

Concept verslag intern VWS 'hand aan de kraan' overleg 13 juli

Cijfers, ontwikkelingen en reguliere zorg

De NZa geeft aan dat de verwijzingen nog steeds weer op het oude niveau zijn. Ze lijken zelfs iets toe te nemen. De schatting is dat ziekenhuizen op 75% a 80% van het oude productieniveau zitten. Volgende week volgt de laatste update.

Uit de rapportage van de verpleeghuiszorg blijkt dat daar 5500 lege plekken door covid zijn. Het aantal Wlz-indicaties is na een daling weer aan het bijtrekken.

Bij de wijkverpleging is de ontwikkeling merkwaardig: er is een deel van de regio's waar dit is toegenomen, een deel waar het is afgenomen en een deel waar het gelijk is gebleven. Dit wordt nog nader geanalyseerd.

De NZa vraagt of het overleg over 'reguliere zorg' dat de NZa voorziet en het 'hand aan de kraan' overleg samengevoegd kunnen worden. Verzoek is dan om het helemaal integraal aan te pakken, dus ook de GGZ en de wijkverpleging/thuiszorg erbij te pakken.

VWS geeft aan dit intern voor te leggen, als mogelijkheid om het hele proces bij elkaar te brengen.

Lessons learned

Volgens VWS is het bij de geleerde lessen vooral belangrijk om na te gaan wat we meenemen naar een volgende golf; dus wat hebben we nu geleerd waar we straks wat aan hebben en niet zozeer stilstaan bij wat er niet goed ging. Dit hebben alle partijen in hun stukken ook goed benoemd.

FMS geeft aan dat ze hun analyse hebben opgestuurd over de lessons learned: kortom komt het erop neer dat er goed is samengewerkt en dat er veel ruimte was om de dingen op de eigen manier te doen, dat is positief. Daarnaast hebben we veel last gehad van afschalen van de reguliere zorg. En de opleidingen zijn nu al een aantal maanden gestaakt. Beiden moeten de volgende keer doorgang blijven vinden of in elk geval zo lang mogelijk doorgaan. Mbt interregionale patiëntenverplaatsingen moet het de volgende keer zo worden geregeld dat patiënten op voorhand weten waar ze naartoe moeten gaan. En tot slot: hoe krijgen we nou geautomatiseerd inzicht in de capaciteit van ziekenhuizen? Dat zou veel efficiënter zijn.

NFU: sluit zich aan bij de FMS. Misschien goed om aan te vullen dat de grootste stress zat bij verpleegkundigen die normaal niet op dit soort stress en spoedafdelingen zitten. Confrontaties met mensen die heel ziek zijn, de hoge sterftcijfers, hoge druk, etc. Verpleegkundigen van ic's en seh's konden hier beter mee omgaan en hadden het 'gewoon' druk. Met hen gaat het prima. Juist de verpleegkundigen van andere afdelingen kampen nog met naeffecten/trauma's. Dat valt echt op.

Het is wel goed om stil te staan bij de geleerde lessen in den brede, en niet alleen voor een tweede golf. Denk aan opleidingen: co-assistenten en aiossen hadden nu geen supervisie en dat viel stil. Dit moet anders en beter. Digitalisering: er kan toch echt wel 25% tot 50% van poliklinische zorg digitaal. Dit moeten we vasthouden. Ook capaciteitsmanagement, beter benutten van je voorzieningen, e.d.

Ook om maar even te benoemen: het gedoe met de bonus naar de zorg, geeft onrust en ongemak. Voor wie is die bonus, etc. Dat probleem willen ze graag bij de politiek houden. Het gaat zich nu namelijk mengen met andere salarisdiscussies. Werkgevers willen de regeling best uitvoeren, maar niet berokken worden bij de (politieke) keuzes maken.

Het omgaan met de anderhalve meter blijft lastig. Daar zie je ook variëteit in ziekenhuizen. Niet alles kan op anderhalve meter in het ziekenhuis, dus de vraag is hoe veilig voelt een zorgverlener zich daarbij en heeft die dan behoefte aan extra beschermingsmiddelen.

Aanstaande woensdag is er vanuit het LNAZ een ROAZ-overleg waar ook wordt stilgestaan bij voorbereidingen voor de tweede golf.

VWS vraagt of er vanuit de ROAZ' en direct aansluiting is met de huisartsen, wijk, VVT, etc. Het integrale beeld is juist belangrijk.

De NFU geeft aan dat dit per regio verschilt. Dit wordt woensdag ook in het overleg met de ROAZ' en besproken.

NZa: wij monitoren op dit moment alle ROAZ' en en wij zien daar enorme goodwill om samenwerking op te zoeken en iedereen aan te sluiten. Maar sommige ROAZ' en zijn verder dan de anderen. In de ROAZ' en waar al jaren integraal wordt gewerkt met de HA' en en VVT (de ROAZ+), daar gaat het goed. De NZa is optimistisch gestemd. Iedereen doet erg zijn best.

V&VN heeft al een uitgebreide evaluatie gedaan van wat er beter kan en goed is gegaan. Dit is meegenomen in het plan rondom ic-opschaling. Daarin staan ook zaken die voor een volgende golf anders geregeld moeten worden. Daarnaast komt V&VN met een breder verhaal. Er moet wel een aantal zaken NU opgestart worden. Daar moeten we niet te lang mee wachten. Denk aan het opleiden van (ondersteunende) verpleegkundigen, randvoorwaardelijke arbeidsomstandigheden en keuzes voor opschalingsziekenhuizen. V&VN wil de ziekenhuizen erop wijzen dat er echt nu al gehandeld moet worden. Hiervoor heeft V&VN vandaag ook gebeld met de NVZ en NFU. V&VN is bang dat ziekenhuizen wachten met actie ondernemen totdat ze uitsluitel hebben over de financiën (vanuit zorgverzekeraars en VWS).

VWS vraagt of woensdag in het ROAZ overleg ook besproken kan worden wat nodig is voor de opschaling en wat daarbij vanuit VWS nodig is.

LNAZ geeft aan dat dit woensdag wordt besproken en herkent ten aanzien van de opschaling heel veel mogelijk is, maar dat veel regio's ook wel hebben aangegeven dat ze tegen kosten aanlopen.

NVZ: de evaluatie van de FMS/wetenschappelijke verenigingen was heel goed. In aanvulling daarop zijn twee punten van belang:

- De beweging van onderop en vanuit de ROAZ' en moet gerespecteerd worden. Er moet worden uitgegaan van wat er vanuit een ROAZ wordt afgesproken. Daarbij is het landelijk criterium van minimaal >15 bedden erbij (uit de brief van vorige week) niet goed gevallen. Ook kleinere aantallen opschaling moet worden omarmt.
- De financiering van de opschaling roept nog veel vragen op bij ziekenhuizen, ook met betrekking tot de opleidingen. Ook is er veel gedoe om met ZN tot een overeenkomst te komen.

Bekostiging tweede golf/opschaling ic-capaciteit

VWS geeft aan dat er vanuit het LNAZ een kostenplaatje komt bij het opschalingsplan; hier wordt input voor geleverd door de NZa. Daarbij wordt gekeken naar hoe het fundament eruit moet zien, dus structurele kosten om de ic capaciteit op te schalen, en er wordt gekeken naar (tijdelijke) pandemiekosten.

NZa geeft aan dat het niet eenvoudig is om een kostenplaatje te maken. De reden hiervoor is dat de NZa onvoldoende data heeft. Er worden nog onvoldoende bruikbare gegevens aangeleverd, maar misschien is er ook gewoon niet meer informatie beschikbaar. Voor de eerste paar bedden, richting 1350, kunnen we niet anders doen dan uitgaan van wat een normaal ic-bed kost. Laat staan dat we een fatsoenlijk plaatje kunnen maken over wat 1700 bedden kosten. Geen verwijt, maar een worsteling.

NVZ vraagt hoe we door deze financiële impasse heen komen. VWS moet hun nek uitsteken voor de financiën en voorde inhoud kan heel erg van de ROAZ uit worden gegaan.

VWS: geeft aan dat de afspraak is om volgende week een kostenverhaal te hebben voor de structurele opschaling, Hierin zitten ook de investeringen. Daarnaast loopt er nog kostenplaatje dat

specifiek is voor een pandemie. Komende week komt ook een overzicht van waar de (financiële) knelpunten nog zitten. Het is dus belangrijk om woensdag te kijken per ROAZ: waar staan we, wat zijn de discussiepunten, e.d. Hoe gaan de bedden verdeeld worden en wat betekent dat voor de kosten.

NZa: ook belangrijk om te weten is wat de uitgangspunten zijn. Gaan we uit van het aantal bedden dat beschikbaar is, maar met de bedoeling dat ze leeg blijven. Dan heb je een beschikbaarheidsbijdrage, zoals het calamiteitenhospitaal. Op het moment dat het groter wordt, dus ziekenhuizen die echt van plan zijn hun ic of SEH uit te breiden, dan kom je op verbouwing. Daarnaast heb je altijd kosten voor het extra opleiden van personeel. Dat is een eenmalige investering, maar heb je wel structureel wat aan, ook in de normale zorgverlening. Hoe moet je dit dan structureel vergoeden?

LNAZ: Voor een deel gaat het nu al om verbouwingen om überhaupt 1350 of 1700 bedden te realiseren. En je moet beginnen met opleiden. Daarop volgt hoe gaat het er structureel uitzien. Op dit moment hoor ik vanuit veel regio's: ik kan 1350 realiseren, maar dan moet ik een paar aanpassingen doen. Dat moet op korte termijn. Daarna naar structureel kijken.

V&VN wil voorkomen dat opschaling/ realisatie van de plannen pas op het laatste moment met verpleegkundigen besproken wordt. Je moet nu al met ic-verpleegkundigen in overleg. Er zitten ook arbeidsvoorwaardelijke aspecten aan die met verpleegkundigen besproken moeten worden.

VWS beaamt dat het gesprek lokaal in de RVB moet plaatsvinden met de verpleegkundigen. In de brief (vorige week naar TK) is ook aangegeven dat de verpleegkundigen moeten worden betrokken bij de besluitvorming.

NFU: in alle ziekenhuizen is bekeken hoe kan worden opgeschaald en dat is met al het personeel besproken, ook verpleegkundigen.

FMS geeft aan dat er een mooie handreiking is voor welke zorg wel en welke zorg niet in het ziekenhuis hoeft, dit in relatie tot advanced care planning. Het is goed om deze handreikingen nu al goed onder de aandacht te brengen in de eerste lijn en niet te wachten op de 2^e golf.

VWS: vraagt of dit punt meegenomen kan worden in de bespreking met de ROAZ'en aanstaande woensdag.

Daarnaast wordt het voorgaande samengevat: er is een plan vanuit het LNAZ geschreven voor opschaling van de ic-capaciteit. Er mist alleen nog een kostenplaatje. Hier is de NZa druk op aan het rekenen, maar het kostenplaatje is uitdrukkelijk van het LNAZ behorende bij het plan. Voor de Haagse besluitvorming is het ook belangrijk om snel een (ongeveer) kostenplaatje te hebben. Naar het veld willen we benadrukken: ga niet op dat kostenplaatje zitten wachten, maar ga alvast aan de slag.

De eerste stap is dus dat we zo snel mogelijk weten over welk bedrag het ongeveer gaat. Daarna kijken we hoe het geld gaan verdelen over de ziekenhuizen en hoe het komt bij degenen waar het over gaat. Minfin heeft toegezegd dat dit geld er gewoon gaat komen.

NZa geeft aan dat het kostenplaatje snel komt. Geeft in antwoord op NVZ aan dat daar ook de uitbreiding van de klinische bedden/infrastructuur bij zit. Aarzel zit hem niet in tijd, maar meer in over welke data heeft de NZa beschikking.

VWS geeft nog aan dat het kostenplaatje materieel van de NZa komt, maar dat het formeel van het LNAZ komt, als onderdeel van het IC-plan.

VWS gaat aan de slag met de geleerde lessen. De door partijen opgestuurde documenten gaan naar het team binnen VWS dat nu al bezig is met de geleerde lessen voor in de Kamerbrief die voor 1 september naar de Kamer gaat.

Daarnaast laten we nog weten hoe we de overleggen (NZa en hand aan de kraan) in elkaar kunnen schuiven.