



# Escalatiemodel Grip op Griep

Zorgcontinuïteit zorginstellingen Noord Holland-Flevoland

ROAZ AMC/Vumc

19-10-2018 vastgesteld



## Leeswijzer

### Achtergrond

De griep epidemie zorgt jaarlijks voor extra druk op de spoedzorgketen. Deze drukte wordt veroorzaakt door meerdere oorzaken. Er is ook niet één probleem en dus ook niet één oplossing voor alle problemen. Er zijn meerdere oplossingen nodig op verschillende niveaus (landelijk, bovenregionaal, regionaal en lokaal). Dit escalatiemodel is ontstaan naar aanleiding van analyse van de griep en griepcijfers die in november 2017 in de Focusgroep Opgeschaalde Zorg gepresenteerd werden, de ketenoefening Regionaal Crisisteam Zorg in de regio Amsterdam-Amstelland (november 2017) en het 'griepseizoen' in het jaar 2017-2018.

Vanuit de Focusgroep Opgeschaalde Zorg kreeg een werkgroep de opdracht mee om een notitie op te stellen om regie- en coördinatie-afspraken op te stellen en de mogelijkheden van informatie-uitwisseling te onderzoeken. Tegelijkertijd met het opstellen van afspraken in een zogenaamd escalatie model gaf de minister van medisch zorg (VWS) B. Bruins in het eerste kwartaal van 2018 de formele opdracht aan de 11 ROAZ regio's om een plan te maken over de 'Griep 'aanpak. Dit plan dient voor het najaar 2018 gereed te zijn. Onderliggend stuk is een weerslag van beide opdrachten. Het model is bedoeld voor de zorginstellingen binnen de ROAZ regio's Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet en de (6) GHOR-regio's in Noord Holland en Flevoland.

### Overwegingen, de noodzaak om te anticiperen en een escalatiemodel

Jaarlijks heeft Nederland te maken met een griepgolf. Uit cijfers blijkt dat het griepseizoen consequenties heeft voor de capaciteit in ziekenhuizen (presentatie ROAZ 2017). Ongeveer 76% van de besmette patiënten verzuimt van het werk, 0,75% van de influenzagevallen vraagt om een ziekenhuisopname, 0,2% van de ziektegevallen betreft een IC-opname. Daarnaast treft de griep epidemie ook het eigen (verplegend) personeel. In de grilligheid van het verloop van het griepseizoen kunnen pieken in het ziekteaanbod gevolgen hebben voor meer dan één zorginstelling in de regio en zo gevolgen hebben voor de zorgcontinuïteit van de hele Veiligheidsregio /provincie/ROAZ-gebieden. De jaarlijkse griep epidemie heeft dus gevolgen voor de capaciteit van de zorginstellingen in de regio waardoor de acute (spoed) zorg in de knel kan komen. Zorginstellingen interpreteren we in dit verband breed: huisartsen, huisartsenposten, RAV-en, ziekenhuizen en V&V zorginstellingen.

Primair zijn de zorginstellingen verantwoordelijk voor de eigen bedrijfsvoering en zorg voor patiënten. In vrijwel alle gevallen worden problemen met zorgaanbod of personeelstekort intern, dus binnen de instelling, opgelost. In geval van een (griep) epidemie kan het zijn dat problemen niet zonder hulp van andere instellingen kunnen worden opgelost of dat problemen bij de individuele instellingen effecten hebben in de keten. Huisartsen en huisartsenposten die naar elders moeten doorverwijzen, extra verplaatsingen door Ambulancediensten, uitstroom die stagneert, etc. Samenwerking in de keten is dan noodzakelijk om de (spoed-)zorg te garanderen in de regio. Hiervoor is regie en een escalatiemodel nodig.

De noodzaak van een escalatiemodel werd hierboven al cijfermatig onderbouwd. Uit een oefening in de Amsterdamse regio (2017) kwam tevens naar voren dat de bestuurders in het Regionaal Crisisteam Zorg (RCZ) behoefte hebben aan (cijfermatige) gegevens en juist ook aan mogelijke handelingsperspectieven. Deze handelingsperspectieven, de voorbereide besluiten, moeten door een voorafgaand tactisch (medisch) ketenoverleg worden aangeleverd.

### Doel van het escalatiemodel

Dit model geeft structuur in een voorfase wanneer het nog onduidelijk is of en in welke mate er maatregelen noodzakelijk zijn t.b.v. de capaciteit in de regio. Het geeft tijdens het griepseizoen (de warme fase) een verbeterde coördinatie, gebaseerd op verbeterde informatie. Een afgesproken fasering

in het escalatiemodel geeft duidelijkheid door vooraf gemaakte afspraken op welk niveau (operationeel, tactisch, strategisch) er in de keten zal worden samengewerkt.

### **Context**

Het ROAZ is verantwoordelijk voor de continuïteit van acute zorg en een goede samenwerking in de keten. Onderdeel hiervan is om de continuïteit van zorg niet in het gedrang te laten komen. Dit noemen we de koude fase. De GHOR is verantwoordelijk voor de zorgcontinuïteit en ketensamenwerking van de acute zorg tijdens opgeschaalde situaties. Dit noemen we de warme fase.

Een griep epidemie maakt het raakvlak tussen reguliere acute zorg en de opgeschaalde zorg erg zichtbaar. De notitie 'Grip op griep' is erop gericht om tijdens de koude fase te monitoren wanneer de drukte oploopt en te herkennen wanneer de reguliere acute zorg overgaat in acute zorg, waarvoor opschaling mogelijk noodzakelijk is (de warme fase).

### **Rol Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet**

In Noord-Holland en Flevoland zijn er meerdere veiligheidsregio's waarbinnen de GHOR-bureaus actief zijn. Binnen deze regio's zijn verschillende aanbieders van acute zorg actief. Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet zijn als organisaties middels het ROAZ verantwoordelijk voor de continuïteit van acute zorg. Binnen dit escalatiemodel is alles erop gericht om op momenten waarop de vraag stijgt en het aanbod afneemt deze continuïteit te kunnen waarborgen. Bij een griep epidemie spreken we dan ook niet van een crisissituatie, maar van een sluimerende periode waarbij we waakzaam moeten zijn dat de zorgcontinuïteit niet in het geding komt. De ROAZ organisaties Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet zijn daarom vanuit hun taakstelling verantwoordelijk in de eerste fases van het escalatiemodel. Ook kan het ROAZ in de voorbereiding bijdragen aan bestuurlijk en operationeel draagvlak voor het communicatie-escalatieplan bij de verschillende aanbieders van acute zorg, maar er ook voor zorgen dat zorgorganisaties (in gezamenlijkheid) komen tot preventieve maatregelen (witte fase). Hierbij valt te denken aan seizoensplanning, het creëren van extra capaciteit, inzet van het Rode Kruis en het verhogen van de vaccinatiegraad.

### **Rol GHOR**

De GHOR stimuleert (door verbinden, informeren en adviseren) alle partners in de witte kolom om zich voor te bereiden op hun taak bij de rampenbestrijding en crisisbeheersing en op gebeurtenissen die er toe kunnen leiden dat er een disbalans ontstaat in het leveren van zorg door de instelling zelf (zoals tijdens een griep epidemie). De GHOR regisseert en coördineert de samenwerking van de acute zorgpartners binnen de witte kolom, zodat deze tijdens een crisis als een gesmede keten samenwerken en dat aan de slachtoffers van een grootschalig incident de noodzakelijke hulp wordt geboden. Dus ook tijdens een griep epidemie. De GHOR kan in de eerste fases van het escalatiemodel en tijdens een griep epidemie de keten faciliteren en verbinden door middel van informatievoorziening door netcentrisch werken middels LCMS GZ, en door het organiseren van het tactisch medisch overleg. Indien afstemming op strategisch (bestuurlijk) niveau noodzakelijk is, kan de directeur Publieke Gezondheid (DPG) het Regionaal Crisisteam Zorg (RCZ) bijeenroepen. Het RCZ is daarbij de coördinatiestructuur waarbinnen gemandateerde vertegenwoordigers van zorginstellingen, onder voorzitterschap van de DPG, ten tijde van een ramp of crisis maatregelen afstemmen die meerdere instellingen raken zodat in de regio verantwoorde zorg in stand gehouden kan worden. Binnen de GHOR-regio's Noord Holland en Flevoland bestaat per GHOR-regio een Regionaal Crisisteam Zorg voor overleg tussen zorginstellingen in een crisissituatie.

Indien bovenregionale afspraken noodzakelijk zijn om de continuïteit van zorg in de ROAZ regio Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet te kunnen waarborgen stemmen de Directeuren Publieke Gezondheid met elkaar af en indien nodig kunnen de RCZ overleggen samen georganiseerd worden.

## Uitgangspunten:

**Zorgcontinuïteit is primair de eigen verantwoordelijkheid van de individuele zorginstelling/aanbieders, maar daar houdt het niet op.**

Ten aanzien van de acute zorg ligt een bredere, regionale, (afstemmings-)verantwoordelijkheid bij het ROAZ. Diverse zorgaanbieders/instellingen stemmen al af met naburige instellingen om momenten van krapte samen op te vangen. Gezien de onderlinge afhankelijkheden in de acute zorgketen en de verwachte repeterende griepproblematiek is afstemming en samenwerking in breder ROAZ-verband geboden.

Als basis voor deze afstemming zijn de volgende uitgangspunten uitgewerkt:

**1. Elke zorginstelling/aanbieder geeft de eigen mogelijkheden en beperkingen naar de beste vermogen aan.**

Een regionaal overzicht van de staat van de acute zorg is alleen zinvol mogelijk indien de uitvraag op gestandaardiseerde wijze wordt ingevuld.

**2. Samen wordt gezocht naar de beste oplossing.**

Zorg wordt niet geannuleerd zonder afstemming met de zorgketen.

**3. De druk dragen we samen.**

Overbelasting van zorginstellingen/aanbieders moet zo veel mogelijk worden voorkomen.

**4. Acute zorg gaat voor planbare/electieve zorg.**

Regionale zorgcontinuïteit gaat voor productie.

## Doelstelling escalatiemodel en algemene opzet

Uitgangspunt is het garanderen van acute zorg en het continueren van de dagelijkse zorg in de ROAZ regio Noord Holland en Flevoland. Instellingen hebben hier in een gezamenlijke verantwoordelijkheid en belang.

De specifieke doelstelling van het escalatiemodel is om op een van te voren vastgelegde, eenvoudige wijze te laten zien hoe het gezamenlijke probleem wordt gedefinieerd, hoe de informatie wordt gedeeld, welke maatregelen er nodig zijn en wie waarover beslist.

Dit geeft een basis om besluiten te nemen om zorgcontinuïteit te garanderen met een integrale afweging en optimale samenwerking in de keten.

Het model schaalte op vanuit het operationele niveau van de instellingen (RAV, HAP, Cure, Care-dagelijkse bedden capaciteit overleg) naar het tactisch en strategisch niveau van de crisiscoördinatoren (crisisteam) van de zorginstellingen.

Het start met het delen van informatie, loopt via een tactisch medisch ketenoverleg en eindigt met een Regionaal Crisisteam Zorg waarin bestuurders dilemma's delen en besluiten nemen.

Onderstaand wordt een fasering beschreven en per fase omschreven wat het doel is en welke maatregelen genomen worden.

Groen	Preventie, gezamenlijke maatregelen gericht op preventie
Geel	Verzamelen en delen van (operationele) informatie tussen instellingen
Oranje	Delen van tactische maatregelen van een instelling
Rood	Tekortschieten van lokale maatregelen waarvoor de noodzaak tot redistributie van patiëntenstromen en waar mogelijk in gezamenlijkheid strategische keuzes maken
Zwart	Bovenregionale afstemming

<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kleuren zijn conform landelijke afspraken

### Inzetcriteria RCZ, bredere toepassing

Inzetcriteria waarbij coördinatie via het RCZ nodig kan zijn, zijn de 7 disbalansen; grote aantallen slachtoffers (flitsramp, evacuatie en ontruiming van een zorginstelling, infectieziekte crisis, uitval nutsvoorzieningen, terroristische aanslagen met specifieke verwondingen, tekort uitval van personeel waarbij meerdere instellingen tegen dezelfde problemen aanlopen (vergelijkbare disbalansen). Dit escalatiemodel is ook toepasbaar in andere situaties.

### Escalatiemodel fasering

#### Code 'Groen'

Doel: Voorafgaand aan het griepseizoen (preventieve) maatregelen in gezamenlijkheid afspreken.

Wie roept af:	Vaste vergaderafspraken, bijeenkomst Tactisch Medisch Ketenoverleg. Jaarlijks half/eind november; initiatief vanuit ROAZ in samenwerking met GGD
Op basis waarvan:	Pre-alertering vanuit Infectieziekte beleid (IZB) (vooraankondiging griepseizoen)
Welke maatregelen treffen we:	Start overleg over gezamenlijke preventieve maatregelen, zoals aandacht voor vaccinatie (personeel en kwetsbare groepen) hygiënemaatregelen, inkoop Eerste Lijns Verblijf (ELV), Thuiszorg (WMO), roosters etc. Leren uit het vorig griepseizoen: kengetallen verkeerd bed gebruik tijdens griepseizoen, uitstel electieve patiëntenzorg, et cetera. Informatiemanagementproces: geen monitoring
Wie schaaft verder op:	In overleg; coördinatie ROAZ
Op basis waarvan:	Onderlinge afspraak
Wie schaaft terug:	Onderlinge afspraak
Op basis waarvan:	In overleg

### Code 'geel'

Doel: Informatie verzamelen, delen en monitoren van operationele maatregelen; bepalen of tactische maatregelen noodzakelijk zijn.

Wie roept af:	Hoofden van de bureaus SpoedZorgNet / NAZNW/ DPG op aangeven van zorginstelling(en); instelling is leidend.
Op basis waarvan:	Melding RIVM – griep epidemie in NL en/of melding uit een zorginstelling dat problemen toenemen (problemen binnen een zorginstelling zijn leidend)).
Welke maatregelen treffen we:	<p>Informatiemanagementproces wordt opgestart volgens afspraak 1 tot 2 keer per week monitoring middels LCMS-GZ via de GHOR; in een afgesproken format wisselen we informatie uit. Zorginstellingen vullen LCMS-GZ met van tevoren bepaalde informatie. Deze informatie is deels kwantitatief en deels kwalitatief van aard.</p> <p>We verzamelen informatie: over</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Drukke acute zorg</li><li>- Logistiek in-door-uitstroom</li><li>- Informatie van de arts Infectieziekte/RIVM over omvang, duiding, duur en verloop van de griep</li></ul> <p>Oplossingsrichtingen in de instelling, in afstemming met ketenpartners</p> <p>Op basis van vast format, informatie over aantal patiënten, ziekte personeel, eigen maatregelen. Is de instelling in staat de eigen zorgcontinuïteit te organiseren? (met vaste antwoordopties)</p>
Wie schaal verder op:	Netwerken acute zorg in overleg met zorginstelling(en) en DPG/GHOR (meetbare criteria eventueel nader te benoemen).
Op basis waarvan:	Verkregen informatie bijv. aankondiging griep epidemie (RIVM) en/of en op basis van afgesproken parameters betrokken zorginstellingen.
Wie schaal terug:	Netwerken Acute Zorg in overleg met zorginstellingen
Op basis waarvan:	Melding RIVM – griep epidemie is voorbij in NL; er worden langer dan 3 dagen geen problemen vanuit de instellingen gemeld.

### Code 'oranje'

Doel: Tactische maatregelen delen, afstemmen, strategische keuzes voorbereiden

Wie roept af:	DPG en de hoofden van de bureaus SpoedZorgNet / NAZNW in gezamenlijk overleg, op aangeven van zorginstelling(en); instelling is leidend
Op basis waarvan:	Zie code geel, op basis van verkregen informatie; of op verzoek van een instelling (voorzitter Crisisteam veelal een medisch manager en/of directielid); meetbare criteria eventueel nader te benoemen.
Welke maatregelen treffen we:	<p>Informatie managementproces (LCMC- GZ) 2 keer per week tot dagelijkse monitoring.</p> <p>Tactisch Medisch Ketenoverleg wordt georganiseerd. In dit overleg zitten deelnemers vanuit alle betrokken zorginstellingen op tactisch niveau die het strategische niveau medisch inhoudelijk kunnen adviseren op het gebied van zorgcontinuïteit.</p> <p>In deze fase wordt (medische) informatie verzamelt (zie code geel) en gedeeld en wordt gekeken hoe samenwerking vorm moet krijgen.</p> <p>Dit niveau van escalatie gaat over eigen activiteiten van de instellingen. De kracht zit in de informatie-uitwisseling. Rapportage kan aan de eigen bestuurder. Er volgen nog geen regionale interventies. Informeren bestuurlijk en tactisch ROAZ.</p>
Wie schaal verder op:	Tactisch Medisch Ketenoverleg, op basis van gelijkwaardigheid
Op basis waarvan:	Informatie die door hen wordt gedeeld en beoordeeld.
Wie schaal terug:	Tactisch Medisch Ketenoverleg
Op basis waarvan:	Informatie die door hen wordt gedeeld en beoordeeld; daarbij geven ze aan of er teruggeschaald wordt tot code geel of tot 'normale situatie'.

### Code 'rood'

Doel: op regionaal niveau in het Regionaal Crisisteam Zorg op strategisch niveau bespreken van tekortschieten van lokale maatregelen waarvoor de noodzaak tot redistributie van patiëntenstromen en waar mogelijk in gezamenlijkheid strategische keuzes maken

Wie roept af:	DPG en de hoofden van de bureaus SpoedZorgNet / NAZNW in gezamenlijk overleg i.s.m. Tactisch Medisch Ketenoverleg, op basis van gelijkwaardigheid; de DPG roept het RCZ bijeen.
Op basis waarvan:	Informatie die door hen wordt gedeeld en beoordeeld in fase oranje.
Welke maatregelen treffen we:	<p>Het RCZ komt bijeen, de DPG is voorzitter. Dilemma's, maatregelen en eventueel advies worden voorbereid door het Tactisch Medisch Ketenoverleg wat reeds actief is in een eerdere fase. Zij bereiden de te nemen besluiten voor en schetsen de dilemma's en dragen mogelijke oplossingsrichtingen aan.</p> <p>Het RCZ coördineert, het gaat dan om maatregelen die meerdere instellingen raken. Capaciteit bevorderende maatregelen zoals:</p> <p><i>Samenwerking rond patiëntenzorg</i>: verplaatsen patiënten, cohort verplegen, schrappen van electieve ingrepen, opname-stops etc. Besluiten over de eigen instelling worden door dit team in eigen verantwoordelijkheid genomen (iedere deelnemer gaat over zijn eigen instelling), de besluiten worden gedeeld met anderen opdat maatregelen op elkaar kunnen worden afgestemd.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <i>Samenwerking rond personeelszorg</i>: denk aan extra personeel, personeel verplaatsen tussen afdelingen of verplaatsen over instellingen heen. Ook hier geldt dat besluiten over de eigen instelling door dit team in eigen verantwoordelijkheid worden genomen. De besluiten worden gedeeld met anderen opdat maatregelen op elkaar kunnen worden afgestemd. De DPG informeert openbaar bestuur; mogelijk afkondiging GRIP.</li><li>○ Informatiemanagementproces LCMS- GZ verzamelt dagelijks informatie</li><li>○ Zie bijlage I voor mogelijke maatregelen</li></ul>
Wie besluit:	Het RCZ, onder voorzitterschap van de DPG
Aanvullende afstemming bovenregionaal:	De DPG van de bronregio zoekt afstemming met de omliggende GHOR-bureaus binnen het ROAZ gebied (Noord Holland-Flevoland). Is het RCZ in de andere regio's actief, zijn er knelpunten in de zorgcontinuïteit etc.
Wie schaal verder op:	DPG/GHOR in overleg met zorginstelling(en) en de Netwerken acute zorg.
Op basis waarvan:	Informatie en besluiten uit het RCZ en/of op verzoek van omliggende regio's (DPG)
Wie schaal terug:	Het RCZ, onder voorzitterschap van de DPG
Op basis waarvan:	Informatie uit het Tactisch Medisch Ketenoverleg



### Code 'zwart'

Effecten gaan bovenregionaal/ ROAZ gebied/andere GHOR regio's.

Doel: besluiten/ dillema's bovenregionaal afstemmen en effecten beoordelen op bovenregionale zorgcontinuïteit. Afstemming noodzakelijk tussen verschillende RCZ overleggen (regionaal) bovenregionale samenwerking binnen ROAZ gebied.

Wie roept af:	RCZ regionaal i.o.m. Netwerken Acute Zorg en DPG(GHOR)
Op basis waarvan:	Informatie vanuit één of meerdere RCZ overleggen (regionaal). Informatie uit veiligheidsregio?
Welke maatregelen treffen we:	Maatregelen die effect hebben op de omliggende regio's(bovenregionaal) zie maatregelen bij code rood Informatiemanagementproces LCMS- GZ dagelijks en informatie delen in ROAZ verband.
Wie besluit:	DPG'en/namens de regionale RCZ
Wie schaaft verder op:	DPG'en in overleg met zorginstellingen en Netwerken Acute Zorg
Op basis waarvan:	Informatie en besluiten regionale RCZ overleggen en/of op verzoek van DPG
Wie schaaft terug:	DPG
Op basis waarvan:	Afstemming met collega's DPG en Netwerken Acute Zorg

### Informatiemanagementproces

Sinds 1 mei 2017 wordt in de ROAZ regio's Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet AMC en de GHOR regio's Noord Holland en Flevoland gewerkt met LCMS GZ. Dit systeem en de bijbehorende werkwijze "netcentrisch werken" kan in de beschreven situaties waarbij een griepepidemie een verstoring geeft in de normale bedrijfsvoering van de instellingen, een middel zijn om informatie te verzamelen en actuele informatie met elkaar te delen.

De regionale uitvraag vindt plaats d.m.v. een eenduidige uitvraag bij de zorginstellingen ( via een vast format van een regionaal situatierapport met standaard vragen) in het netcentrische systeem en de informatie uit het acuut zorgportaal.

De informatie en communicatie uitwisseling vindt plaats zoals is afgesproken in het ROAZ (netcentrisch werken (mei 2017) en de uitgangspunten communicatie (febr. 2018)

De frequentie van monitoring zal er als volgt uitzien:

- Code groen: geen monitoring
- Code geel: 1 tot 2 keer per week monitoring (af te spreken op moment van opschaling)
- Code oranje: 2 keer per week tot dagelijkse monitoring
- Code rood: dagelijkse monitoring
- Code zwart: dagelijkse monitoring en delen van regionale afgestemde maatregelen

## Besluitvormingsproces

Voor het vaststellen van de dit escalatiemodel hebben we de volgende route bedacht:

- agendering in focusgroep Opgeschaalde Zorg versie 0.6 en focusgroep SEH
- agenderen bij het OKAZ
- bespreking via GHOR-regio's met zorginstellingen in de eigen regio
- bespreking met care-instellingen in Amsterdam-Amstelland
- bespreken met care instellingen andere veiligheidsregio's
- eerste bespreking versie 0.7 - ROAZ (15 juni) – ter informatie en vaststelling op infrastructuurniveau
- bespreking met ( Medisch keten overleg )tactisch overleg (september)
- ter vaststelling ROAZ oktober 2018; check of alle instellingen zich committeren aan de afspraken versie 0.9-
- Na vaststelling in het ROAZ versie 1.0 verzenden binnen de keten door netwerken en GHOR-bureaus

## Versiebeheer

Versie	1.0	19-10-2018 vastgesteld door ROAZ AMC/VUmc
Bijlage I	0.1	Bijlage: ketenmaatregelen escalatie ladder

## Bijlage I

### Inleiding

Op 18 oktober jl. is met het tactisch-medische managementlaag in de regio een inhoudelijke werksessie gepland om specifieke ketenmaatregelen op te stellen behorende bij code rood van het escalatiemodel. Het gaat hierbij om maatregelen die een effect hebben op de zorgketen en/of afgestemd moeten worden in de zorgketen. Deze werksessie is begeleid door het COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement. In dit verslag zijn de besproken ketenmaatregelen opgenomen. Daarnaast zijn tijdens de werksessie suggesties gedaan om huidige uitgangspunten verder te specificeren. Deze worden ook in dit verslag opgenomen.

De opgehaalde maatregelen kunnen nader worden uitgewerkt. Hiervoor zal per maatregel gekeken worden of er bestaande werkgroepen/ focusgroep zijn die hierin een rol kunnen vervullen.

### Voorstellen voor aanvullen/aanscherpen uitgangspunten

In het escalatieplan zijn de volgende vijf uitgangspunten opgenomen:

1. Zorgcontinuïteit is primair de eigen verantwoordelijkheid van de individuele zorginstelling/aanbieders, maar daar houdt het niet op
2. Elke zorginstelling/aanbieder geeft de eigen mogelijkheden en beperkingen naar de beste vermogen aan
3. Samen wordt gezocht naar de beste oplossing
4. De druk dragen we samen
5. Acute zorg gaat voor planbare/electieve zorg

Tijdens de werksessie zijn de volgende uitgangspunten aan bod gekomen:

- a) Niet de kwaliteit van zorg verlagen, maar de zorg anders organiseren
- b) Indien noodzakelijk brengen we testen en diagnostiek naar de patiënt toe
- c) We zoeken niet naar de beste oplossing maar de meest verantwoorde oplossing
- d) In code rood gaan we instroom anders organiseren

Maatregel	Toelichting	Vragen tijdens de werksessie
Vaccineren personeel (en bewoners zorghuizen)	Urgentie om te laten vaccineren moet omhoog bij personeel	Is het normaal dat zorginstellingen hun bewoners vaccineren?
Voorportaal: een griepkliniek waar grieppatiënten in code rood heen worden gebracht	Valt nog wel onder huisarts, maar wel met ondersteuning van andere organisaties. Idee is om meer ruimte te creëren in het ziekenhuis en dus het herverdelen van de zorg om de extra instroom. Het is dan mogelijk om in het voorportaal met wat lager gekwalificeerd personeel de zorg uit te voeren.	De bedden en personeel moeten ergens vandaag komen, haal je die dan weg uit het ziekenhuis? Creëer je dan niet minder ruimte in het ziekenhuis?
Dag HAP inrichten	Op het moment dat de huisarts twijfelt of iemand griep heeft kan hij deze persoon doorsturen naar de dag HAP van het ziekenhuis waar verder onderzoek kan worden gedaan. Vanuit hier kan de patiënt door naar het ziekenhuis als het nodig is. Hierdoor wordt de SEH ontlast.	
Regionaal lab in werking zetten	De diagnostiek naar de patiënt brengen. Daarmee voorkom je niet dat een patiënt instroomt, maar bewerkstellig je wel dat patiënten sneller op de juiste plek in het ziekenhuis worden gebracht (niet zijnde SEH).	
Eerste lijn versterken / Griephotline / griephuisbezoek	Tussenpersoon die bij de patiënten langs kan gaan zodat ze niet meteen in het ziekenhuis komen. Dit zou bijvoorbeeld een SOG i.o.m. huisarts of verpleegkundig specialist kunnen zijn. Patiënt hoeft dan ook niet te worden verplaatst, ambulance wordt dan ook niet overbelast. De patiënten die dan wel binnenkomen in het ziekenhuis, kunnen veel gerichter doorstromen.	Wat hebben huisartsen nodig qua ondersteuning?

## Maatregelen: Doorstroom

Maatregel	Toelichting	Vragen
Cohort verpleging	Alle ziekenhuizen moeten hier over nadenken: veel patiënten zijn bekend met hun eigen ziekenhuis. Zou een logistiek probleem kunnen oplossen.	
Samenwerking IC's als basismodel in code rood.	IC's werken nu vaak ook al samen, dit kan dus eventueel worden vastgelegd als basismodel in code rood.	
Patiënten geclusterd verplegen	VAC A en B scheiden.	
VSV en H.A. kunnen samen afspraken maken over medisch beleid	De administratieve last kan hierdoor (tijdelijk) worden verminderd.	

## Maatregelen: Uitstroom

Maatregel	Toelichting	Vragen
Naportaal	Wijkkliniek: patiënten kunnen sneller het ziekenhuis verlaten.	
Criteria ELV-bedden worden lager gelegd	Dit betekent andere zorgcriteria die je gezamenlijk moet afstemmen. Goed afstemmen met de VVT sector	
Transporten van patiënten uit het ziekenhuis moeten gecoördineerd worden op regionaal niveau.	De Meldkamer kan hierin een belangrijke rol spelen	