

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]
 From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
 Sent: Fri 4/10/2020 1:44:30 PM
 Subject: Nav scenario sessie:
 Received: Fri 4/10/2020 1:44:31 PM

Veel van de corona-maatregelen zijn door het Kabinet ingesteld om de druk op de IC-capaciteit behapbaar te houden → flatten the curve. Deze vallen in het thema 'maximaal controleren' van de NCTV. Voor de maatregelen binnen dit thema maakt het RIVM berekeningen en scenario's wat er gebeurt met de IC-capaciteit als die maatregelen weer worden losgelaten. Het RIVM adviseert VWS hierover. Hier gaat CZ geen aparte scenario's voor maken.

Wat CZ wel wil meegeven aan het OTcb is het volgende:

- *We zien in de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg een soort multiplier effect;*
 alle uit te stellen zorg is op dit moment afgezegd en mensen mijden zorg (om uiteenlopende redenen: bang dat ze iemand besmetten of zelf besmet raken, of denken dat de zorg het nu te druk heeft om hen te zien). Dit heeft tot gevolg dat de curve idd platter wordt.
 De FMS en IGJ zijn aan het bezien welke zorg weer kan worden opgeschaald. Huisartsen en bepaalde specialismen (hart, dermatologie, oncologie) roepen mensen op bij klachten vooral wel contact (niet fysiek) te zoeken met een zorgverlener. Indien de curve de komende periode weer iets omhoog zal gaan, zal de reactie vanuit de ziekenhuizen en huisartsen zijn om direct weer mensen af te bellen, uit angst de IC-capaciteit over te belasten.
- *Maatregelen ingesteld tbv flatten the curve kunnen pas worden versoepeld op het moment dat de benutte IC capaciteit weer op het oude normaal zit.*
 In normale omstandigheden waren er 575 NON-COVID IC bedden en 350 COVID IC bedden beschikbaar. 30% van de IC capaciteit was onbenut. Dit kwam in totaal uit op 1150 IC bedden.
 Op dit moment is er een gerealiseerde capaciteit van 2400 IC-plekken, wat voldoende lijkt om de piek op te vangen. Maar, de IC-afdelingen van de ziekenhuizen draaien nu op 200%. Dat is ongekend en niet eeuwig vol te houden voor het personeel. De NVIC geeft aan (d.d. 2 april) dat "de kwaliteit van zorg onder toenemende druk staat en de personeelskrachte toeneemt. Het piept en kraakt op alle IC's. Veel ziekenhuizen werken met een patiënt-verpleegkundige ratio van 1:4, in plaats van de gebruikelijke ratio van 1:1 tot 1:2. Niet-intensivist worden ingezet om zorg te verlenen aan deze zeer zieke groep patiënten. Teams zijn opgeleid om zonder supervisie patiënten te draaien. Er is angst, omdat we nauwelijks meer de kwaliteit kunnen leveren die we gewend zijn. Er zijn zorgen, omdat we onvermijdelijk fouten gaan maken die patiënten schaden"
VWS mag niet van deze uitgebreide IC capaciteit uitgaan bij het versoepelen van de maatregelen.

Daarnaast - domeinen die voor de beleidsterreinen van CZ van belang zijn:

- Continuïteit van zorg/ wachtlijsten
- Kwaliteit van zorg
- Houdbaarheid van de kosten van de zorg.

In reactie op de vraag van DGV, hoe het staat met de behoefte aan revalidatiezorg: wordt er geanticipeerd op een grotere behoefte? Kan er geleerd worden uit Brabant?

- De NZa is gevraagd een traject te starten hoe er moet worden omgegaan met het stuwmeer van uitgestelde zorg. Ook de nazorg/herstelzorg voor COVID-19 patiënten neemt de NZa hierin mee. NZa heeft ook al contact gehad met Revalidatie NL, met de vraag wat de te verwachten stroom betekent voor de capaciteit en wat er straks nodig is om dat goed te kunnen opvangen.
- Revalidatiezorg inhoudelijk:
- ZonMW heeft uitvraag gedaan bij beroepsgroepen en koepel. E algemene indruk is dat bij verschillende disciplines initiatieven op het gebied van revalidatie zijn gestart en/of de wens aanwezig is om tot afspraken voor gepaste instrumenten (bijvoorbeeld een snelle leidraad en op termijn een multidisciplinaire richtlijn) te komen over (multidisciplinaire)revalidatie en/of nazorg.
- Bijvoorbeeld: door De Hoogstraat Revalidatie is een Behandelprogramma covid-19 post IC opgesteld. Door VRA en de NVIC wordt gewerkt aan een multidisciplinaire richtlijn over nazorg en revalidatie voor patiënten na langdurige/gecompliceerde IC opname bij COVID-1. De specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) zijn bezig met het opstellen van behandelprotocollen waarvan geriatrische revalidatie een onderdeel is.
- Sommige koepels lijken hier nog niet inhoudelijk mee bezig te zijn, maar daar organiseert ZonMW vervolgesprekken mee. Bijvoorbeeld; de eerste reactie vanuit de V&VN is dat er nu geen behoefte aan is. Voor de huisartsen (NHG) geldt dat er nog weinig op het gebied van nazorg is maar zij dat wel willen gaan oppakken.
- We zien een aantal toekomstige knelpunten:
 - o Het is niet te verwachten dat er op korte termijn een multidisciplinaire richtlijn herstelzorg COVID-19 is; wat is tot die tijd goede zorg? Wijkt deze zorg eigenlijk veel af van wat normale (langdurige) IC patiënten aan zorg krijgen?
 - o Als er nog geen multidisciplinaire richtlijn is, krijg je discussie over aanspraken/ pakket. Niet alle nazorg is verzekerde zorg en zullen mensen zelf moeten betalen.
 - o Aanbod van alternatieve therapieën en kwakzalvers.
- In dit kader is het misschien ook goed om te kijken naar 'never waste a good crisis' → het programma zorgevaluatie en gepast gebruik (ZE&GG) en/of Uitkomstgerichte zorg laten aanhaken bij het NZa traject, zodat niet alle uitgestelde zorg weer wordt opgestart, maar alleen de zinnige zorg.

Groet,

(10)(2e)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Curatieve Zorg, 14e verdieping
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

 (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e)
 (10)(2e) (10)(2e)
 (10)(2e) @minvws.nl