Verslag overleg monitoring COVID-19 26 oktober 2020

VWS: opent de vergadering. In dit overleg stemmen we binnen het zorgveld het brede verhaal af rondom aantal besmettingen. De vraag is of doorstroom en uitstroom van patiënten goed gaat.

Tijdens het overleg van vorige week is besproken dat afstemming binnen Nederland goed is. Vorige week is veelvuldig overlegd om het verhaal over de spreiding goed te krijgen via LCPC.

Vrijdag is een brief uitgegaan over het waarborgen van acute zorg. Er is nog steeds een forse groei van het aantal COVID-patiënten. Er is eerder een plan gemaakt door het LNAZ. Er liggen nog vragen als waar staan we nu en wat mogen we verwachten. Dat heeft tot de brief geleid. Er staan vijf elementen in de brief, die lopen we in dit overleg langs.

We willen komen tot een evenwichtige spreiding van patiënten. Er is gevraagd aan het LCPS om te zorgen dat het LCPS vooruitkijkend kan zeggen wat er van de regio's worden verwacht en wat dat betekent voor spreiding. Dit is het eerste punt uit het beleidskader in de brief. Hoe gaat LNAZ daar uitvoering aan geven?

[redacted] 5.1.2e: We hebben de afgelopen 24 uur weer forse stijging gezien: ruim 100 patiënten erbij. In de ziekenhuizen liggen nu ongeveer 2250 patiënten, waarvan iets meer dan 500 op de IC en 750 in de kliniek. Dit valt binnen de verwachtingslijn. Het is de verwachting dat het aantal besmettingen verder doorstijgt. Vanmorgen contact gehad met [redacted] 5.1.2e. We gaan kijken of we met de input van het RIVM en LCPS predicties van RIVM en LCPS zo goed mogelijk op elkaar kunnen afstemmen. Verwachting is dat curve nog niet afvlakt. T.a.v. verplaatsingen hebben we afgelopen dagen vrij veel, gisteren minder, verplaatsingen gedaan. Dit loopt goed. In de regio zijn veel plekken beschikbaar gesteld. We gaan kijken met gegevens van ziekenhuizen en NZa wat het betekent voor reguliere zorg ook t.a.v. wachtlijsten. Het kan zo zijn dat een bepaald ziekenhuis een langere wachtlijst heeft bij zorg die binnen zes weken moet plaatsvinden. Dan kan tijdelijk meer COVID-zorg ergens anders geregeld worden. Die afstemming moet nu gedaan worden.

VWS: We moeten regionaal goed afstemmen wat men met elkaar kan invullen zodat je op tijd weet wat je mag verwachten.

[redacted] 5.1.2e: we hadden al een goed inzicht in capaciteit en bezetting door inzicht van ziekenhuizen en ROAZ'en. Elk van de ROAZ-voorzitters weet vanuit eigen regio wat dat voor de individuele patiënt of het ziekenhuis betekent, en voor de wachttijd. Dat is een belangrijke factor die mee moet wegen in waar je een COVID-patiënt opvangt.

Patiëntenfederatie: Er was een nieuwsitem over dat iemand vanuit Den Haag eerst naar Deventer en daarna naar Zwolle werd overgeplaatst. Of dat iemand na overplaatsing de voglende dag ontslagen werd. Dat lijkt onwenselijk, wie houdt hier overzicht op?

[redacted] 5.1.2e: Dat gebeurt vanuit regio en via terugkoppeling. Situaties waar nu op gedoeld wordt zijn heel inefficiënt. Dit wordt wel nadrukkelijk bekeken. In dynamiek kan dat wel gebeuren. Een deel van de patiënten wordt verplaatst maar tegelijk ontstaat grote drukte op SEH van dat ziekenhuis, kan krijg je doorverplaatsingen. Is onwenselijk maar kan soms gebeuren.

VWS: ligt ook echt in regio's wanneer dat weer plaatsvindt.

[redacted] 5.1.2e: een uitplaatsing heeft grote impact op patiënten en familie. Maar nood breekt wet.

Patiëntenfederatie: moet er iets afgesproken worden over wie deze patiënten monitort?

[redacted] 5.1.2e: dat is in eerste instantie het ontvangende ziekenhuis.

[redacted] 5.1.2e: we hebben het nu over uitplaatsen. Je kunt ook zelf naar huis komen, maar dat moet op eigen kosten.

PFN: er bestaat zittend ziektevervoer.

VWS: Het moet duidelijk worden voor patiënten welke betekenis het heeft als je ergens anders naartoe gaat.

VWS: Het tweede punt is de rol van de FMS in de evenwichtige verdeling van de patiëntenstroom als het gaat om reguliere zorg.

FMS: Wij zijn hier heel druk mee geweest en daar wordt vandaag de laatste hand aan gelegd. Vanavond is er een extra ledenvergadering en dan wordt erover gesproken. Daarna gaan we dit ook breder communiceren. Ook in combinatie met de andere onderdelen uit de brief. Om andere ziekenhuizen op de hoogte te brengen, wordt er donderdagavond een webinar gehouden.

5.1.2e: Dit moet goed landen bij de leden van de FMS landen, maar ook in de ziekenhuizen zelf en communicatie met externen. De burger moet dit tot zich kunnen nemen. Want is toenemend probleem dat reguliere zorg daalt. Er is ook toenemende agressie waar medewerkers veel last van hebben.

Universitair medisch centra: als je epilepsie moet uitstellen kan dat wel eerst. Maar op termijn niet. Zo heeft elk huis speciale situaties zodat categorieën goed uitgewerkt kunnen worden. Huizen zijn daar goed mee bezig.

FMS: Daar voorziet het raamwerk in. Wordt rechtgedaan aan lokale situaties.

NVZ: gaat handreiking ingeschoven worden met wat nu besproken wordt met NZa en Zelfstandige klinieken? Jullie handreiking zou daar belangrijke rol bij moeten spelen.

FMS: In de regio moeten goede afspraken gemaakt worden. Daar zitten zelfstandige klinieken ook bij in. Er komt ook bestuurlijke afstemming. Dit zal met partijen afgestemd worden, het verzoek daarbij is om z.s.m. te reageren.

FMS maakt zich wel veel zorgen over belasting van personeel. Is het een idee om vanuit VWS een taskforce in te stellen om te kijken wat daarvoor bedacht kan worden? Dit leidt tot grote uitval, misschien wel 25%. Misschien kan daar eens heel gericht naar gekeken worden.

VWS: gaat over draagkracht en draaglast.

V&VN: graag nadrukkelijk ondersteunen wat FMS zegt. Moet echt met elkaar gedeeld worden. We moeten monitoren wat er gebeurt, we maken ons echt grote zorgen. De druk neemt toe, niet af. Ziet er ook niet naar uit dat het de komende tij gebeurt. Het testen niet op orde, systeem piept en kraakt. We hebben met elkaar de verantwoordelijkheid, ook naar leden, om dit stand te kunnen houden. Of strengere maatregelen of toe naar het beperken van de instroom. Anders bespreken we alleen logistieke dingen. Hoe houden we de zorg in stand?

VWS: We zien deze zorg en dit is inderdaad het grootste vraagstuk waar we voor staan.

LHV: Momenteel blijft een deel van het potentieel van de huisartsen liggen. Sneltesten maakt dat je elkaar kunt testen. Deze zijn niet beschikbaar voor huisartsen. Het zelfde geldt voor patiënten die positief getest zijn. Huisartsen weten dit niet, het is belangrijk dat mensen minder slecht naar ziekenhuis kunnen gaan. In huisartsenpraktijk kunnen we patiënten goed helpen.

VWS: Men is bezig met verhaal over de GGD en doorgeleiden van uitslagen. T.a.v. testen is daar het vraagstuk hoe je zo snel en zuiver mogelijk kunt inzetten voor de zorg en in welke volgorde. Dit moeten we echt op korte termijn uitzoeken.

VWS: Het volgende punt is hoe je maximale ketensamenwerking realiseert. Hoe verwachten jullie daar in ROAZ-verband een uitwerking aan te geven? Samenwerking in regio's in het bredere verband. Hoe zien jullie dit n.a.v. ontwikkellijnen? Samenwerking zo optimaal mogelijk plaats laten vinden.

5.1.2e: In alle ROAZ'en zijn overleggen met partijen die betrokken zijn bij leveren van zorg en opvangen en uitplaatsen na ziekenhuisopname. Daar vindt minstens wekelijks overleg plaats over wat de zorgcapaciteit moet zijn om goed op te nemen en uit te plaatsen, in ziekenhuis en wijk. Blijkt ook dat alles anders loopt dan verwacht. We hadden net als eerste golf een idee dat we 1:2 liepen als je kijkt naar IC:kliniek. Terwijl dat nu mogelijk 1:3 zou zijn. Dat betekent een andere in en uitstroom. We moeten er goed op letten dat dit steeds verandert. Er wordt veel afgestemd op ROAZ-niveau en ook in ziekenhuizen onderling. Ieder heeft eigen knelpunt wat betreft capaciteit en voorbereiding.

FMS: ik hoor 5.1.2e ook spreken over de VVT sector, nadat wij internisten en longartsen gevraagd hebben criteria te maken voor opvang zodat dat kan in VVT en sneller onder begeleiding van huisartsen. Maar VVT staat ook erg onder druk. Hoeveel mensen kunnen we momenteel uitplaatsen? Of kan dat niet meer?

5.1.2e: VVT wacht op vergoeding.

V&VN: Dit ligt niet alleen op vergoeding. Ggz loopt vol, verpleeghuizen, wijkverpleging is heel druk. Instroom naar VVT is heel beperkt ook daar is druk hoog.

VWS: De ernst van de situatie zal komende tijd niet anders worden. Wat kunnen we doen aan tussenvoorziening en menskracht? Ziektegevallen gaan op ons afkomen. We moeten het met elkaar invullen. Komende weken, we zien aan de cijfers wat er gaat gebeuren, we weten hoe heft is het is en wat et doet met zorgprofessionals.

VWS: NZa en IGJ hoe kunnen we dit in snelheid brengen zonder dat dat een grote belasting is voor partijen.

NZa: Hier is in de klankbordgroep over gesproken: wat zijn uitgangspunten van samenwerking, welke afspraken kunnen daarbij gaan gelden? Daar gaan we stap verder mee zetten met partijen. We proberen ook met dashboard en portal te kijken naar inzicht. Hiermee proberen we duidelijkheid te krijgen over real time capaciteit. Maandag gaat het eerste prototype systeem in de lucht. ROAZ beschikbaar om dat met ons te testen, kijken wat echt behulpzaam is. Ook proberen we om capaciteit cijfers erin te krijgen met betrekking tot VVT.

NZa: Dit wordt een dataportaal dat online te raadplegen is. Dit is samen met het LCPS. Dit wordt iets wat we stapsgewijs ontwikkelen. Basis om via stoplichtsysteem inzicht te krijgen. Door de tijd heen kunnen we extra bouwstenen aanvullen. Naast planbare zorg is het interessant om zicht te krijgen in wachttijden in overige zorg. Je wil vooruitblikkende informatie. Dit is niet meteen geregeld, maar hopelijk wel snel. We willen de belasting voor aanbieders beperken. Individuele ziekenhuizen inzicht geven en per regio ontsluiten. Dat langzaamaan ook voor andere sectoren doen. Hopelijk maandag iets om te presenteren aan de klankbordgroep.

IGJ: Wij zijn blij dat kader er ligt zoals het is. Vanuit de inspectie is het belangrijk om het regionale proces te versterken. Het toezicht is vooral gericht op het bevorderen van onderlinge samenwerking. Zijn voorwaarden voor goede zorg aanwezig? We gaan in gesprek met verschillende zorgaanbieders. Dan horen we waar knelpunten liggen. Daar zijn we nu intensief als toezichthouder mee bezig. Wij doen de oproep om aan te geven wat meerwaarde van toezicht is.

NVZ: Wat betekent dat voor aansprakelijkheid van bestuurders? Als afweging welke patiënten waar moeten worden behandeld, wat zijn gevolgen voor bestuurders?

VWS: We hebben met elkaar afgesproken dat we met elkaar samenwerken op evenwichtige verspreiding. Dit is een verandering t.o.v. primaire en autonome verantwoordelijkheid van bestuurders, dit kan invloed hebben op toezicht en aansprakelijkheid.

IGJ: vanuit inspectie vinden we dat de afspraken onderdeel moeten zijn van ons allen moeten maken. Op individueel patiënt niveau moet besluitvorming dichtbij, dat moet op patiënt-professional niveau liggen. Ook voor andere situaties moet de handreiking ruimte bieden. Zijn de randvoorwaarden voor goede zorg aanwezig? Hieraan kunnen we een bijdrage leveren. Wat kunnen we betekenen? Vanuit toezichthouder kunnen we knelpunten bespreken. Dat zien we niet op individueel patiënten-niveau. Kan en moet vanuit deskundigheid.

5.1.2e: het is belangrijk voor professionals dat het een leidraad is en niet een recht. Patiënten moeten zich geholpen voelen. Het is aan de professional om afweging te maken en aansprakelijk te zijn.

VWS: Dit zijn belangrijke uitgangspunten. Maak met elkaar in een a4 hoe toezicht zal worden gedaan. Het is belangrijk om hier kader voor te maken.

NVZ: het is belangrijk om dat eenduidig te communiceren.

VWS: Het volgende punt is de financiële randvoorwaarden – de kosten die het geheel met zicht meebrengt.

ZN: Wij zijn blij met feit dat nu iets officiëler aan de ROAZ-tafel mee kunnen doen. Wij zijn benieuwd naar informatie die wordt verzameld en naar het dashboard. Wij hebben de rol van zorgbemiddeling, daarvoor is goede data essentieel. Daar praten we in verleg met NZa over verder. Wij zijn druk in overleg met de ziekenhuizen over de paragraf over het geven van comfort en afspraken over 2021.

NVZ: het is belangrijk om te melden dat hier ongemak ligt. Ook n.a.v. de brief. Ziekenhuizen worden hiermee geconfronteerd. Er ligt voor 2020 een goed kader, maar voor 2021 nog niet. Ziekenhuizen maken zich zorgen over financiering van IC-opschaling. Er is een probleem voor niet-ZVW kosten. Ik zie een cumulatie van verontrusting op dit gebied. Financieel comfort wordt vaak genoemd, maar zo wordt dat niet gevoeld. Dit is een oplopend probleem.

VWS: Het is belangrijk om met zorgverzekeraar te spreken. Waar is onrust over en waar moet duidelijkheid over komen?

ZKN: voor ziekenhuizen wordt gesproken over comfort voor zelfstandige klinieken ook graag aandacht voor financiële kant. Dit is voor zelfstandige klinieken niet duidelijk.

VWS: hier komt VWS en zorgverzekeraar op terug.

VWS: Wat gaat komende weken gebeuren? De cijfers geven een prognose over wat er gaat gebeuren. Wat kunnen we verwachten eind van de week en wat over 3 weken?

[redacted] 5.1.2e: Wij hanteren al sinds de 2e week september predictielijnen. We volgen exact die lijn. 2500 kliniek +i IC eind van de maand. Met huidige infecties en R-waarden, naar boven 3000 in eerste twee weken van november. Als je die cijfers met variatie rondom dit getal, dan heb je plan zoals we het met elkaar maken heel hard nodig. Welke zorg is realistisch haalbaar en welke is echt hoogst noodzakelijk.

Als je kijk naar de R-waarden, is er ook een behoorlijk deel in achteruitkijkspiegel. R-waarde wordt getoetst aan ziekenhuisopnames. Stel hij zit nu onder de 1. Dan is voorspelling van het LCPS dat je rond 17-20 november naar ongeveer 1100 ic en 2800-3000 klinische opnames hebt.

VWS: als dit de prognoses zijn, betekent dat we gaan naar de zelfde situatie als in piek van maart.

Tamara van Ark: Eind deze week gaan we het effect zien van de maatregelen van oktober, we moeten bezien of de curve gaat afbuigen. Het is lastig om daar nu al iets over te zeggen. Het is van belang dat we signalen ophalen en de cijfers goed in de tegen te houden en dit dagelijks in te brengen in overleg met collega's. Cijfers zijn cijfers, maar jullie zien de ziektelast. Het is belangrijk om met elkaar af te wegen wat nodig is. Er is in dit overleg ook de vraag gesteld hoe we omgaan met de mensen. Er is best wel animo, maar het stokt in de keten. Geen enkele losse aanpak zal op zichzelf voldoende zij. We moeten besmettingen echt omlaag krijgen. Het is heel hard nodig om dit door te vertalen in wat er moet gebeuren. Ik kan zeggen dat ik iedereen heel er wil bedanken wat we vorige week met elkaar hebben gedaan. Ik hoop dat we een week te tijd hebben voor volgend overleg, maar punten die jullie aangeven hebben we helder op het netvlies. Anders houd ik vast aan de predictie zoals deze nu loopt.

[redacted] 5.1.2e: We snappen hoe moeilijk het is. We hebben allemaal behoefte aan een routekaart. Wat gebeurt er vrijdag? Wat gaan we dan doen? Zou helpen als we een aantal opties hebben. Welke kant gaan we op?

Tamara van Ark: Morgen gaan we een boodschap als deze in persmoment vertellen. Er liggen een aantal opties voor. Vorige week is naar de communicatie gekeken. We moeten rust en voorspelbaarheid creëren. Hier komen aantal acties uit.

VWS: [redacted] 5.1.2e geeft aan dat je moet weten wat er de komende periode gaat gebeuren aan ziekenhuisopnames, dat is belangrijk naar medewerkers toe.

[redacted] 5.1.2e: We voelen ons zeer gehoord door Tamara. We geven ook mee dat we voorzichtig moeten zijn met een onderschatting van de predicties. Er is een piek van 2250 in oktober en er is

geen reden om aan te nemen dat het afvlakt. We willen het niet somberder maken dan het is, maar urgentie moet goed overgebracht worden.

V&VN: Ik vind dat we de verantwoordelijkheid hebben om de urgentie op de minister nadrukkelijk over te brengen. Nu doen we dat heel duidelijk.

Tamara van Ark: we monitoren dagelijks en we zien dat de urgentie heel hoog is. Het is fijn aan dit overleg dat de ruimte er is om urgentie te benadrukken.

VWS: De urgentie wordt enorm gevoeld. Ruimte in dit overleg over korte reflectie om te kijken welke ruimte er nodig is om oplossingen te vinden. Ondertussen heel hard werken samen om het op te lossen.