

VWS: in deze fase van de ontwikkelingen, is het goed om de vervolgzorg en zorg thuis en ouderenzorg ook te laten aansluiten. Dit overleg heet handen aan de kraan, dat we kunnen zien waar we extra maatregelen kunnen nemen. Daar waar het schuurt is het goed om dit ook te benoemen.

Als we naar de ontwikkelingen kijken, hebben we roige weken besproken hoe we covid zorg beter kunnen spreiden en hoe we de reguliere zorg gelijkwaardig kunnen afschalen. Waar staan we en hoe gaat het de komende periode. Eerst feiten, daarna de aspecten waar we de komende weken aan moeten werken en afgelopen weken aan gewerkt hebben.

5.1.2e – Inaz: afgelopen week is de zkh bezetting verder gestegen 2500 in zkh kleine 600 op IC. Tempo van de stijging vlakkt wat af. Eind sept 30-45% stijging, Afgelopen week 13% gestegen. Het stijgt nog steeds, maar gaat wel minder snel.

Ondanks die % lagere stijging, blijven we actief spreiden. Afgelopen week meer gespreid 240 tussen de regio's. Vergelijkbaar aantal binnen de regio's. Met die actieve spreiding lukt het ons een betere verdeling van zorg. Het vraagt wel om een forse afschaling van klinische zorg. Daar is geen cijfers op te plakken, maar bij dit soort aantallen patiënten geldt ongeveer 30% afschaling van klinische zorg.

Druk op de IC's kreeg ik vaak appjes en SEH die het druk hadden. Hoe verloopt dat?

SEH's blijft. Regio's doen hun uiterste best 24 uur vooruit te kijken, maar zoals het vaak gaat in de acute zorg komt het in pieken en dalen. Ene moment is er IC capaciteit vrij en volgende moment is de vraag groot. Sluiten van de SEH gebeurt in overeenstemming met meldkamer en roaz. Dit gebeurt bewust, zodat ambulances niet voor niks naar een SEH rijden. Je moet altijd zo'n 150 bedden vrij hebben en niet gaan voor 100% bed bezetting. Want dan kan je geen acute patiënten meer kwijt.

Forward planning: we zitten echt weg van de eerdere projectie. De curve kan bijgesteld worden. Het is nog te vroeg vanuit zkh perspectief om te zeggen of de piek voorbij is. Als je kijkt naar niwe besmettingen, zou je kunnen voorspellen dat we dichtbij plateau zitten en de maatregelen van 3 wk geleden effect hebben. Predictie is bijgesteld. Wordt elke dag gedeeld met ROAZ'en. Dit is het beeld voor de regio wat er gevraagd wordt per regio in de komende week. Het is aan de regio zelf om te bespreken wie wat gaat doen in roaz verbad.

Hoe gaat de regionale vertaalslag over de doorstroom en uitstroom van patiënten. Hoe gaat het gesprek in de regio?

Actis **5.1.2e**: heel divers. Sommige regio's zitten muurvast, zowel kort verblijf, als wijkVP, als verpleeghuis.. Bijvoorbeeld Rotterdam. WijkVP en kort verblijf is niet zozeer beschikbaarheid van theoretische capaciteit maar tekort aan zorgverleners. In de VVT wordt wel 100% van de bedden volgelegd. In Rotterdam in extreme. In Friesland en Drenthe ook ernstige situaties. Met enige ruimte tot geen ruimte.

Het overleg zelf gaat in steeds meer regio's; goed. Worden en voelen zich beter betrokken. Ook schakel met **5.1.2e** en roaz overleg gaat beter.

5.1.2e (zorgthuis): overeenstemming met Wouter. Veel vragen op de helpdesk over afschalen van zorg. De uitputtingsslag op de werkvloer is voelbaar. Zit ook emotionele moeheid in. Kleinere aanbieders hebben moeite om aan te sluiten op de overleg structuur. Maar dit komt ook doordat ze zo kleinschalig zijn dat ze het operationeel niet georganiseerd krijgen. Hier vraagt communicatie in de regio. Sommige zijn aangesloten bij actis via communicatie en soms lukt dit niet. Sommige werken vrij geïsoleerd.

Actis: als er concrete signalen zijn, dan pakken we deze op. Maar het zijn wel heel veel signalen.

VWS: neem aan dat communicatie in de regio wordt opgepakt. Brandhaard in de regio. Wordt er nog creatief over nagedacht over oplossingen?

5.1.2e: in bepaalde regio's wordt gedacht aan opzetten van grote afdelingen. Het ontbreekt ook dan aan mensen/ handen aan het bed. In hotels covid afdelingen opzetten loopt dan spaak.

LHV: we hebben bij de eerste golf bedden opgezet die niet gebruikt zijn. 5.1.2e gaf aan dat er structuren waren opgericht. Maar, nu een motie??

DGLZ: tbv de overloop functie uit het ziekenhuis is een opschalingsplan worden gemaakt 350-850-3000. We zitten nu op bezetting avn 550 plekken. Die zijn dus buiten het zkh beschikbaar. 1^e golf ging het over zorghotels. Nu gaat het o, plekken in instellingen. I sommige regio's gaat het goed, soms niet, Grens waar je nu tegenaan loopt is capaciteit van bemensing.

5.1.2e (ActiZ): er wordt op alle manieren gewerkt aan mensen die normaal gesproken niet aan het bed staan. 6200 mensen, zonder 5000 zorgachtergrond, hebben zich afgelopen week aangemeld. Maar daarmee los je het probleem van nu en morgen niet op.

5.1.2e acties op zorgpersoneel. Extra handen voor de zorg: 4700 mensen zonder achtergrond, 1150 met zorgachtergrond. Laatste dagen loopt het hard op. Er zijn mensen die zijn aangemeld en moeten worden voorgesteld aan zorgorganisaties. Daar moet versterking op komen. 5.1.2e

5.1.2e gaat hier in bemiddelen. COrige week capagn: aanzuigende werking gehad. Via search opdracht hoe we extra

Nationale zorgklas wordt gekeken naar mensen die nu zonder werk komen te zitten, kunnen worden opgeleid (kort) om ondersteunend werk te gaan doen.

Samenvatting 5.1.2e . ??

5.1.2e of 5.1.2e : hoe wordt het raamwerk uitgewerkt in de regio's.

5.1.2e afgelopen onderdeag gedeeld met iedereen. Hopelijk land het zo. Randvoorwaarde is goed verspreiding van covid zorg over het land. Wat ook belangrijk is: goed in beeld houden van mensen die kritieke planbare zorg nodig hebben. Ik denk dat we er bijna zijn dat in heel veel huizen geen plaats meer is voor andere patiënten dan cat 1,2 en 3.

Als de patiënt ook nog IC behoeftig wordt, die binnen 6 weken moet (cat 1 en 2) heel moeilijk is. Is het mogelijk om de forward planning iets te verruimen. Om de marge op IC capaciteit iets te verruimen.

5.1.2e ja dat kan. Maar, hoe verder je vooruit zit, hoe grter de onzekerheid wordt. We zitten op een kantelpunt. Je ziet de omslag, maar de piek wordt de komende dagen bereikt, met een hele trage daling. Dus eind december zit je nog steeds met best veel covid patiënten in de ziekenhuizen.

UMCU: we hebben een toevoeging gemaakt, voor de complexe zorg waar veel artsen tegelijkertijd moeten opereren. Tweede zorg is: vooral de grote huizen met grote IC's leveren de extra IC capaciteit voor covid. Deze huizen leveren deze complexe zorg. EN deze zorg moet dus extra onevenredig worden afgeschaald/uitgeteld. Het is enorm lastig om dit goed te plannen.

VWS: herkenbaar, is een lastig gesprek. Maar de vooruitziende blik, is de ondersteuning voor de zorg in de regio en in de ziekenhuizen.

Als je kijkt naar het raamwerk – complimenten – de vraag naar de vertaling, hoe land het in de regio's en ziekenhuizen? Wordt het toegepast?

FMS: wat je van 5.1.2e hoort, is goed. Het raamwerk dient voor het goede gesprek lokale. Per regio wordt het gesprek gevoerd. Wij hebben de indruk dat het goed geland is.

VWS: Aansluiting op de eerste lijn? Hoe verloopt dit?

LHV: dat kader zijn we bij betrokken geweest. Het is goed om het expliciete te communiceren naar de huisartsen. Gaan lhv en FMS samen doen.

Uitval is het grootste probleem. Gevraagd naar snel testen. Voor de huisartsen is 85% betrouwbaarheid voldoende. Hier moet echt verdere druk op komen.

5.1.2e sneltesten: zijn gevalideerd voor mensen met klachten. Je hebt wel wat fout negatieven (meer dan bij PCR). Vraag aan OMT. Hoe moet je daarmee omgaan En in welke mate moet je hertesten.

Daarnaast: hebben we genoeg voorraad? We komen heel veel in. We gaan het via LCH beschikbaar maken. Zodat zorgverleners er gebruik van kunnen maken. Beloop: deze week en volgende week beschikbaar maken.

LHV: 2% foutmarge. Dat liever en dan binnen een dag over doen. Want huisartsen werken toch in pbm.

5.1.2e VWS: de uitdaging zit hem nu op distributie.

VWS 5.1.2e liever eerder dan later. Er wordt enorme druk door het team opgezet om dit zo snel mogelijk in te zetten voor de zorg.

VWS 5.1.2e kan NZa toelichten 1. Reguliere zorg stuwmeer en 2. Data portaal.

NZa: het aantal verwijzingen die achterblijven tov vorig jaar. Rui 950.000. In de zomer was het 800000. Dus een stijging, ggz 75-80.000. leegstand in VP huizen is 1400 in heel NL. Vooral in westen is het heel lastig. druk in thuiszorg zien we oplopen. De cijfers bij de oncologie zijn niet geruststellend. Ze lopen achter en de verwachting is dat dit tot gezondheidsschade gaat leiden.

NZa; dataportaal heeft tot doel dat in de regio's sturingsinformatie beschikbaar is, op basis van het raamwerk. Op kritieke planbare zorg ontrak data. Er zijn afspraken gemaakt om deze ifnromatie aan te leveren en in te zien.

De data aalevering vanuit LCPS blijft bestaan. Die gaan we nu niet aanpassen Wel doel om dit uiteindelijk te intergrene. We gaan voor volgende week inloggegevens organiseren en met ziekenhuizen en roazen wordt afgestemd wat de eerste data is die zichtbaar wordt in het portaal.

UMCU: er moet worden opgeschaald in de aansluiting met de gebruikers van het portaal.

NVZ: dit hebben wij in eerder overleg ook aangegeven. De aansluiting kan beter.

VWS...

VWS: we hoorden 5.1.2e zeggen over achterblijvende reguliere zorg. Zijn die signalen herkenbaar? Zijn er meer dingen die uitgezocht moeten worden.

NVZ: als je het signaal van oncologie naast het raamwerk legt. Dan zit er dus een hiaat. Hoe kunenn we daarop intervenieren.

NZA: wij kijken naar aantal verwijzing tov eerdere jaren. Aantal verwijzingen zijn met 82% afgenomen. Met het stilleggen van bevolkingsonderzoeken komt er nog een deel bij.

We zien een inhaalslag in de zomer. Maar die is nu weer stil komen te iggen. Het is een groep mensen die we niet kennen. En dat maakt het lastig, want we kunenn ze niet targeten.

PP: wat je niet in beeld hebt, kun je ook niet prioriteren. Het gaat om het niet aanbieden door huisartsen: doordat ze zich zelf niet emlden of omdat de HA praijken dicht zijn. Daarom hebben we de poliklinieken net dichtgedaan, want we willen dee paeinetn blihaven zien.

VWS 5.1.2e was een geleerde les.

NZa; we zgen bij neuro geen terugval. Mar bij oncologie zien we dat wel. Dus het ligt ook echt aan de groep. Heeft avst iets te maken met mindere opkomst bij bevolkingsonderzoek, maar het is ook echt wat anders.

5.1.2e: we zien dat er minder patiënten naar HA gegaan en patiënten bij poliklinieken zich afmelden. Betekent 1,5 m bij bevolkingsonderzoek niet dat er minder mensen gezien kunnen worden.

NZa; 60.000 minder mensen naar de HA afgelopen week. Daar zit het probleem.

VWS 5.1.2e aansluiting bij presentatie FMS

FMS: Nu al weer 1200 mensen die zich niet hebben gemeld met melanoom. Die zijn nu dus niet in beeld.

VWS: er is een vraag bij de gewonen dingen en communicatie richting patient.

5.1.2e het zou goed zijn als er georganiseerde communicatie zou zijn. Weer pleidooi, juist voor dingen als dermatologie. Eventueel met foto opsturen.

ZN: misschien kunnen verzekeraars hier iets in betekenen. Hoe kunnen we de patiënt naar de arts laten gaan. Wij pakken die nu al vanuit zorgbemiddeling. Is wel n=1 maar dit zijn de pro actieve mensen. En we moeten de mensen bereiken die niet naar de arts gaan. Als zij iets kunnen betekenen dan horen ze het graag.

NZa: regie zou bij VWS moeten liggen. Er is een communicatie groep. Laten we die koppelen.

V&VN: zou 5.1.2e iets kunnen zeggen hoe het kabinet hiermee bezig is, want hebben de kraan in handen.

VWS: 5.1.2e de vraag ligt op tafel. Is geen geheim. Morgen besluitvorming in de MR. Laat duidelijk zijn dat de signalen die jullie hebben afgegeven ook daar op tafel liggen. Het si nog steeds minder meer. Daar zijn maatregelen voor bedacht. Daar moet morgen besluitvorming over plaatsvinden. Voor mij weegt het heel zwaar wat jullie heir aangeven. Er ligt morgen een flinke uitdaging op het bordje van het kabinet. Het is wel een complex verhaal. Want we zien dat de besmettingen afnemen, maar horen ook dat deleeftijd op de IC weer toeneemt en we er nog lang niet zijn met het aantal ziekenhuis opnames, want mensen liggen er ook nog steeds lang.