

Datum

23 oktober 2020

Q & A waarborgen kritieke planbare zorg tijdens toename COVID-19patiënten

Garanderen van dezelfde zorg aan patiënten in het hele land

Q. Het kabinet heeft na de eerste golf gezegd dat de reguliere zorg tijdens een eventuele tweede golf in stand wordt gehouden. Waarom wordt bepaalde zorg dan toch afgeschaald?

A. Het is belangrijk om de acute zorg en de kritieke planbare zorg te kunnen blijven leveren aan alle patiënten in Nederland die dat nodig hebben. Omdat het aantal COVID-19-patiënten zo groot is lukt het ziekenhuizen niet meer om zowel de COVID-19--stroom als de volledige reguliere zorg tegelijk voort te zetten. De tweede golf is sneller, eerder en anders dan verwacht, en leidt ondanks alle genomen maatregelen tot een te hoog aantal besmettingen en ziekenhuisopnames. De kwaliteit van de zorg voor én COVID-19- patiënten én reguliere patiënten kan dan niet meer worden gewaarborgd. Daarbij komt ook dat ziekenhuizen kampen met ziek of overbelast personeel, personeel dat besmet is met COVID-19 of daarvan wordt verdacht.

De huidige situatie vraagt om scherpere keuzes op basis van de urgentie. We kunnen geen oneindig beroep doen op de zorgmedewerkers. Daarom heeft minister Tamara van Ark (Medische Zorg en Sport) samen met de betrokken partijen maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat we onder deze uitzonderlijke omstandigheden patiënten in het hele land dezelfde zorg kunnen garanderen en er geen willekeur ontstaat.

Q. Welke maatregelen zijn dat?

A. Het doel is dat de COVID-19-zorg én de urgente kritieke zorg gewaarborgd blijven. Daarom zijn de volgende maatregelen getroffen:

1. Het Landelijk Centrum voor de Spreiding van Patiënten (LCPS) krijgt een meer sturende rol bij de verdeling van COVID-19-patiënten over het land. Zij bepalen steeds een week vooruit welke capaciteit moet worden vrijgehouden voor de COVID-19-zorg. Hierop kunnen ziekenhuizen zich dan tijdig voorbereiden.
2. De Federatie van Medisch Specialisten ontwikkelt hulpmiddelen waarmee artsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in de regio de juiste keuzes kunnen maken over de organisatie van de zorg.
3. De regionale samenwerking van alle zorgaanbieders en verzekeraars in de regio wordt verbeterd, ook ten aanzien van de reguliere zorg.
4. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt in beeld welke zorg nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen hierover verantwoorde keuzes kunnen maken.
5. De zorgverzekeraars helpen met financiële arrangementen waar dat nodig is

Q. Waarom heeft het LCPS een grotere rol nodig? Het LCPS is toch juist al opgezet om COVID-19-patiënten over ziekenhuizen te spreiden?

A. We zien dat ziekenhuizen het moeilijk vinden om in te schatten hoeveel COVID-19-patiënten zij de komende week kunnen verwachten en welke reguliere zorg ze daarnaast dan kunnen blijven bieden. Op basis van de prognoses geeft het LCPS vanaf nu aan hoeveel patiënten elke regio in de komende dagen kan verwachten. Zo weten ziekenhuizen sneller en preciezer hoeveel patiënten zij zullen gaan opnemen.

Q. Hoe ziet de prioritering van de reguliere zorg eruit en wie bepaalt dat?

A. De FMS maakt een raamwerk voor kritieke planbare zorg die binnen zes weken noodzakelijk is om gezondheidsschade en/of het verlies van levensjaren zo veel mogelijk te voorkomen. Daarnaast wordt uiteraard ook de acute zorg (binnen 24 uur) en semi acute zorg (binnen 7 dagen) geleverd. In het raamwerk staan aanbevelingen per urgentieklasse van zorg en per crisisfase voor afwegingen die in het ziekenhuis kunnen worden gemaakt in de gesprekken over afschaling van zorg die niet met COVID-19 te maken heeft.

Q. Welke behandelingen vallen onder kritieke planbare zorg?

A. Het gaat om behandelingen die moeten plaatsvinden in een termijn van zes weken om blijvende gezondheidsschade en/of het verlies van levensjaren te voorkomen. Denk hierbij aan ingrepen in relatie tot kanker/oncologie en bepaalde behandelingen binnen de GGZ.

Q: Waar komt die zes weken vandaan wanneer we praten over kritieke planbare zorg? Wie bepaalt dat?

A. De Federatie Medisch Specialisten heeft hier samen met haar leden (de wetenschappelijke verenigingen) naar gekeken. Het is aan het ziekenhuis en de medisch specialist om bij elke patiënt te beoordelen welke zorg verantwoord uitgesteld kan worden.

Q Wat gebeurt er met de overige behandelingen, hoe lang worden die uitgesteld?

A. Dat hangt in het algemeen af van het verloop van de COVID-19-pandemie. En uiteraard ook van de omstandigheden van de individuele patiënt. De minister blijft steeds in gesprek met alle betrokken partijen om te zien of het beleid kan worden aangepast.

Q. Hoe zorgt de minister ervoor dat iedereen in Nederland dezelfde toegang tot zorg krijgt?

A. In elke regio worden afspraken gemaakt over het leveren van acute zorg en kritieke planbare zorg voor alle patiënten. Het raamwerk van de FMS is hiervoor de leidraad. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders (inclusief zelfstandige klinieken) maken in ROAZ-verband afspraken over de acute en kritieke planbare zorg in de regio en de eventuele verdeling van patiënten die kritieke planbare zorg nodig hebben. Daarbij betrekken zij uiteraard ook de rest van de zorg, zoals de huisartsen en de wijkverpleging.

Q. Welke rol speelt geld bij de keuze voor wel of niet afschalen?

A. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij, net zoals tijdens de eerste golf, comfort willen bieden aan de ziekenhuizen en andere zorgsectoren die met dit tijdelijke beleidskader te maken krijgen. Hoe dat er in de praktijk uitziet, wordt nog besproken.

Q. Ernst Kuijpers spreekt van een tsunami. Hoe staat het met het Draaiboek Code Zwart, voor het geval artsen keuzes moeten maken tussen patiënten op de IC?

A. Dit draaiboek triage is nog tot begin november in consultatie in het veld. We zijn nu vooral hard aan het werk om te voorkomen dat we niet in die situatie terechtkomen. Mocht de situatie zich wel voordoen dat artsen op de IC keuzes moeten maken tussen medisch gezien gelijke patiënten, dan voldoet het Draaiboek Code Zwart.

Q. Wat gebeurt er verder op dit gebied?

A. Met het IC-Opschalingsplan van het LNAZ werken partijen verder aan het realiseren van nog eens 350 extra IC-bedden en 700 klinische bedden per 1 januari 2021 én het werven en opleiden van extra personeel. Omdat we opnieuw met grote aantallen COVID-19-patiënten te maken hebben in de ziekenhuizen en de verwachting is dat dit aantal nog toeneemt, kijken we ook naar verdere maatregelen, zoals naar de mogelijke concentratie van COVID-19-patiënten binnen regio's en/of op landelijk niveau. Tot slot zijn er de afspraken met Duitsland om - op basis van wederkerigheid en in geval van nood- elkaar bij te staan. Wat vooral van belang is, is dat iedereen zich aan de maatregelen houdt, dan hebben we namelijk deze extra zorgcapaciteit niet nodig.