

Concept verslag 24 augustus - HADK overleg.

1. Cijfers en ontwikkelingen

VWS geeft aan dat het helaas onrustig was de afgelopen weken. Veel Kamerbrieven, debatten, en vaak in het nieuws. Dit alles heeft uiteraard te maken met de toename van het aantal besmettingen. Daarbij is de rode draad van de discussie; wat doe je landelijk, regionaal of lokaal in gemeentes. De laatste dagen stabiliseert het dagelijks aantal nieuwe besmettingen: vandaag 574. In het hele land zijn besmettingshaarden te zien, en de piek is te zien in de grote steden. Het aantal ziekenhuisopnames blijft gelijk met gemiddeld 7,7 gemeten over de afgelopen 3 dagen.

LNAZ kan zich aansluiten bij het geschetste beeld. Ze waren beducht op een toename van het aantal opnames in de ziekenhuizen, maar zien gelukkig nu toch echt een afvlakking. Wel zijn ook hierbij regionale verschillen.

UMCU geeft aan zich zorgen te maken over het bron- en contactonderzoek (BCO). Er is massaal testcapaciteit voorhanden, maar toch loopt het niet. Er is al een aantal keer inzet van medicijnen studenten aangeboden aan de GGD, maar die maken hier geen gebruik van. In Utrecht duurt het 48-72 uur voordat je de uitslag hebt. Terwijl in het UMCU de uitslag er binnen 6 uur is. Het UMCU test naast eigen medewerkers, ook op verzoek ambulancepersoneel en mensen vanuit de verpleeghuiszorg. Wordt erover nagedacht dat sommige mensen ook zelf bij hun eigen contacten het BCO kunnen doen? Geef mensen een gebruiksaanwijzing hoe ze goed hun contacten kunnen inlichten.

LHV voegt toe zich ook echt zorgen te maken over het testbeleid en BCO. Vooral voor mensen in de thuiszorg/ wijkverpleging is het echt cruciaal om snel een uitslag te hebben. Daarnaast geeft de LHV aan te zijn gebeld door de IGJ of huisartsen konden gaan testen. Huisartsen kunnen er echt geen werk bijnemen. Wordt erover nagedacht of thuiszorgmedewerkers bij mensen thuis tests kunnen afnemen (voor mensen die niet eigenstandig naar een teststraat kunnen), die toch al bij de mensen thuis komen.

FMS vult aan dat het zonde is dat het zo lang duurt voordat de testresultaten bekend zijn. Dit kan ervoor zorgen dat burgers zich niet aan de isolatie adviezen houden. FMS geeft aan dat misschien daardoor straks een golf van ziekenhuisopnames komt.

LNAZ verduidelijkt dat het contacten informeren mensen zelf nog wel zouden kunnen, en dat de GGD zich echt moet richten op het bron-onderzoek.

LHV vult aan dat we niet de illusie moeten hebben dat iedereen zijn eigen contacten kan informeren.

V&VN vraagt waarom er niet gewoon een sms'je gestuurd kan worden met de testuitslag.

VWS hoort 3 punten die het onderzoeken waard zijn, waar we intern mee aan de slag gaan en waar we op terug komen.

1. Testen van zorgmedewerkers moet sneller.
2. Kan er iets worden georganiseerd voor mensen die kwetsbaar zijn en niet zelf naar een teststraat toe kunnen.
3. Inzet van studenten.

Daarnaast licht VWS toe dat er een systeem wordt ingericht zodat mensen zelf hun uitslag kunnen zien, na inloggen met DIGID.

V&VN vraagt zich af of het testbeleid van mensen die uit oranje gebied komen kan worden aangepast voor zorgpersoneel. Deze mensen moeten nu namelijk volgens de strikte richtlijnen van het RIVM 10 dagen thuis blijven en thuiswerken. Dit heeft grote gevolgen voor collega's op de werkvloer en is niet werkbaar.

LNAZ geeft aan dat voor zorgpersoneel al aangepast beleid geldt (voor mensen die terugkomen uit oranje gebied en mensen die in aanraking zijn geweest met iemand met corona) en dat het RIVM die ruimte in de richtlijnen biedt. Vervolgens hanteert het EMC het volgende beleid: thuiswerken

wordt aanbevolen als het werk dat toelaat en je kan naar het werk komen als dat noodzakelijk is en geen klachten hebt. Je werkt dan met PBM aan.

VWS polst of aanbieders zelf - in lijn met hoe het bij het EMC gaat en met eigen voortschrijdend inzicht – kunnen kijken hoe de ruimte die het RIVM biedt kan worden ingevuld.

UMCU, LNAZ en V&VN geven aan dat het fijn zou zijn als vanuit het RIVM landelijk/ regionaal invulling komt van die geboden ruimte.

VWS zegt toe dit mee te nemen.

2. Gegevensaanlevering

VWS licht toe dat er wat discussie is over de juistheid en actualiteit van de cijfers in het dashboard. De GGD/ RIVM ontvangt cijfers vanuit NICE en daar zit vertraging op.

LNAZ geeft aan dat dit vraagstuk in maart al speelde. Er is toen voor gekozen om het aantal COVID op IC, aantal COVID op kliniek, en de totale IC bezetting (dus het aantal reguliere patiënten op de IC) elke dag uit te vragen via ROAZ'en. Daarnaast wordt ook gevraagd naar het aantal lege bedden. Dit zijn de zogenaamde 'LCPS' cijfers. NICE is eigenlijk bedoeld als kwaliteitsregistratie en loopt daardoor achter.

Oorspronkelijk had het RIVM de gegevens nodig om hun R-factor te berekening, maar ondertussen wordt hiervoor het aantal positieve testen bij de GGD's gebruikt. Neemt niet weg dat inzicht in de LCPS cijfers nog steeds nuttig is (vooral voor daadwerkelijke patiëntenspreiding straks), dus pleidooi is vooral om de LCPS cijfers te blijven invullen.

UMCU ondersteunt dit pleidooi om niet over te stappen op NICE. In februari werd NICE in eerste instantie gebruikt. De aanlevering bij het LCPS moest toen nog worden opgestart. Nu loopt dat en heeft het LCPS hele stabiele cijfers. RIVM wil heel graag het aantal patiënten in het ziekenhuis weten. Het meest actueel zijn de LCPS cijfers, dus het RIVM moet de omslag maken. Een laatste stap is automatische registratie via 2TWENTY4. Dat is nu nog niet geregeld. Een eerste stap is dat LPZ straks de LCPS cijfer uitvraag gaat automatiseren.

VWS geeft aan dat de oproep van partijen duidelijk is en dat wij dit zullen teruggeven aan het RIVM, met bovenstaande onderbouwing.

3. Voortgang reguliere zorg – de highlights:

De NZa licht toe de cijfers toe die eind deze week worden gepubliceerd: het aantal verwijzingen in de MSZ is terug op oude niveau. In juni was er een toename te zien van de meer acute verwijzingen. De NZa heeft ook de registratie effecten kunnen verwijderen uit de gegevens. Daardoor is te zien dat de productie ongeveer 15% lager ligt. In juli is een inhaalslag geweest (bij specialismen die het meest zijn afgeschaald). De wachttijden laten een lastig beeld zien; dit wisselt heel erg per poli en per regio, zoals de voor de crisis ook al gold. De behandelwachttijden lopen in de helft van de regio's toe. Voor diagnostiek liggen ze lager dan voor de corona crisis.

Specifiek met betrekking tot de oncologie is te zien dat de productie in juni en juli weer op het oude niveau ligt. Dit is alleen herstel, en geen inhaalslag, want productie is zelfde als voorheen. Achterstanden in de diagnostiek wordt ingelopen. Er is geen beeld beschikbaar over de wachttijden. Bevolkingsonderzoeken worden weer opgeschaald; voor baarmoederhalskanker geldt dat die op hetzelfde niveau zitten als voorheen, bij borstkankerscreening ligt dit op 50%.

Op de vraag waarom een deel van bevolkingsonderzoeken nog maar op 50% ligt worden een aantal redenen gegeven die niet de volledige verklaring zijn: terughoudendheid van patiënten om naar een screening toe te gaan en een corona-proof proces van screenen, waardoor er veel minder patiënten per dag kunnen worden gescreend. De logistiek moet op dit laatste punt dus beter.

Op de vraag van de NVZ of in beeld wordt gebracht wat de effecten zijn van de 1,5m in ziekenhuizen, geeft de NZa aan dat dat is gedaan door de registratie effecten te duiden. De productie zit op oude niveau, waardoor er geen effecten lijkt te zijn van de 1,5m voor de zorg.

De LHV voegt toe dat ook huisartsen weer op het oude niveau van verwijzen zitten, doordat digitaal is gecompenseerd. Daar lijkt de 1,5m zorg dus ook geen probleem op te leveren.

LNAZ geeft aan een uitdaging te zien om alle zorg weer op orde te krijgen en om de gevolgen bij een tweede golf zo minimaal mogelijk te houden voor de reguliere zorg. Op alle niveaus moeten we het proces beter gaan inrichten zodat we alle capaciteit beschikbaar krijgen.

UMCU vult aan dat het ons de gelegenheid biedt om de dingen die we deden op een hele andere manier te gaan doen. Kijk bijvoorbeeld naar het (digitale) borstkankeronderzoek in China.

NVZ vraagt of de NZa rapportages kunnen toegroeien naar een actiepunten lijst?

NZa gaat hierover nadenken.

LHV vult nog aan dat er af en toe wordt geopperd in de media dat er niet voldoende wordt doorverwezen. Dit soort uitspraken is demotiverend.

VWS beaamt dat we pas later, na alle onderzoeken, kunnen zeggen wat de gevolgen voor de reguliere zorg en de gezondheid precies zijn. De oorzaken zullen altijd multi-factoreel zijn. We moeten inderdaad opletten elkaar niet te demotiveren met te vroege constatering. We hebben elkaar hard nodig om positief in het verhaal te blijven staan.

FMS steunt dit.

4. IC opschaling

LNAZ licht toe dat alle regio's en huizen ontzettend druk bezig zijn met de regionale afgesproken opschaling, het trainen van personeel en ervoor zorgen dat de apparatuur op orde komt. Grote vraag is hoe iedereen zijn opleidingsplannen gaat invullen.

LNAZ heeft de eerste golf geëvalueerd met de NVIC. Daarbij geconcludeerd dat als de aantallen weer stijgen en we de reguliere zorg willen behouden, covid patiënten heel snel moeten worden gespreid over Nederland. Hierdoor krijgen alle ziekenhuizen eenzelfde niveau van covid patiënten en kan iedereen op eenzelfde niveau de reguliere zorg doorleveren.

VWS roept de bestuurders op daar nu al afspraken over te maken.

NVZ licht toe dat aan VWS is gevraagd om nader te overleggen over hoe de financiering geregeld kan worden. Ook gezien de contractering die binnenkort gaat lopen met de zorgverzekeraars, moet er duidelijkheid komen over hoe, wanneer en hoeveel er financieel gecompenseerd gaat worden.

VWS geeft aan dat vrijdag hierover met NVZ is gesproken. Toegelicht wordt dat op Prinsjesdag het hoeveel precies bekend wordt. En dat met NVZ, ZN en VWS heel snel overleg plaatsvindt over het hoe en wanneer. Eind deze week gaan de uitnodigingen uit. Ook roept VWS op om de bedragen investering/verbouwing per bed een beetje billijk te houden.

UMCU geeft aan dat er een toezegging staat van DGCZ, dus dat kleine verbouwingen nu gewoon in gang moeten worden gezet en men niet moet wachten op de uitwerking. Financieel punt dat nog open staat is de opschaling tot 1150. Er werd gezegd dat dat reguliere capaciteit is, maar tot vorig jaar werd er maar gecontracteerd tot 950 (door personeelstekort). Dus als de reguliere capaciteit (1150) volledig wordt ingezet, is dat al meer dan normaal en zal dit het macro kader al overschrijden.

Daarnaast is de grootste beperking personeel.

V&VN uit grote zorgen of er voldoende personeel kan worden opgeleid. Ook als je kijkt naar personeel dat in de eerste golf vanuit andere afdelingen is ingezet, die zijn straks niet meer beschikbaar als de reguliere zorg gewoon door moet gaan.

VWS drukt iedereen op het hart dat de opschaling in het najaar klaar moet staan. Denk qua personeel ook aan teams of buddy systemen. Aangegeven wordt dat VWS zich ervan bewust is dat dit de echte uitdaging is. Volgend voorjaar klaarstaan is te laat. Woensdag komt er vervolg in het ROAZ-voorzitters overleg.

5. Geleerde lessen:

VWS licht toe dat de samenvatting openbaar wordt, als de geleerde lessen brief volgende week naar TK gaat. Eind van de week ligt de brief in de MR.

LHV zegt het een boodschappenlijst te vinden. Op twee acties moet snel antwoord komen. Het is nog niet duidelijk wat er van de huisartsen verwacht wordt qua PBM. En de toegang tot patiënten informatie op de HAP moet vanaf 1 oktober verlengd zijn (per amvb).

UMCU beaamt dat nu niet duidelijk is wat de acties zijn, wie wat gaat doen en wat de tijdlijnen zijn.

FMS stelt voor dit een dynamisch product te maken. En geeft aan nog wijzigingen op te sturen aan VWS.

VWS licht het beleid mbt PBM nogmaals toe: iedereen moet een eigen voorraad in huis hebben. Ga daarbij uit van gebruik bij hoogste piek en bespreek in je regio hoe je het met elkaar gaat doen. Dit punt wordt ook woensdag besproken.

V&VN geeft aan een probleem te zien met de zelfstandig werkende verpleegkundige. Die hebben geen aansluiting bij de regionale pbm opschaling als zij een tekort aan pbm hebben. Hoe moet dat?

VWS zegt toe nog achter de communicatie over PBM aan te gaan.

VWS geeft aanvullend op deze samenvatting aan dat er – zoals bekend - een breed lessons learned traject is geweest, met ronde tafels en expert tafels. In de brief die volgende week naar de TK gaat past het niet dat de bijlage heel actiegericht wordt. Maar, VWS neemt het voorstel mee dat het een dynamisch document moet worden. Het zou dan logisch zijn om dit document te gebruiken om aan te geven waar de lessen worden opgepakt (in alle trajecten) en bij wie de niet opgepakte lessen worden belegd. Kan ook altijd worden aangevuld in deze HADK overleggen. VWS neemt het initiatief om deze dynamische actielijst te maken.

6. Wvttk

NVZ geeft aan dat er op dinsdag 25 augustus overleg is met VWS over de zorgbonus. Waarschijnlijk zal er nog vervolgoverleg nodig zijn op DG niveau.