fase 3 van belang om ketenbreed te kijken waar de druk op de zorg het grootst is en of medische personeel uit andere sectoren (huisarts, wijkverpleging, V&V, kliniek, IC, en ook paramedische zorg, GGZ en ZBC's) tijdelijk bij kunnen springen. Dit zorgt voor het ontzorgen en het helpen van elkaar

Het is aan VWS om het gesprek over mogelijk aanvullende inzet van defensie in fase 3 met het ministerie van defensie te voeren om te onderzoeken wat wel en niet mogelijk is en welke type capaciteit dit met zich mee brengt. Overweeg in de regio's ook de inzet van EHBO opgeleid brandweerpersoneel

- Onderzoek hoe mantelzorgers gefaciliteerd kunnen worden om op een verantwoordelijke en duurzame manier zorg te leveren. Bijv. mantelzorgacademie voor het leren van eenvoudige medische handelingen of hulplijn voor vragen
- Oproep aan werkgevers om personeel tijdelijk ruimte te geven voor mantelzorg

Financiën

Fianciële randvoorwaarden voor opschaling van initiatieven



Afstemming



Afspraken

Wat zien we?

Tussen regio's zien we verschillende afspraken over het wel / niet financieren van initiatieven. Dit hangt vaak samen met de aan- of afwezigheid van verzekeraars in het strategische team van ROAZ.

Er liggen nog niet altijd afspraken of kant en klare plannen voor financiering van initiatieven klaar wanneer een initiatief in fase 3 écht nodig is. Denk ook aan afspraken over de financiering van de nodige beveiliging voor zorgpersoneel

Effect

Onduidelijkheid en gebrek aan overeenstemming over de financiering van de gemaakte plannen, wat kan leiden tot vertraagde besluitvorming of weerstand bij partijen om mee te werken aan initiatieven

Vertraging in uitvoering en lage bereidheid doordat er veel nodig is om het financieel rond te krijgen

Advies

Betrek afvaardiging van de zorgverzekeraars (en zorgkantoren) nauw bij de ROAZ-besluitvorming in alle regio's. ZN kan de leden hierop activeren.

- Zorg dat de voorbereiding en besluitvorming voor financiering van fase 3 plannen volledig is gedaan en dat ook bijv. getekende brieven klaarliggen voor financiering. ZN wil hier het initiatief voor nemen
- Schep hierbij duidelijkheid over welke initiatieven door welke partijen gefinancierd worden en neem indien nodig administratieve belemmeringen weg

Governance

Randvoorwaarden governance voor opschalen van initiatieven



Effectieve overlegstructuur



Gelijke belangen

Wat zien we?

In de plannen voor fase 3 worden de bestaande gremia en verantwoordelijkheden gehanteerd (vanuit ROAZ en DPG). We zien veel verschillende overlegstructuren met daarnaast veel deelnemers, ook op sub-regionaal niveau.

- We hebben te maken met veel verschillende partijen (bijv. LNAZ, IGJ, NZa, VWS, FMS, Actiz, GGD GHOR NL) met ieder hun eigen doelstellingen en belangen
- Partijen vinden, gegeven eigen doelstelling, het soms lastig om over eigen schaduw heen te stappen

Effect

Inefficiënte overlegstructuren waardoor veel tijd van deelnemers wordt gevraagd

Onduidelijkheid tussen partijen, moeilijk om samen te werken door verschil in wat eigen partij nodig heeft

Advies

Houd vast aan de bestaande rolverdelingen en verminder het aantal overleggen en deelnemers in fase 3 om tijd vrij te spelen voor de noodzakelijke kwesties.

Formuleer in tijden van nood een gezamenlijk doel en geef één partij regie op dit gezamenlijke doel.

Governance

Randvoorwaarden governance voor opschalen van initiatieven



Inzicht en transparantie

Wat zien we?

- De mate van urgentie wordt niet in alle regio's gezien doordat de druk op de zorg momenteel iets lager ligt
- In hoeverre de regio's en sectoren paraat zijn voor een volgende fase is verschillend
- Er is op landelijk niveau geen transparant overzicht van de stand van zaken per regio.

Effect

- Latere opschaling door een lager urgentiegevoel, hierdoor is mogelijk niet op tijd voldoende capaciteit ingericht
- Ineffectieve uitrol van dat de plannen door verschil in paraatheid

Advies

- Vraag de toezichthouders om een vragenlijst in de regio's uit te zetten en daarmee tot een transparant overzicht van de stand van zaken per regio te komen zodat hier een open gesprek met regio's over gevoerd kan worden en kan leiden tot een leer- en verbeterklimaat



Om gehoor te geven aan dit advies hebben de toezichthouders (IGJ en Nza) een vragenlijst in de regio's uitgezet om gezamenlijk met de bestaande informatie tot een landelijk overzicht te komen met de stand van zaken per regio en het bijbehorende landelijke beeld.

Communicatie bij ingang fase 3 (1/2)

Communicatieve randvoorwaarden voor overgang naar fase 3



Verantwoordelijkheid VWS



Duidelijke routes

Wat zien we?

- Regio's gaan ervan uit dat VWS verantwoordelijkheid heeft en neemt voor communicatie richting burgers en dat VWS hier materialen voor opstelt
- Niet alle burgers vertrouwen op de overheid; Rode Kruis kan helpen

Zorgprofessionals worden via verschillende lijnen benaderd; via instelling en via beroepsgroep, bijv. een intensivist die informatie vanuit ziekenhuis en NVIC ontvangt. Berichten lijken vooralsnog niet goed op elkaar afgestemd

Effect

Op het moment dat duidelijke communicatie benodigd is over ingaan fase 3 is deze mogelijk niet goed beschikbaar of heeft een kleiner bereik tot burgers dan gehoopt. Dit kan leiden tot onbegrip, agressie, etc.

Verwarring bij de doelgroep vanwege verschillende boodschappen vanuit verschillende kanalen

Advies

- Zorg voor een goed voorbereid en afgestemd communicatieplan voor (overgang naar) fase 3 en zorg dat de materialen voor o.a. publiekscampagnes klaarstaan. Overweeg gebruik te maken van andere afzenders zoals bijv. het Rode Kruis en houdt rekening met talen, communicatie kanalen, etc.
- In de communicatie moet er ook aandacht zijn voor alle non-covid zorg en de patiënten die dit raakt

Stem communicatie tussen partijen af in de joint coalition

Communicatie bij ingang fase 3 (2/2)

Communicatieve randvoorwaarden voor overgang naar fase 3



Publiekscampagnes



Aanvullende hulplijnen

Wat zien we?

- Campagne over de functie van inwoners van Nederland om bij te springen en uit te kijken naar naasten heeft in eerste golf van pandemie voor veel lucht in wijkverpleging gezorgd; deze campagne lijkt nu nog niet (volledig) opnieuw opgestart
- Nog geen campagnes voor zelfzorgadvies en 112 gebruik voorbereid

Bij huisartsenpraktijken en huisartsenposten komen momenteel veel oneigenlijke vragen terecht m.b.t. covid. Bijvoorbeeld over positieve testen, quarantaine of andere praktische vragen.

Effect

- Geen extra handen in de wijkverpleging, waar de capaciteit wel onder druk staat
- Druk op huisartsen door niet urgente zorg
- Onnodige zorgvraag bij MKA en ambulances door niet-spoedeisende situaties

- Onnodige zorgvraag en ineffectieve inzet van capaciteit bij huisartsenpraktijken en -posten.
- Verminderde toegankelijkheid van huisartsen door onnodig bezet houden van telefoonlijnen

Advies

- Bereid publiekscampagnes voor m.b.t. het eerst raadplegen van thuisarts.nl en bereikbaarheid van 112, alsmede het motiveren van mensen om mantelzorg op te starten voor naasten
- Daarnaast in campagne ook oproep aan werkgevers om personeel tijdelijk ruimte te geven om deze mantelzorg te kunnen geven.

Start in fase 3 een aanvullende hulplijn voor niet-medische vragen vanuit burgers, patiënten en mantelzorgers. Het Rode Kruis kan hier een rol in spelen met hun callcenter. Maak in de bijbehorende campagne duidelijk welke vragen via welk kanaal gesteld moeten worden



**5.
Conclusies en
aanbevelingen**

make strategy work!

Conclusies | er is al heel veel voorbereid, aanbevelingen ter verbetering



Er zijn veel goede plannen voorbereid om fase 3 zo lang mogelijk uit te stellen en te kunnen handelen op het moment dat de zorg tóch een fase 3 situatie bereikt. Zowel de ROAZ-regio's (inclusief de DPG'en die in de regio zorg dragen voor de zorg buiten de ziekenhuizen), sectoren en individuele zorginstellingen hebben afgelopen twee jaar enorm veel werk verricht om deze plannen op te stellen, van elkaar te leren en de plannen bij te stellen waar nodig.

1

Aanbevelingen m.b.t. de capaciteit in de keten



Huisarts



Wijkverpleging



V&V



Kliniek



IC



Overig

2

Aanbevelingen m.b.t. randvoorwaarden voor uitvoering



Personeel



Financieel



Communicatie



Governance

1

Aanbevelingen m.b.t. de capaciteit in de keten (1/3)

	Aanbeveling	Inzetten in fase	Aan	Mogelijke termijn	P.
 Huisarts	Motiveer patiënten met klachten eerst hun klachten via thuisarts.nl/moetiknaardedokter-app opzoeken en het advies hiervan op te volgen en licht burgers goed in over de gevolgen van afschalen U4/5 zorg	Op kantelpunt van en in fase 3	LHV, NHG en InEen	Op korte termijn mogelijk	14
	Overweeg een crisisvariant van thuisarts.nl om aanvullende verlichting op de HA-praktijk te bieden in fase 3	Op kantelpunt van en in fase 3	NHG als maker van thuisarts.nl	Middellange termijn: tijd nodig om dit in te richten	14
 Wijkverpleging	Regel afschaling van wijkverpleging gezamenlijk en gelijktijdig om dezelfde type zorg te verschuiven naar mantelzorgers.	Op kantelpunt van en in fase 3	ROAZ-regio's i.s.m. Actiz	Op korte termijn mogelijk	17
	Concentreer de wijkverpleging voor bepaalde doelgroepen van patiënten met thuiszorgbehoefte in regionale wijkverplegingshotels om druk op wijkverpleging te verminderen.	Op kantelpunt van en in fase 3	ROAZ-regio's i.s.m. Actiz, LHV	Op korte termijn mogelijk	17
	Coördineer met verschillende organisaties de inzet van wijkverpleging per wijk, buurt of gemeente, middels een regionaal centraal coördinatiepunt	Op kantelpunt van en in fase 3	ROAZ-regio's i.s.m. Actiz	Middellange termijn: tijd nodig om dit in te richten	17

Overall waar in dit hoofdstuk onder het kopje 'Aan' ROAZ-regio's genoemd staat, is dit inclusief de DPG'en, die de verantwoordelijkheid dragen voor de zorg buiten het ziekenhuis

1

Aanbevelingen m.b.t. de capaciteit in de keten (2/3)

	Aanbeveling	Inzetten in fase	Aan	Mogelijke termijn	P.
 V&V	Zorg dat ook de kleinere V&V instellingen in de regio in beeld zijn en betrokken zijn	Onafhankelijk van fase	ROAZ-regio's i.s.m. RONAZ, Zorgthuis NL, zorverzekeraars	Op korte termijn mogelijk	20
	Zorg dat het zuurstofoverleg op de hoogte is gesteld van de locaties voor mogelijke opschaling in fase 3	Onafhankelijk van fase	ROAZ-regio's i.s.m. zuurstofoverleg	Op korte termijn mogelijk	20
 Kliniek	Versnellen en uitbreiden van inzet van thuismonitoring en hier per regio een plan voor opstellen	Onafhankelijk van fase	ROAZ-regio's	Op korte termijn mogelijk door voor de komende piek gebruik te maken van bestaande initiatieven	22
 IC	Onderzoek de regionale verschillen m.b.t. afschaling van non-covidzorg op de IC en kom tot een advies hoe de non-covidzorg op de IC zo minimaal mogelijk afgeschaald hoeft te worden	Onafhankelijk van fase	LNAZ i.s.m. NVIC	Middellange termijn: tijd nodig om dit te onderzoeken	24

Aanbevelingen m.b.t. de capaciteit in de keten (3/3)

	Aanbeveling	Inzetten in fase	Aan	Mogelijke termijn	P.
<p>○○○ Overig</p>	Toets de op te stellen plannen voor uitbreiding thuismonitoring ten alle tijden aan de beschikbare SOC's	Onafhankelijk van fase	ROAZ-regio's i.s.m. zuurstofoverleg VWS	Op korte termijn mogelijk	25
	Richt regionale coördinatie van zorg over de gehele keten in en breng het RCPS bij dit initiatief onder	In fase 2D en 3	ROAZ-regio's met de ketenpartners in de regio's	Middellange termijn: tijd nodig om dit in te richten	26
	Zorg op regionaal niveau voor inzicht in instroom, doorstroom en uitstroom uit ziekenhuizen	In fase 2D en 3	ROAZ-regio's met de ketenpartners in de regio's	Op korte termijn mogelijk	26
	Attendeer de regio's erop de voorbereiding op ambulancezorg in fase 3 expliciet te maken in de plannen, n.a.v. de landelijke handreiking	Onafhankelijk van fase	ROAZ-regio's met Ambulancezorg Nederland	Op korte termijn mogelijk	27
	Spreek met de brancheverenigingen uit dat het van zorgorganisaties wordt verwacht om FFP2 maskers ter beschikking te stellen aan het zorgpersoneel door de gehele keten. Zorgorganisaties kunnen deze zelf via de reguliere kanalen inkopen.	Onafhankelijk van fase	Brancheverenigingen	Op korte termijn mogelijk	28
	Bereid een plan voor rondom inzet/beschikbaarheid van coronamedicatie per scenario (wie komt in aanmerking, etc.) zodat de medicatie na goedkeuring van EMA direct effectief ingezet kunnen worden.	Onafhankelijk van fase	Ministerie van VWS	Op korte termijn mogelijk	28

2 Aanbevelingen m.b.t. randvoorwaarden voor uitvoering (1/3)

	Aanbeveling	In voorbereiding op	Aan	Mogelijke termijn	P.
	Vraag het OMT advies over het, in het uiterste geval, inzetten van zorgmedewerkers in quarantaine of met een positieve test zonder/met milde klachten, met gebruik van PBM	Fase 3	Ministerie van VWS	Op korte termijn mogelijk	31
	Vraag de beroepsverenigingen om n.a.v. bovenstaand OMT-advies landelijke richtlijnen en kaders op te stellen. De richtlijn van FMS voor de ziekenhuizen kan n.a.v. het OMT-advies worden geactualiseerd.	Fase 3	Beroepsverenigingen	Op korte termijn mogelijk	31
	Vraag het Rode Kruis om aanvullend vrijwilligers op te leiden voor ADL en basishulpverlening. Maatwerk en regionale afstemming is hier van belang	Fase 2D en 3	Ministerie van VWS	Op korte termijn mogelijk	31
 Personeel	Maak concrete afspraken over de inzet van Rode Kruis vrijwilligers in de regio's	Fase 2D en 3	ROAZ-regio's	Op korte termijn mogelijk	31
	Heb aandacht voor het inzetten van medisch personeel uit andere (medische) sectoren om de druk op de keten, waar die op dat moment het grootste is, tegen te gaan	Fase 2D en 3	ROAZ-regio's	Op korte termijn mogelijk	32
	Voer het gesprek over mogelijk aanvullende inzet van defensie in een fase 3 met het ministerie van defensie en bekijk welke type capaciteit er mogelijk ingezet kan worden	Fase 3	Ministerie van VWS	Op korte termijn mogelijk	32
	Overweeg in de regio's ook de inzet van EHBO opgeleid brandweerpersoneel	Fase 3	ROAZ-regio's	Op korte termijn mogelijk	32
	Bekijk hoe mantelzorgers gefaciliteerd kunnen worden in de te leveren zorgtaken via een mantelzorgacademie en het inzetten van een mantelzorg-hulplijn	Fase 2d en 3	Ministerie van VWS	Op korte termijn mogelijk	32

2 Aanbevelingen m.b.t. randvoorwaarden voor uitvoering (2/3)

	Aanbeveling	In voorbereiding op	Aan	Mogelijke termijn	P.
 Financieel	Zorg dat vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (incl. zorgkantoren) nauw betrokken zijn bij ROAZ-besluitvorming	Fase 3	ROAZ-regio's en zorgverzekeraars	Op korte termijn mogelijk	33
	Zorg dat de voorbereiding en besluitvorming voor fase 3 plannen volledig is gedaan en dat ook bijv. getekende brieven klaar liggen	Fase 3	ROAZ-regio's en zorgverzekeraars	Op korte termijn mogelijk	33
 Governance	Vraag de toezichthouders om een vragenlijst in de regio's uit te zetten en daarmee tot een transparant overzicht van de stand van zaken per regio te komen zodat hier een open gesprek met regio's over gevoerd kan worden en kan leiden tot een leer- en verbeterklimaat	Fase 3	NZa en IGJ	Op korte termijn mogelijk. <i>Vragenlijst is al uitgezet door de toezichthouders</i>	35
	Bekijk per regio en landelijk welke overleggen in fase 3 écht nodig zijn. Verminder het aantal overleggen en includeer alleen deelnemers met mandaat	Fase 3	ROAZ-regio's en landelijke partijen als LNAZ, LCPS, GGDGHOR	Op korte termijn mogelijk	34
	Formuleer in tijden van nood een gezamenlijk doel en geef één partij regie op dit gezamenlijke doel	Fase 3	Ministerie van VWS	Op korte termijn mogelijk	34

2 Aanbevelingen m.b.t. randvoorwaarden voor uitvoering (3/3)



Communicatie

Aanbeveling	In voorbereiding op	Aan	Mogelijke termijn	P.
Bereid publiekscampagnes voor m.b.t. het eerst raadplegen van thuisarts.nl en bereikbaarheid van 112, alsmede het motiveren van mensen om mantelzorg op te starten voor naasten en gebruik passende inzet (denk na over o.a. eenvoudige uitleg, meerdere talen, verschillende kanalen)	Fase 3	Ministerie van VWS, i.s.m. AZN (voor campagne 112)	Op korte termijn mogelijk	37
Zorg voor een goed voorbereid en afgestemd communicatieplan voor fase 3 en zorg dat de materialen voor o.a. publiekscampagnes klaarstaan. Heb in de communicatie ook aandacht voor alle non-covidzorg en de patiënten die dit raakt. Overweeg gebruik te maken van andere afzenders zoals bijv. het Rode Kruis.	Fase 3	Ministerie van VWS	Op korte termijn mogelijk	36
Zorg dat de communicatie in fase 3 goed is afgestemd met alle betrokken partijen	Fase 3	Partijen in de Joint Coalition	Op korte termijn mogelijk	36
Advies om in fase 3 een aanvullende hulplijn te starten voor niet-medische vragen vanuit burgers, patiënten en mantelzorgers. Het Rode Kruis kan hier bijvoorbeeld een rol in spelen met hun callcenter. Maak in de bijbehorende campagne duidelijk welke vragen via welk kanaal gesteld moeten worden	Fase 3	Ministerie van VWS	Op korte termijn mogelijk	37



**6.
Verdieping I
zorgvraagmodel
eerste lijn**

Introductie en vraagstelling

Verkenning naar inzicht zorgvraag huisartsen en wijkverpleging in gang te zetten

De covid pandemie beïnvloedt al bijna twee jaar de zorgvraag op verschillende plekken in de zorgketen. Het LCPS is aan het begin van de pandemie opgericht als centraal punt om inzicht in de druk op de kliniek en IC in kaart te brengen en op basis daarvan in te grijpen door spreiding van patiënten. Met veel inspanning is deze monitoring recentelijk uitgebreid met inzicht in de V&V sector, om de druk op deze plek in de keten ook in kaart te brengen.

Tot nu toe worden landelijk en regionaal beleid met name gebaseerd op (prognoses van de) bezetting van de IC en kliniek die door LCPS gemonitord wordt. Met de verspreiding van de nieuwe omikron variant wordt de (covid) druk mogelijk groter op de huisartsenzorg en wijkverpleging. Momenteel is er echter beperkt, met name anekdotisch, inzicht in de huidige en te verwachten zorgvraag op deze plekken in de keten. Dit lijkt dan ook het moment om ook de huisartsenzorg en wijkverpleging toe te voegen aan de monitoring. Met deze monitoring:

- Worden huisartsen en wijkverpleging zichtbaarder en mondiger door kwantitatieve onderbouwing in de regio en landelijk
- Kunnen op basis van prognoses landelijke of regionale maatregelen versneld ingezet worden wanneer huisartsenzorg en wijkverpleging overspoeld dreigen te raken.
- Ontstaat in combinatie met de monitoring van de IC, kliniek en V&V een integraal beeld van de impact van covid op de zorgvraag en doorstroom in de keten, waarmee een passend handelingsperspectief op zowel landelijk als regionaal niveau wordt geboden

Dit document bevat de eerste verkenning rondom het monitoren en modelleren van zorgvraag aan huisartsen en wijkverpleging, met als uitgangspunten om waar mogelijk aan te sluiten bij bestaande monitoring en om najaar 2022 hier praktisch bruikbare uitkomsten van te kunnen hebben. De verkenning start met het definiëren van zorgvraag (passend bij het doel van de monitoring), en gaat daarna in op de benodigde en reeds beschikbare data voor monitoring en het maken van prognoses. Tot slot worden aanbevelingen gedaan rondom vervolgstappen die nodig zijn om de monitoring daadwerkelijk te realiseren.

Scope | In kaart brengen van trends en actuele zorgvraag aan huisartsen en wijkverpleging op basis van zorggebruik en intensiteit

Scope¹



Zorgvraag huisartsen en wijkverpleging

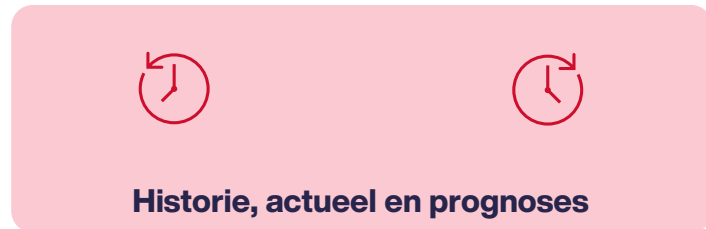
De term zorgvraag kan op verschillende manieren gebruikt en geïnterpreteerd worden. Zo kan zorgvraag groter zijn dan de zorg die daadwerkelijk geleverd wordt, en is een deel van de onbeantwoorde vraag (of behoefte) naar zorg niet zichtbaar.

In deze verkenning geven we de zorgvraag weer op basis van het **zorggebruik** (c.q. geleverde zorg) in combinatie met een benadering van de **intensiteit van / druk op** de huisartsen en wijkverpleging. Hoe hoger de druk, hoe aannemelijker dat niet alle zorgbehoefte beantwoord kan worden.



Covid gerelateerde en non-covid zorg

Aangezien covid ook impact heeft op non-covid zorg in de eerste lijn (bijv. door afschalen ziekenhuiszorg), is voor monitoring een integraal beeld van de zorgvraag nodig. Met covid gerelateerde zorg wordt bedoeld: de zorg aan patiënten met klachten als gevolg van een covid besmetting.



Monitoring en modellering

Monitoring van historische en actuele zorgvraag is van belang om trends te kunnen herkennen en daarop te kunnen acteren. Daarnaast kunnen aan de hand van historische trends prognoses gemodelleerd worden. Hiervoor moet o.b.v. historische data onderzocht worden welke indicatoren een voorspellende waarde hebben voor de zorgvraag.

¹ Beschikbare capaciteit (zorgaanbod) wordt niet meegenomen in deze verkenning, alleen aspecten die het zorgaanbod beïnvloeden (o.a. ziekteverzuim). Zorgvraag V&V, kliniek en IC wordt door LCPS / GGDGHOR gemonitord



Zorgvraag huisarts | Inzicht in zorgvraag op basis van geleverd aantal zorguren, toegankelijkheid en ervaren continuïteit

Voorstel van te monitoren zorgvraag

- Definieer het zorggebruik als **totaal geleverde zorg in aantal consulten/visites en aantal zorguren¹** per 1.000 inwoners, per week, per ROAZ regio. Maak hierbij onderscheid tussen **covid gerelateerde zorg en non-covid zorg**.
- Bereken het geleverd aantal zorguren op basis van aantal en type consulten en visites, en hanteer daarbij de volgende wegingsfactoren²:

• Consult <5 min:	0,5	• Visite <20 min:	1,5
• Consult 5-20 min:	1,0	• Visite >20 min:	2,5
• Consult >20 min:	2,0	• Visite intensieve zorg/covid:	7,7
- Neem het voortschrijdend gemiddelde van de afgelopen drie weken om de **trend** van het zorggebruik weer te geven. Grote uitschieters zoals feestdagen worden op deze manier uitgemiddeld.
- Monitor wekelijks de **toegankelijkheid**, het **ziekteverzuim**, en de **ervaren mate van continuïteit** om naast de geleverde zorg een beeld te geven van de druk op de huisartsenzorg. NB. ook een veranderende verdeling tussen type consulten en visites (lang/kort) kan een indicatie zijn voor veranderende zorgdruk.
- Monitor de zorgvraag op de **huisartsenposten** ook per week³ om dit te kunnen relateren aan zorg in dagpraktijken, op basis van het aantal contacten (onderscheid covid/non-covid en telefonisch consult/HAP consult/visite)
- *Zie bijlage 2 voor voorbeeld van de monitoring in de vorm van grafieken*

¹ Zorggebruik uitgedrukt in tijdsduur geeft meer gedetailleerd inzicht dan aantal consulten/visites aangezien de intensiteit en de periode van zorgvraag per situatie kan verschillen

² Dit zijn de huidige wegingsfactoren die gebruikt worden voor tariefsbepaling, en geven de verhouding tussen de tijdsinvestering voor verschillende type consulten aan.

³ Data van de HAP wordt momenteel per maand geregistreerd en per kwartaal gemonitord door Nivel, naar verwachting is veel inspanning nodig om deze frequentie te verkorten; haalbaarheid hiervan moet nog onderzocht worden. Indien uit historische gegevens blijkt dat de trend in zorgvraag op de HAP gelijk is aan de trend van huisartsen, is monitoring van de HAP overbodig.



Data huisartsenzorg | Benodigde data is grotendeels beschikbaar echter op beperkte schaal, data toegankelijkheid mist volledig

Benodigde data	Beschikbaarheid en bron	Opmerkingen / toelichting
Datum van afspraak Type zorg (consult of visite)	<ul style="list-style-type: none"> Historische en actuele gecodeerde zorgregistratie data wekelijks beschikbaar bij Nivel voor dagpraktijken, op basis van een populatie van ~380 huisartsenpraktijken die gezamenlijk ~10% van de NL populatie representativeren Voor HAP wordt data eens per kwartaal gemonitord, per week (evt. per maand) is wenselijker. 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel monitort sinds 2011 huisartsenzorgvraag bij ~380 (soms wisselende) praktijken, dit is op landelijk en ROAZ niveau een representatieve groep (zie bijlage 2). Echter gezien covid uitbraken zich met name lokaal en regionaal ontwikkelen is uitbreiding van deze populatie een aandachtspunt. Data HAP is beschikbaar voor 60% van de populatie Haalbaarheid voor verhogen frequentie van monitoring HAP data moet onderzocht worden, Nivel heeft daar momenteel de middelen niet voor Wenselijk om voor dagpraktijken en HAP zelfde tijdsinterval te hanteren / weer te geven om ze te kunnen relateren
Duur van consult / visite	<ul style="list-style-type: none"> Absolute duur in minuten is niet beschikbaar Verhouding tussen duur type consult/visite (o.b.v. tariefbepaling) beschikbaar via Nivel 	<ul style="list-style-type: none"> Verhouding tussen duur van consulten en visites kan worden afgeleid uit type zorg
Type klacht	<ul style="list-style-type: none"> Historische en actuele data beschikbaar via Nivel. Sinds kort onderscheid covid en non-covid 	<ul style="list-style-type: none"> Covid/ non-covid zorg kan incompleet zijn vanwege verkeerde registratie, geeft dus een indicatief beeld.
Toegankelijkheid (nog te definiëren)	<ul style="list-style-type: none"> Data niet beschikbaar, wordt momenteel niet geregistreerd 	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken of GGDGHOR dit in wekelijks uitvraag mee kan nemen, bijv. aantal weigeringen of gemiddelde tijd tussen bellen en afspraak
Ziekteverzuim	<ul style="list-style-type: none"> Wekelijkse data niet beschikbaar; per kwartaal beschikbaar bij CBS 	<ul style="list-style-type: none"> GGDGHOR haalt deze data bij o.a. thuiszorginstellingen op, wellicht uitbreiding naar huisartsen mogelijk. Daarnaast heeft Nivel in het verleden steekproefgewijs dit type data opgehaald bij huisartsenpraktijken, dit kan mogelijk weer opgezet worden.
Ervaren mate van continuïteit	<ul style="list-style-type: none"> Wekelijkse aanlevering aan GGDGHOR (wordt overgedragen aan LCPS) 	<ul style="list-style-type: none"> Subjectieve indicatie van ervaren werkdruk



Nivel verzamelt een groot deel van deze data en is daarmee een belangrijke stakeholder. Aandachtspunten zijn uitbreiding van deelnemende huisartsenpraktijken, verhogen frequentie HAP data monitoring en registreren van toegankelijkheid



Zorgvraag wijkverpleging | Inzicht in zorgvraag op basis van geleverd aantal zorguren en indicatie voor werkdruk

Voorstel van te monitoren zorgvraag

- Definieer het zorggebruik als **totaal geleverd aantal zorguren**¹ door wijkverpleging en totaal **aantal unieke cliënten**, verdeeld naar doelgroep (chronisch, acuut, somatisch, palliatief, etc.), per ROAZ regio, op tweewekelijkse basis.
- Neem een voortschrijdend gemiddelde van vier weken om de **trend** van het zorggebruik weer te geven. Grote uitschieters zoals feestdagen worden op deze manier uitgemiddeld.
- Door mogelijkheden rondom verschraving (o.a. mantelzorg en WMO) geeft het aantal zorguren niet direct een indicatie van de druk op wijkverpleging. Gebruik hiervoor indicaties als **gemiddeld aantal uur wijkverpleging per cliënt, ziekteverzuim** en **ervaren continuïteit van zorg**, allen per twee weken. Daarnaast kan verandering in de verhouding tussen zorg voor verschillende doelgroepen een indicator zijn voor veranderende zorgdruk.
- Binnen de wijkverpleging is het onderscheid covid en non-covid zorg minder relevant, aangezien weinig patiënten door covid instromen. Daarnaast wordt dit ook niet geregistreerd.
- *Zie bijlage 2 voor voorbeeld van de monitoring in de vorm van grafieken*

¹ Zorgvraag uitgedrukt in tijdsduur geeft meer gedetailleerd inzicht dan aantal cliënten/bezoeken aangezien de intensiteit en de periode van zorgvraag per situatie kan verschillen.



Data wijkverpleging | Actuele data niet beschikbaar, veel inspanning nodig om dit te verzamelen; representatieve steekproef lijkt meest kansrijk

Benodigde data	Beschikbaarheid en bron	Opmerkingen / toelichting
Datum van visite	<ul style="list-style-type: none"> Vektis beschikt over historische data, dit wordt ~4x per jaar gedeeld met NZa Actuele data wordt geregistreerd in ECD's¹ en gedeeld met zorgverzekeraars, maar is niet direct centraal beschikbaar. Steekproef zorgvraag beschikbaar via NZa, van vier thuiszorgorganisaties voor beperkte periode. 	<ul style="list-style-type: none"> Na inventarisatie lijkt het onwaarschijnlijk dat data vanuit ECD leveranciers beschikbaar wordt gesteld, zij missen tevens bevoegdheid dit te delen ZN/Vektis kan mogelijk een partner zijn om dit type data twee wekelijks te delen, echter lijkt na eerste inventarisatie bij Vektis dat dit een intensief en langdurig traject zal zijn. Daarnaast wordt deze data maandelijks geüpdate, i.p.v twee wekelijks. Uitbreiding van NZa steekproef naar continue data-uitvraag bij ~10 grootste thuiszorg-organisaties lijkt meest kansrijk om deze data te verzamelen en te monitoren. De mate van representativiteit moet nog getoetst worden o.b.v. Vektis data waar NZa ook over beschikt
Zorgcode om onderscheid te maken tussen doelgroepen		
Duur van bezoek (in minuten)		
Type klacht (covid, non-covid)	<ul style="list-style-type: none"> Niet beschikbaar. Mogelijk te meten via doorverwijzingen vanuit huisarts en/of ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> Minder relevant omdat weinig cliënten met covid-gerelateerde klachten doorstromen
Ervaren mate van continuïteit	<ul style="list-style-type: none"> Wekelijkse aanlevering van thuiszorgorganisaties aan GGDGHOR (wordt overgedragen aan LCPS) 	<ul style="list-style-type: none"> Subjectieve indicatie van ervaren werkdruk per week
Ziekteverzuim	<ul style="list-style-type: none"> # medewerkers in dienst en # medewerkers ziek, beschikbaar door wekelijkse aanlevering aan GGDGHOR voor Corona Dashboard 	<ul style="list-style-type: none"> Totaal ziekgemeld en gewogen ziekteverzuim per week



NZa beschikt over historische (Vektis) data en heeft ervaring met uitvoeren van een steekproef om actuele data op te halen, en is daarmee een belangrijke stakeholder. Er is nog veel inspanning nodig om zorgvraag van wijkverpleging continu te monitoren. Gegevens rondom druk worden aangeleverd bij GGDGHOR, en is dus ook een belangrijke stakeholder.

Prognoses zorgvraag | Op basis van historische data bepalen welke indicatoren relatie met zorgvraag huisartsen en wijkverpleging aantonen

Om voorspellingen te kunnen doen over de te verwachten zorgvraag bij de huisarts en wijkverpleging, zijn indicatoren nodig die een verband hebben met deze zorgvraag. Uit historische data kan retrospectief onderzocht worden welke indicatoren dit waren. Onderstaand een suggestie van indicatoren om naar te kijken.



- Er zit een volgordelijkheid bij bepaalde indicatoren. Hier moet rekening mee worden gehouden bij het bepalen van verbanden tussen indicatoren en zorgvraag.
- Verbanden die gevonden worden moeten getoetst worden voordat ze gebruikt worden; verbanden kunnen op toeval gebaseerd zijn.
- Indicatoren die in historische data gevonden zijn, hoeven geen voorspeller voor de toekomst te zijn. Door bijvoorbeeld een nieuwe virus variant of nieuwe maatregelen kan de indicator veranderen, hier moet men bewust van zijn.
- Voor de prognoses kunnen combinaties van indicatoren gebruikt worden.
- Het R-getal houdt ook rekening met andere mogelijke indicatoren zoals maatregelen of de vaccinatiegraad.
- Seizoensinvloeden maar ook effecten als de zomerperiode en feestdagen kunnen bekeken worden uit data van voor corona (2019), mogelijk gecorrigeerd voor effecten zoals de griep

i RIVM, LCPS, NZa en Nivel beschikken over deze (historische) data en zijn daarmee belangrijke stakeholders

Vervolgaanpak | Iteratief en exploratief proces om te komen tot accurate modellering voorafgaand aan realisatie monitor

FASE 2



Iteratief proces



Iteratief proces



FASE 3



Eindproduct en data

- Verder uitwerken en operationaliseren van (plan van aanpak) eindproduct
- Toetsen eindproduct bij relevante stakeholders (zie volgende pagina)
- Vaststellen benodigde data en wijze van data realisatie (bijv. d.m.v. steekproeven en extrapolatiemodel)

Collectie data

- Afstemmen data-collectie met bron
- Realiseren benodigde toestemmingen en andere wettelijke kaders
- Combineren verschillende databronnen
- Creëren, importeren en valideren data

Exploratiefase modellering¹

- Verbanden tussen indicatoren en zorgvraag bepalen m.b.v. historische data
- Met behulp van een tijdreeksanalyse trend doorzetten a.d.h.v. gevonden indicatoren
- Prognose toetsen aan historische of huidige data

Definitieve monitor en realisatieproces

- Definitieve monitor opstellen
- Finale toets bij stakeholders
- Opstellen structureel proces realisatie monitor inclusief rollen en verantwoordelijkheden

Inbedding & realisatie

- Informeren en meenemen betrokken stakeholders
- Begeleiden opstellen eerste monitor
- Structureel realiseren monitor
- Integreren met monitor IC, kliniek en V&V tot gehele ketenmonitor

Sector specifieke aandachtspunten



Huisarts

Start met definiëren, uitvragen en verzamelen van toegankelijkheid en ziekteverzuim, en begin direct met exploreren van verbanden tussen indicatoren o.b.v. al beschikbare data. Focus daarnaast op uitbreiden deelnemende huisartsenpraktijken aan Nivel registratie en verhogen frequentie HAP data. Realisatie van monitoring sneller mogelijk dan wijkverpleging vanwege reeds ontwikkelde actuele dataverzameling.







Wijkverpleging

Verken welke partij het best gepositioneerd is voor dataverzameling en start met focus op data realisatie; selecteer een groep van thuiszorgorganisaties voor een steekproef, en test de representativiteit van de steekproefpopulatie a.d.h.v. historische (Vektis) data. NB voor het verkrijgen van actuele data, geregistreerd door thuiszorgorganisaties is toestemming van de cliënt nodig.

¹ Exploratie van modelleren kan parrallel aan het verzamelen van data; niet alle data hoeft tegelijk binnen te zijn. Aanbeveling is zo snel mogelijk te starten met exploreren.

Stakeholders, verantwoordelijkheden en mogelijke teaming fase 2

Type stakeholder	Verantwoordelijkheden	(Type) organisaties ⁴
Opdrachtgever	<ul style="list-style-type: none"> • Verlenen van duidelijke opdracht • Verschaffen van benodigde middelen aan betrokken organisaties 	 <p>Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport</p>
Opdrachtnemer 	<ul style="list-style-type: none"> • Eindverantwoordelijk voor realisatie monitor¹, incl. kwaliteitscontrole • Meer gedetailleerd plan van aanpak opstellen • Coördinatie en aansturing, bewaken voortgang • Stakeholdermanagement; bij elkaar brengen kernteam en klankbordgroep 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisaties met ervaring monitoring en modellering zorgvraag • Organisaties met ketenbrede focus • Geef de NZa de opdracht om dit samen met LCPS en GGD/GHOR te doen
Kernteam² 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhoudelijke uitwerking eindproducten en opzet realisatieproces³ • Realisatie en collectie van benodigde data • Toetsing eindproduct met klankbord • Stakeholdermanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisaties met ervaring monitoring en modellering • Organisaties met toegang tot historische en actuele data • Toezichhoudende organisaties • Bijv. NZa, Nivel, RIVM, LCPS, GGDGHOR
Klankbord groep 	<ul style="list-style-type: none"> • Input leveren op en bewaken van inhoud en opzet monitor • Review van concept eindproduct • (On)gevraagd advies over inhoud, proces en mens • Ondersteuning bij stakeholdermanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisaties met inhoudelijke expertise en die de monitoring kunnen gebruiken om beleid te bepalen • Koepel- / brancheorganisaties • Bijv. Actiz, LHV

¹ Na fase 2 ook het beheren van de monitor

² Subteams voor huisartsenzorg en wijkverpleging

³ Aansturende en uitvoerende rollen om tot eindproduct te komen kunnen belegd worden bij verschillende personen binnen deelnemende organisaties

⁴ De suggestie die hier wordt gedaan is nog niet met alle stakeholders gevalideerd en behoeft verdere aandacht indien de opdracht wordt gerealiseerd

Aanbevelingen aan VWS (opdrachtgever) en opdrachtnemer

VWS

Zorg voor een eenduidige opdracht richting stakeholders; monitoring van regionale zorgvraag huisartsen en wijkverpleging

- Meerdere partijen hebben eerder initiatief genomen om de zorgvraag bij huisartsen en wijkverpleging in kaart te brengen, continue regionale monitoring is echter nog niet tot stand gekomen doordat concrete opdracht mist
- Ook in verband met wettelijke grondslag voor dataverzameling is een duidelijke opdracht met concreet doel van belang
- Besteed aandacht aan communicatie richting stakeholders om het draagvlak te vergroten zich hiervoor in te zetten

Verschaft toereikende middelen aan opdrachtnemer en andere stakeholders om de opdracht te realiseren

- Zorg dat de opdrachtnemer beschikt over voldoende middelen en mandaat
- Organisaties als Nivel en NZa worden door VWS gefinancierd voor toezicht doeleinden, zodra hier een extra doel bij komt en de schaal van registratie wordt vergroot, zijn extra middelen nodig
- Voor de wijkverpleging is momenteel geen centrale beschikbaarheid van actuele data, ondersteun de veldpartijen in het verkrijgen van deze data (bijv. benadrukken belang van meedoen aan steekproef/campagnes)

Opdrachtnemer

Vorm verschillende teams voor vervolgfase huisarts en wijkverpleging; te ondernemen stappen verschillen per type zorg

- Breng de partijen met ervaring rondom monitoring bij elkaar, om niet het wiel opnieuw uit te vinden
- Voor huisartsenzorg is al veel data en expertise beschikbaar; start zo snel mogelijk met exploratiefase i.s.m. Nivel
- Voor wijkverpleging ligt de focus eerst op het verkrijgen van actuele data; verken welke partij hiervoor het best gepositioneerd is en hoe dit gerealiseerd kan worden, doe dit i.s.m. NZa

Voeg de monitoring van zorgvraag huisartsen en wijkverpleging uiteindelijk samen met de monitoring voor V&V, kliniek en IC

- Druk op de ene plek in de zorgketen heeft veelal direct impact op druk op andere plekken in de keten, zowel voor covid als non-covidzorg. Deze samenhang wordt zichtbaar als de monitoring bij één partij wordt belegd
- Daarnaast geeft integrale monitoring ook een beeld van de doorstroom van zorg waardoor knelpunten sneller zichtbaar worden zodra zorg ergens in de keten stopt

A modern office lounge area featuring two blue tufted armchairs with circular cutouts, a white rectangular coffee table with a potted plant, and a glass-walled office space in the background. The ceiling has a wooden slat design with recessed lighting. A dark blue semi-transparent box on the left contains the text.

7. Verdieping II thuismonitoring

Introductie en vraagstelling

Plan voor uitbreiding en versnelling thuismonitoring

“ De zorg in Nederland staat al maanden onder grote druk. De omikronvariant is in Nederland aan zijn opmars begonnen en het is nog onduidelijk welke impact deze variant mogelijk op de zorg gaat hebben. Door de grote mate van onzekerheid over de ontwikkeling van de omikronvariant en de mogelijke effecten op de zorgvraag, wil het ministerie zich voorbereiden op alle mogelijke scenario's die zich in de verschillende sectoren kunnen voordoen. IG&H is gevraagd de bestaande plannen (o.a. de opgestelde ROAZ-plannen) te bekijken en te komen tot aanbevelingen aan de minister van VWS voor aanscherping en aanvulling van de plannen en overige voorbereidingen voor fase 3. Van hieruit is de aanbeveling gekomen om thuismonitoring voor covidpatiënten met zuurstof op te schalen en te versnellen om capaciteit in de kliniek te borgen. IG&H is gevraagd om hiervoor een plan op te stellen. ”

Huidige situatie thuismonitoring covidpatiënten

Thuismonitoring wordt in minder dan de helft van de ziekenhuizen aangeboden

Thuismonitoring bij covidpatiënten zorgt voor afname van de druk op de kliniek

- Vervroegd ontslag uit de kliniek door thuismonitoring zorgt voor een afname van de druk op de kliniek aangezien coronapatiënten die stabiel zijn, maar wel nog zuurstof nodig hebben, onder bepaalde voorwaarden eerder naar huis kunnen dankzij het thuismonitoringsysteem. Thuismonitoring wordt goed beoordeeld door de patiënt omdat ze in hun eigen vertrouwde thuisomgeving kunnen herstellen. Onderzoek toont aan dat thuismonitoring veilig wordt geacht¹
- Nu bieden niet alle ziekenhuisorganisaties thuismonitoring aan. Eerste inschatting dat niet meer dan de helft vervroegd ontslag aanbiedt aan covidpatiënten²
- Sommige regio's bieden ook thuismonitoring voor risicopatiënten in de eerste lijn aan, waarmee onnodige opnames voorkomen kunnen worden

De monitoring wordt verzorgd vanuit het ziekenhuis, de eerstelijnszorg of een zorgcentrale

- De ziekenhuizen die thuismonitoring toepassen zijn aan de slag gegaan met verschillende oplossingen. De inrichting van de monitoring en opvolging van covidpatiënten thuis verschilt per initiatief
- Monitoring van de behandeling en het herstel van de patiënt in de thuissituatie kan op drie manieren worden georganiseerd:
 - Monitoring vindt plaats vanuit het ziekenhuis door de medisch specialist (of bijvoorbeeld een longverpleegkundige).² Ook zijn bij een aantal initiatieven geneeskundestudenten betrokken
 - Monitoring door de eerstelijns (huisarts en/of wijkverpleegkundige)³
 - Monitoring vindt plaats vanuit een zorgcentrale

Opvolging gebeurt door de huisarts of het ziekenhuis

- Doel van de opvolging bij patiënten thuis is enerzijds om snel in te kunnen grijpen op het moment dat de patiënt verslechtert, en anderzijds om bijvoorbeeld zuurstof af te bouwen op het moment dat het beter gaat met de patiënt
- Opvolging van de thuismonitoring gebeurt door de huisarts of het ziekenhuis. Bij een aantal ziekenhuizen is het ziekenhuis de hoofdbehandelaar en bij ander ziekenhuizen is ervoor gekozen dat de huisarts de hoofdbehandelaar wordt bij de thuismonitoring van covidpatiënten
- *Zie bijlage 3 voor voorbeelden huidige initiatieven vervroegd ontslag en een stappenplan m.b.t. vervroegd ontslag*

¹ Onderzoek Maasstad (2021): Evaluatie van de implementatie van thuisbehandeling met telemonitoring en zuurstoftoediening bij covid-19-patiënten op veiligheid, patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit

² Beschouwing door Isala Connected Care Center

³ Leidraad vervroegd ontslag van COVID-19 patiënten met zuurstofbehoefte naar huis of naar een andere zorglocatie met monitoring, april 2021

Aanbevelingen

Zorg dat thuismonitoring grootschalig toegepast wordt en richt de monitoring regionaal in

1

Zet grootschalig en structureel in op thuismonitoring voor covidpatiënten

Advies om grootschalig in te zetten op thuismonitoring voor covidpatiënten met zuurstof. Dit draag bij aan:

- Het **verlagen van de druk op de ziekenhuizen** door covidpatiënten. De omikrongolf veroorzaakt in veel landen stijgende opnamecijfers, met name op verpleegafdelingen¹
- Creëert **ruimte in ziekenhuizen voor inhaalzorg**. Het stuwmeer aan inhaalzorg wordt alleen maar groter. Thuismonitoring zorgt ervoor dat meer ziekenhuiszorgcapaciteit vrijgespeeld kan worden om inhaalzorg te kunnen opschalen
- Thuismonitoring zorgt voor een afname van de druk op de kliniek, **zonder de 1e lijn te belasten** (indien het ziekenhuis medisch eindverantwoordelijk blijft)
- Draagt bij aan het **verplaatsen van zorg naar huis in de toekomst voor andere aandoeningen** (o.a. COPD, hartfalen en diabetes). Dit draagt ook bij aan de juiste zorg op de juiste plek

Tevens denken we dat het belangrijk is om, ongeacht de fase van de pandemie, thuismonitoring in te richten. **Thuismonitoring zorgt er namelijk voor dat de reguliere (non-covid) zorg zo veel als mogelijk door kan blijven gaan. De investeringen zijn hierdoor ook niet alleen maar crisis gerelateerd**

2

Richt de thuismonitoring in regionaal verband in

Richt het monitoren van de covidpatiënten thuis en het opvolgen van de zorgvragen efficiënt in door monitoring en opvolging zo veel mogelijk **regionaal te organiseren en te concentreren**, door het monitoren onder te brengen bij:

- De **huidige ziekenhuizen** die al bekend zijn met het monitoren van de COVID-zorg thuis
- **Zorgcentrales** (grote spelers zijn o.a. NAAST, ZCN en Eurocross)

Bekijk goed wie de opvolging van de thuismonitoring doet, zodat deze niet als vanzelfsprekend bij de huisarts of wijkverpleging terecht komt. Indien in de regio de druk op de eerstelijnszorg (te) groot is, wordt aangeraden om de eindverantwoordelijkheid te beleggen bij de ziekenhuizen, dit om geen extra druk te creëren op de eerstelijnszorg

Aanbeveling om de ROAZ-regio's te verzoeken een plan van aanpak op te stellen voor de regionale uitrol van thuismonitoring. Bekijk per ROAZ-regio welk type model (qua monitoring en opvolging) het best in de regio past om structureel en grootschalig thuismonitoring in te richten.

Belangrijk dat de thuismonitoring regionaal schaalbaar is voor covidzorg, als voor non-covid zorg. De verwachting is namelijk dat thuismonitoring de komende jaren alleen maar groter wordt

Implementatie van de aanbevelingen

Organiseer de thuismonitoring per regio en doe dit met alle ketenpartners gezamenlijk

Werk met de ketenpartners een plan uit dat past bij de regio

- **Er dient, in goed overleg met de ketenpartners, in de regio gekeken te worden hoe dit te organiseren in de betreffende regio. Elke regio is namelijk anders**
- Indien thuismonitoring in een regio al georganiseerd is, het goed werkt en schaalbaar is, dan kan hieraan worden vastgehouden en uitgebreid worden. Zorg dat huisartsen en ziekenhuizen, die nog niet met thuismonitoring werken, aansluiten bij de initiatieven in de regio zodat meer patiënten naar huis kunnen met thuismonitoring
- Indien thuismonitoring nog niet schaalbaar beschikbaar is in de regio, is de aanbeveling om in een naburige regio aansluiting te zoeken (en niet het wiel opnieuw te gaan uitvinden)

Inrichting thuismonitoring verschilt per regio:

- Hoe ziet het huidige zorglandschap eruit?
- Waar wordt thuismonitoring van covidpatiënten al toegepast?
- Hoe is de samenwerking tussen de ziekenhuizen in de regio?
- Hoe is de druk op de eerstelijnszorg?
- Is het opschalen van thuiszorg mogelijk in de regio?
- Hoe gefragmenteerd is de eerstelijnszorg in de regio?
- Welke opvolging past het beste gezien de dynamiek in de regio: de medische eindverantwoordelijkheid beleggen bij het ziekenhuis of bij de huisarts?

Bekijk hoe de monitoring zo efficiënt mogelijk kan worden ingericht passend bij de regio

Zorg voor een gespecialiseerd monitoringcentrum/afdeling met 24/7 continue monitoring én opvolging. Organiseer de monitoring regionaal en efficiënt. Advies dat de regio's onderling met elkaar in gesprek gaan hoe de monitoring gezamenlijk en efficiënt te organiseren waarbij er goede afspraken worden gemaakt tussen de betrokken partijen. Het moet voor alle ziekenhuizen in de regio mogelijk zijn thuismonitoring voor hun patiënten te faciliteren. Bijvoorbeeld:

1. Onderbrengen bij een zorgcentrale¹: de voordelen van monitoring bij een zorgcentrale:

- Schaalbaarheid
- 24/7 garantie en bereikbaarheid (inclusief opvolging tijdens de ANW diensten)
- Afname druk op zorgprofessionals in het ziekenhuis en de eerste lijn doordat ze zelf niet de monitoring doen. Tevens probeert de zorgcentrale zoveel als mogelijk zelf de opvolging te doen.

2. Gezamenlijk door de ziekenhuizen: gezamenlijk organiseren van monitoring zodat er geen dubbele investeringen worden gedaan en geen overcapaciteit wordt gegenereerd. Een mogelijkheid om dit te doen is bijvoorbeeld de monitoring in een ziekenhuis te doen die hier de faciliteiten al voor heeft, andere ziekenhuizen sluiten hier bij aan.² Een andere mogelijkheid is dat de ziekenhuizen met elkaar een nieuw monitoringscentrum oprichten

¹ Bij een zorgcentrale is het voldoen aan de vereiste expertise en veiligheid t.a.v. van complexere patiëntengroepen van belang

² Zilveren Kruis geeft aan dat het niet verstandig en haalbaar is voor ieder ziekenhuis om zelf zorg op afstand op te zetten. De technische investeringen zijn o.a. hoog. Bron: Zorgvisie

Aanbeveling voor vervolg

ROAZ regio's zelf verantwoordelijk voor concreet plan regionale uitrol thuismonitoring

Begin 2021 zijn door de ROAZ'en plannen gemaakt ter voorkoming van en ter voorbereiding op fase 3. Vandaar dat LNAZ juist is gepositioneerd om zorg te dragen voor regionale beschikbaarheid van thuismonitoring. Aanbeveling is om LNAZ de opdracht te geven om elke ROAZ-regio te verzoeken om aanvullend op de gemaakte lokale plannen regionaal te bekijken hoe thuismonitoring op een zo efficiënt mogelijk manier grootschalig en regionaal ingezet kan worden. De stappen, zoals hieronder beschreven, kunnen de regio's gebruiken als plan voor de uitrol.

1

Gesprek met ROAZ-regio's

LNAZ in gesprek met de ROAZ-regio's omtrent de grootschalige regionale uitrol van thuismonitoring. Best practice voorbeelden in het veld (o.a. protocollen) worden gedeeld

Uitrol vervroegd ontslag

Focus op snelle regionale uitrol van het vervroegd ontslag uit de kliniek. Dit levert een reductie op van gemiddeld 2 tot 5 ligdagen per patiënt¹

¹Onderzoek gedaan door St. Antonius Ziekenhuis en UMCU naar besparing ligduur

2

Betrekken van ketenpartners

Vanaf de eerste dag bevorderen van de samenwerking tussen alle betrokken ketenpartijen in de regio. Starten met het opstellen van een gezamenlijk plan

4

Regionale monitoring

De ROAZ-regio's doen een voorstel voor regionale monitoring en opvolging voor de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg waar thuismonitoring op dit moment nog niet toegepast wordt

5

3

In kaart huidige situatie

De ROAZ-regio's brengen de huidige situatie van de regionale thuismonitoring in kaart (vervroegd ontslag, vanuit de SEH en vanuit de huisarts)

6

Uitrol preklinische thuismonitoring en thuismonitoring via de SEH

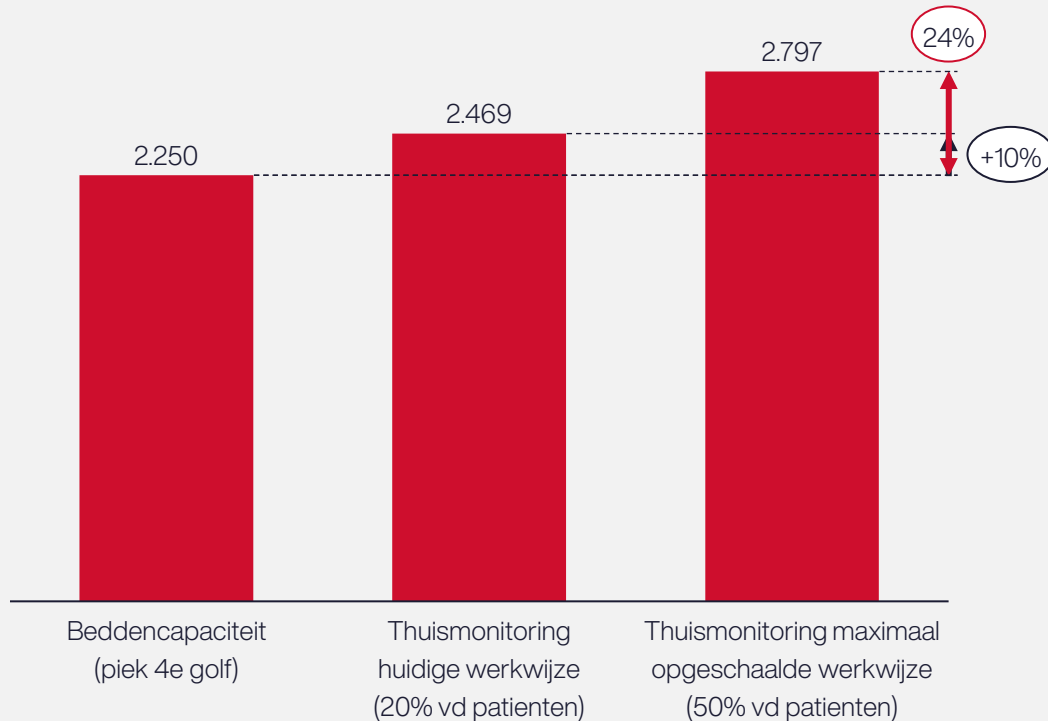
Werk de regionale preklinische thuismonitoring en thuismonitoring via de SEH in de eerste lijn uit, samen met de regionale huisartsenkoepels

Piekcapaciteit kliniek per dag (inclusief thuismonitoring)

Mogelijk 10-24% extra beddencapaciteit te realiseren bij het grootschalig inzetten van thuismonitoring

CAPACITEIT

Capaciteit in aantal COVID bedden in kliniek



AANNAMES

- Indien alle ziekenhuizen vervroegd ontslag aanbieden en thuismonitoring op grote schaal toepassen kan dit voor een toename in beddencapaciteit in de kliniek van ca. 10% zorgen. Ervan uitgaande dat:
 - De maximale bezetting van covidpatiënten in de kliniek van de 5^e golf even hoog is als de 4^e golf, namelijk 2.250 patiënten¹
 - 20% van de patiënten geschikt is om met vervroegd ontslag te gaan en thuis zuurstof te ontvangen² Medische criteria voor vervroegd ontslag zijn³:
 - Patiënt is 24 - 48 uur stabiel en heeft een algemeen beeld van klinische vooruitgang;
 - SpO2 > 93-96% met max 3 liter O2 additioneel
 - Vroegontslag gemiddeld 2-5 ligdagen bespaart in het ziekenhuis⁴
- Indien de druk op de zorg dusdanig toeneemt en onconventionele maatregelen nodig zijn kan de beddencapaciteit in de kliniek opgeschaald worden met 24%. 50% van de patiënten komt dan in aanmerking voor thuismonitoring⁵
- Inschatting dat het aantal benodigde zuurstofconcentratoren minimaal 4.500 is

¹ Coronadashboard rijksoverheid

² Verschillende studies geven verschillende percentages aan m.b.t. het aantal patiënten dat geschikt is voor thuismonitoring. Uitgegaan van het gemiddelde dat bij 20% van de covidpatiënten vroegontslag mogelijk is

³ Leidraad vervroegd ontslag van COVID-19 patiënten met zuurstofbehoefte naar huis of naar een andere zorglocatie met monitoring

⁴ Onderzoek gedaan door St. Antonius Ziekenhuis en UMCU naar besparing ligduur

⁵ Verschillende ziekenhuizen (o.a. St. Antonius Ziekenhuis, UMCU en JBZ) geven aan dat bij verdunning van zorg bij minimaal 50% van de covidpatiënten uit de kliniek thuismonitoring toegepast kan worden

Voorwaarden succesvolle implementatie en opschaling

Samenwerking in de keten is een voorwaarde voor succes

Middelen

- Beschikbaarheid van voldoende zuurstof, zuurstofconcentratoren en saturatiemeters
- Digitaal monitoringsplatform
- Duidelijkheid wie verantwoordelijk is voor de middelen

Ketensamenwerking

- Directe samenwerking van alle betrokken ketenpartijen (o.a. ziekenhuizen, regionale huisartsenkoepel, thuiszorgorganisaties, zorgcentrale (indien van toepassing) vanaf dag 1: samen plan maken en protocol opstellen
- Duidelijkheid over (medische) verantwoordelijkheden
- Samenwerking met regionale huisartsenkoepel (indien mogelijk) i.p.v. samenwerken met individuele huisartsenpraktijken
- Warme overdracht van ziekenhuis naar huisarts om o.a. ook af te stemmen of de eerstelijns capaciteit heeft om patiënt thuis op te volgen (indien de huisarts eindverantwoordelijke wordt)
- Zorg dat deze patiënten in beeld zijn voor de ketenmonitor en het maken van prognoses



Personeel

- Zorgen voor een thuismonitoringstrekker per ROAZ-regio
- Afstemming met eerste lijn over beschikbaarheid wijkverpleegkundige zorg (indien dit nodig is voor de patiënt)
- Indien monitoring vanuit het ziekenhuis: aanwijzen / beschikbaar stellen van vast dedicated personeel (evt. remote in de avond/nacht/weekend)

Financiën

- Inregelen van structurele passende financiering

Organisatie

- Leren van best practice voorbeelden in het land: er zijn al protocollen en draaiboeken opgesteld voor verschillende situaties en ziekenhuizen zijn bereid dit te delen¹
- Feedbackmechanisme inregelen zodat het protocol continu verbeterd kan worden. Voorbeeld is dat de opvolging (door het ziekenhuis of de 1^e lijn) aangepast kan worden naar de situatie, afhankelijk van waar de druk op dat moment het grootste is
- Opstellen communicatieplan. Zo heeft het Jeroen Bosch ziekenhuis in het beginstadium regelmatig een Webinar gegeven voor huisartsen

Verdere aandachtspunten

Onderzoek de best practice voorbeelden m.b.t. preklinische thuismonitoring en thuismonitoring via de SEH



Preklinisch en via SEH¹

De meeste initiatieven die gaande zijn in het land focussen op vervroegd ontslag uit de kliniek. Er zijn echter ook twee initiatieven op het gebied van het voorkomen van opnames:

- **Thuismonitoring via de SEH:** het zorgpad 'thuismonitoring via SEH' is een kansrijke tweede toevoeging in het thuismonitoring arsenaal (naast vervroegd ontslag), dat onnodige opnames kan voorkomen. De ingestuurde patiënt wordt beoordeeld op de SEH en gaat, indien niet ziek genoeg voor opname en behoort tot de risicocategorie, direct weer naar huis met thuismonitoring en zuurstof. Ziekenhuizen die dit op dit moment aanbieden zijn o.a. Jeroen Bosch, Albert Schweizer, LUMC, Reinier de Graaf, Lange Land, Alrijne en CWZ
- **Preklinische thuismonitoring in de eerste lijn:** hiermee wordt de (risico)patiënt zelfs niet op de SEH gepresenteerd. Op dit moment bieden drie ziekenhuisregio's dit aan, namelijk de regio's rondom Isala, WZA en UMCU. UMCU is in januari een pilot gestart waarbij patiënten meteen thuis behandeld (met zuurstof) en gemonitord worden



Toekomstvisie

Op dit moment gebeurt de thuismonitoring van covidpatiënten voornamelijk periodiek en handmatig. De lange termijn toekomstvisie is om over te gaan naar 24/7 monitoring.

Voordelen hiervan zijn:

- De veiligheidsmarge vanuit ziekenhuizen verbetert hierdoor. Dit zorgt voor meer patiënten die in aanmerking komen voor thuismonitoring en zorg daarmee voor een afname van de druk op de zorg
- Monitoring is op deze manier onafhankelijk van de zelfredzaamheid van de patiënt
- Door de hoeveelheid aan data kan vroegtijdig gesignaleerd worden wanneer het niet goed gaat met de patiënt. Een interventie kan hierdoor eerder ingezet worden

Bijlages



Bijlage 1 | Validatieronde veldpartijen op conceptrapportage

De conceptversie van deze rapportage is voor een feitelijke check naar alle deelnemers van het Handen aan de Kraan overleg gestuurd. Het grootste deel van de partijen heeft een reactie gegeven op de rapportage.

Partijen die op de conceptrapportage hebben gereageerd en waarvan de input volledig in de rapportage is verwerkt.

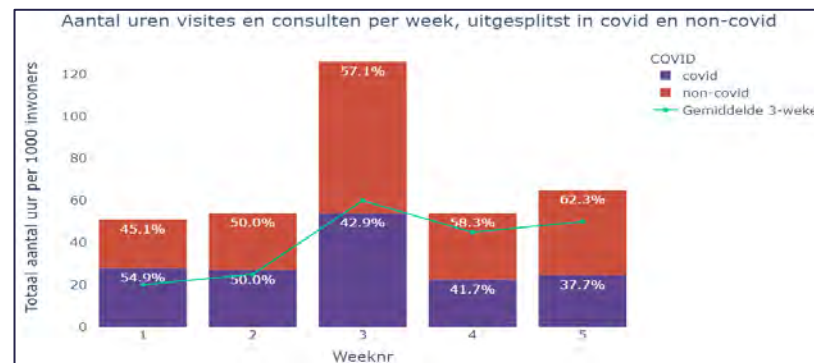
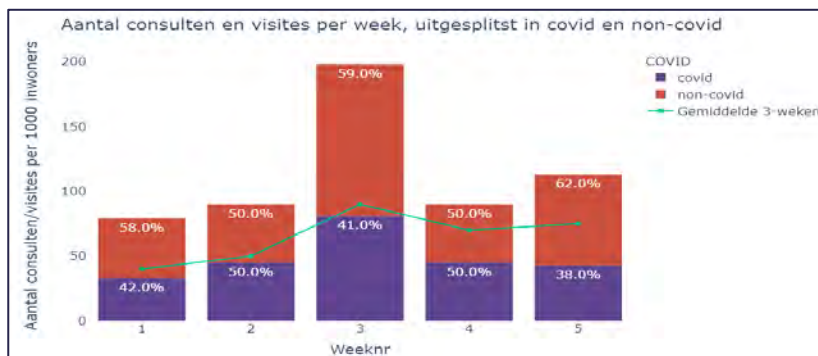


Punten / overwegingen die niet (volledig) in de rapportage zijn opgenomen.

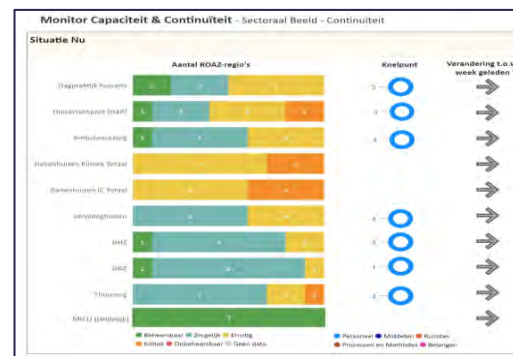
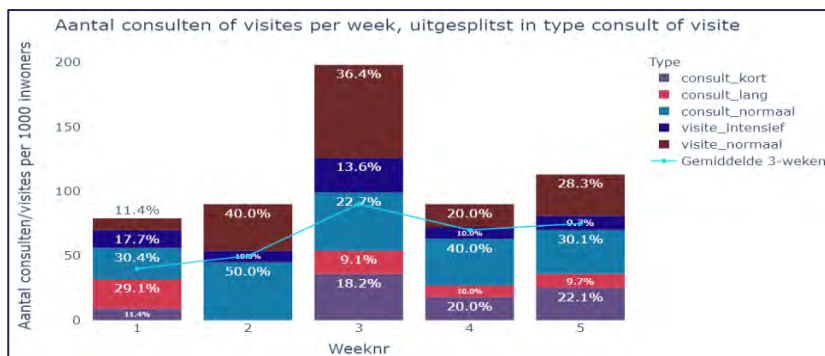
	<ul style="list-style-type: none">• Bedenkingen over de haalbaarheid van wijkverpleginghotels. Deze partijen zien dit alleen slagen als o.a. mantelzorg en ADL-hulp meekomen naar deze locaties.
	<ul style="list-style-type: none">• In schriftelijke reactie verwijzen deze partijen volledig naar de bestaande HaROP's en zien verder weinig ruimte voor aanvullende initiatieven. Wij onderschrijven het HaROP maar zien ook goede aanvullende ideeën in verschillende regio's

Bijlage 2 | Monitoring huisartsenzorg | Voorbeeld monitoring zorggebruik en druk gebaseerd op dummy data

Monitoring zorggebruik



Monitoring druk



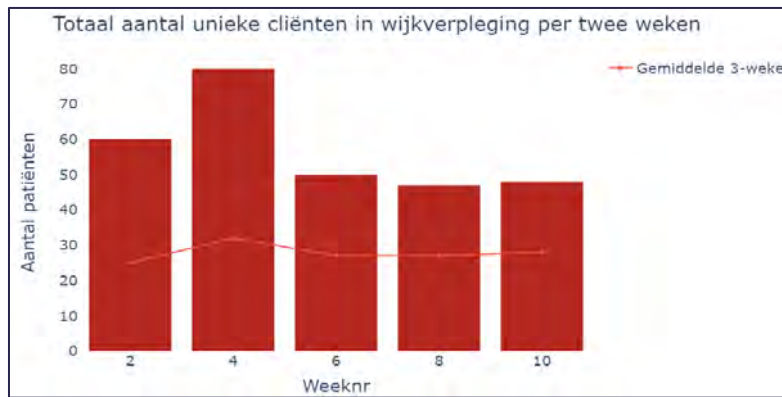
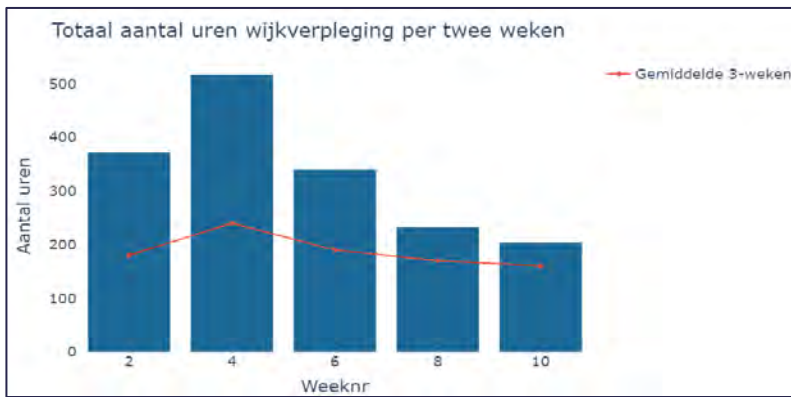
1 Voorbeeld grafiek voor ervaren continuïteit komt uit Landelijke Keten Monitor Zorg donderdag 30/12/2021 gemaakt door LCPS, NZa en GGDGHOR

Toelichting

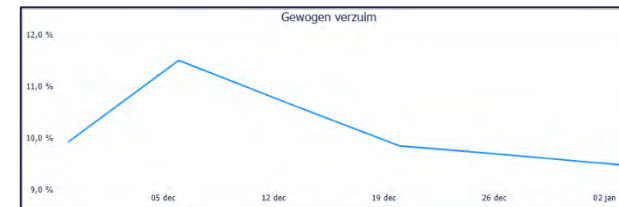
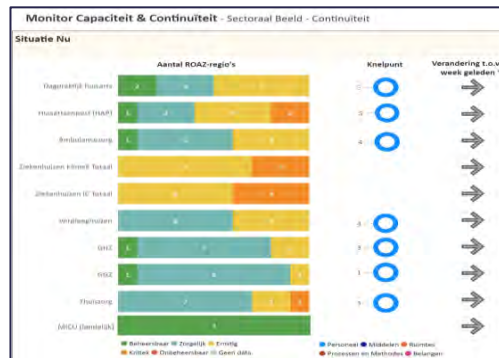
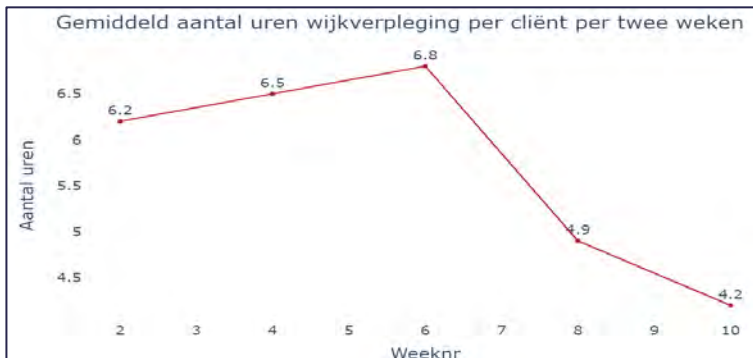
- Verdeling covid / non-covid wordt gemaakt op basis van klachtencode, verdeling type consult / visite wordt gemaakt op basis van declaratiecode
- Bij de verschillende grafieken is het voortschrijdende gemiddelde van de afgelopen 3 weken meegenomen om een stabielere trend te zien.
- Ervaren mate van continuïteit kan worden gehaald uit de ketenmonitor¹, zie rechtsonder.
- Nog geen wekelijkse data beschikbaar rondom toegankelijkheid van zorg en ziekteverzuim.
- HAP heeft vergelijkbare monitoring, onderscheid is daar in consulten, visites en telefonisch contact. Covid en non-covid onderscheid kan ook gemaakt worden bij de HAP. De frequentie van monitoring bij de HAP is nu nog één keer per kwartaal.

Bijlage 2 | Monitoring wijkverpleging | Voorbeeld monitoring zorggebruik en druk wijkverpleging gebaseerd op dummy data

Monitoring zorggebruik



Monitoring druk



1 Voorbeeld grafiek ervaren continuïteit komt uit Landelijke Keten Monitor Zorg 30/12/2021 gemaakt door LCPS, NZa en GGDGHOR

2 Voorbeeld grafiek gewogen verzuim komt uit Dashboard Corona RONAZ Instellingen donderdag 03/01/2022 gemaakt door GGDGHOR

Toelichting

- Bij de verschillende grafieken is het voortschrijdende gemiddelde van de afgelopen 4 weken meegenomen om een stabielere trend te zien.
- Aantal uren wijkverpleging per cliënt wordt berekend door totaal aantal uren wijkverpleging te delen door aantal cliënten die wijkverpleging ontvangen
- Mogelijke extra grafiek voor het aantal uren wijkverpleging, onderverdeelt naar doelgroep; dit kan een indicatie voor de druk geven.
- Ervaren mate van continuïteit kan worden gehaald uit de ketenmonitor¹, en ziekteverzuim uit Corona dashboard RONAZ instellingen², zie rechtsonder.

Bijlage 2 | Deelnemende huisartsenpraktijken monitoring Nivel



Bijlage 3 | Voorbeelden huidige initiatieven vervroegd ontslag¹

De inrichting van de monitoring en opvolging van covidpatiënten thuis verschilt per initiatief

Deze constructie heeft minimaal impact op de eerstelijnszorg⁴

	Ziekenhuis als eindverantwoordelijke	Huisarts als eindverantwoordelijke
Monitoring in het ziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> Bij vervroegd ontslag blijft de longarts of internist van Isala hoofdbehandelaar tot 10 dagen na ontslag. Monitoring voor de hele regio gebeurt vanuit het Connected Care Center²  Bij het St Antonius ziekenhuis monitoren longartsen en coassistenten de thuismonitoring  Bij het CWZ wordt de monitoring gedaan door het medische callcenter van het ziekenhuis. Dit wordt bemand door laatste jaar geneeskundestudenten en staan in nauw contact met de longartsen  	<p>Het monitoringscentrum in het JBZ² verzorgt de monitoring van de thuismetingen. Zodra de patiënt vanuit het JBZ naar huis gaat valt de patiënt onder de verantwoordelijkheid van de eigen huisarts</p> 
Monitoring door de eerstelijnszorg	<p><i>Geen voorbeelden bekend bij IG&H. Dit betekent niet meteen dat er geen initiatieven zijn waarbij de monitoring gebeurt door de eerstelijns en het ziekenhuis medisch eindverantwoordelijke blijft</i></p>	<p>Coronapatiënten kunnen na opname in het ziekenhuis sneller naar huis, dankzij een verbeterde samenwerking tussen Amsterdamse ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorgorganisaties. De meting m.b.t. de (zuurstof)saturatie wordt automatisch in het platform ingeladen en dagelijks doorgegeven aan de huisarts³</p>
Monitoring door een zorgcentrale	<p><i>Geen voorbeelden bekend bij IG&H. Dit betekent niet meteen dat er geen initiatieven zijn waarbij de monitoring gebeurt door een zorgcentrale en het ziekenhuis medisch eindverantwoordelijke blijft</i></p>	<p>In regio Drenthe werken ziekenhuizen, huisartsen en zorgcentrale samen aan ziekenhuisverplaatste zorg</p>    

¹ De voorbeelden van de huidige initiatieven in Nederland geven een beeld hoe verschillend de thuismonitoring ingericht kan worden. De lijst is geenszins compleet

² Het monitoringscentrum van o.a. Isala en JBZ monitoren niet alleen covidpatiënten, maar ook o.a. patiënten met hartfalen en COPD.

³ De samenwerkende organisaties zijn Amsterdam UMC, OLVG, BovenIJ ziekenhuis, Cordaan, Amstelring, Evean, Huisartsenposten Amsterdam, huisartsenorganisaties aangesloten bij de Amsterdamse Huisartsen Alliantie en Huisartsenkring Almere/Amsterdam. Bron: OLVG-website

⁴ Indien de patiënt achteruit gaat dan wordt de patiënt herbeoordeeld op de SEH en eventueel opnieuw opgenomen op de kliniek. Het heropnemen van patiënten gebeurt bij ca. 6-8% van de patiënten (Isala)

Bijlage 3 | Best practice voorbeeld | regio Drenthe

In regio Drenthe werken ziekenhuizen, huisartsen en een zorgcentrale samen aan thuismonitoring in de regio

Betrokken partijen¹

Ziekenhuizen, huisartsen en zorgcentrale werken samen aan ziekenhuisverplaatste zorg.

Samenwerking tussen:

- Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA)
- Treant Zorggroep
- Huisartsenzorg Drenthe (HZD)
- Zorgcentrale Noord (ZCN)

Afspraken over de behandeling van patiënten hebben de huisartsen, longartsen van het WZA en Treant Zorggroep samen gemaakt

Proces¹

- Patiënten die thuis worden gemonitord maken gebruik van de Thuismetenapp van softwareleverancier Luscii
- Hierin vullen zij meerdere keren per dag hun zuurstofsaturatie, hartslag en ademhalingsfrequentie in en geven ze aan hoe ze zich voelen
- De monitoring gebeurt door zorgcentrale ZCN
- De verpleegkundig zorgcentralist van ZCN belt met de patiënt conform een belscript en geeft de huisarts een signaal wanneer de patiënt bijvoorbeeld achteruitgaat

Lessons learned²

- De samenwerking in de keten liep al goed in Drenthe, dit heeft tot een succesvolle en snelle implementatie geleid: in negen dagen is de COVID-thuis monitoring opgezet
- In de regio Drenthe wilden ze zo dicht mogelijk bij de huidige werkwijze blijven. Dit heeft ertoe geleid dat de huisarts hoofdbehandelaar is van de patiënt t.a.v. covid-thuismonitoring
- (Bijna) alle huisartsen in Drenthe zijn aangesloten bij de HZD.³ Dit vergemakkelijkt het grootschalig uitrollen van thuismonitoring. Hierdoor hoeven geen aanvullende afspraken gemaakt te worden met verschillende huisartsenorganisaties of individuele praktijken

¹ Website ZCN

² Input interview ZCN en WZA

³ De huisartsenorganisatie in Drenthe

Bijlage 3 | Best practice voorbeeld | Isala

Isala biedt zowel vervroegd ontslag, als het preklinisch monitoren in de eerste lijn aan

Betrokken partijen

- Het Isala ziekenhuis en de huisartsenorganisaties in de regio Zwolle, Meppel, en Noord-Veluwe werken samen in de thuismonitoring van covidpatiënten
- Isala geeft aan dat naadloze samenwerking tussen regionale huisartsen, het monitoringcentrum, en ziekenhuisorganisatie essentieel zijn

Monitoring en opvolging

- Isala monitort de covidpatiënten die vervroegd naar huis gaan via het Connected Care Center
- De opvolging gebeurt door het ziekenhuis zelf. Isala blijft hiermee de medisch eindverantwoordelijke voor de patiënt. Dit het ontlast de druk op de huisartsenzorg

Preklinische monitoring

- Isala heeft, naast ervaring in vervroegd ontslag, ook ervaring in het preklinisch monitoren in de eerste lijn
- De preklinische thuismonitoring in de eerste lijn betreft risicopatiënten (oud, kwetsbaar, of met bijkomende ziekten) onder verantwoordelijkheid van de huisarts die nog niet zo ziek zijn dat ze in het ziekenhuis moeten worden opgenomen, maar wel risico lopen op acute verslechtering, en daarom goed in de gaten gehouden moeten worden¹

Bijlage 3 | Voorbeeld stappenplan vervroegd ontslag Isala¹

Isala is eindverantwoordelijk voor de patiënt bij vervroegd ontslag en verzorgt de monitoring en opvolging



market leaders in
digital transformation
HEALTHCARE

Kortetermijn scenario in verband met de omikronvariant

Analyses en aanbevelingen



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



make
strategy
work