

Constructieve Continuïteit van Zorg

Najla van Veen-Mirzakhyl
Michèle van der Kemp
Lonneke van Reeuwijk
Fenna Heyning

3 april 2020

Constructieve Continuïteit van Zorg

Vanwege de corona-uitbraak ligt naar schatting bijna de helft van de reguliere zorg stil. Er ontstaat een stuwmeer aan uitgestelde poliklinische controles en electieve behandelingen, waardoor niet direct urgente zorg alsnog urgent wordt. Dit levert gevaar op voor de patiënten en ons zorgsysteem. Het nu al overbelaste zorgpersoneel zal straks nog meer uitgeput raken als van hen gevraagd wordt deze achterstand op instellingsniveau in te halen. Om toegankelijkheid van zorg te borgen is afstemming daarom noodzakelijk. Middels deze notitie doen wij een oproep voor een spoedige herstart van de reguliere zorg middels een “intelligente opschaling van non-coronazorg” en bieden we praktische handvatten in voorliggend draaiboek. Een bezielde, brede groep betrokkenen uit ons Nederlandse gezondheidssysteem, van o.a. academische en topklinische ziekenhuizen, ZBC’s, huisartsen, patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, tech-ondernemers en consultants hebben in zeer korte tijd, geheel belangeloos en op persoonlijke titel, de digitale handen ineen geslagen en hard gewerkt aan dit praktische draaiboek waarmee, met nationale coördinatie, instellingen en regio’s direct aan de slag kunnen.

We benoemen hierin de volgende punten:

- 1 Omvang en risicostratificatie (uitgestelde) zorgvraag non-corona patiënten naar urgentie in kaart brengen met behulp van bestaande ICT systemen;
- 2 Extra personeel uit extrahandenvoordeezorg.nl en materiaal optimaal verdelen en inzetten voor corona zorg en non-corona zorg, teneinde uitputting huidig actieve personeel en systeem te voorkomen;
- 3 Huidige situatie aangrijpen om reeds ingezette projecten over gepast gebruik en zinnige zorg op te schalen;
- 4 Opbouw ordening van intelligente opschaling non-corona zorg:
 - a. Eerste ordeningsprincipe: (uitgestelde) zorgvraag stratificeren in zinnige zorg versus “beter laten zorg” conform vigerende veldafspraken.
 - b. Tweede ordeningsprincipe: transformatie van zorg volgens het principe “digitaal tenzij” met behulp van reeds bestaande technische voorzieningen.
 - c. Derde ordeningsprincipe: zorg, die fysiek moet plaatsvinden, patiëntgericht stratificeren op urgentie en risico op behoefte aan acute capaciteit.
 - d. Vierde ordeningsprincipe: fysieke zorg onder capaciteitsdruk verdelen in de regio, op basis van beschikbaarheid en gepastheid met route naar “schone” infrastructuur, specifieke inzet van mensen en middelen.
- 5 Globale verdeling van capaciteit (dit kan per regio verschillen):
 - a. 1/3 van de zorg herstarten in eigen instelling & praktijk
 - b. 1/3 middels regionale centralisatie bij aantoonbare capaciteitsproblematiek
 - c. 1/3 van de zorg alloceren voor corona en (roulerende) uitval
- 6 Centrale landelijke regie met regionale implementatie in (deels reeds bestaande) netwerken van zorg- en ketenpartners door middel van centrale voorbereiding voor het wegnemen van barrières en borgen van randvoorwaarden op het terrein van juridische, technologische en financiële zaken.

Verbinden en versterken van netwerken en initiatieven in tijden van crisis is een must om de zorg duurzaam in te richten. Samen met vertegenwoordiging van “het hele systeem” hebben wij in kort tijdsbestek een draaiboek samengesteld, waarbij te allen tijde het ecosysteem boven het egosysteem stond. Wij zijn graag bereid tot een mondelinge toelichting en zijn zeer gemotiveerd om ons de komende periode verder in te zetten om een bijdrage te leveren aan het oplossen van bovenstaande problematiek.

Namens alle deelnemers Constructieve Continuïteit van Zorg,

Initiatiefnemers: Najla van Veen-Mirzakhyl, Michèle van der Kemp, Lonneke van Reeuwijk en Fenna Heyning

Een overzicht van deelnemers en contactgegevens van initiatiefnemers vindt u in de bijlagen

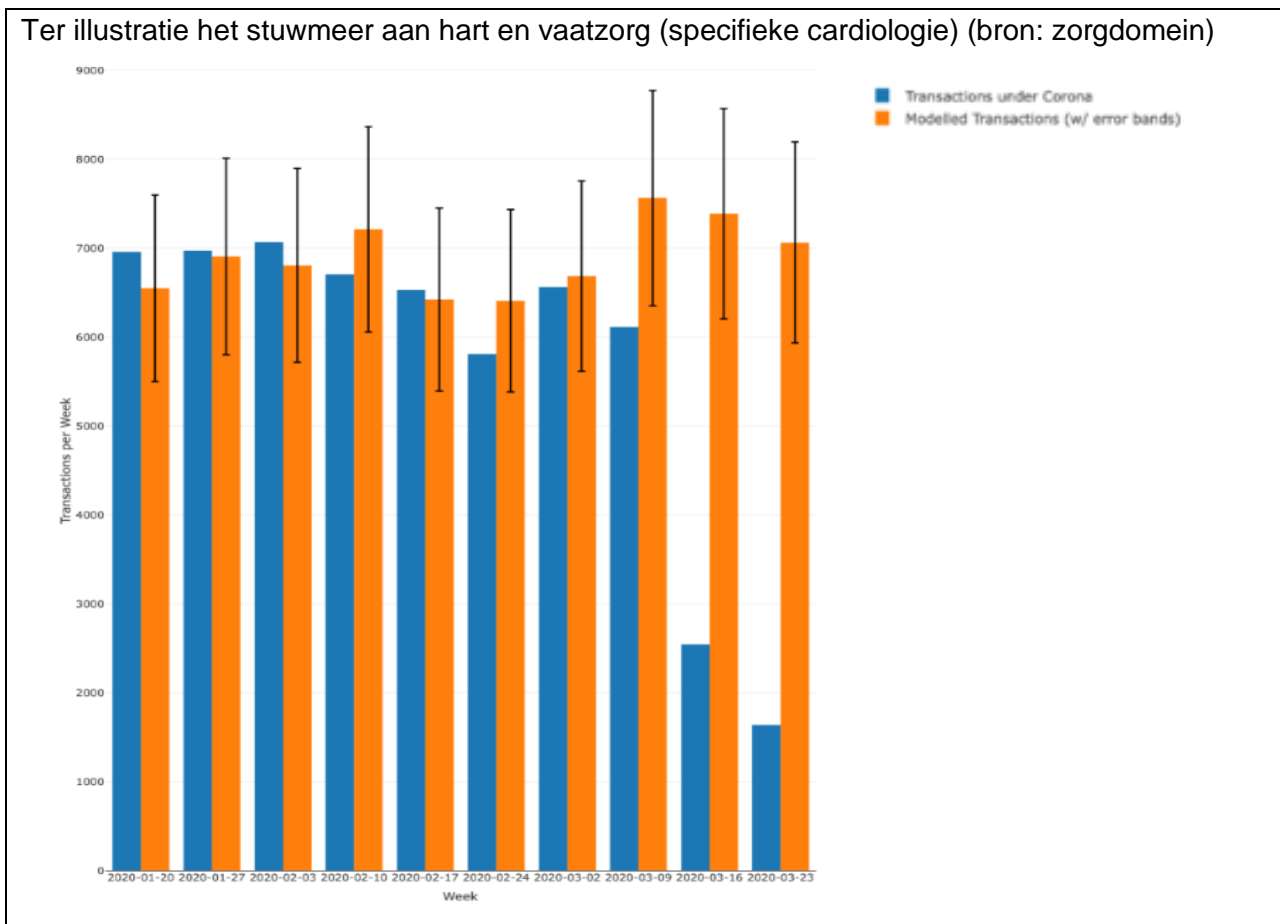
Inhoud

Oplegger Constructieve Continuïteit van Zorg.....	2
Aanleiding.....	4
Opschaling non-corona zorg	6
Top-Guided-Bottom-Up design met klinisch leiderschap op lokaal en regionaal niveau.....	7
Randvoorwaarden bij nationale coördinatie.....	8
Draaiboek intelligente opschaling non-coronazorg.....	9
<i>Fase 1: Inventarisatie</i>	9
<i>Fase 2: Implementatie</i>	10
Bijlagen.....	111
1. <i>Klinische uitwerking draaiboek vanuit ziekenhuis perspectief</i>	11
2. <i>Deelnemers bereikbaar voor vervolg</i>	16
3. <i>Coronabrief Zorgverzekeraars Nederland dd. 17 maart 2020</i>	
4. <i>Vragen van zorgverleners toegelicht</i>	
5. <i>Achtergrond informatie over digitale opschaling op middellange termijn</i>	
6. <i>Stappenplan beeldbellen in de zorg</i>	
7. <i>Digitale zorg op de Juiste Plaats (nieuwe toepassingen)</i>	
8. <i>Technologische ondersteuning in capaciteitsinventarisatie</i>	

Bijlage 3-8 zijn opvraagbaar

Aanleiding

Vanwege de corona-uitbraak ligt naar schatting minimaal de helft van de reguliere zorg stil (rapport Gupta Strategists dd. 23 maart 2020). Er ontstaat een stuwmeer aan uitgestelde poliklinische zorg en electieve behandelingen, welke ingehaald moeten worden, met alle risico op gevolgschade van dien. Ook zijn patiënten terughoudend om naar het ziekenhuis te gaan waardoor er extra gezondheidsschade ontstaat, de terughoudendheid is duidelijk te zien in cardiologie, maar geldt voor de gehele zorg.



Het spreekt voor zich dat we in tijden van crisis juist óók vooruit moeten kijken en daarom presenteren wij dit draaiboek voor alle lijnen in de zorg.

De duurzame oplossing van dit probleem ligt in het tijdig, liefst nu al, ontwerpen en uitrollen van de korte en lange termijn inrichting van de gehele reguliere zorg, zowel de medisch specialistische zorg als de zorg in de eerste lijn.

Vraagstelling

De vraagstelling die we op 26 maart jl. centraal stelden is: *“Hoe ziet het optimale stroomschema en bijbehorend draaiboek er uit om goede zorg voor de non-corona patiënt weer zo snel mogelijk in te richten, gebruik makend van dit momentum en huidige learnings? En daaruit voortvloeiend: wat hebben we nodig voor dat draaiboek?”*

Doelstelling

Kwalitatief goede en tijdige zorg voor álle patiënten zo snel mogelijk herstarten, gebruik makend van innovatieve, efficiëntie-verhogende technieken en samenwerkingsvormen, met optimale

inzet van mankracht en middelen. Uitputting en overbelasting van (zorg)personeel hier realistisch in meenemen om nóg meer uitval van personeel en uitstel van zorg te voorkomen.

Verkenning via werkgroepen

De verkenning heeft plaatsgevonden in twee werkgroepen. Een paar initiële gedachten waren bij de start:

1. Werkgroep Opschaling non-corona zorg m.b.v. regionale netwerken:

- Herstarten van zorg via stratificatiesysteem en (her)inrichten van zorginstellingen en regionale netwerken voor corona en genezen of non-corona patiënten. Immers zodra we meer in de richting van groepsimmunitet zullen gaan, zal de grote druk weer gaan komen op de reguliere zorg. Hoe kunnen we daar nu al een herstart in versnellen, goede stratificatie/triage uitvoeren, richtlijnen opstellen en waar nodig en mogelijk meer efficiënte samenwerking zoeken?
- Bij het heropstarten van non-corona zorg dient, bij de prioritering welke (non-corona) zorg (het eerst) uitgevoerd dient te worden, naast urgentie ook expliciet gekeken te worden naar de toegevoegde waarde van de zorg. Niet alle zorg die afgeschaald is hoeft weer opgestart te worden. Een deel van de zorg die nu uitgevallen is, is niet of nauwelijks effectief en een deel kan op een andere manier worden verleend, met minder belasting van het ziekenhuis. Alle partijen in de medisch specialistische zorg hebben hier al afspraken over gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord Medische Specialistische Zorg (HLA-MSZ) en geven hier uitvoering aan in de programma's zorgevaluatie en gepast gebruik (ZE&GG) en Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP). Vanuit het ZE&GG programma is er een implementatieagenda beschikbaar over gepast gebruik (<https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/implementatieagenda/>) die als belangrijk ingrediënt kan dienen om bovengenoemde keuzes te maken. Als we deze onderwerpen versneld invoeren, blijft er in de ziekenhuizen extra capaciteit beschikbaar om het stuwmeer aan niet uitgevoerde gepaste zorg versneld uit te voeren. Tot slot geldt ook dat voor de nieuwe varianten van zorg, die relatief ad hoc tijdens de corona crisis geïntroduceerd zijn, een kritische blik nodig is. Niet alles wat er ad hoc wordt bedacht is van toegevoegde waarde. Er moet onderzocht worden of die toegevoegde waarde er is, en zo niet, dan zou deze zorg weer moeten worden gestopt. Er dient dus continue evaluatie plaats te vinden van deze nieuwe varianten van zorg om vast te stellen welke veranderingen ook na de crisis behouden moeten blijven en welke niet. Zie hiervoor ook de bijlage Triagevoorbeelden Juiste Zorg op de Juiste plaats.
- Het maximaal inzetten van de "gewone" zorgcapaciteit, eventueel aangevuld met extra mankracht en expertise vanuit bijvoorbeeld extrahandenvoorde zorg.nl, zodat uitputting en overbelasting voorkomen worden.

2. Werkgroep Versnelling inzet digitale zorg op afstand "digitaal tenzij":

- Meer digitale zorg op afstand – poliklinische inzet van video- en telefonische consulten, inzet van triage en behandelapps, opschaling van telemedicine voor chronisch zieken, deels vanuit zorgverleners die (nu nog) vanuit huis werken.

Opschaling non-corona zorg

Probleemanalyse/mogelijke barrières

1. Personeel: Uitputting/uitval regulier personeel tgv corona zorg gedurende maanden

De reguliere zorg, hier gedefinieerd als non-corona zorg, is afhankelijk gemaakt van de capaciteit, die over blijft na inzet voor de corona besmette patiënten:

- $C_{\text{reguliere zorg}} = C_{\text{totaal}} - C_{\text{corona}}$.
- $C_{\text{totaal na crisis}} = C_{\text{totaal tijdens crisis}} - 25\%$, want zorgpersoneel wordt enorm overbelast in huidige corona crisis situatie. Roulerend zou men 25% snel verlof moeten geven om verdere uitval te voorkomen.

Dus er is sprake van een periode:

- $C_{\text{reguliere zorg}} = C_{\text{totaal-25\%}} - C_{\text{corona}}$. We schatten dit na stabilisatie van corona in op 1/3 van de zorgcapaciteit.
- Positief is dat zeer veel oud-zorgverleners zich gemeld hebben. Dit is medisch geschoold personeel, dat ingezet kan worden voor corona zorg én in de wederopstart van reguliere zorg (extra handen voor de zorg). Hiervan wordt op dit moment nog te weinig gebruik gemaakt. We zien vooral veel interne mobiliteit en dus een sterke destabilisatie van reguliere zorgcapaciteit. Een voorbeeld is het grote aantal poliklinieken die gesloten zijn vanwege ofwel “naar huis gestuurde” medewerkers, ofwel intern ingezette corona zorg ofwel een gebrek aan materialen doordat materiaalinkoop en masse “op corona” gezet is. Oogheelkundigen die acute klachten zonder maskers behandelen op verder lege poli's is een voorbeeld van het gevolg. De wachtlijsten stijgen astronomisch.

2. Balans tussen lokale autonomie en landelijke afstemming: wie neemt regie?

De juiste oplossing voor continuïteit van non-corona zorg zal liggen in een combinatie van een landelijk draaiboek met stevige borging en centrale aansturing op juridische, technologische en financiële aspecten, met lokale/regionale uitwerking en implementatie. Voor een grote implementatiekracht is het uitgangspunt hiervan: decentraal waar het kan, centraal waar het moet. De netwerkgeneeskunde die een deel van de oplossing zal zijn, en al langer gepropageerd wordt, vraagt om een gedeelde noodzaak, veel samenwerking en regionale/landelijke coördinatie. Met een stevige capaciteitsinventarisatie vanuit de zorgpartijen zelf zal op punten cruciaal draagvlak ontstaan voor de inzet van ook deze vorm van samenwerking.

3. Digitale opschaling

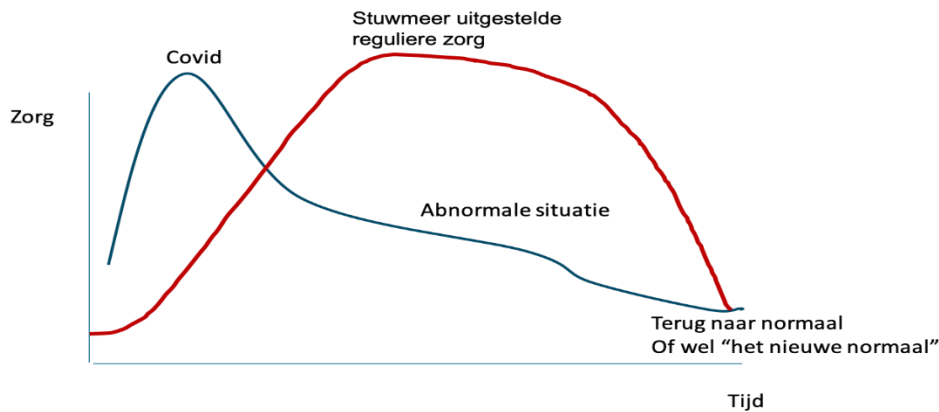
Tijdens deze coronacrisis blijkt dat zorg meer dan gedacht digitaal kan worden verleend. Veel polibezoeken zijn omgezet in telefonisch/beeldbel consulten. Daarnaast wordt ook toenemend triage toegepast door middel van onder andere de corona app. Deze voorbeelden zijn bestaande digitale platformen die eerder nog niet grootschalig gebruikt werden, onder andere door gebrek aan juridische, technologische en financiële borging. De wens om deze digitale zorgtransformatie duurzaam vast te houden is groot. Bovendien kan dit helpen tijdens de intelligente opschaling van non-corona zorg.

Een belangrijke stelregel hierbij is: maak gebruik van bestaande ICT systemen.

Top-Guided-Bottom-Up design met klinisch leiderschap op lokaal en regionaal niveau

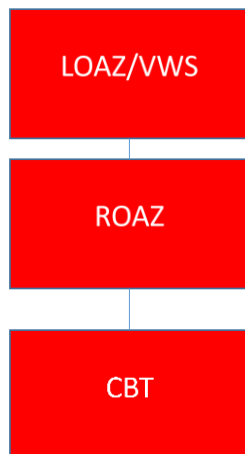
Gezien de tijd is er sprake van een periode van directe crisis met grote druk op de faciliteiten. Dit vraagt om directe sturing (top down) conform huidige situatie met betrekking tot LCPS/ LOAZ/ VWS/ ROAZ/ CBT in zorgleveranciers.

Het stuwmeer dat nu ontstaat aan uitgestelde reguliere zorg vormt bij niet tijdig ingrijpen echter een even grote, zo niet grotere of langer aanhoudende, capaciteitscrisis.

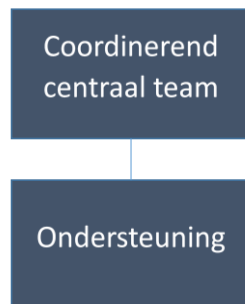


Dat betekent dat er een tweede organisatievorm naast de huidige crisissituatie toegevoegd dient te worden.

Crisisorganisatie



Voorbereiding



Non-corona zorg



Samenvattend: vanaf een aangetoonde 'flattened curve' gaan we centraal en decentraal herstarten middels een tweede pijlerorganisatie van reguliere zorg op 3 niveaus. Voorbereiding dient te gaan in getrapte fasering teneinde van onbewuste capaciteitscrisis naar bewuste capaciteitscrisis te bewegen. Zo ondersteunen we onze zorgverleners in plaats van directief en ongevraagd ons te bemoeien van hogerhand. We volgen dus een top-guided-bottom-up design met inachtneming van klinisch leiderschap op lokaal en regionaal niveau.

Randvoorwaarden bij nationale coördinatie

Belangrijk is om de mogelijke barrières voor verdeling van zorg in de regio te beslechten in een voorbereidingsgroep met de volgende aandachtgebieden:

1. ICT koppelingen toestaan/ mogelijk maken.
2. Juridisch:
 - Standaardovereenkomst aanbieden tussen partners met betrekking tot uitwisseling data, arbeidscontracten voor uitwisseling personeel, hoofdbehandelaarschap en privacy etc.
 - ACM (tijdelijke) wet- en regelgeving voor essentiële concentratie van zorg en samenwerkingsmodellen opstellen.
3. Financieel: Bekostiging en vergoeding
 - Een notitie van verzekeraars – Zorg voor financiering/liquiditeit en behoud van capaciteit is geregeld. Verzekeraars dragen reeds bij aan financiële zekerheden voor gecontracteerde zorgaanbieders, zodat de continuïteit van deze zorgaanbieders is geborgd. Deze maatregelen worden uitgewerkt tussen verzekeraars en zorgaanbieders, zodat zowel de corona gerelateerde als de non-corona gerelateerde zorg doorgang kan vinden binnen de beschikbare capaciteit van mensen en middelen.

Naast de financieringsbijdrage zijn in de bijlagen de ZN corona brief en drie mogelijke belemmeringen met bijbehorende oplossingsrichtingen geformuleerd. Deze gaan over het behoud van hoofdbehandelaarschap en de gevolgen voor de bekostiging, de consequenties voor contractjaren 2020 en 2021, en de samenhang tussen corona en non-corona zorg. Het opheffen van deze belemmeringen draagt bij aan de mogelijkheden om electieve zorg zowel tijdens als na de crisis te faciliteren.

We verwachten dat na deze crisis het belang en de waarde van gezondheid hoger op de maatschappelijke agenda komt waarbij het patiëntbelang steeds beter zichtbaar wordt als basis voor het medisch handelen. Deze ontwikkeling draagt bij aan de doelstellingen van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2018-2022 om de transformatie naar JZOJP vorm te geven, wat net als tijdens en na deze crisis verandering vergt van alle partijen. Het uitgangspunt is dat goed gedrag wordt beloond. Wij streven naar meer vertrouwen en een faire aanpak met elkaar zodat het patiëntbelang wordt ingebed d.m.v. objectiveerbare patiënten stratificaties. Voor een verdere versnelling naar JZOJP voorzien wij een evaluatie over de mogelijkheden voor verandering en innovatie die vanwege de corona crisis zijn ontstaan, evenals de belemmerende factoren tijdens de crisis.

Draaiboek intelligente opschaling non-coronazorg

Fase 1: Inventarisatie

Via landelijk coördinatieteam (NZA, LCPS en VWS) zal de vraagstelling met behulp van bestaande ICT systemen (zoals Zorgdomein) uitgezet worden binnen een representatieve groep instellingen binnen alle lijnen met de vraagstelling: “*In hoeverre kan men voldoen aan de zorgvraag volgens hieronder genoemde stratificatie assen en voor welke ziektebeelden of patiëntgroepen per regio voorziet men capaciteitsproblemen met inachtneming van 2/3^e van de FTE bezetting¹?*”

Deze inventarisatie geeft de behoefte weer aan nationale coördinatie en regionale afstemming in Fase 2.

Stratificatie assen A & B:

- A**
- acuut <1 dag – SEH zoals nu plus huidig ambulance aanrijdprotocol
 - urgent < 1 week
 - niet urgent < 1 maand
 - korte termijn electief <3 maanden
 - lange termijn electief

(NB reeds staande afspraken niet aan het einde van de wachtrij zetten, maar meteen meenemen in deze triage – zie luchtvaartmodel bij gecancelde vluchten)

- B** Digitaal zorg *tenzij* face to face zorg noodzakelijk is (bijvoorbeeld bij lichamelijk onderzoek, interventies en diagnostiek)

Er bestaan verschillende vormen van digitale zorg:

- Triage;
- Teleconsult;
- Videoconsult;
- Telemonitoring;
- En voor de professionals; video MDO, met uitwisseling van beelden en gegevens uit EPD

Verdere toelichting vindt u in bijlage 4.

¹ rest is langdurige corona + uitval roulatie

Fase 2: Implementatie

Op basis van de uitkomsten van de inventarisatie in fase 1, wordt de lijst van ziektebeelden – patiëntgroepen met capaciteitscrisis opgesteld door het landelijke coördinatie team.

Het landelijke coördinatie team geeft regionale kaders middels portfolio keuzes voor regionale samenwerkingen rondom Acute Thema Concentraties (ATC) en Electieve Thema Concentraties (ETC) binnen bestaande samenwerkingen. Dit team geeft ook de kaders voor de groei naar dedicated corona locaties. Nogmaals, hier kan voor iedere zorglijn een oplossing voor gevonden worden.

Personeelsplanning binnen instellingen conform de volgende criteria:

- 1/3 personeel en aangewezen patiënten in bestaande praktijk en instelling voor niet geconcentreerde zorg
- 1/3 personeel en aangewezen patiënten in geconcentreerd regionaal centrum met samenwerkende zorgteams ATC's en ETC's
- 1/3 personeel werkt op Corona locatie en teams plus uitval en vakantie/bijkomen

Bijlagen

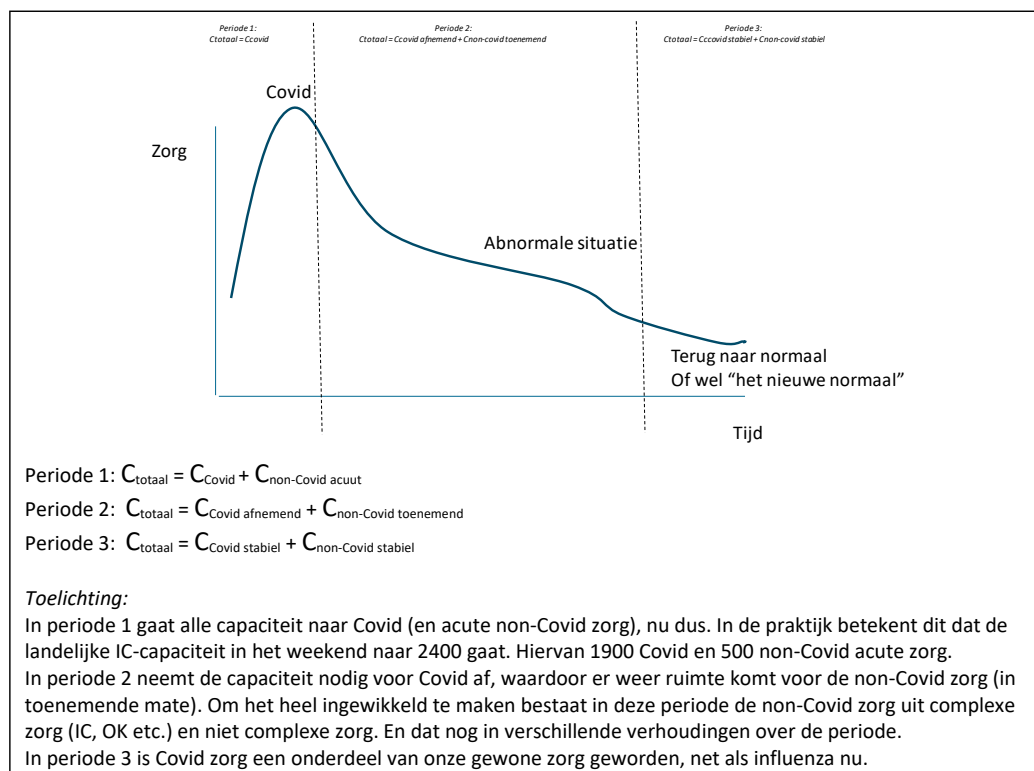
1. Klinische uitwerking draaiboek voorbeeld ziekenhuis perspectief

Vraagstelling

De vragen zijn in eerste instantie:

- Hoe gaan we de non-corona zorg opschalen, als er weer capaciteit (zorgverleners, hulpmiddelen, infrastructuur etc.) is gekomen? Over welke capaciteit hebben we?
- Welke processen zijn nodig om de beschikbare capaciteit op de juiste wijze in te zetten?
- NB. Hierbij dienen we het hele zorgproces te beschouwen. Van instroom, meestal via de eerste lijn, tot uitstroom, terug naar de eerste lijn of vervolgzorg, bv. VVT instelling, revalidatie zorg.

Kader



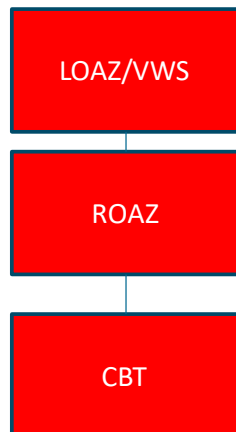
Inrichting van organisatie

De huidige situatie met betrekking tot CBT organisatie is niet houdbaar voor langere periode. Dat betekent dat er een tweede organisatievorm naast de huidige crisissituatie toegevoegd dient te worden. De belangrijkste lessen hierin vanuit de opschaling van de corona organisatie zijn:

- Bij het regelen van de non-corona zorg: maak gebruik van bestaande structuren. Ga niet ineens alles anders regelen. De acute zorg heeft dankbaar gebruikgemaakt van de bestaande structuur: de ROAZ.
- Zorg ook voor je mensen. Zorg, dat ze niet allemaal tegelijk ziek worden. Nu zijn 15% van de zorgverleners door ziekte niet inzetbaar.
- Zorg voor een centrale voorbereidende organisatie om barrières in beide pijlers (corona en non-corona organisatie) weg te nemen

Schematisch:

Crisisorganisatie



voorbereiding



non-corona zorg



Figuur 1 Organisatie

Belangrijk is om de mogelijke barrières voor verdeling van zorg in de regio te beslechten in een voorbereidingsgroep met de volgende aandachtgebieden:

- ICT = o.a.. naadloos uitwisselen van (patiënten) gegevens en het volgen van patiënten stromen via EPD's over de huizen heen;
- Financieel: slechten van potentiële financiële belemmering van de zorgverdeling voor nu en in de toekomst;
- Juridisch:
 - Raamovereenkomst tussen partners m.b.t. arbeidscontracten voor uitwisseling personeel, hoofdbehandelaarschap en privacy etc.
 - ACM (tijdelijke) wet- en regelgeving voor essentiële concentratie van zorg en samenwerkingsmodellen;

Inventarisatie van Zorgvraag

Vragen vooraf:

1. Welke non-corona zorg wordt er op dit moment geleverd?
2. Welke non-corona zorg wordt er op dit moment niet geleverd? En welke risico's schuilen daarin?
3. Welke toegangstijden en wachttijden zijn er momenteel per polikliniek/ingreep/behandeling?
4. Welke non-corona op patiënniveau (zie hieronder) dient er met prioriteit te worden opgestart?
5. Welke laag complexe non-corona zorg kan er worden opgestart (zonder inzet specialistische verpleegkundigen)?
6. Welke zinnige zorg dient geleverd te worden conform de huidige veldafspraken?

Classificatie van electieve zorgsoorten op patiënten niveau

Stap 1 Per diagnose cluster dient de non-corona zorgvraag in beeld te worden gebracht.

- Hart- en vaatziekten
- Letsel en vergiftiging
- Nieuwvormingen (oncologie)
- Ziekten spijsverteringsstelsel
- Complicaties zwangerschap en levendgeborenen
- Ziekten ademhalingsstelsel

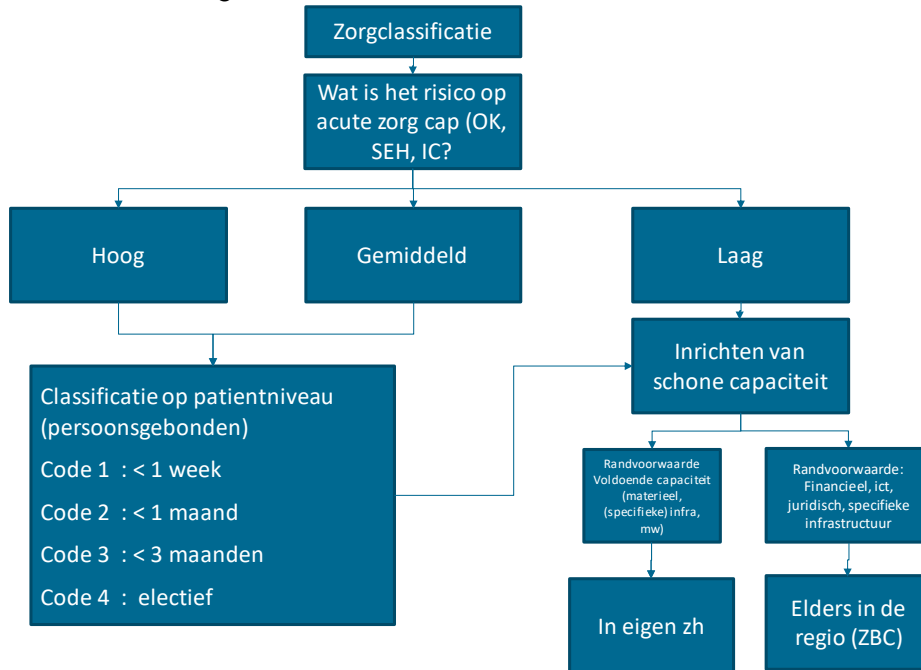
- Ziekten botten, spieren en bindweefsel
- Ziekten urogenitaal stelsel
- Overige symptomen, klachten en aandoeningen
- Aandoeningen ontstaan in perinatale periode
- Ziekten zenuwstelsel en zintuigen
- Endocriene ziekten en overig
- Ziekten huid en onderhuids bindweefsel
- Ziekten bloed en bloedvormende organen
- Infectieziekten en parasitaire aandoeningen
- Psychische stoornissen
- Congenitale afwijkingen

Codering

Wanneer de omvang van de zorgvraag op clusterniveau in beeld is gebracht, kan verdere codering in beeld gebracht worden. Dit is in achtneming van persoonlijke omstandigheden van patiënten: o.a. partner/gezin/werk omstandigheden, verdere medische urgentie (te bepalen door hoofdbehandelaar), risico op IC bed en risico op andere acute capaciteit:

Persoonsgebonden zorg	Medische urgentie	Risico op IC bed	Risico op acute capaciteit, o.a. gespecialiseerde verpleegkundigen (SEH/Anes/OK/HCK)
Code 1 : < 1 week Code 2 : < 1 maand Code 3 : < 3 maanden Code 4 : electief	Code 1 : < 1 week Code 2 : < 1 maand Code 3 : < 3 maanden Code 4 : electief	Code 1: Laag Code 2: Gemiddeld Code 3: Hoog	Code 1: Laag Code 2: Gemiddeld Code 3: Hoog
Totaal score	Hoe lager, hoe sneller		
Kader Ook wanneer we uit de intelligente lock down aan het komen zijn, dan kan een groot poliklinisch deel hiervan en ook andere poliklinische zorg weer worden opgestart met inachtneming van de RIVM regels. Hierbij kan hele specifieke “bureauzorg” digitaal, dan wel als het moet fysiek worden opgestart op “schone” locaties. Met bureauzorg wordt bedoeld met name die poliklinische zorg voor fysieke bezoeken (indien het digitaal niet wenselijk is vanuit patientenperspectief), waarvoor geen specifieke infrastructuur noodzakelijk is, behalve een bureau, een PC met EPD en eenvoudig diagnostisch- en behandel instrumentarium.			

Schematisch ziet dit er als volgt uit:



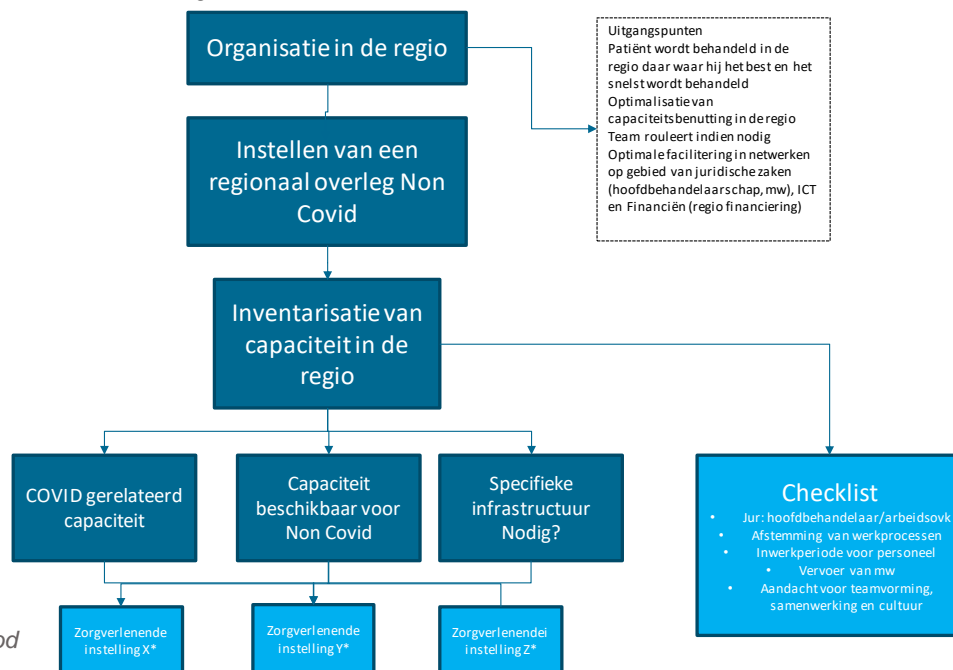
Figuur 2 Zorgvraag classificatie

Inventarisatie van Aanbod

Vragen vooraf:

1. Hoe ziet de non-corona organisatie binnen uw ziekenhuis er op dit moment uit?
2. Welke bestaande overleggen zijn er? Maak hier gebruik van. Bij ROAZ in de corona opschaling heeft dit goed gewerkt.
3. Is er een regionaal overleg opgestart over de non-corona zorg? Welke regionale afspraken lopen er? Cq. Zijn er mogelijk?
4. Welke zorg is (wel/niet) gebonden aan specifieke infrastructuur?

Schematisch ziet dit er als volgt uit:



Figuur Zorgaanbod

*Dit betreft ziekenhuizen, ZBC's, revalidatiecentra etc

Verdere uitwerking

Binnen zorginstelling

1. Instellen van schone gebieden/locaties in zorginstelling
2. Aandacht voor protocollen van corona vrij houden van deze zones (tempen/screenen)
3. Randvoorwaarde: Voldoende capaciteit (materieel, (specifieke) infra, mw), geen beslag leggend op acute capaciteit

Binnen regio

1. Vormen van regionale netwerken en het aanwijzen corona en non-corona instellingen/ locaties

- Per regio wordt bepaald wat het samenwerkingsverband (op basis van bestaande overleggen, zie hierover) is en wordt samen afgesproken tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen etc welke locaties Corona zorg doen en welke juist focussen op non-corona zorg. Belangrijk is om binnen de regio het samenwerkingsverband behapbaar te houden (X partners) en de centrale regiehouder aan te wijzen. Aandachtspunt hierbij is dat de non-corona zorg niet eindigt bij de plaatsing bij passende zorgcapaciteit binnen de zorginstelling, maar bij het weer vrijgeven van de zorgcapaciteit na ontslag van de patiënt of transfer naar bijvoorbeeld de VV&T.

2. Mogelijke Thema Concentraties instellen

- De netwerkpartners verdelen de non-corona zorg thematisch (bepaalde vormen van) oncologie, hart en vaatzorg, geboortezorg, heelkunde, stroke) onder leiding van de regiehouders per regio. De regiehouders voegen dit samen om landelijk een goed overzicht te krijgen over de inzet van schaarse mankracht en infrastructuur. Daar waar regio's nog ruimte hebben, kan een herverdeling plaatsvinden (dit kan ook tijdsgebonden zijn). Hiervoor dient een landelijk ondersteunend bemiddelingspunt beschikbaar te worden gesteld.

2. Deelnemers bereikbaar voor vervolg

Onder andere de volgende mensen hebben hier a titre personnel aan meegewerkt:

Najla van Veen – Mirzakhyl (vanuit initiatief extrahandenvoordeezorg.nl): nmirzakhyl@gmail.com

Fenna Heyning (STZ): f.heyning@stz.nl

Michèle van der Kemp (VDKMP, Strategy & Tactics): Michele@vdkmp.com

Lonneke van Reeuwijk (Radboudumc): Lonneke.vanReeuwijk@radboudumc.nl

Rutger Leer (MXI)

Nadine The (VGZ)

Peter Go (st. Antonius ziekenhuis)

Samuel Smits (Gupta strategie)

Alexandra v.d.Tuin (Accenture)

Fred van Eenennaam (The decision group/Chairman VBhc center Europe)

John de Kok (Deloitte)

Erik Jan Vlieger (Alii care)

Arie Franx (werkzaam in Erasmus MC, op persoonlijk titel)

Rogier van Hulten (Deloitte)

Femke van der Voort (Alii care)

Arnold Bos (Zorgdomein)

Menno Jansen (CZ)

Daan Rooijmans (CZ)

Paul Simoons (Zorgdomein)