Verslag overleg monitoring COVID-19 3 november 2020

VWS/ 5.1.2e : opent de vergadering. Vanaf vandaag zijn ook Actiz, ZorgthuisNL en Verenso uitgenodigd om deel te nemen aan het overleg, vanwege het belang van samenwerken en om de door- en uitstroom zo soepel mogelijk te laten verlopen. Tijdens dit overleg reflecteren we op de afgelopen weken, maar kijken we ook vooruit naar wat komen gaat. Vorige keer hebben we gesproken over hoe we de spreiding van COVID zorg beter kunnen doen en hoe we de reguliere zorg gelijkwaardig kunnen afschalen. Vandaag behandelen we waar we staan en wat we de komende periode nog kunnen doen.

LNAZ/ 5.1.2e de ziekenhuisbezetting is verder gestegen naar 2500 bedden in de huizen, waarvan een kleine 600 op de IC. We zien dat de stijging van bezetting is afgezwakt. Waar de stijging in september tussen de 30-45% per week was, zien we dat dit de afgelopen week 13% was. Vorige week leek de stijging even tot stilstand te zijn gekomen, maar de afgelopen dagen zien we toch weer een toename. We blijven actief spreiden over het land. Afgelopen week zijn 240 patiënten verplaatst tussen de regio's en een vergelijkbaar aantal binnen de regio's. Met de afvlakkende aanwas en het actief spreiden van patiënten, lukt de verdeling van zorg nu aardig. Het vraagt wel om een forse afschaling van klinische zorg. Wat betreft afschalen van klinische zorg komen we bij deze aantallen COVID-patiënten nu uit op een percentage van 30%.

VWS/ 5.1.2e : geeft aan dat ze veel berichten krijgt over druk op de IC's en SEH's. Hoe verloopt dit?

LNAZ/ 5.1.2e de SEH blijft een struikelpunt. De ROAZ'en doen hun uiterste best om nu in ieder geval steeds 24 uur vooruit te kijken, maar de aanwas vanuit de SEH komt in pieken en dalen, welke zich slecht laat voorspellen. Soms heeft dit tot gevolg dat de SEH gesloten moet worden, omdat er geen opnamecapaciteit meer is (op de IC). Het sluiten van de SEH gebeurt in overeenstemming met meldkamer en het ROAZ. Dit gebeurt bewust, zodat ambulances niet voor niks naar een SEH rijden. De opschaling van IC-bedden loopt, maar de marge hierin is op dit moment heel krap, namelijk 100-150 bedden landelijk. We willen hier ook niet gaan voor 100% bedbezetting, want dan kan je geen acute patiënten meer kwijt.

NVZ/ 5.1.2e vraagt hoe het gaat met de 7-days forward planning.

LNAZ/ 5.1.2e omdat de stijging nu minder steil is, is er meer ruimte. Het is nog te vroeg vanuit ziekenhuis perspectief om te zeggen of de piek voorbij is. Blijven we deze stijging zien, of komen we nu in een plateaufase terecht? Duidelijk is dat we echt weg zitten van de eerdere predictie. De prognose met betrekking tot ziekenhuisbezetting is bijgesteld. Dit beeld wordt elke dag gedeeld met ROAZ'en en dit is het beeld wat er per regio in de komende week gevraagd wordt. Het is aan de ROAZ-regio's zelf om te bespreken wie wat gaat doen.

VWS/ 5.1.2e we hebben het over in-, door- en uitstroom. Hoe kunnen we de door- en uitstroom goed faciliteren?

Actiz/ 5.1.2e : het beeld is heel divers. Er zijn nu een aantal regio's die helemaal vast zitten wat betreft uitstroom, zoals de regio Rotterdam-Rijnmond. Maar in Friesland en Drenthe ook ernstige situaties. Het knelpunt zit met name in de wijkverpleging en het kort verblijf, waar er onder medewerkers geen marge is (vanwege ziekte en uitval). Het is dus niet zozeer de beschikbaarheid van theoretische capaciteit, maar het tekort aan zorgverleners. Het overleg zelf gaat in steeds meer regio's goed. Zorgorganisaties worden en voelen zich beter betrokken. We zien steeds meer overleg tussen enerzijds ROAZ en veiligheidsregio's en anderzijds de uitstroomorganisaties. Er is dus meer overleg, maar de krappe capaciteit blijft.

ZorgthuisNL/ 5.1.2e hetzelfde geldt voor de thuiszorg. Er is sprake van een uitputtingsslag en emotionele vermoeidheid onder medewerkers. Het is lastig om aangesloten te blijven op de overlegstructuur doordat er veel verschillende kleinere organisaties zijn die thuiszorg verlenen. Dit vraagt om goede communicatie in de regio. Sommige kleine organisaties zijn aangesloten op de ActiZ communicatie. Soms lukt dit niet.

Actiz 5.1.2e : als er concrete signalen zijn, dan pakken we ze op. Maar, het zijn wel veel signalen.

VWS/ 5.1.2e : je wilt juist dat de doorstroming goed loopt in de gebieden waar de marge krap is. Zijn er nog creatieve oplossingen te bedenken?

Verenso/ 5.1.2e : in bepaalde regio's wordt er gedacht over het opzetten van grote Covid-afdelingen, Maar het blijft nog steeds het probleem van beperkte mankracht.

LHV/ 5.1.2e : bij het opzetten van de zorghotels tijdens de eerste golf, leek dit niet zo efficiënt te verlopen. Vervolgens gaf Ronnie aan dat er structuren waren opgericht om dit in de tweede golf beter te laten lopen. Benieuwd hoe dit nu zit.

VWS/ 5.1.2e : ten behoeve van de overloop functie uit het ziekenhuis is een opschalingsplan gemaakt met 3 fases: 350-850-3000 extra bedden. We zitten nu op een bezetting van 550 plekken die buiten het ziekenhuis beschikbaar is voor de opvang van COVID-patiënten. In de 1e golf ging het over zorghotels. Nu gaat het om plekken in instellingen. In sommige regio's loopt het goed, in andere minder. Grens waar je nu tegenaan loopt is capaciteit van bemensing.

Actiz/ 5.1.2e : ook wordt er gekeken naar mensen die kunnen helpen die normaal niet aan het bed staan. 6200 mensen, zonder 5000 zorgachtergrond, hebben zich afgelopen week aangemeld. Dit lost het probleem nu en morgen alleen niet op.

VWS/ 5.1.2e : er zijn veel aanmeldingen binnen gekomen om de zorg te ondersteunen. We hebben op dit moment 4700 meldingen van mensen zonder zorg achtergrond en 1150 mensen met ervaring in de zorg. Veel mensen hebben zich dus ter ondersteuning aangemeld. De mensen die zijn aangemeld moeten nu worden voorgesteld aan zorginstellingen. Daar moet versterking op komen. 5.1.2e gaat hierin bemiddelen. De ontwikkelingen die we zien, zijn goed. We hebben vooral een toename gezien sinds de campagne 'Extra handen in de zorg' van start is. Ook kijken we via de Nationale Zorgklas of de mensen die zonder werk zijn komen te zitten als gevolg van de crisis (zoals in de horeca of van KLM), nu in de zorg aan de slag kunnen. Dat zou dan via een stoomcursus zijn waarbij zij worden opgeleid tot niveau 2 verzorgende.

VWS/ 5.1.2e : afgelopen donderdag is de leidraad van FMS voor het afschalen van reguliere zorg verschenen. Hoe is deze ontvangen in het veld? Wat is de toepasbaarheid? Waar staan we betreffende het behouden van de kwaliteit van de zorg?

FMS/ 5.1.2e : met de NFU en de NVZ hebben we dit raamwerk gepubliceerd. De eerste randvoorwaarde voor afschalen blijft de goede verspreiding van COVID over het hele land. Ten tweede willen we goed in beeld houden welke mensen kritiek planbare zorg behoeven binnen 6 weken. We zien dat er bijna geen ruimte meer is voor zorg die binnen 6 weken plaats moet vinden. Alle huizen liggen vol, met name voor patiënten die eventueel een IC-bed nodig hebben. Het lijkt er nu op dat er alleen plek is voor categorie 1 en 2 spoedzorg. Is het mogelijk dat de forward planning verruimd wordt? Kan de marge op IC capaciteit verruimd worden?

LNAZ, 5.1.2e ja dat kan. Maar hoe verder je vooruitkijkt, hoe groter de onzekerheid is. De afgelopen tijd kwam de prognose overeen met de realiteit. Nu zitten we op een kantelpunt vanwege de afnemende stijging. Onduidelijk is of de piek de komende dagen bereikt gaat worden, of dat de stijging doorloopt. Wel lijkt het erop dat de daling heel traag zal verlopen. Dit betekent dat we in december waarschijnlijk nog steeds heel veel COVID-patiënten hebben in de ziekenhuizen.

NFU 5.1.2e : 1. we hebben een toevoeging gemaakt aan het raamwerk voor de heel erg complexe zorg waar meerdere artsen tegelijkertijd moeten opereren 2. De grote huizen met grote IC's leveren nu de grootste extra capaciteit aan bedden. Dit zijn echter ook de huizen met dit soort complexe operaties. Dit heeft tot gevolg dat er een scheef evenwicht is; juist in de ziekenhuizen waar veel extra bedden zijn, moeten eigen operaties afgelast worden en moet dus extra onevenredig worden afgeschaald/uitgesteld. Het is enorm lastig om dit goed te plannen.

VWS/ 5.1.2e : geeft aan dat dit een herkenbaar beeld is. Het zijn continue afwegingen, waarbij de vooruitziende blik ondersteunend is. Complimenten voor de leidraad. Hoe wordt deze nu toegepast?

FMS/ 5.1.2e : Ik sluit me aan bij het punt van 5.1.2e Het raamwerk dient voor het goede lokale gesprek. Je ziet dat ziekenhuizen nu in gesprek zijn. Wij hebben het idee dat de leidraad goed is geland.

VWS/ 5.1.2e En hoe zit het met de aansluiting vanuit de eerste lijn?

LHV/ 5.1.2e : we zijn betrokken geweest bij het kader en deze is prima. Wel moet dit nog expliciet naar de huisartsen worden gecommuniceerd. Dit gaan LHV en FMS samen doen. Maar, een groter probleem wat ik hier nogmaals wil noemen is de uitval van huisartsen. We hebben al eerder gevraagd naar sneltesten. Voor de huisartsen is 85% betrouwbaarheid voldoende. Hier moet echt verdere druk op komen.

VWS/ 5.1.2e : de sneltesten zijn inmiddels gevalideerd voor mensen met klachten. Wel zijn er nog fout-negatieven waarbij de vraag opkomt hoe we daarmee om moeten gaan en in welke mate je moet hertesten. We hebben het OMT hierover advies gevraagd. Ten tweede kopen we nu heel veel sneltesten in. We zijn we met het LCH bezig wat betreft het beschikbaar stellen van de sneltesten. Indien dit lukt, dan komen de sneltesten ook beschikbaar voor huisartsen. Het knelpunt zit nu met name in de distributie. We verwachten dat de testen binnen 2-3 weken beschikbaar zouden moeten komen. Er wordt enorme druk door het team opgezet om dit zo snel mogelijk in te zetten voor de zorg.

LHV/ 5.1.2e : benadrukt hoe belangrijk het is dat sneltesten beschikbaar komen.

VWS/ 5.1.2e wat zijn de ontwikkelingen met betrekking tot het dataportaal en de cijfers van de NZa?

NZa/ 5.1.2e ten opzichte van vorig jaar zien we dat er nu al 950.000 verwijzingen minder zijn. Bij de GGZ zijn dit er 75.000 tot 80.000. De leegstand in verpleeghuizen is 1400 in heel NL. De leegstand verpleeghuizen met name in het westen is lastig. De druk op de thuiszorg loopt enorm op. Tot slot zien we dat de achterstanden bij de oncologie ernstig achterblijven, dit kan niet zonder gevolgen blijven. Ik verwacht dat dit tot gezondheidsschade gaat leiden.

NZa/ 5.1.2e : het dataportaal heeft tot doel om ervoor te zorgen dat de sturingsinfo beschikbaar is. Hoe goed lukt het om voor patiënten in de verschillende categorieën, zoals door het raamwerk beschreven, zorg te leveren? Naast deze patiëntengroep is het ook belangrijk om andere planbare zorg inzichtelijk te maken. Hierover ontbreekt nu nog data. We willen dit voor zorgaanbieders duidelijk maken. Volgende week maandag is een eerste versie van het portaal beschikbaar. Volgende week worden inloggegevens verstrekt. Aankomende week zullen we de inhoud van het portaal nog verder afstemmen met ziekenhuizen en ROAZ'en. De data aanlevering vanuit LCPS blijft bestaan. Die gaan we nu niet aanpassen. Wel is het doel om dit uiteindelijk te integreren.

NFU/ 5.1.2e : het is goed dat die afstemming er komt, want daar is nog ruimte voor verbetering.

NVZ/ 5.1.2e : de aansluiting is er, maar deze kan beter inderdaad. Wat betreft de cijfers van 5.1.2e lijkt er dus een knelpunt te zitten, waar wij nog niet genoeg op in hebben kunnen spelen.

NZa/ 5.1.2e de verwijzingen met betrekking tot de oncologie zijn met 82% afgenomen ten opzichte van eerdere jaren. Hier komen de achterstanden door het stil leggen van het bevolkingsonderzoek nog eens bij. Er is een inhaalslag in het bevolkingsonderzoek geweest in augustus en september, maar dat is nu weer stil komen te liggen. Het is een groep mensen die we niet kennen en dat maakt het lastig, want we kunnen ze niet actief benaderen.

FMS/ 5.1.2e wat je niet in beeld hebt, kan je niet prioriteren. Het gaat hier om het niet aanbieden van mensen, omdat ze niet naar de huisarts gaan of omdat een praktijk gesloten is door uitval. De poliklinieken worden deze keer niet rigoureus afgebouwd om de mogelijkheid tot contact te houden.

VWS/ 5.1.2e : dit is een van de belangrijkste lessen van de eerste golf. Door het volledig afsluiten van de zorg, was dit niet meer inzichtelijk.

NZa/ 5.1.2e er is ook iets bijzonders aan deze oncologie groep. Bij de cardiologie en neurochirurgie zien we namelijk het aantal verwijzingen weer/nog op niveau is en nauwelijks beïnvloed wordt. Dit effect hebben we bij de oncologie niet gezien. Dit moet wel bij het bevolkingsonderzoek liggen, en de groep mensen die überhaupt niet naar de huisarts is gegaan (60.000 minder afgelopen week). We weten dit helaas niet allemaal niet zeker, het zijn aannames.

Patientenfederatie/ 5.1.2e: het is belangrijk om duidelijk te communiceren naar de patiënt/mens toe. Bijvoorbeeld het aanbieden van een fotoconsult voor de dermatologie. We moeten duidelijk maken dat de drempel niet te hoog is.

Zilveren Kruis/ 5.1.2e: wij kunnen hier als zorgverzekeraars misschien iets betekenen. Wij pakken dit nu al vanuit zorgbemiddeling op. Dit is wel n=1 en dit zijn de pro-actieve mensen. We moeten juist de mensen bereiken die niet naar de arts gaan. We zouden bijvoorbeeld informatie middels nieuwsbrieven aan gecontracteerden kunnen geven.

NZa/ 5.1.2e: de regie daarvoor ligt bij VWS.

V&VN/ 5.1.2e kan minister Van Ark vertellen hoe het kabinet met de maatregelen omgaat? Hoe wordt er met de informatie met betrekking tot het afvlakken van de curve omgegaan?

VWS/ 5.1.2e morgen is er een nieuwe bespreking met de ministerraad. De cijfers betreffende het besmettingsrisico en het afnemen van de stijging worden meegenomen, maar de situatie blijft lastig. De leeftijd van de IC-patiënten wordt weer hoger wat betekent dat patiënten hier langer blijven liggen. De daling gaat lang duren. Morgen wordt alles besproken, maar er zal een flinke opgave liggen. Het is een heel complex probleem om uit te leggen aan de bevolking en vereist gemeenschappelijke communicatie. In neem alles wat hier gezegd is zeer serieus.

VWS/ 5.1.2e: laten we goed in contact blijven, samen staan we sterk. Morgen luisteren we naar de persconferentie.