

Conceptverslag hand aan de kraan overleg 25 januari

Vorbereiding noodscenario's:

Ziekenhuizen: Het draaiboek voor de IC van de FMS over het zwarte scenario is in stelling gebracht. Wel merken we dat het scenario tussen de huidige situatie en het zwarte scenario moeilijk bespreekbaar te maken is onder personeel. Verzoek om hierop voor te bereiden en onderling afspraken over te maken.

IGJ: we willen aan een bepaalde minimumkwaliteit van zorg voldoen. Deze minimale kwaliteitseisen moet samen vastgesteld worden.

Met de FMS, NFU, NVZ en IGJ moet afgesproken worden hoe deze gesprekken plaats moeten vinden. Dit heeft ook te maken met het verder afschalen van kritiek planbare zorg. Het zit in een overgangsgebied tussen theorie en praktijk. Het is belangrijk om de plannen nu al te maken, nu er nog ruimte is om dat gesprek te voeren. Dit terwijl het lastig is omdat er weerstand is bij het personeel om het bespreekbaar te maken. De richtlijnen moeten ketenbreed worden ontwikkeld, in samenwerking met alle domeinen.

FMS zit met artsen uit de acute zorg as en medisch ethici om tafel. Vraag die hierbij opkomt is in hoeverre het ethisch verantwoord is om de kritiek planbare zorg volledig af te schalen dat ook zal leiden tot verlies in levensjaren op termijn. In hoeverre kan scenario 2d maximaal worden opgeschaald, waar je een trade-off hebt van kwaliteit ten gunste van het behoud van kritiek planbare zorg. De vraag is in hoeverre we afbraak willen doen aan kwaliteit van zorg. Daar gaat het gesprek morgen (dinsdag 26 januari) over. Deze verkenning gaat niet om de IC, maar met name over de klinische capaciteit.

Er zal een platform moeten komen om de verschillende domeinen op elkaar aan te laten sluiten. Alle betrokken partijen moeten met elkaar in contact komen, bijvoorbeeld ook de eerste lijn in het kader van de uitstroom. Deze structuur ligt er nu nog niet. Er moet een landelijke tafel komen, waar geregistreerd en gecoördineerd wordt.

Morgenavond (dinsdag 26 januari) vindt een gesprek plaats tussen VWS, GGD GHOR en de LNAZ om te bezien hoe het proces het beste gestroomlijnd kan worden.

Aanvullingen:

- ActiZ: voorstander van integrale samenwerking. Voorstel om dit zo simpel mogelijk te houden.
- Zorgthuis: belangrijk dat kleinere zorgaanbieders aangesloten zijn, dat is nu nog niet zo. Tussenvoorzieningen moeten meer opgeschaald worden, als zorg thuis niet meer gaat.
- V&VN: in samenwerking met ActiZ en ZorgthuisNL verkennen we de mogelijkheid tot COVID-wijkteams. Hierbij werken organisaties samen om zorg in de wijk te leveren. Ook is het belangrijk dat er snel thuis getest kan worden.
- LNAZ: voorstander van integrale samenwerking, maar we moeten een herhaling van zetten in de eerste golf voorkomen. Zaken die toen niet nuttig zijn gebleken moeten we niet opnieuw proberen.

Prognoses Britse variant:

Ziekenhuizen zitten in stabilisatiefase van de beddenbezetting. Het is echter nog steeds heel druk, terwijl we hadden verwacht dat de druk zou afnemen. Dit veronderstelt dat de Britse variant op komst is, hoewel we de percentages niet weten. In steekproef uit Lansingerland was het percentage 12,5%. Hierop testen gebeurt via PCR en zou niet lang hoeven te duren. Zonder demping van de curve, is de verwachting dat we een piek bereiken rond half februari.

Situatie in Engeland: Daar is de mortaliteit 75% hoger dan in Nederland. Dit lijkt niet te komen door een hogere mortaliteit van de mutatie, maar door verminderde kwaliteit van zorg. De verhouding IC en kliniekbezetting is daar ook anders, namelijk 1:9 in plaats van 1:3 in Nederland. Meer dan de helft van de ziekenhuizen ligt daar vol met COVID-patiënten. Zij leveren al weken niet of nauwelijks kritiek planbare zorg.

NZa Dashboard:

Powerpoint met de meest recente data is onder alle aanwezigen rondgestuurd.

Opmerkelijk dat er een indicatie was dat niet-kritiek planbare zorg werd opgeschaald waar dit niet het geval was voor de kritiek planbare zorg. Dit zou nog nader uitgezocht gaan worden.

Ten aanzien van de cijfers uit de wijkverpleging zijn er gesprekken om de NZa monitor en monitor van de GGD GHOR samen te brengen. Dit blijkt niet eenvoudig, maar daar wordt nog aan gewerkt. Ook in het kader van integrale samenwerking rondom noodscenario's is het belangrijk dat dit gerealiseerd wordt.

Vaccineren:

Onbegrip over vaccinatiestrategie. Waarom wordt de groep die het meeste risico heeft om in het ziekenhuis te komen (leeftijd 50 tot 70 jaar) niet eerder gevaccineerd?

De gezondheidsraad weegt alle argumenten tegen elkaar af. De groep 50-70 jaar is heel groot, waardoor velen gevaccineerd moeten worden. Het is hierbij lastig om een significante reductie te realiseren in het aantal opnames.

Opmerking V&VN en ZorgthuisNL: Communiceer niet op voorhand over het vaccinatiebeleid, omdat wijzigingen leiden tot onbegrip en teleurstelling onder de achterban.

Maatschappelijke onrust:

Er moet intensief gecommuniceerd worden met het land over wat men kan verwachten en zodat men weet waar wij ons op voor aan het bereiden zijn.

Nu is er maatschappelijke onrust door rellen. Als we de noodscenario's moeten gebruiken, dan kan ook onrust ontstaan wanneer iemand niet in het ziekenhuis opgenomen kan worden. Op dit soort onrust moeten we ook voorzien.

In de vorm van Tweede Kamer brieven zullen deze boodschappen nader worden gecommuniceerd. Daarbij ook van belang dat dit wordt uitgedragen in het veld en bijvoorbeeld ook de media.

Actiepunt voor alle deelnemers van het overleg: Bedenk deze week een antwoord op de vragen die eerder die bij de agenda zijn verstuurd en wat jouw bijdrage daarin zou kunnen zijn.

Actiepunt: Volgende week terugkoppeling van gesprekken rondom noodscenario's en verdere stand van zaken.