Verslag monitoring COVID-19 (12 oktober)

1. Feiten van de actuele stand van zaken

VWS opent: het is in deze fase goed dat we aansluiting hebben met de ROAZ-voorzitters. En dat we praktijk van alledag bij elkaar brengen. Eerst zal het LNAZ toelichten wat de situatie nu in het land is. Daarna komen de NZa en de IGJ vanuit hun rol als toezichthouder aan het woord.

Het LNAZ licht toe:
- Er zijn ongeveer 1300 COVID patiënten, waarvan 252 op de IC. De afgelopen 12 uur is dit met 35 toegenomen. Als je deze lijn verder doortrekt zitten we eind van de maand op 2500 COVID patiënten waarvan 500 op de IC. De afgelopen 24 uur zijn er ruim 20 patiënten verplaatst.
- Wat betekent dit voor de fase waarin we zitten? We zitten in fase 2c van het opschalingsplan. Overal zijn ziekenhuizen reguliere zorg aan het afschalen. Met name in het westen, maar ook al in andere regio's. Dat is wat iedereen hanteert. Per regio en ziekenhuis is er verschil in aantallen COVID patiënten ten opzichte van reguliere patiënten. Iedereen staat voor een onmogelijke vraag omdat er nog achtergebleven zorg uit de eerste golf is, er weer veel COVID patiënten opgevangen moeten worden en we de reguliere zorg willen behouden.
- Voor deze fase zouden we eigenlijk 300 ic-bedden moeten opschalen. We zitten nu op 250 bezette ic-bedden door COVID, dus nog onder de 300. Maar met meer dan 1000 COVID patiënten in de kliniek zitten al ruimschoots over die 600 kliniekbedden. Het is dus bijna niet te organiseren om reguliere zorg te behouden.
- Er vallen geen patiënten tussen wal en schip. Ze worden allemaal adequaat opgevangen. Bovenaan komen patiënten die spoedeisende hulp nodig hebben en die nergens naartoe kunnen. Daarna wordt gekeken naar de dichtheid en de spreiding tussen de regio's.
- Het Franciscus ziekenhuis Rotterdam heeft hoogste aantal patiënten. Zij hadden afgelopen 48 uur veelvuldig hun SEH dicht.
- Ik verwacht dat wanneer de aantallen toenemen, dat we meer in de buurt komen van evenredige verdeling. Deze prioritering werkt.

VWS concludeert dat uitstel van reguliere zorg dus volop plaatsvindt. Zeker in het westen. Als je in fase 2c zit, dan zou je ook van alle ziekenhuizen verwachten dat er afschaling is. Dit is ook het beeld dat het LNAZ in het Catshuis naar voren heeft gebracht.

VWS vraagt naar reflectie van de toezichthouders

De NZa geeft aan in het Catshuis het volgende te hebben geschetst:
- Er is een stuwmeer van 800.000 mensen die in de eerste golf niet naar de huisarts zijn geweest. Het aantal verwijzingen neemt nu weer af.
- In de zomerperiode heeft de productie gezeten op 80%. We zien nauwelijks inhaalzorg en zien dat in de nabije toekomst ook niet gebeuren.
- De urgente zorg heeft een klein dipje gehad, maar daar is een grote inhaalslag geweest.
- De semi-urgente zorg heeft een inhaalslag gemaakt ten opzichte van de eerste golf, maar wordt snel weer afgeschaald.
- Voor de GGZ geldt dat verwijzingen weer op pijl zijn en de wachttijden lijken stabiel.
- In de langdurige zorg is de leegstand zachtjes aan het verbeteren. Er is nu wel een toename van het aantal besmettingen.
- In de wijkverpleging was een behoorlijke afname in de eerste golf. Dit is nog niet terug op niveau.
- In de oncologie is het aantal diagnoses nog lang niet terug op niveau, wat gezondheidsschade tot gevolg heeft
- We zien nu dat tussen 20% en 50% wordt afgeschaald. Het ziet er nog het meest gunstig uit in het oosten en zuiden van het land. De verwachting voor de aankomende dagen is overal rood.

- In het Catshuis heb ik een dia laten zien waarin je op alle vakgebieden een gemiddeld aantal van 3000 verpleegdagen ziet. In lente is dit 2000 in de herfst 3000 en in de winter 4000. Juist dat seizoen gaan we nu in. Dat is een sombere vaststelling van zaken.

VWS vraagt of de IGJ hier verder invulling aan kan geven vanuit veiligheid en kwaliteit.

De IGJ licht toe wat zij in het Catshuis heeft gepresenteerd.
- We wilden met z'n allen de reguliere zorg in stand houden. Door de excessieve toestroom moeten nu toch pijnlijke en ingewikkelde keuzes gemaakt worden. We moeten de keuzes die we maken vanuit het patiënten perspectief blijven zien.
- We hebben aandacht gevraagd voor data en de verificatie daarvan; het is belangrijk dat voor iedereen goede informatie beschikbaar is. Er is een closed-loop nodig van alle data leveranciers (vanuit NVIC, RCPS, LCPS, NVZ, etc.). Bijvoorbeeld dat het RCPS niet altijd correct gegevens levert aan het LCPS. Het is belangrijk dat dit goed gaat, zodat er geen ruis is over de data. Belangrijk aandachtspunt vanuit de zorginhoud, is dat het verloop van de ziekte anders is dan tijdens de eerste golf en dat het goed is om in de systemen verschil te maken ic+ en ic- bedden en benodigde bedden. Patiënten die ic behoeftig worden moet men goed (gaan) aangeven.
- Vanuit de huidige zorgverlening zien we nu geen signalen dat er risico's zijn voor de patiënten in de zorgverlening. Wel wordt gezien dat de zorg op een andere manier geleverd wordt. Er is een toenemend aantal patiënten en tegelijkertijd is er veel uitval van zorgpersoneel. We zien een (groot) risico in de uitval van zorgverleners. Daarnaast zien we op dit moment geen risico's voor toegankelijkheid van zorg nu. Maar wel zorgen voor de komende periode. Ook zijn er grote zorgen voor patiënten die wegblijven. Daarnaast moet er goede communicatie zijn voor patiënten en burger, dat iedereen die zorg nodig heeft zich ook moet melden.
- Ook ziet de IGJ dat de uitstroom uit ziekenhuizen naar de VVT een knelpunt is. Er moet duidelijkheid komen over waar er plek is. De IGJ is een inventarisatie gestart naar initiatieven om de uitstroom van patiënten uit ziekenhuizen te verbeteren. Dit geeft mogelijk inzichten over ideeën voor anderen, genoemd wordt dat bijvoorbeeld ggz bedden gebruikt zouden kunnen worden.
- Als laatste krijgt de IGJ signalen dat patiënten niet akkoord gaan met een bovenregionale verplaatsing. De IGJ geeft aan dat het misschien goed is om vanuit de ziekenhuizen een standaard werkwijze te maken, dat patiënten meteen bij opname in het ziekenhuis worden geïnformeerd over dat de kans aanwezig is dat ze overgeplaatst gaan worden en dat patiënten daar nu al toestemming voor moeten geven.

2. Acties COVID zorg en reguliere zorg in de regio's

Amsterdam UMC licht de situatie in ROAZ regio noord west Nederland toe:
In het weekend was in Leiden en Haaglanden de druk hoog. We hebben goed kunnen spreiden over het land na het gesprek eind vorige week. Je ziet ook dat in de Rotterdamse regio het aantal klinisch opgenomen patiënten fors toegenomen. Deze ROAZ regio is naar fase 3 opgeschaald. Rotterdam zit in fase 4. Ook wij verwachten daar als regio naartoe te gaan. Als je naar ic kijkt, ligt de hoogste druk in deze regio.
Regionaal spreiden blijft het belangrijkst. Afgelopen periode is 75% van onze patiënten regionaal gespreid. In de landelijke spreiding is verbetering gekomen. Ik maak me grote zorgen over de komende 2 weken. Als je kijkt naar het aantal besmettingen in Amsterdam, dat zijn er 700 dit weekend en dat is weer hoger dan de weken ervoor. Dat voorspelt weinig goeds.

VWS vraagt hoe de samenwerking met de huisartsen is.
Amsterdam UMC reageert daarop dat de samenwerking met de huisartsen van begin af aan goed is. Daar ervaren we geen grote problemen. De VVT is aangehaakt en doen hun uiterste best om extra plekken te creëren om reguliere patiënten en COVID patiënten op te nemen. Het grote probleem op dit moment is dat er heel veel personeel uitvalt vanwege COVID infecties. Dat is het verschil ten opzichte van de eerste golf. Daarnaast blijft acute non-COVID zorg volop doorgaan. De

vorige golf nam dat af. De verwachting is dat als dit allemaal doorzet, dat we op een gegeven moment weer alleen acute zorg kunnen leveren.
VWS concludeert dat de verwachting dus is dat we enorm gaan afschalen. Het LNAZ gaf aan dat we naar 2500 opgenomen patiënten gaan.
Het LNAZ geeft daarop aan dat ieder model een model is. Voor de afgelopen 3 weken lopen de ontwikkelingen synchroon met het model. Als dat zo doorgaat zitten we eind van de maand op 2500 klinische en ic-patiënten met COVID.

De LHV geeft aan dat we allemaal proberen hoe we de randvoorwaarden zo goed mogelijk kunnen krijgen. Daarbij kan het helpen als je geruststellende signalen afgeeft over VVT-bedden. Hier willen we graag een update van, al dan niet schriftelijk. Kan het LCI ook nog wat zeggen over de leidraad?

Daarnaast de vraag of alle zorgmedewerkers voor de fastlane in aanmerking komen. Dan kunnen we de getallen beter aan.

VWS vraagt waar we wan kunnen draaien als het volop gaat schuren?

Amsterdam UMC geeft aan dat de infectiedruk in Nederland nu hoog is. De sfeer lijkt te zijn dat de zorg de capaciteit niet kan regelen. Maar dit is geen probleem van de zorg, maar van een virus dat toeslaat bij een deel van de bevolking. Het is een maatschappelijke ontwrichting. We moeten nu alle zeilen bij zetten om de infectiedruk omlaag te brengen. We gaan voor een tweede keer meemaken dat groot deel van planbare zorg niet geleverd kan worden. Ziekenhuizen hebben een goede aansluiting met de VVT om patiënten uit te plaatsen. Dat is belangrijk. Er is in deze golf meer kennis opgedaan. Er liggen relatief minder mensen op de IC en de opnameduur in de kliniek is verkort. Mensen worden eerder ontslagen. De huisartsen spelen hele goede rol, net als de eerste keer. Ook in de triage van patiënten.

VWS vraagt of regionale samenwerking voldoende is wanneer de druk oploopt in regio Noord West Nederland?

Amsterdam UMC geeft aan dat het systeem werkt. Wel zou het percentage dat landelijk verplaatst wordt omhoog mogen. Maar dat is de afgelopen dagen verbeterd.

De NFU geeft aan dat er nog steeds discussie is tussen de GGD en het ziekenhuis over wie het primaat heeft bij sneltesten. We moeten omdenken hoe we dit gaan regelen. Al is het maar alleen voor deze ziekte. We moeten sneltesten goed inregelen?

V&VN geeft aan dat we aan het dweilen zijn met de kraan open. We kunnen ons werk alleen goed blijven doen als de kraan dicht gaat. Het kabinet moet dus duidelijke maatregelen nemen. Bij veel mensen in de samenleving is onvoldoende het beeld dat COVID ook effect heeft op de rest van de zorg. Dat betekent namelijk dat naasten geen andere zorg meer kunnen krijgen. Het aantal besmettingen in verpleeghuizen en thuiszorg is zorgelijk. Op basis van het OMT advies over preventief gebruik van pbm is vandaag de afspraak gemaakt met de thuiszorg en de wijkverpleging dat men preventief pbm gebruikt, tenzij iemand o.b.v. een professionele inschatting de keuze maakt dit niet te doen. Ik doe een beroep op de NVZ en de NFU om daar ook in mee te gaan. Dat alles om patiënten en zorgpersoneel te beschermen.

UMCG licht het beeld in het noorden van het land toe:
In tegenstelling tot de eerste golf waarbij het noorden achterbleef is het aantal besmettingen in Drenthe en Friesland nu snel toegenomen. Er zijn 100 patiënten met COVID, waarvan 25 afkomstig uit andere regio's.
We zijn aan het herverdelen van zuid Drenthe naar Groningen. Ook in Friesland zullen we aan herverdeling moeten doen. De situatie is voor ons anders dan de vorige keer.

Wat ook anders is, is dat wij met een enorm ziekteverzuim onder personeel te maken hebben, omdat zij of familieleden corona hebben. Ook is er voor IC personeel nog een overblijfsel van de eerste golf. We zien met zorg de komende weken tegemoet. We doen ons best om andere regio's te helpen waar de druk nog hoger is. Er zijn huizen in Zuidoost Drenthe waar de zorg 40% afgeschaald is. Aan het eind van de week moeten we ongeveer 140 extra bedden hebben.
De spreiding kent zijn grenzen. Het vraagt lokaal in ziekenhuizen veel om goed te begeleiden en geplande zorg op goede manier te doen.

Het ETS vult aan: We hebben gewoon een gebrek aan personeel We hopen op ferme maatregelen morgen. De invloed van acute non COVID zorg is al dusdanig om maatregelen op in te stellen. Hoe kijken we aan tegen de rol van de ZBC's, kan dat personeel ingezet worden?

ZKN reageert hierop: vanuit de klinieken willen we altijd constructief meedenken. We hebben onderzoek gedaan bij de klinieken. In totaal zijn er 500 verpleegkundigen. Dat gaat dus niet de oplossing leveren. Laten we met elkaar bekijken hoe we de zorg kunnen blijven leveren.

De NFU reageert hierop dat 500 verpleegkundigen heel veel is. Dit kan in verschillende regio's wel een verschil maken.

ZKN vraagt om met elkaar aan tafel te gaan en de mensen daar in te zetten waar ze het meeste capaciteit kunnen creëren.

Het UMCM licht de situatie in het zuiden toe:
Gelukkig is het zo dat eigen regionale instroom achterblijft. Het vaststellen van opschalingsfase 2c betekent herverdeling van klinische capaciteit tussen regio's. Je ziet dat een aantal ziekenhuizen moeite gehad om de extra bedden beschikbaar te krijgen. Maar het gaat lukken. Ons grote knelpunt is ziekteverzuim. We kunnen die 92 extra bedden niet gebruiken zonder zorg af te schalen. Door ziekteverzuim is de reguliere zorg bedreigd. Er is commitment voor landelijke spreiding.

Het ETS licht de situatie in Brabant toe:
Brabant staat op plaats 2 en 3 op de ic en de kliniek. Het percentage afschaling ligt nog niet op 20%, maar nadert dat wel. We zien nog ruimte in combinatie met de huisartsen en de thuiszorg. Moreel gezien is er tussen professionals twist over wat voorrang moet krijgen. We proberen daarvoor in Brabant een handreiking aan te bieden.

De FMS geeft aan dat zij als federatie ook een fors tekort zien aan menskracht. We kijken naar doelmatige inzet van therapieën. We hebben met internisten en longartsen bekeken of er versneld kan worden uitgestroomd naar de VVT. Er zijn aanvullende criteria opgesteld en gedeeld met het LCPS. Ook hebben wetenschappelijke verenigingen bekeken welke 25% binnen hun eigen specialisme kan worden afgeschaald. We proberen handreikingen te formuleren. In eerste piek hebben we 50% regulier afgeschaald, en we kijken nu al aan tegen 40% afschaling. Landelijk zitten we in fase 2c, maar regionaal zijn er verschillende stadia.

3. Afsluiting

De Minister van MZS licht toe wat ze heeft gedaan na vorig overleg:
Naar aanleiding van vorig overleg ben ik aan de slag gegaan met collega's om de urgentie in de zorg duidelijk te maken. Dit heeft in de toelichtingen in het Catshuis van het LNAZ, de IGJ en de NZa.
Het gaat niet alleen over kan de zorg het aan. Maar hoe kunnen we gedrag van mensen de goede kant op sturen.
Ik zit vanavond met de NZa en het LNAZ bij de vooravond. Er moet een link gelegd worden tussen wat mensen doen en wat er in ziekenhuizen gebeurt. Voor veel mensen is het ver van hun bed.

Maar als de afspraak van je moeder met Parkinson wordt uitgesteld of de bestraling van een vriendin niet doorgaat, dan komt het dichtbij.
Ik wil vragen aan jullie: laten we hier de krachten op bundelen. We moeten ervoor zorgen dat Nederland dit ziet zodat we de kraan dicht kunnen doen. Het is wel goed als Nederland ziet hoe van 2 kanten druk op de zorg komt: toenemende COVID zorg en de uitval van personeel. Ook in het kader van agressie. Ik wil bondgenootschap richting het publiek om voor onze mensen te staan.
Wij zijn vanuit ministerie in kaart aan het brengen wat ieders rol/verantwoordelijkheid is, ook die van VWS. Met stip op nummer 1 staat het terugdringen van de curve. Met maatregelen die vooral tot ander gedrag van mensen moeten leiden. Ik wil jullie ook een groot compliment geven voor alles wat er gebeurt, en de afstemming onderling. De komende weken komen er lastige discussies. Ik ben aanspreekbaar op dat soort discussies. Het wordt spannend.

De NVZ vindt het goed om mensen op hun gedrag aan te spreken. De vrijblijvendheid moet wel echt anders. We zijn in deze vergadering opgeschoten om samenwerkende zorgpartners op elkaar ingespeeld te krijgen. Maar aan die andere kant moet echt die vrijblijvendheid er vanaf. Het kan niet zo zijn dat Nederland de koploper is in Europa.

VWS sluit af: corona ontwricht onze samenleving en het zorgverleningsproces. We houden elkaars handden op afstand vast. Laten we laagdrempelig kijken waar we op letten. We gaan met elkaar in gesprek over hoe we de regie ook op lange termijn vasthouden. Ik ga jullie vragen daarover mee te denken. Ik hoop van harte dat personeel en medewerkers het vast kunnen houden. Om het voor patiënten goed te kunnen doen. Dank voor ieders inzet.