

Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19

Naam: (10)(2e) a)

Functie: (10)(2e)

Organisatie: De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht

Datum (uiterlijk 4 augustus):

Onderwerp expert-tafel: **IC-capaciteit**

Wat is het perspectief van waaruit u kijkt (bijvoorbeeld, wetenschap, praktijkdeskundige, en welke achtergrond)?

Het perspectief van waaruit ik kijk betreft een medisch bestuurlijk perspectief.. Ik ben (10)(2e) (10)(2e) Tevens

ben ik revalidatiearts en senior onderzoeker.

In mijn reactie zal ik me focussen op het optimaliseren van de uitstroom van de IC en triage voor vervolg behandeling mn revalidatie.

Wat zou u, *met de kennis van nu*, het kabinet adviseren om in de maatregelen om een opleving van het virus te voorkomen of deze op te vangen als hij zich toch voordoet, precies weer zo te doen dit najaar, *vanuit het oogpunt van IC-capaciteit*? Welke elementen in de aanpak zijn, als het gaat om het thema IC-capaciteit, wat u betreft waard om vast te houden, te herhalen of uit te bouwen en waarom?

- Structuur Roaz, alhoewel regionaal zeer verschillend ingericht en pas laat op gang gekomen. Belangrijk dat roaz direct in verbinding staat met Ronaz of netwerk voor herstel en revalidatie. Ronaz en netwerk revalidatie is lang niet overal geregeld
- Regionale afstemming betreffende triage in het ziekenhuis voor de benodigde vervolgzorg en inzicht in de regionale sociale kaart, deze werkte inhoudelijk goed echter de capaciteitsplanning was niet optimaal. Er waren teveel kostbare cohortvoorzieningen.
- Regionale en landelijke inkoop en verdeling van allerlei materialen, althans zoals geregeld in de laatste fase van de pandemie, in de eerste fase was dit helaas niet georganiseerd.

Wat zou u, *met de kennis van nu*, het kabinet adviseren om – op het gebied van IC-capaciteit - dit najaar anders, of nieuw te doen bij het voorkomen of opvangen van een opleving van het virus? En waarom?

- Het is belangrijk dat er een eenduidig advies komt mbt het thema wel/niet meer besmettelijk om gebruik van bedden op een cohortafdeling optimaal te benutten en doorstroom naar een andere afdeling of organisatie voor revalidatie en herstel te bespoedigen. Ik zou dringend adviseren om het RIVM te vragen hierover een duidelijk en veilig advies te laten geven waarop we landelijk eenduidig kunnen werken. Dat maakt triage en overname veel sneller te organiseren naar de juiste vervolgvoorziening.
- Het is belangrijk dat er op de IC en cohortafdeling van de ziekenhuizen snel triage plaatsvindt en afspraken liggen hoe dit vorm gegeven wordt en snel uitgebreid kan worden. Afhankelijk van de belastbaarheid, benodigde vervolgzorg en aard van de beperkingen en revalidatiedoelen wordt zsm een vervolgplan gemaakt. Zsm wordt

- gestart met revalidatie op de cohortafdeling. Triage vindt plaats door revalidatiearts, triage-verpleegkundigen of bijvoorbeeld specialist ouderengeneeskunde.
- Regionaal moet er een plan beschikbaar zijn met daarin de verwijs-, cohort- en behandel mogelijkheden in aansluiting op ontslag uit het ziekenhuis: begeleiding thuis door 1^e lijns paramedici en huisarts, geriatische revalidatie (GRZ), longrevalidatie of medisch specialistische revalidatie (MSR). Om de capaciteit optimaal te benutten is hier een regionale sturing en monitoring vereist. Die is er nu in sommige regio's op lokaal initiatief, soms op basis van reeds bestaande contacten ad hoc geregeld maar in de meeste regio's niet geformaliseerd of voorbereid. Daarbij kan gefaseerd opgestart en opgeschaald worden middels afspraken hierover tussen lokale MSR, GRZ en longrevalidatie aanbieders. Nog besmettelijke patiënten worden eerst gecentraliseerd om efficiënt en goed cohortafdelingen te kunnen benutten. Samenwerking tussen de MSR en GRZ is hierbij veel meer mogelijk dan nu wordt gedaan en gedacht.
 - alle patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen worden worden uitgenodigd op een nazorgpoli om na 6-12 weken het functioneren in kaart te brengen, behandel doelen uit te vragen en een gericht behandeladvies te geven. Belangrijk dat daar ook een sociale kaart beschikbaar is voor verdere behandel mogelijkheden passend bij evt problematiek. Er wordt nu vooral ingezet op de nazorgpoli, ik vraag me af of de behandelopties daarna wel inzichtelijk zijn.
 - Belangrijk om de doorstroming in de hele keten goed te waarborgen is te zorgen voor voldoende beschikbaarheid bij thuiszorg en eerste lijns behandelaren en hen daarbij te voorzien van goede persoonlijke beschermende middelen.