

Concept Verslag 19 oktober 2020

1. de actuele stand van zaken

5.1.2e (VWS) opent de vergadering en vraagt 5.1.2e het laatste beeld in cijfers te geven.

5.1.2e (LCPS/NLAZ): De aantallen zijn in de afgelopen 2 dagen vrij fors doorgestegen. Beide dagen ruim 80 patiënten per dag erbij. Op dit moment liggen er ruim 1700 patiënten in de ziekenhuizen, waarvan ruim 370 op de IC. Nog steeds geldt dat zowel voor de IC als voor de kliniek het aantal patiënten op de eerdere verwachtingslijn ligt. Dat betekent dat aan het eind van de maand er 2000 covid-patiënten in de kliniek en 500 op de IC liggen. Hopelijk zorgen de maatregelen ervoor dat de curves afbuigen. Nu is het nog iets te vroeg om dat effect te kunnen zien. Vooralsnog zitten we dus op de eerdere predictie lijn.

Het spreiden van patiënten gaat. Vanaf vandaag wordt er vervoerd met de helikopter (LL-5). Er was mogelijk sprake dat afgelopen weekend de eerste patiënt naar Duitsland zou worden overgeplaatst, maar dit bleek aan het eind van de dag toch niet nodig. We zien dat het aantal IC verplaatsingen stijgt (ten opzichte van het aantal klinische verplaatsingen).

5.1.2e (VWS): je benoemt één van de perikelen weekend; er werd gesproken over verplaatsen naar Duitsland, maar dan blijf ik zitten met het vraagstuk van het aantal bedden dat op de IC beschikbaar is. Er zit voor mij een gat tussen 800 bezette IC bedden en de 1350 beschikbare IC bedden per 1 oktober. Hoe moeten we dat met elkaar verbinden. Daarnaast een ander beeld wat ik graag ter sprake wil brengen; er lijkt wantrouwen te zijn van het Westen naar rest van het land, en dat andere ziekenhuizen de reguliere zorg langer vasthouden. Er zouden productie prikkels in het spel zijn. Hoe zit dit?

5.1.2e (LCPS/NLAZ): ik weet niet of er wantrouwen is. Regio's krijgen spiegelinformatie. Daaruit blijkt dat gisteren (zondag) de IC bezetting laag was. Maar daar zit een verhaal achter: ziekenhuizen zijn bezig met de ok planning voor de maandag ochtend en ze weten maandag en dinsdag stijgt het aantal non-COVID op de IC. Dan ga je snel richting kritische bezetting op de IC. Dit is 1 van de factoren. Daarnaast zien ziekenhuizen dat ze nog een wachtlijst non-COVID hebben. We zitten nog steeds in de stijgende trend van de golf, dus ziekenhuizen proberen nu nog te doen (weg te werken) wat mogelijk is..

5.1.2e (NVZ): het beeld dat ik heb is ten eerste dat de verschillen tussen de regio's heel klein zijn. Het wantrouwen herken ik niet. Veel meer dan in het voorjaar vinden alle huizen dat er nu ruimte moet zijn voor urgente reguliere zorg. Iedereen houdt zich goed aan de handreiking van de FMS. Wel zien we dat we nu in een kritischer fase terecht komt, dus misschien moet de handreiking herzien worden. Ook is er in tegenstelling tot de eerste golf geen extra beschikbaarheid van personeel door wegvallen reguliere zorg.

5.1.2e (NFU): we hebben vanaf begin aangegeven dat de opschaling van 1150 en 1350 een rekenmiddel is. Met het ziekteverzuim is er geen garantie dat die bedden er ook zijn. De spiegelinformatie per regio is goed, want het geeft direct een terugkoppeling hoe de regio ervoor staat aan beloofde bedden. Voor alle regio's betekent dat afschaling aan reguliere zorg. Dat is wel minder dan voorspeld, omdat COVID-kliniek minder VP'ige kost dan COVID-IC zorg. Op grond van die spiegel wordt het overplaatsen en het afschalen van reguliere zorg georganiseerd in de regio. In de regel zie je dat iedereen probeert te accommoderen wat er is beloofd. Dat is lastig, want alle dokters werkzaam als medisch coördinator hebben schroom om zorg af te schalen ook al weten ze dat er ook is beloofd om de COVID zorg te accommoderen.

5.1.2e (V&VN): een verduidelijkende vraag aan 5.1.2e: hoe zit het met eind van de maand 500 extra IC bedden erbij?

5.1.2e (LCPS/NLAZ): ligt de cijfers toe: als de huidige trend aan IC patiënten doorzet dan liggen er eind van de maand 500 COVID-patiënten op IC. En ongeveer 2000 in de kliniek. Het totaal aantal IC bedden dat is bezet is dan afhankelijk van de non-COVID patiënten.

VWS: wat betekent dit gegeven voor de reguliere zorg? Als je 1350 kan realiseren, kan je reguliere zorg dan vasthouden?

5.1.2e (LCPS/NLAZ): je kan ook omdraaien. We beoogden per 1 oktober een opschaling van 1150 naar 1350 IC bedden. Dat konden we combineren met reguliere zorg. Daar konden ook nog 600 klinische COVID-patiënten bij. Nu liggen er in werkelijkheid 1700 COVID patiënten in de huizen. We zijn er dus al lang overheen.

5.1.2e (VWS): we weten dat we komende weken forse stijging krijgen. De verwachting is dat de aantallen in november hoog zullen blijven zitten. Hou houden we het inzicht in reguliere zorg en afschaling ervan? Wat betekent dit voor het beperken van schade. Hoe geven we daar invulling aan?

5.1.2e (NVZ): het is belangrijk om spoedig bij te stellen wat voorrang heeft. De 25% benadering van de FMS werkt heel goed, en er moet weer een nadere handreiking op komen. Het publiek moet hier ook goed en transparant over worden geïnformeerd. Door de klinische toestroom die groter is dan verwacht staat het op zijn kop. We moeten goed de verwachtingen managen de komende tijd. Anders wordt het verhaal dat de ziekenhuizen het niet waar kunnen maken, maar dat klopt niet. De handreikingen van de FMS zijn nodig om dit verhaal goed te vertellen.

5.1.2e (FMS): de insteek die wij hebben gekozen is een grote vorm van solidariteit en gezamenlijkheid. Daarom hebben we vorige week in de media ook met 1700 mensen opgeroepen tot solidariteit. Ik denk dat we daar goed in geslaagd zijn. Het belangrijkste is dat er een level playing field is in heel NL; overal moet dezelfde kwaliteit van zorg worden geleverd en overal moet dezelfde zorg worden afgeschaald. Ik vind het moeilijk om te horen dat er sommige ziekenhuizen het heel anders voelen dan anderen. Dat is ook logisch, maar het moet goed bewaakt worden. Want het verplaatsen van reguliere zorg via de professionele zorglijnen geeft veel gedoe. Dit is veel fijnmaziger en moeilijker in beeld te krijgen. Daarnaast, de besluitvorming over de te verlenen zorg, uitgaande van de randvoorwaarden dat overal dezelfde belasting van COVID-zorg is, moet dichtbij de patiënt bij de dokter liggen. Wij moeten de dokters en de beleidsmakers helpen om dit goed in te richten. Dit gebeurt ook al, door de FMS handreiking. Daarnaast zijn we bezig met het verzamelen en delen van richtinggevende casuïstiek, handreiking om dat goede gesprek te voeren in de huizen en een leidraad om te bepalen/ organiseren hoe, als het echt niet anders kan, de reguliere zorg ergens anders te verlenen en dus over te dragen.

5.1.2e (LCPS/NLAZ): nog een aanvulling op waar we ons nu bevinden in de golf; het RIVM berekende eerder dat tijdens de 1^e piek er 250.000 geïnfecteerde NL'ers waren. De laatste stand op het dashboard is van 8 oktober en toen waren er al totaal 200.000 geïnfecteerde NL'ers. Dit betekent dus dat we in dezelfde fase zitten als in het voorjaar. En nu moeten we de golf nog krijgen. En we doen het nu anders in dat we de reguliere zorg nu volhouden.

5.1.2e (FMS): het inzicht in wat er gebeurt is een belangrijk verschil met de 1^e golf. Dat we de oncologische screening, het huisartsen bezoek en de doorverwijzingen en de consulten van specialisten door telemonitoring in stand houden is heel goed. Dit geeft de zorgprofessionals het volledige beeld om adequaat te prioriteren. Dat beeld was er in de 1^e golf niet.

5.1.2e (PF): het beeld vanuit ons is dat er veel op ons afkomt. Het beeld is er een alsof elk ziekenhuis het zelf aan het organiseren is. Moet je het nu niet met ingrijpende maatregelen logistiek anders gaan inrichten. Bijvoorbeeld met 4 covid ziekenhuizen, het anders inrichten en herverdelen. De maatregelen die ik nu hoor zijn te klein om wat op ons af komt te handelen.

5.1.2e (VWS): het is een goede vraag wat moet je landelijk organiseren, wat lokaal en wat regionaal?

5.1.2e (NFU): als het om het afschalen van de reguliere zorg gaat volgen we de toelichting van **5.1.2e**: volgens FMS criteria schalen we in heel NL gelijk af. Dat kunnen individuele dokters op basis van het dossier van de eigen patiënten het beste doen. COVID zorg kan je het beste verdelen over alle huizen. Alleen op die manier kan je COVID zorg verdunnen. Die verdeling is niet over elk ziekenhuis hetzelfde; we verdelen in de regio de COVID- IC en de COVID-kliniek aan de hand van het signatuur van de ziekenhuizen. De druk van COVID doen we allemaal op gelijk niveau.

5.1.2e (VWS): 5.1.2e stelt de goede vraag; wat doe je landelijk? En bij de afschaling van de reguliere zorg; waar is het inzicht? Wat bereiken we wel of niet voor de patiënt.

5.1.2e (NZa): voor het beeld en de scherpste in de discussie het volgende. Lokaal is het aan de arts om een verantwoorde beslissing te nemen over het afschalen van de reguliere zorg. Het beeld is dat de druk elke dag hoger wordt om de reguliere zorg voort te zetten en gezondheidsschade te voorkomen. Er moeten hulpmiddelen zijn om de keuze voor de arts te faciliteren. De verschillen tussen regio's moeten zo klein mogelijk zijn. De ROAZ-regio moet regie voeren, maar landelijk moet er wel inzicht zijn hoe het gaat met die afstraling van de reguliere zorg. Alleen met dit inzicht kunnen we iets zeggen over de gelijke toegang tot zorg, wat nodig is voor de toezichthouder.

5.1.2e (FMS): mee eens. Maar het is ingewikkeld. Voordat je iets weet tuig je iets op wat niks oplevert. De randvoorwaarde van gelijke COVID druk in alle regio's is daarom zo belangrijk. Als je dat vasthoudt, maakt dit het probleem van niet volledig inzicht voor de toezichthouder minder.

5.1.2e (MUMC): ieder ziekenhuis maakt een eigen afweging wat er nog mogelijk is, in het ROAZ wordt dit afgestemd. Daar zitten ook de zorgverzekeraars bij. In reactie op COVID-huizen; de patiënten hebben vaak meer dan alleen COVID, dus daar zou dan veel meer personeel naartoe moeten worden verplaatst. Dat is logistiek niet te doen en ontregelt de reguliere zorg nog verder.

5.1.2e (NVZ): het is nu ook een logistieke operatie. Het LCPS gaat steeds beter. Maar we zien dat elk ziekenhuis nu aan de top van kunnen zit. Daarom is en komt er ook een handreiking van de FMS, zodat de uitgangspunten in heel NL gelijk zijn. Maar we moeten ook wel echt denken aan andere mogelijkheden en daarvoor 5 punten:

1. Defensie
2. ZBC's
3. Wat gebeurt er in de care (doorstroom)?
4. Reserve krachten. Waarom loopt dat minder dan in de 1^e golf?
5. Vraag aan 5.1.2e: kan Duitsland ook klinisch overnemen?

5.1.2e (VWS): 1. Het verzoek vanuit Defensie is om hun inzet te concentreren op 1 locatie. Qua medisch personeel bij Defensie is er gekozen voor Utrecht. Dit komt bovenop de COVID-bedden van UMCU toegezegd in het IC-op-schalingsplan. Deze bedden zijn dan ook bovenregionaal beschikbaar, via het LCPS worden deze bedden ingezet/gevuld.

5.1.2e (NVZ): is dit het maximale wat Defensie kan doen?

5.1.2e (VWS): de vraag is wat er nog meer nodig is? Dan komen we ook gelijk op wat voor type profiel van mensen er nodig is (ook met betrekking tot punt 4). Oproep dit in ROAZ verband te verkennen. In het voorjaar kregen we echt de vraag wat VWS nog meer kan doen. Nu krijgen we deze vraag minder, dus daarom de vraag terug; kom met profielen. Daarnaast: als we Defensie nogmaals iets vragen, moet er gericht een plan komen. Dat vraagt dan ook wat er voor de scenario's die jullie voor ogen hebben met betrekking tot de groei van COVID patiënten nodig is.

5.1.2e (LNAZ): goed om aan te vullen dat andere regio's misschien aanvragen hebben gedaan, maar die zijn aangehouden door Defensie.

5.1.2e (VWS): Klopt. Dat komt dus omdat defensie niet meer lokaal de verzoeken wil invullen, maar het landelijk/ geconcentreerd wil doen.

5.1.2e (NFU): Bij de 1^e golf waren de verzoeken aan Defensie vooral over inzet die niet in ziekenhuis was. Soortgelijke aanvragen als toen kunnen nog steeds, maar daar moeten ze dan zelf over besluiten.

5.1.2e (VWS): Defensie aanvragen worden nu aangehouden. Als er een vraag is, moeten wij met hen in gesprek om dat te realiseren. Wij moeten kijken wat ze extra kunnen betekenen.

5.1.2e (VWS): Over de inzet van ZBC's zijn er 2 stromingen die elkaar tegenspreken. Aan de ene kant hoor ik dat alle verpleegkundigen uit de ZBC's in de ziekenhuizen moeten worden ingezet. Aan de andere kant hoor ik dat in ROAZ-verband moet worden gekeken wie welke zorg op zich kan nemen en wat de samenwerkingsverbanden zijn. De vraag aan jullie is dus hoe kan je regionaal zo

optimaal mogelijk invulling geven, met verzekeraars erbij, aan de mogelijkheden die ZBC's bieden. De NZa heeft eerder de oproep gedaan om een plan per ROAZ te maken en naar de NZa toe te komen om dit plan verder invulling te geven.

5.1.2e (NZa): Bij de opschaling van de zorg in het voorjaar zat de zorgverzekeraar aan tafel in het RAOZ, zodat er financiële ondersteunde afspraken gemaakt konden worden. 2 weken geleden hebben we een extra oproep gedaan aan verzekeraars om bij ROAZ'en aan te sluiten om over de spreiding van reguliere zorg afspraken te maken. Daarbij ook de oproep om vanuit de FMS te bekijken wat er aanvullend nodig is om gezondheidsschade te beperken. Hoe kunnen we met die handreiking dit in de regio het beste doen, en hoe kunnen we hier afspraken aan koppelen met zorgverzekeraars.

5.1.2e (VWS): En wat kan de NZa hierin betekenen? Wat als de ROAZ een plan heeft?

5.1.2e (NZa): dan komen we op de data uit. Hoe zorg je dat de afspraken tot goede uitkomsten leiden. Hoe zorg je dat het in elke ROAZ hetzelfde gaat. We volgen de lijn van **5.1.2e** kijk wat je lokaal, regionaal kan doen en wat er landelijk moet. ZBC's moeten integraal onderdeel zijn van het ROAZ. Wij kunnen monitoren waar er nog ruimte is. We kunnen Defensie van stal halen, maar er zitten een paar stappen tussen. Wat we in april zagen, daar gaan we nu ook naar toe. We moeten goed gaan nadenken hoe we de zorg het beste gaan leveren aan de acute en sub-acute patiënten. Waar hebben we het dan over (FMS) en hoe gaan we dat doen. Dit is een grote noodsituatie. Wat landelijk moet, moeten we ook landelijk organiseren. En we moeten ook durven zeggen; u hoeft niet bang te zijn als u iets acuuts heeft, want dan kan dat nog steeds, maar voor een grote groep patiënten wordt het niet leuk, want de zorg wordt uitgesteld omdat het nu even niet anders kan.

5.1.2e (ZN): we staat niet hier niet vooraan. We kunnen alleen faciliteren. De gesprekken worden gevoerd door de huizen en artsen. We zien ook dat het niet altijd lukt om een rol te nemen in ROAZ'en. Het gaat soms wel goed. We zien ook dat het soms als spannend wordt ervaren; als ZBC's worden ingezet of patiëntenstromen worden verlegd, wat betekent dat dan voor de toekomst? Waar kan kunnen wij faciliteren, en dit is dan echt vanuit een crisis situatie ingegeven. Er gaan geen structurele dingen worden ingericht. Daar moet men dus ook niet bang voor zijn. Daar waar wij kunnen faciliteren doen wij dat graag en we belijken het per paar weken. Laten we regionaal wat meer aandurven om voor de korte termijn dingen anders te doen.

5.1.2e (Isala): vorige week was er een interview waarin ZKN aangaf dat ZBC's geen personeel uit gingen lenen aan ziekenhuizen. In het ROAZ moet een open gesprek worden gevoerd. Als personeel uitleenen in de regio de beste oplossing is, moet dit wel mogelijk zijn.

5.1.2e (ZKN): Het open gesprek in de ROAZ'en neem ik hartelijk aan. Laten we samen en per regio bekijken waar de zorg het beste in stand kan worden gehouden. We merken dat in veel plekken op dit land mooie dingen tot stand komen (verplaatsen van zorg en elkaar helpen). Belangrijk aandachtspunt is dat er geen transparantie is waar wat precies nodig is. Dat is wel noodzakelijk om de goede dingen met elkaar te doen. Open gesprek graag, maar dan van alle kanten hoe we samen het meeste volume aan zorg kunnen blijven leveren.

5.1.2e (VWS): in ROAZ verband vind het gesprek plaats en daar moet men het gesprek afstemmen. Ook moeten jullie meenemen de inzetbaarheid van personeel.

5.1.2e (NVZ): NVZ, NFU en ZKN hebben deze week BO hierover. De FMS wordt daar bij deze bij betrokken. Na woensdag zullen we een bericht delen richting de ROAZ'en wat er wordt besloten.

5.1.2e (ZKN): kan de NZa ook deelnemen aan dit BO? Ja.

5.1.2e (VWS): ik verwacht dat alle ROAZ'en hetzelfde functioneren. Hoe zorgen we dat zorgprocessen goed lopen; vanaf de huisartsen, de instroom en de doorstroming. Ik begreep dat er wel goede doorstroming is naar kortdurend verblijf, naar niet naar definitieve plekken in verpleeghuizen. Wordt dit standaard besproken in de ROAZ'en?

5.1.2e (MUMC): Zeker. Er wordt ook regelmatig het gesprek gevoerd om vervolg indicaties in de ziekenhuizen eerder te stellen, zodat patiënten eerder kunnen uitstromen. We hebben een dashboard waar de VVT op is aangesloten. Hierop zien we beschikbare plekken. Dit gaat beter dan in 1^e golf en is in de meeste regio's zo geregeld.

5.1.2e (FMS): er wordt ook een handreiking gemaakt door de internisten en longartsen hoe COVID-patiënten eerder kunnen worden ontslagen en welke vervolgzorg elders kan worden voortgezet.

5.1.2e (VWS): hier hebben we ook erg veel geleerd van de eerste golf.

Minister van Ark (VWS): Bedankt. Heel erg prettig om bij het overleg te zijn. Het is een grote informatie bron. Probeer echt goed te luisteren, zodat ik de belangrijke dingen kan meenemen voor de persconferenties. Er is een aantal dingen wat raakt: vanuit patiënten perspectief zorgen dat mensen weten dat de zorg die ze acuut nodig hebben aanwezig is.

Ik waardeer de openheid waarop vraagstukken op tafel zijn gelegd daar waar randvoorwaarden beperkend zijn. Wat kan er lokaal, regionaal en wat moeten we landelijk afspreken? Goed: het samenspel van alle betrokkenen. Ik heb contact gehad met mijn collega van Defensie. Vorige golf hebben ze goed bijgedragen. Ze kunnen op een gegeven moment weer een bijdrage leveren. Daar moeten we het overleg over hebben.

5.1.2e (VWS): goed om te zien dat iedereen zijn verantwoordelijkheid heeft genomen. 5.1.2e had nog een 5^e punt. Of er ook met Duitsland is afgesproken dat er klinische COVID patiënten worden overgenomen. Dat is zo.

5.1.2e (Isala): Dit zijn patiënten waarvan de verwachting is dat ze binnen 24-48 uur voor IC bed in aanmerking komen.

Minister van Ark (VWS): Heel dankbaar voor hulp geboden door Duitsland. Woensdag spreek ik met de minister van zorg van Nedersaksen.