

Concept verslag hand aan de kraan 7 september

Mededelingen

Verzoek van de FMS en de NFU om voortaan de stukken eerder te versturen. Zodat de bestuurders zich er goed op kunnen voorbereiden.

1. Stand van zaken geleerde lessen

VWS geeft aan dat de samenvatting van de geleerde lessen met daarin de actiepunten benoemd en verdeeld is rondgestuurd. Vraag aan iedereen om daar je rol in te nemen. Er ligt zowel verantwoordelijkheid bij de koepels als bij VWS. We zullen de stand van zaken en eventuele knelpunten in dit overleg bespreken.

De LHV heeft een aantal opmerkingen bij de actielijst. De kleine opmerkingen zal de LHV nog schriftelijk versturen. De 5 punten die de LHV hier onder de aandacht wil brengen zijn:

1. Er is behoefte aan duidelijkheid over welke overleggen er allemaal zijn mbt COVID. Ook is er per overleg behoefte aan een contactpersoon.
2. Er mist een actie bij de geleerde les: denk nu al na over capaciteitsuitbreiding (en de financiering daarvan) voor extra opvang, nazorg of hospice-zorg. Dat liep nu chaotisch, daar is veel tijd in gaan zitten van oa huisartsen die dit mee hebben opgezet en deze extra bedden capaciteit is voor een deel amper of niet gebruikt.
3. De corona opt in: de LHV weet nog niet beter dan dat dit 1 oktober verloopt. Als de AP pas op 1 oktober uitspraak gaat doen, dan is dit te laat. De effecten zijn zo positief. De vraag is of dit niet structureel gewijzigd kan worden.
4. Over testen gaan we het nog hebben
5. Er staat geen actiepunt bij de toekomstige organisatie van het zorgstelsel, terwijl we met elkaar hebben afgesproken dat we deze crisis ook zouden gebruiken om van te leren.

De NFU heeft vernomen dat de branchepartijen niet meer worden uitgenodigd voor het bestuurlijk afstemmingsoverleg (BAO). De NFU wil graag bij het afstemmingsoverleg betrokken blijven. De FMS sluit zich hierbij aan.

VWS reageert op de ingebrachte punten van de LHV en NFU/FMS.

- *Duidelijkheid over overlegstructuur*: in het kader van de opschaling wordt naar het totale plaatje gekeken. We zullen de verschillende overleggen daarin ook meenemen en erover terugkoppelen.
- *Nadenken over capaciteitsuitbreiding voor extra opvang*: VWS verwacht dat dit punt terugkomt in de overleggen op bureauniveau.
- *De corona opt in*: hierover stuurt VWS een aparte mail naar de LHV.
- *De toekomstige organisatie van het zorgstelsel* komt terug in de contourennota. Daar worden ook de lessen van COVID meegenomen. De koepels worden bij de contourennota meegenomen.
- *Aansluiting van koepels bij het BAO*: VWS zal dit intern bekijken, maar wil de verwachtingen temperen. De bewindslieden hebben hierover een heel expliciet besluit genomen.

De NFU geeft in reactie hierop aan het vooral belangrijk te vinden goed en op tijd aangehaakt en geïnformeerd te worden, zodat de koepels zich goed kunnen voorbereiden. Nu horen we vaak via de media wat de uitkomsten zijn.

VWS geeft aan dit mee te nemen in het bredere beeld dat VWS gaat schetsen, over welke overleggen zijn er en hoe de koepels worden geïnformeerd over wat we doen.

2. Cijfers en ontwikkelingen

VWS licht toe: het aantal besmettingen neemt toe in de regio's. Nu staat Haaglanden bovenaan. Gisteren was de schok dat het om 925 besmettingen ging, hoger dan we hadden meegemaakt. Er vinden analyses plaats over de betekenis daarvan, maar daar is nog geen terugkoppeling.

Bij de ziekenhuisopnames zien we nog steeds geen significante toenames.

Het LNAZ vult daarop aan dat het aantal ziekenhuisopnames heel langzaam omhoog gaat, maar dat dit niet noemenswaardig is. Nu 140 COVID patiënten, waarvan 31 op de ic.

Het LNAZ wil graag nog terugkomen op het punt dat we in het vorige overleg ook besproken. Namelijk dat er nu 2 verschillende cijfers en bronnen zijn over het aantal ziekenhuisopnames. Er zijn de cijfers van het LCPS, die dagelijks op verzoek van Van Rijn door de ROAZ'en worden doorgegeven en de cijfers van NICE. NICE registreert nu ook klinische opnames. Deze cijfers kloppen echter niet. Ze zijn een factor 2,5 hoger dan wat het werkelijk is. Het RIVM maakt gebruik van de cijfers van NICE. Omdat de cijfers van het LCPS en NICE verschillen, krijgt het LNAZ steeds meer vragen. Het LNAZ doet daarom een oproep aan VWS en het RIVM om de data van het LCPS, dagelijks aangeleverd door de ROAZ'en te gebruiken en op het dashboard te zetten en niet die van NICE want die geven een vertekend beeld.

Daarbij komt dat dit probleem groter wordt naarmate de aantallen en dus ook de verschillen groter worden. Op welke cijfers ga je acteren?

Daarnaast doen ziekenhuizen nu dubbel werk. Ze leveren aan bij het LCPS en bij NICE. Dit zorgt voor extra administratieve lasten.

De NFU vult hierop aan dat er speciaal mensen zijn aangenomen om de bezetting van de bedden te registreren, ook naar aanleiding van het verzoek van minister van Rijn.

De NVZ geeft aan dat er ook nog het probleem is van zorgcapaciteit.nl en 2TWNTY4. Afsproken wordt dat hierover NVZ, de NFU en het LNAZ bij elkaar gaan zitten.

VWS snapt dat het onrust geeft en gaat hierover met het RIVM in overleg. VWS houdt hierover contact met het LNAZ.

3. Reguliere zorg

De NZa licht toe:

- De MSZ rapportages zijn gepubliceerd. De verwijzingen zijn op peil. De productie was in juni al terug naar normale volumes. Je ziet wel meer prioritering voor urgente zorg. Er zijn nog wel 800.000 minder verwijzingen.
- Bij de oncologie zie je een voorzichtige inhaalslag bij de diagnose kanker. Dit met name bij baarmoederhalskanker en hoofdhalshalskanker en huidkanker
- Ook bij de Ggz zijn de verwijzingen weer op peil. Het stuwmeer van 65.000 is er nog. Het oplopen van de wachttijden valt mee.
- In de langdurige zorg durven mensen langzaam aan weer naar het verpleeghuis. De 5500 lege bedden zijn er inmiddels 3863. Ook de sterftcijfers liggen weer gelijk aan andere jaren. Bij de langdurige zorg zien we wat regionale verschillen die we niet goed kunnen verklaren.
- Bij de wijkverpleging lag het dieptepunt in de periode april. Nu zien we weer een stijging. Het aantal nieuwe patiënten is in april gedaald met 8 tot 20%. Dit zien we in mei weer toenemen.
- Morgen wordt het DBC pakket vastgesteld. Daarin zit continuering digitale zorg in. Wat we in maart hebben geregeld, maken we nu structureel.

De NFU vraagt of er al meer inzicht is in de achterliggende oorzaken van die 800.000 missende verwijzingen.

De NZa geeft aan dat te zien is dat ziekenhuizen met een voorzichtige inhaalslag bezig zijn. Ook is te zien dat alle spoedzorg is doorgegaan. Maar de exacte cijfers zijn er niet dus dit is speculeren. Er zal een flinke groep zijn waarbij zorg is uitgesteld, maar nog wel uitgevoerd, een groep die behandeld had moeten worden en nu dus potentieel gezondheidsschade hebben en een groep waar het over is gegaan. De exacte verdeling is onbekend. Er zal ook zeker een deel van de zorg

verdwenen zijn. Sommige dingen gaan over als mensen niet direct naar de huisarts gaan. En een deel durfde niet naar de huisarts te gaan.

VWS vraagt of de NZa aan het nadenken is over wat ze wel nader kunnen onderzoeken?

De NZa bevestigt dit: er is een team dat probeert na te gaan waar we nog achter kunnen komen, met behulp van medisch specialisten en huisartsen. De vraag is: mis je die diagnoses alleen nu, of mis je normaal ook een percentage?

Het LNAZ vindt het goed om te horen dat aantal verwijzingen zich weer herstelt en herkent het beeld dat het mondjesmaat boven het niveau in 2019 gaat. Als je kijkt naar ic opnames voor non-COVID, dan loopt dat nog steeds heel erg achter. Normaal zit je rond deze tijd op ca 900 patiënten, nu nog geen 600. Dat verandert nauwelijks.

De NZa geeft aan dat een deel goed te verklaren is. Aanstaande woensdag is er overleg om te proberen e.e.a. beter te duiden.

De FMS herkent wat nza zegt en geeft aan dat het fijn is dat de NZa samen met medisch specialisten en huisartsen dit stuwmeer beter probeert te duiden.

4. Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)

VWS licht toe: het LCH is samen met de partijen het veld opgericht voor de acute situatie waarin je die beschermingsmiddelen nodig hebt. Daarnaast is er een lijn waarin aanbieders hun eigen voorraden inrichten. Ook speelt de vraag wat een eventuele voorraad tbv preventie betekent voor de aan te houden voorraad.

De lijn is nu als volgt: Voor de reguliere zorgverlening moeten instellingen zelf hun voorraad op orde hebben. De noodvoorraad van het LCH is er voor de situatie dat er een tweede golf komt of in een andere situatie waarin we meer middelen nodig hebben.

VWS is nu bezig met de vraag: voor hoe lang moeten aanbieders en instellingen een voorraad aanhouden en verschilt dit per sector? En wat is er in verschillende scenario's nodig als er veranderingen optreden. Ook als preventief gebruik in sectoren gaat plaatsvinden.

Er is veel ingekocht. Een maand geleden heeft VWS een mail naar alle koepels gestuurd waarin de bedoeling van het LCH is uitgelegd: het LCH is additioneel.

V&VN vraagt of ook rekening is gehouden met het onderzoek naar het effect van verbruik in verpleeghuizen en de benodigde voorraden.

VWS geeft aan dat het OMT advies zal uitbrengen over preventief gebruik in andere sectoren. Dit heeft effect over de berekeningen van het preventief gebruik. Vorige week is het onderzoek gestart (door Accenture) samen met veld over wat het betekent voor de gehanteerde voorraden door het LCH als preventief gebruik zich gaat uitbreiden.

VWS heeft behoefte aan goede medewerking van alle zorgpartijen om benodigde voorraden inzichtelijk te krijgen. Daarom een oproep om goed mee te werken.

De NVZ geeft aan dat een punt van aandacht bij ziekenhuizen is dat er in toenemende mate agressie wordt gemeld, bijvoorbeeld omdat je niet iemand mag meenemen, 1,5 m moet aanhouden, e.d. Preventief gebruik zou hierbij kunnen helpen.

VWS geeft aan dat er nog een mail rond wordt gestuurd over dit onderzoek. In dit onderzoek komt terug: wat zijn bepalende factoren? waar staan partijen nu met hun voorraden?. Ook moet er duidelijkheid komen over wat we van zorginstellingen mogen verwachten. Het gaat hierbij om care en cure. Ook is er aandacht voor kleinschalige woonvormen en ZZp'ers. Wat zou je kunnen gebruiken voor de eerste klappen bij een tweede golf en wat betekent dat voor het LCH? Wat gaat preventief gebruik voor impact hebben?

Het onderzoek kijkt naar wat landelijk nodig is, maar niet naar wat de verschillende zorgaanbieders zelf als voorraad moeten aanhouden. Dat inzicht hebben zorgaanbieders zelf het

beste. Dus aan zorgaanbieders de vraag, na hun ervaring met de eerste golf: wat heb je nodig en wat moet je aanhouden? Oproep aan NVZ om het punt mbt agressie ook in het onderzoek te noemen.

De NFU geeft aan dat het voor kleine spelers lastig is om zelf in te kopen. Ze hebben ook weinig opslagruimte. Eigenlijk moeten kleine partijen bij grote partners aansluiten.

VWS merkt hierbij op dat kleine partijen normaal gesproken ook andere voorraden, zoals pleisters inkopen. Ook is er de laatste tijd meer aan beschermingsmiddelen beschikbaar. Het zou dus moeten kunnen. Ook in het ROAZ-overleg in de regio moet naar voren komen wat je met elkaar kunt doen en wat landelijk geregeld moet worden.

5. Testen

De NFU licht toe: Zorgmedewerkers zijn minder lang uit de running als ze snel kunnen worden getest en snel hun uitslag hebben. De eerste overleggen met GGD GHOR, de NFU en de NVZ hebben plaatsgevonden. Ze werken aan een plan om dit te organiseren.

Er komt een pilot met een sneltest die binnen een kwartier uitslag geeft en met de OLVG/Luscii app als ondersteuning in het proces. We proberen dit nu in een of 2 ziekenhuizen voor elkaar krijgen. De vraag is wat je vervolgens nodig hebt om dit op te schalen. De winst zit hem erin om de hele cyclus van testen tot uitslag echt terug te brengen naar 48 uur.

De NVZ onderschrijft dit. Er is wel gemeld dat er zorgen zijn over beschikbaarheid van testmateriaal.

De LHV geeft aan dat de wachttijden nog te lang zijn. Ook geeft de GGD regionaal verschillende adviezen over hoe lang je moet thuisblijven e.d. Dat is verwarrend. Daarnaast de vraag wat je gaat doen als er grootschalige uitval van personeel is (door testen of door ziekte)?

VWS geeft aan dat het punt van de LHV genoteerd staat. Dit stond ook in de krant dit weekend. Als de randvoorwaarden voor testen goed geregeld zijn, geeft dit minder uitval van zorgverleners.

VWS ligt toe dat er momenteel een tekort aan testcapaciteit is. We hebben in de kamerbrief¹ toegelicht hoe dit kan en hoe we dit gaan oplossen. Met de inkoop van extra testcapaciteit ziet de situatie er over 2 a 3 weken beter uit. In een maand komt er bijna een verdubbeling van testcapaciteit aan. Het is nu even spannend hoe het er de komende weken uitziet. De reden achter de tekorten is dat meer mensen dan verwacht zich lieten testen. Daarbij gaat om een private markt die we vanuit publiek belang willen sturen. Dat is lastig.

VWS geeft aan dat met NVZ, NFU en GGD GHOR niet alleen naar de pilot in de ziekenhuizen met de sneltest te kijken, maar ook naar het testen in alle ziekenhuizen met reguliere PCR testen. Uiteraard geldt

Het LNAZ ondersteunt wat de NFU zegt. Qua machines en personeel kunnen we een hoop in de ziekenhuizen.

LHV geeft nogmaals aan dat we een scenario moeten hebben voor als er personeelstekorten ontstaan.

6. 2TWNTY4

Het LNAZ geeft aan dat zij nauw contact hebben met VWS, de NVZ en de NFU om 2TWNTY4 over te nemen. Dit om in de toekomst een systeem te hebben waar we op ieder moment de data realtime kunnen inzien. Komende vrijdag is er met VWS overleg hierover. We moeten goed nadenken over wat voor governance en wat voor structuur we daaraan hangen.

¹ meegezonden met de stukken voor het overleg van 7 september.

Ten aanzien van zorgcapaciteit.nl: dit is een systeem waar ziekenhuizen vrijwillig iets op kunnen geven. Vandaag zijn de data bijgewerkt door 43 ziekenhuizen die zeiden dat ze 0 bedden beschikbaar hadden. Dit geeft dus geen betrouwbaar beeld over de beddenbezetting/capaciteit. Goed om dit ook mee te nemen in het afgesproken gesprek tussen LNAZ, NFU en NVZ.

7. Vaccinatiegraad griep bij zorgpersoneel

De NVZ ligt toe: het beeld is nog steeds niet goed. Er moet van alle kanten enorm veel gebeuren om de vaccinatiegraad naar een goed niveau te brengen. Het zit niet in de genen van Nederlanders dat je je tegen griep kunnen laten vaccineren.

De NFU geeft aan dat een landelijke campagne voor alle burgers vanuit VWS op zijn plaats is om uit te leggen waarvoor je het doet. Namelijk ook voor je patiënten en collega's. Hier kunnen de zorgkoepels vervolgens bij aanhaken. De FMS steunt dit.

De NVZ geeft aan met name een beroep te willen doen op de risicogroep. Die moeten vrees hebben voor als het in het najaar niet goed gaat.

Ook bij V&VN is de achterban verdeeld over de griepvaccinatie.

VWS concludeert: we hebben allemaal onze rol om de vaccinatiegraad bij zorgverleners hoger te krijgen.

8. Tot slot

VWS geeft aan dat er voor de opschaling van ic-zorg een apart overleg is met de ROAZ'en.

Voor het hand aan de kraan overleg kijken we wanneer de minister een keer kan aansluiten.

De NVZ geeft tot slot aan zich zorgen te maken over de bonus. Het maximale wat we kunnen doen is een inkomensgrens aanhouden van 2 keer modaal. Daaronder moet je gewoon iedereen een bonus geven. Als dat een probleem geeft met de financiën, leg dat dan bij het ministerie van financiën neer. Het is incidentele problematiek. Dit moeten we echt per 1 oktober zien te regelen.