

## Notulen Overleg COVID maandag 16 november

VWS/5.1.2e: We zijn weer bij elkaar om te bespreken hoe cure en care bij elkaar komen. De afgelopen 2 weken was er een sprake van een extra pakket aan maatregelen om de daling van het aantal patiënten binnen de zorg te kunnen versnellen. Morgen is een nieuwe persconferentie waar we zullen horen hoe we vanaf hier verder gaan. Het aantal besmettingen neemt geleidelijk wat af, maar er zijn nog steeds een aantal regio's waar de toestand zeer ernstig is en waar we nog steeds een hoge druk in ziekenhuizen en andere instellingen zien.

LNAZ/5.1.2e: Vanochtend waren er in totaal 2130 patiënten in ziekenhuizen, waarvan een kleine 600 patiënten op de IC. De bezetting is hiermee 8% gedaald ten opzichte van vorige week. Tijdens de piek was de bezetting boven de 2600. We zien dus een gestage daling, waarbij de daling in de kliniek sneller gaat dan op de IC. Er wordt nog steeds gespreid om de aantallen zo veel mogelijk te verdelen over het land. De instroom per dag is nog steeds rond de 200. Dit is dus nog steeds vrij veel en het is onevenredig verdeeld over het land, zoals we ook zien aan de verdeling van het aantal besmettingen. De verwachting van de trend is onzeker, dit heeft te maken met maatregelen en de naleving. Als deze daling van 8% continueert, dan zou je rond de kerst zitten op 900 patiënten in de kliniek, en 250 op de IC.

VWS/5.1.2e: wat zou je verwachten of willen dat het RIVM zegt over de reproductiefactor?

LNAZ/5.1.2e: Je zou willen dat reproductiefactor zo veel mogelijk onder 1 blijft. Hoe meer onder de 1, hoe beter het is. Het aantal besmettingen ligt nog steeds op de 5000 per dag, terwijl we in de zomer minder dan 200 per dag zagen.

NVZ/5.1.2e: hoe zit het met het totale beslag op de IC op dit moment?

LNAZ/5.1.2e: de totale IC-bezetting schommelt al lang rond de 1050. De daling in het aantal COVID-bedden wordt aangevuld met non-COVID-patiënten. In het weekend zie je altijd dat het aantal non-COVID-patiënten wat lager is dan doordeweeks. Dat is een natuurlijk proces. Als je naar 2018 en 2019 kijkt, dan lagen er gemiddeld 925 non-COVID-patiënten op alle IC's in Nederland. Daar zitten we dus nog lang niet.

VWS/5.1.2e: non-COVID zorg is vanaf de corona crisis niet meer op het oude niveau geweest. Wat is het beeld in de langdurige zorg?

VWS/5.1.2e: je ziet binnen de langdurige zorg nu een voorzichtige daling zoals ook aan de curatieve kant. In verpleeghuizen is een kleine afname van het aantal besmettingen. Het aantal locaties met besmetting is echter onverminderd hoog: in 27,7% van alle huizen is er sprake van één of meer besmettingen, waarbij er ook nieuwe locaties zijn. In de gehandicapten zorg zien we een gelijk beeld, het aantal besmettingen neemt af, maar het aantal locaties niet. Bij kwetsbare mensen thuis neemt het aantal besmettingen af, maar het absolute aantal blijft hoog. De beschikbaarheid van het ELV is opgevoerd, er zijn nu 950 overloopbedden beschikbaar. Bij opschaling van de reguliere zorg, zal je ook weer meer druk op de extramurale zorg zien.

ZorgThuisNL/5.1.2e: voor de zorg thuis zijn er niet veel harde cijfers, zijn allemaal afgeleide cijfers vanuit peilingen bij leden. Er is nog steeds een hele hoge werkdruk. Daarbij zijn er veel zorgen over hoe de reguliere zorg opgevangen moet worden en hoe het gaat als de maatregelen losgelaten worden. Ook veel vraagstukken rondom contractering.

Actiz/5.1.2e: We zijn intensief in gesprek met ZN, om de onzekerheid zo klein mogelijk te maken. We zien ook nog steeds een hoog percentage aan verzuim, namelijk richting de 10%. De problematiek binnen de thuiszorg is het grootst, hier zijn ook nog forse risico's. Als er direct vanuit het ziekenhuis weer opgeschaald gaat worden, is het gevaar dat de vvt deze uitstroom niet op kan vangen. Samenwerking is van belang. We zien dat het steeds beter gaat, wel blijft het nog moeilijk voor de kleinere partijen om aansluiting te vinden.

LHV/5.1.2e: we zien sterk de tendens dat meer zorg vanuit het ziekenhuis naar huis toe komt. Amsterdam is hiermee begonnen en deze plannen gaan goed. Rotterdam is begonnen met een corona kit waarbij patiënten zelf de saturatie kunnen meten. Een heikel punt is echter het volgende: wil je vooraf mensen goed kunnen begeleiden, dan moet je weten of iemand positief is

getest. De GGD in Rotterdam aarzelt daar nog steeds over. Het zou enorm helpen als daar landelijk op gewezen wordt. Dit zou gewoon moeten kunnen in deze tijd.

LNAZ, 5.1.2e de vraag staat uit bij de GGD, zij zijn uiteindelijk degenen die dit op moeten lossen.

VWS, 5.1.2e de privacy kant van doorgeven testen, dat moet ik navragen bij de collega's. Informatievoorziening naar huisartsen toe is heel specifiek.

VWS, 5.1.2e zijn er aanvullingen of ontwikkelingen wat betreft patiënten federatie?

Patiënten federatie, 5.1.2e de vragenlijst voor de ledenpeiling gaat er deze week uit, daar kunnen we nu dus nog niks over zetten. Geen andere signalen voor nu.

V&VN, 5.1.2e ik hoor in de cijfers, zoals LNAZ ze presenteert, dat de druk nog steeds heel erg hoog is. Het is goed dat de cijfers afnemen, maar de tweede golf is veel breder en het duurt heel lang voordat het uitdooft. Binnen het ziekenhuis is het een communicerend vat: als de COVID-bezetting afneemt, dan komen er extra non-COVID-patiënten. Binnen de thuiszorg/vvt blijft er echter onverminderd sprake van een hoge druk. Ik maak me zorgen om het afschalen van de maatregelen. Ik ben bang dat we te snel met te veel optimisme dit probleem benaderen en te snel weer soepeler worden, zodat de tweede golf verlengd wordt.

VWS, 5.1.2e ik snap je punt, we ervaren het allemaal, ik denk dat we hier allemaal mee bezig zijn. Deze golf gaat inderdaad langzaam, en zal tijdens de winter een golfbeweging blijven. Daarom ook die extra maatregelen van 2 weken geleden.

VWS, 5.1.2e We gaan naar de spreiding over Nederland. Hoe zorgen we dat de zorg door kan gaan, nu maar ook in 2021, op basis van de afspraken van een maand geleden. Hoe verloopt de opschaling van IC bedden en klinische bedden, en gaat dat ook goed?

LNAZ, 5.1.2e tijdens de stijging zaten we op een spreiding tussen regio's van 25-40 per dag. Nu is dat aantal lager. Dit getal varieerde de afgelopen dagen tussen de 14-31 per dag. Er worden dus minder patiënten gespreid. Cumulatief zitten we boven de 1000 verplaatsingen tussen de regio's. Verplaatsingen binnen de regio's zijn hierin niet meegerekend. De druk tussen regio's blijft verschillen, vooral in kritieke regio's (Randstad, Brabant). Wat betreft de capaciteit: vanochtend hadden we 1262 IC-bedden in de aanbieding, waarvan 1050 bedden bezet. We houden dan altijd rekening met een aantal extra bedden dat beschikbaar moet zijn vanuit aanbeveling van de NVIC, meestal zijn dit 1-2 bedden per centrum. We komen dan uit op een vrije capaciteit van 120 bedden voor non-COVID en 75 reservebedden.

VWS, 5.1.2e kom je daarmee uit, of loop je tegen punten aan, als je kijkt naar de gezamenlijke afspraken die we gemaakt hebben?

LNAZ, 5.1.2e Op dagen zoals vandaag en gisteren gaat het goed, en hebben we reservecapaciteit. Zo werden aan onze regio meer IC-bedden aangeboden dan gevraagd. Dat beeld hebben we heel lang niet gezien. Als je kijkt naar de dagen daarvoor, dan heeft het geschuurd omdat dat ene vrije bed in de regio net bezet werd en dan wordt het lastig. Er zijn echter geen patiënten tussen wal en schip gekomen.

VWS, 5.1.2e verbinding naar prioriteren van de zorg en uitgestelde zorg. Afschaling varieerde tussen 30-65% vorige week. Deze week is dat nog steeds 30-40%.

NZa, 5.1.2e (presentatie) er is een stuwmeer aan aantal uitgestelde verwijzingen. Als je kijkt naar de week waar we nu zitten, dan zitten we op ruim een miljoen. Dat is dus enorm. Het zorgenkindje oncologie zit op de 75.000, waarbij de gemiste verwijzingen vanuit het bevolkingsonderzoek nog niet zijn meegenomen. GGZ: nu bijna 80.000 verwijzingen minder ten opzichte van vorige jaren, los van aantal mensen op wachtlijst (35.000). Langdurige zorg: in de tweede golf zien we nog geen oversterfte. De wachtlijsten nemen iets af en het aantal lege plekken ook, nu 1477. Wijkverpleging: we kijken naar 4 grote instellingen. Er wordt hier niet echt veel afgeschaald, maar we zien dat de sector met grote zorgen zit door een hoog ziekteverzuim.

NZa, 5.1.2e wat eerste beelden van zorgportaal. Van de 83 ziekenhuizen die we hebben uitgevraagd, gebruikt iedereen nu ook de inloggegevens. In het oosten van het land gaat

het invullen van het dataportaal beter dan in het westen. Dit zegt ook iets over de betrouwbaarheid van de gegevens per regio. Een van de graadmeters die wij hanteren is de mate van afschaling van operatiekamers. Deze is behoorlijk fors: over het algemeen 20-50%, en in twee regio's >50% (West en Oost). Gevoelde druk op IC en in de kliniek is ook nog heel behoorlijk. Dringend verzoek aan alle ziekenhuizen is om de data in het portaal in te vullen, zodat de schets betrouwbaarder is.

NZa 5.1.2e lever alsjeblieft de data goed aan, zodat wij de data aan jullie kunnen geven waarop de besluitvorming wordt gemaakt. Ik heb het gevoel dat de urgentie nog niet bij iedereen goed duidelijk is. Er zijn ROAZ-regio's waar het echt goed gaat. Maar er zijn ook regio's waar het niet goed gaat. Dat moet beter. Capaciteit verdelen kan alleen als je volledig transparant bent in de data die je levert. Zet nou die schouders eronder om die laatste meters te maken. Er vallen heel veel mensen tussen wal en schip die geen COVID hebben. Het kan echt nog veel beter in sommige regio's. Wij zullen binnenkort ROAZ-voorzitters bij de NZa en IGJ uitnodigen om te kijken naar wat beter kan en om de afstemming en samenwerking te verbeteren.

IGJ 5.1.2e we hebben vorige week een brief naar alle ROAZ-bestuurders gestuurd over spreiding en opschaling. De belangrijkste punten die we uit de respons hebben; er moet meer helderheid en consensus komen over de norm voor het aantal IC-bedden en wat dat betekent voor de beschikbaarheid. Het is belangrijk voor de urgentie en de taak van het LCPS dat dit duidelijk is. Hoeveel schaal je op, hoeveel bedden houd je beschikbaar. Er zijn nu situaties waarbij de doorgegeven beschikbare capaciteit uiteindelijk toch niet beschikbaar is. Het moet zo gaan dat het LCPS aangeeft wat nodig is, waar de ziekenhuizen vervolgens op anticiperen. We zien ook dat er behoefte blijft aan een consensus over het aantal beademde en niet beademde bedden. Oproep aan LNAZ om hier meer duidelijkheid over te krijgen.

We zien dat er geen discussie is over de noodzaak van spreiden, maar we zien wel per regio verschil van inzicht in wat dit betekent voor de doorgang van de reguliere zorg. Urgente zorg gaat voor minder-urgente zorg. Het blijft heel belangrijk dat we het met elkaar doen. Daar heeft het beleidskader helderheid over gegeven. Daar waar knelpunten zijn en het niet goed gaat in de samenwerking, moeten we dit met elkaar bespreken. Er zijn een aantal zaken waar echt meer duidelijkheid over moet zijn, daar moeten partijen voor bij elkaar komen en wij toezichthouders (NZa en IGJ) hebben daar ook een rol in en pakken dit samen op. We hebben vandaag een brief naar ROAZ-voorzitters gestuurd over regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en zelfstandige klinieken. Deze oproep is niet vrijblijvend en ziekenhuizen behoren hier aan deel te nemen. Deze samenwerking moet gewoon tot stand komen in de regio en daar zijn verschillende opties voor.

VWS 5.1.2e goed dat dit is ingezet, om ook om over een langere periode de kwaliteit van zorg te waarborgen, waaronder non-COVID zorg. Hoe gaan zorgverzekeraars hier mee om?

NZa 5.1.2e we hebben intensief contact met ZN. In de fase waar we nu zitten, denk ik dat het een zaak is van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit in overleg met het ROAZ, ZN en IGJ/NZa.

ZN 5.1.2e we doen mee met de ROAZ. Wij zijn grote supporters van het data overzicht goed van de grond krijgen. We hopen dat die data snel volledig beschikbaar is.

LNAZ 5.1.2e korte toelichting op IC-bedden die er nu (nodig) zijn. Met het oog op de reserve die de NVIC adviseert, zijn er nu nog steeds 1350 bedden operationeel nodig. Die zullen de komende weken ook nog nodig zijn, en dat is ook de afspraak binnen het LNAZ en de ROAZ-voorzitters. We weten wat de basiscapaciteit is van ieder ziekenhuis en hoeveel zij zijn opgeschaald. Ieder ziekenhuis weet waar hij moet staan en wat hij moet doen. Vanuit het LCPS-perspectief zijn alleen beademde patiënten relevant, want niet-beademde patiënten liggen aan de Optiflow op de afdeling en hoeven dus niet overgeplaatst te worden.

VWS 5.1.2e die 1350 hebben we het vaker over gehad en zijn een belangrijk item om in de winterperiode te kunnen blijven leveren.

LNAZ 5.1.2e die 1350 vraagt wel heel veel van het personeel. Dus als er een fase komt waarin we het met minder kunnen doen, dan zullen we dit direct doen.

NFU 5.1.2e er is meer afgeschaald dan in het oorspronkelijke ramingsplan rondom de 1350 bedden was berekend. We schalen nu 40% af, terwijl er rekening gehouden was met 20%

VWS/ 5.1.2e er is een afspraak gemaakt over de opschaling en de kosten die daarmee gemoeid zijn. Daar moet je uiteindelijk wel verantwoording over kunnen afleggen.

NVZ/ 5.1.2e : er is bij ziekenhuizen onduidelijkheid over waarvoor ze aan de lat staan. Nu bezwaarzaken. Die moeten snel uit de lucht. Er moet snel overleg komen.

FMS/ 5.1.2e ik ben heel blij met actieve spreiding, en de info van 5.1.2e Ik sluit me ook aan bij 5.1.2e over  $R < 1$ . Want 1350 IC bedden op orde houden, dat is een enorme investering. Veel personeel werkt op een andere afdeling dan dat ze gewend zijn. Bij deze medewerkers heerst onzekerheid en het gevoel dat ze slechte zorg leveren. Desalniettemin heeft het personeel een sterke intrinsieke motivatie om de schouders eronder te zetten, maar zo houdt de zorg het niet heel lang vol. De zorg heeft de beste kwaliteit als er sprake is van rust, reinheid en regelmaat. We leveren nu eenmaal wat aan kwaliteit in, maar laten we dat allemaal op dezelfde manier doen. Tot slot: er is veel aandacht geweest voor mensen die naar Duitsland gaan, maar er moet ook aandacht zijn voor de mensen die over heel Nederland verspreid worden

VWS/ 5.1.2e er is veel begeleiding voor de familie, het lijkt erop dat dat beter gaat dan eerste golf. Dit zie ik ook tijdens werkbezoeken.

VWS/ 5.1.2e Deze golf kwam eerder, we hebben een plan gemaakt, maar als je ingehaald wordt door de realiteit dan moet je dat met elkaar vaststellen en van daaruit verder kijken. We moeten niet blijven praten over nu en verleden, maar kijken naar de realiteit, en vooruitkijken naar de toekomst. Mooi dat de toezichthouders deze invulling geven samen met de LNAZ en de vvt-sector.

Minister/Tamara van Ark: goed om met elkaar in gesprek te gaan over de IC-opschaling. Wat ik meeneem: de boodschap aan Nederland is dat het moet volhouden. Ook wij moeten volhouden. We hebben een afspraak gemaakt voor een gelijk speelveld in ziekenhuizen, mensen in instellingen en mensen die werken in de zorg. Daarom is het goed om te horen dat gesprekken met de toezichthouders plaats gaan vinden. Ik haal uit dit overleg dat de boodschap 'volhouden' moet zijn naar de collega's.

VWS/ 5.1.2e We zullen met een aantal ROAZ'en in gesprek gaan over het aantal bedden. Duidelijkheid ten aanzien van financiering: de normale capaciteit aan IC-bedden in Nederland bedraagt 1150. De financiering hiervan loopt via de zorgverzekeraar. Als daar discussies met inkopers over zijn, dan wil ik hier nu nogmaals duidelijkheid over geven. De zorgverzekeraar heeft hier de plicht. Alle kosten die extra worden gemaakt worden gedekt door VWS via de subsidieregeling.

ZN 5.1.2e wat normaal regulier zou zijn, zonder COVID, dat zit bij de verzekeraars. Alles wat daarboven dit, dat valt onder VWS.