

# REGIONAAL OVERLEG NIET ACUTE ZORG OVER COVID-19

---

*Notitie Prognose en capaciteit: samen werken aan continuïteit van zorg in de hele keten, op een veilige en verantwoorde wijze*

## Inleiding

Samen staan we voor het vraagstuk hoe we de komende tijd voldoende COVID-zorg met zoveel mogelijk behoud van reguliere zorg regelen in ziekenhuizen, vanuit huisartsen, in de thuiszorg, de wijkverpleging en in de zorginstellingen voor ouderenzorg, GGZ en de gehandicaptensector. De langdurige zorg speelt daar een belangrijke rol in, door COVID-patiënten op te vangen die geen ziekenhuiszorg (meer) nodig hebben maar wel verpleging en/of verzorging.

## Bestuurlijk kader

Wij zien vanuit het RONAZ de noodzaak tot het sturen op een goede verdeling van beschikbare capaciteit tijdens deze COVID-19-crisis. Wij zien het als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om:

- Te zorgen voor continuïteit van zorg voor de cliënten die bij de in het RONAZ aangesloten organisaties in zorg zijn, eventueel in aangepaste vorm.
- Samen met onze partners vanuit het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) voldoende, goede beschikbare (opname)capaciteit te organiseren voor COVID-19 patiënten/cliënten in de drie Brabantse Veiligheidsregio's.
- Samen met onze partners vanuit het ROAZ voldoende, goede beschikbare (opname)capaciteit te organiseren voor niet-COVID-19 zorg die niet uitstelbaar is of waarvan uitstelbaarheid niet wenselijk is.

## Uitgangspunten

We hanteren hierbij de volgende uitgangspunten:

1. We werken in principe (eerst) met het 'oprekken' van bestaande capaciteit boven het opnieuw organiseren daarvan. Dat wil zeggen: we gebruiken vooral vrijgevallen capaciteit zoals bijvoorbeeld afdelingen van geriatrische revalidatiecentra (GRZ), we creëren capaciteit binnen de thuiszorg en/of proberen bestaande capaciteit intensiever te gebruiken. Dit heeft de voorkeur, mede vanwege de personele krapte.
2. Daarnaast wordt er extra cohortcapaciteit ingezet, gecoördineerd door het Actiecentrum overplaatsingen/VVT en na besluitvorming in het dagelijks bestuur RONAZ.
3. Wat er niet in komt, hoeft er niet uit. Het voorkomen van opname in ziekenhuis en cohort heeft de voorkeur.

*Bij bovenstaande punten geldt voor de verstandelijk gehandicapten zorg (VG) dat we starten met vanuit thuis de zorg voor COVID-cliënten te organiseren. In tweede instantie naar herstel dan wel naar cohorten binnen de VG. We proberen onderling oplossingen te vinden en ondersteunen elkaar. Pas daarna gaan we inzenden naar een ziekenhuis voor medische zorg.*

4. Alle zorgorganisaties leveren hun aandeel, hetzij in het beschikbaar stellen van mensen en middelen, hetzij in organisatiekracht.
5. De prognosemodellen van RONAZ/GHOR dienen als basis om de benodigde extra capaciteit voor COVID-19 aan te geven en te sturen op uitnutting.
6. Het tijdpad wordt gesteld tot 1 juli 2021. In het besef dat de gevolgen van de voorziene zorgkloof in de ouderenzorg zijn intrede met deze COVID-19-pandemie eerder heeft gedaan dan verwacht. Daarmee is de periode tot aan 1 juli 2021 illustratief voor de toekomst. Een periode waarin wij de beschikbare capaciteit oprekken en daarmee de personele inzet per cliënt verminderen. Dit zal met de IGJ en het Zorgkantoor worden afgestemd.
7. Samen met het ROAZ wordt bepaald wat het ritme is van de 'dans' en in hoeverre de beschikbare capaciteit op maximum open blijft óf wanneer er gestuurd wordt op een gezamenlijke te realiseren scenario waarin gas kan worden teruggenomen. Dit moet in lijn zijn met de gezamenlijk overeengekomen scenario's qua ziekenhuisproductie en WLZ-zorg. De reden om de extra capaciteit tijdelijk te verlagen kan zijn om voor de medewerkers een pauze (vakantieperiode) in te bouwen.
8. Wat digitaal kan, gaat digitaal. Indien reguliere zorg doorgang kan hebben, heeft het de voorkeur hiervoor digitale zorgmogelijkheden in te zetten.
9. Organisaties zijn zelf (en daar waar nodig samen) verantwoordelijk voor de wijze van organiseren en voor de randvoorwaarden van de extra capaciteit.