

## Expert-reflectie ten behoeve van Lessons Learned COVID-19

Naam: Robert Sie  
Functie: vice-voorzitter, anesthesioloog  
Organisatie: Federatie Medisch Specialisten  
Datum (uiterlijk 4 augustus): 5 augustus 2020  
Onderwerp expert-tafel: **Effecten op de reguliere zorg**

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

Perspectief van zowel praktijkdeskundige, organisatie en wetenschap

- Anesthesioloog-pijnspecialist (Alrijne Ziekenhuis, Amsterdam UMC)
  - Vice-voorzitter Federatie Medisch Specialisten, portefeuille COVID-19
    - o Voorzitter FMS werkgroepen *Triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19*, *Leidraad opname van patiënten met 'verdenking op' COVID-19 in het ziekenhuis*, *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen*
    - o Voorzitter FMS klankbordgroep "Opschaling non-COVID19 zorg" (poliklinisch en operatief)
    - o Deelname Bestuurlijke Overleggen VWS "PBM", "Opschalen reguliere zorg", "Opschaling IC-capaciteit" & "monitoring COVID-19 in de eerste lijn en de MSZ"
    - o Deelname klankbordgroep NZa "Opschaling planbare zorg" en expertgroep NZa "informatievoorziening ROAZ"
  - Voorzitter LNAZ werkgroep-2 Opschalingsplan COVID-19 (regioverdeling en infrastructuur)
- 

Wat zou u, met de kennis van nu, het kabinet adviseren om, vanuit het oogpunt van effecten op de reguliere zorg, precies weer zo te doen dit najaar om een opleving te voorkomen of, mocht hij komen, snel in te dammen? Welke elementen in de aanpak zijn op dat gebied wat u betreft de moeite waard om vast te houden, te herhalen of uit te bouwen? En waarom?

### Reguliere zorg

- Meer aandacht voor continuïteit van reguliere zorg; *voorkomen gezondheidsschade en wachtlijsten*
- Betere triage ten behoeve van reguliere noodzakelijke zorg; *opdat een volgende piek indien afschaling onvermijdelijk wordt, zo min mogelijk bijkomende gezondheidsschade geeft.*
- uitgebreidere inzet van e-health toepassingen; *behoud in elk geval ten dele continuïteit van poliklinische zorg, Juiste Zorg Op de Juiste Plek.*
- Het opschalen van reguliere zorg na een piek dient via de bestaande zorgnetwerken organisch te gebeuren, zo is bij voorbeeld de oncologische zorg (oncologische chirurgie, gastro-intestinale chirurgie, neurochirurgie, urologie, gynaecologie, longchirurgie) reeds pre-COVID19 regionaal ondersteund door IKNL en SONCOS; *centrale sturing (los van monitoring) is hierbij niet nodig gebleken.*

## COVID-19 druk

- Centrale coördinatie ten tijde van een crisis (LCPS); *vormt een in de praktijk bewezen strategie om landelijk een regionale pandemie te absorberen*
  - o Regionale en landelijke coördinatie van spreading/uitplaatsing van patiënten
  - o Stel een eenduidige, consistente besluitvorming en communicatielijnen in de fasering van opschaling vast, die identiek moeten zijn voor alle regio's.
  - o Streef naar meer transparantie in beschikbare capaciteit, zowel IC als kliniek
  - o Aandacht voor heldere en frequente communicatie tussen LCPS en RCPS als noodzakelijke schakel in efficiënte landelijke patiëntenspreiding en even zo belangrijk een heldere en frequente communicatie van LCPS en RCPS naar de werkvloer
- Verbeter triage ten behoeve van COVID-19 zorg op IC-afdeling en kliniek door gebruik te maken van de bestaande FMS leidraden
- Behoud en breid wellicht uit de vorm van snelle kennisdeling en kennis synthese (o.a. behandel-leidraden en webinars) voor zorgprofessionals; *dit bleek een belangrijke succesfactor tijdens de 1<sup>e</sup> piek, op deze wijze kon snel een groot deel van onze achterban geïnformeerd en betrokken worden (over onderwerpen als COVID-19 acute zorg, triage-protocollen, nieuwe behandelinzichten, organisatie non-COVID zorg, lopend onderzoek, mentale gezondheid, nazorg COVID19 patiënten).*
- Behoud centrale regiefunctie van LCH en LCH teneinde voldoende voorraad te hebben aan PBM, medicatie, apparatuur, disposables etc.

## Bemensing & organisatie

- Zorg voor een snelle opstart van een lokale crisisorganisatie (crisisbeleidsteam, coronaplanbureau, logistiek); *dit bleek uit de FMS-enquête één van de succesfactoren te zijn tijdens de 1e piek*
- Zorg eveneens voor een grote participatie van de medische staf in deze lokale crisisorganisatie; *dit bleek uit de FMS-enquête één van de succesfactoren te zijn tijdens de 1<sup>e</sup> piek*
- Zorg voor een goede onderlinge samenwerking zowel binnen medische staf als met ziekenhuismanagement, maar ook regionaal (bijvoorbeeld met huisartsen/inrichting COVID-19 hotel/VVT/revalidatie centra); *dit bleek uit de FMS-enquête één van de succesfactoren te zijn tijdens de 1<sup>e</sup> piek*
- Blijf aandacht voor fysieke én emotionele belasting van zorgprofessionals houden; *uit internationale literatuur (China, Italië, Canada en WHO) blijkt een zeer hoog percentage angststoornis/ slapeloosheid/PTSS/uitval ook op middellange termijn*
- Zorg voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen; *opdat zorgprofessionals hun werkzaamheden veilig voor hunzelf en patiënten uit kunnen voeren.*

---

Wat zou u, met de kennis van nu, het kabinet adviseren om – met het oog op effecten op de reguliere zorg - dit najaar anders, of nieuw te doen in het voorkomen of indammen van een tweede golf van COVID-19 gevallen? En waarom?

## Reguliere zorg

- Voorkom abrupt afschalen van alle reguliere zorg (behoudens de spoedzorg); *beter om indien noodzakelijk gedifferentieerd af te schalen qua reguliere zorg. Resultaten uitvraag onder leden FMS volgt welke 25% van hun reguliere zorg in de 1<sup>e</sup> tranche afgeschaald zou kunnen worden.*
- In het kader van E-health, toekennen van een betaaltitel aan digitale communicatie tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn (tele-consultatie, telecasus-beoordeling) en tussen 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn (digitale multidisciplinaire overleggen bij voorbeeld oncologie-gerelateerd); *op deze wijze kunnen onnodige fysieke bezoeken van patiënten aan ziekenhuizen voorkomen worden.*

### **COVID-19 zorg**

- Voorkom het inrichten van een tijdelijke IC-capaciteit op PACU/verkoeverkamer; *dit maakte organisatie rondom spoed- en semispoed operatieve zorg zeer lastig en vormde de oorzaak van een groot stuwmeer aan zorg*
- Voorkom grote hoeveelheden interregionale patiëntenverplaatsingen, *idealiter vóór opname bepalen waar patiënt heen gaat*
- Crisismanagement in regio met verschillende geografische eenheden (ROAZ, IC-regio, ambulancetransport) is als groot probleem ervaren; *ROAZ-, IC-, en MICU-regio zijn geografisch niet uniform gedefinieerd. Streef naar overlegtafels waar alle betrokken partijen gemandateerd aanzitten, laat de inhoud leidend zijn boven vorm .*
- In het kader van E-health, toekennen van een betaaltitel aan digitale communicatie tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn (tele-consultatie, telecasus-beoordeling) en tussen 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn (digitale multidisciplinaire overleggen bij voorbeeld IC-gerelateerd); *op deze wijze kunnen onnodige verwijzingen of patiënt-verplaatsingen voorkomen worden.*

### **Bemensing**

- Voorkom het té snel staken/onderbreken van de opleiding/stages van AIOS; *in de 1<sup>e</sup> golf zijn AIOS met IC-ervaring/stage (anesthesiologie, interne geneeskunde, heekunde) massaal ingezet op de intensive care, voorkomen moet worden dat dezelfde AIOS in een eerstkomende golf wederom hiervoor worden ingezet.*
- Inzet van onvoldoende ervaren personeel; *tref voorbereidingen door het vormen van een pool en leid medewerkers op voor COVID-19 zorg (verleen prioriteit aan CZO Flex Level)*
- flexibilisering van zorgprofessionals:
  - o *Ontwikkeling van E-learning modules voor COVID-19 intensive care (NVIC; doelgroep anesthesiologie, interne geneeskunde, heekunde) en voor COVID-19 kliniek (NIV; doelgroep alle andere medisch specialismes)*
  - o *operatieve capaciteit is te vergroten door het creëren van flexibiliteit qua inzetbaarheid van anesthesiemedewerkers en operatie-assistenten op verschillende werkplekken, waarbij ook afdelings- en specialisme overstijgend gedacht moet worden, door middel van training in vereiste additionele vaardigheden die zijn omschreven als 'Entrusted Professional Activities' (EPA's).*

### **ICT**

- Dubbele registraties rondom bedden capaciteit; *kies voor 1 systeem wat zich al in de praktijk bewezen heeft*
- Realiseer digitale informatieoverdracht patiëntgegevens tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en tussen ziekenhuizen (verwijzing, overplaatsing); *handgeschreven overdrachten of faxen zouden niet meer nodig moeten zijn*

## **Maatschappij**

- Meer aandacht voor angst voor burgers bij ziekenhuisbezoek (beeldvorming)
- Meer aandacht (en begrip) voor RIVM COVID-19 gedragsregels bij burgers; *uit privé observatie-meer uitleg aan maatschappij waarom maatregelen noodzakelijk zijn - anders dreigt overbelasting zkh zorg - krijgt niemand meer de zorg die hij / zij nodig heeft. Nu te veel mensen die denken dit gaat mij niet raken, COVID19 is iets van anderen*