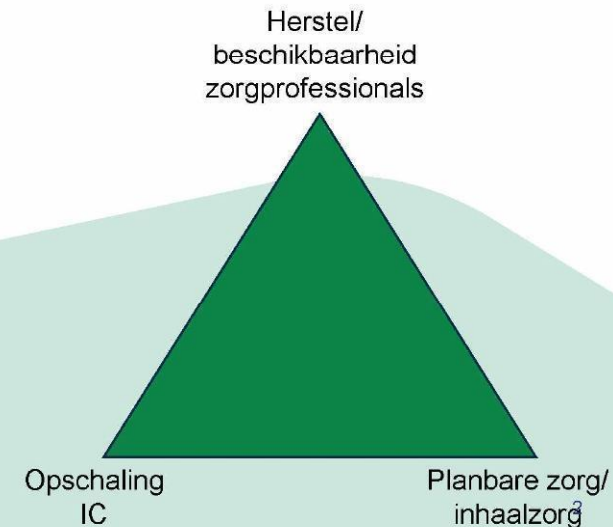


Toegankelijkheid planbare zorg

Wat kunnen we nog meer bij opschaling
IC-capaciteit?

Aanleiding

- LNAZ werkt aan opschalingplan voor IC-capaciteit voor het najaar, waarin weer druk op de ziekenhuizen wordt verwacht a.g.v. Covid-19, griep, etc. Uitgangspunt is weer evenredige spreiding van Covid-patiënten, gebaseerd op omvang ziekenhuis.
- Er is een grote uitgestelde zorgvraag a.g.v. eerdere Covid-golven. Landelijk verschillen in wachtlijsten en druk die a.g.v. inhaalzorg wordt ervaren.
- Opschaling naar 1150/1350 IC-bedden zal vanwege schaarste aan zorgprofessionals vermoedelijk weer leiden tot afschaling planbare zorg.
- Ziekenhuizen die verhoudingsgewijs de meeste IC-capaciteit beschikbaar moeten hebben, zijn ook de ziekenhuizen die een belangrijke rol spelen bij het toegankelijk houden van de kritiek planbare zorg. Landelijk worden er vanwege inhaalzorg en schaarste aan OK-capaciteit al knelpunten t.a.v. dit type zorg (zoals bij cardiothoracale chirurgie) ervaren.
- De afgelopen week uitten verschillende artsen zich kritisch over wat een nieuwe Covid-golf doet met de planbare zorg en de gezondheidsschade die daaruit voortvloeit.



Centrale vraag

Wat kunnen we in het belang van patiënten (nog meer) doen om bij een nieuwe opschaling van IC-capaciteit zoveel mogelijk (kritiek) planbare zorg toegankelijk te houden?

NB: urgentieclassificering geldt als uitgangspunt

Twee lijnen

1. Met het oog op het voorkomen van onomkeerbare gezondheidsschade ligt allereerst prioriteit bij de toegankelijkheid van de kritiek planbare zorg. Voor de knelpunten die hier bestaan of te verwachten zijn, zijn meer maatwerkoplossingen nodig, omdat deze zorg zowel door beperkingen in IC-capaciteit als OK-capaciteit onder druk staat.
2. Afschaling van planbare zorg in ziekenhuizen moet niet automatisch leiden tot afschaling planbare zorg in ZBC's, tenzij de acute en kritiek planbare zorg zodanig onder druk komen te staan dat ook zorgprofessionals uit ZBC's nodig zijn om die zorg draaiende te houden.

Wat nu?

In een eerste overleg op 15 oktober jl. tussen FMS, V&VN, Patiëntenfederatie, VWS en NZa zijn enkele eerste oplossingsrichtingen uitgewisseld.

1. Identificeren waar t.a.v. de kritiek planbare zorg op dit moment de grootste knelpunten zitten. Wachlijsten op dit punt scherper maken. In overleg met professionele netwerken, ziekenhuizen en zorgverzekeraars oplossingen zoeken voor deze knelpunten.
2. Uitwerken van (out of the box) scenario's welke zouden kunnen bijdragen aan het zowel leveren van Covidzorg als inhaalzorg (in afstemming met LNAZ), zoals:
 - Covid- en/of inhaalzorg naar het buitenland verplaatsen
 - Ziekenhuizen met relatief weinig IC-bedden Covid-vrij houden, zodat reguliere zorg niet stil valt
 - Bepaalde kritiek planbare zorg met grootste knelpunten concentreren in een aantal ziekenhuizen die minder Covid doen, zodat deze zorg doorgang kan blijven vinden
3. Maximaal inzetten op verhogen vaccinatiegraad om probleem bij de kern aan te pakken. Hoe?

Vraag aan de deelnemers van de bestuurlijke klankbordgroep: **hoe nu verder?**