

Concept verslag hand aan de kraan 21 september

1. Mededelingen:

VWS: Minister van Ark sluit mogelijk om half 5 nog aan.

LHV: wij hebben juridisch uitgezocht dat een werkgever wettelijk een werknemer niet mag testen. Dit graag bespreken.

2. Verslag 7 september

Aantal acties:

- Overleg structuur: is rondgemaald.
- aansluiting koepels bij het BAO: aangeven van de bwp'en is het BAO verkleind en sluiten zij niet meer aan. Vraag is hoe kunnen koepels wel snel aangesloten zijn als ontwikkelingen daarom vragen. Hebben partijen voldoende aan de brieven die vanuit VWS naar aanleiding van de COVID-19 aan de Tweede Kamer worden gestuurd.
- NFU: wenselijk dat na het BAO de koepels worden ingelicht. Er moet een informatie stroom op gang komen.
- NVZ: ontwikkelingen en besluiten moeten nu in de krant lezen. De sleutelspelers (LHV, NVZ en V&VN) moeten worden betrokken om de acties vanuit het OMT/BAO in gang te zetten.
- LHV: in het laatste OMT advies staat dat er geen maatschappelijke afweging is gemaakt. Dat vraagt er ook om dat dit wel ergens gebeurt.
- V&VN; eens met de voorgaande sprekers.
- VWS: enige tijd geleden is heel bewust het besluit genomen om het BAO te verkleinen. Dat is destijds medegedeeld aan de leden van het BAO. Het OMT advies wordt soms gelekt, dus daarmee lossen we niet op dat we adviezen in de krant lezen. Als jullie vragen om een liaison, wat zijn dan de verwachtingen? Een liaison kan dienen voor de informatiestroom. Maar als dit gaat om het maken van de maatschappelijke afweging, dus vooraan meer inspraak regelen, dan helpt een liaison niet. Een schaduw BAO is niet realistisch.
- V&VN: klopt dat grote BAO niet meer in die vorm zou doorgaan, maar was geen gezamenlijk besluit maar een mededeling. Een aantal partijen heeft destijds aangegeven daar niet gelukkig mee te zijn. Er mist nu bestuurlijk relevante afweging van het advies.
- 5.1.2e: we nemen dit mee terug; op welke manier kan de verbinding met koepels goed gemaakt worden.
- 
- Overlegstructuur:
- FMS: 5.1.2e is 9 juli voor het laatst geweest bij het IC opschalingsoverleg met de ROAZ'en. Is het de bedoeling dat hij niet meer komt?
- LNAZ: dit is het overleg tussen ROAZ – voorzitters. Het goede contact tussen LNAZ en Robert houden we buiten dit overleg graag in stand.
- 
- PBM: onderzoek accenture:
- Onderzoek richt zich op drie dingen. 1) de ijzeren voorraad door consortium, 2) wat hebben de verschillende organisaties op voorraad en 3) wat hebben de leveranciers op voorraad en hoe snel kunnen pbm's door geleverd worden.
- Ouderenzorg staat bovenaan op de resultatenlijst. Begin volgende week komt het rapport.
- Aan allen opgeroepen om mee te doen. En ook de oproep om een sterkte verbinding met de achterban te maken, zodat in een regio de (juiste merk en soort) PBM'en er zijn.
- 
- Corona op-in:
- LHV heeft VW een brief gestuurd hierover. Er komt vandaag of morgen een reactie op die brief. Ook volgt nog een gesprek tussen 5.1.2e en 5.1.2e Uiterlijk 1 oktober geeft de AP een advies.
-

### 3. Dashboard

VWS: Zoals we zien neemt het aantal besmettingen toe. We zitten aan het begin van een volgende fase. Graag horen we daar jullie beeld bij. Ook bespreken we graag dat er mensen in ziekenhuizen liggen die COVID verdacht zijn in afwachting van hun uitslag en wat voor gevolgen dit heeft voor de reguliere zorg.

LHV: ons beeld spoort met de cijfers. Veel besmettingen in de randstad, grote steden en achterstandswijken. Maar, dit is niet het grootste probleem waar de huisartsen tegen aan lopen. Dat is de uitval van personeel door quarantaine. Ook voor HAPs is het een uitdaging om de roosters rond te krijgen.

LNAZ: aantal covid patiënten in ziekenhuizen is sterk toegenomen. 410 op dit moment. Verdubbeling in week tijd. 85 op IC. We zien een andere verhouding in leeftijd dan tijdens de 1<sup>e</sup> golf. Vorige golf raakten iedereen evenredig besmet. Nu vooral mensen onder de 40. Daarom liggen patiënten nu vooral in de kliniek en niet op de IC. Zowel mensen met pre-condities als gezonde mensen. Als je kijkt naar het aantal besmettingen dan ligt het in lijn der verwachting dat het aantal ziekenhuisopnames verder doorstijgt. In verschillende ziekenhuizen wordt nu al regionaal verdeeld. Grootste aantallen liggen in de randstad. Van Amsterdam naar Noord-Holland. Van Rotterdam naar Zeeland. Als de bezetting nog verder stijgt dan wordt deze week besloten of het LCPS moet worden ingezet. Daar worden nu de voorbereidingen voor getroffen.

NFU: zelfde beeld als Ernst. Is wel weer discussie over 'haasje over' doen, niet naar randgebieden uitplaatsen, maar verder weg. Er waren zorgen over de bezetting in het weekend, maar gelukkig niet uitgekomen. Er is lichte verbazing over de mildheid van de maatregelen. Er is veel onrust op de werkvloer dat het sneller gaat dan we zouden willen.

LNAZ: onderschrijf wat de NFU zegt ten aanzien van de maatregelen. Het aantal besmettingen gaat rap omhoog. Het zou exponentieel kunnen gaan. Ten aanzien van personeel: in verschillende regio's zitten de mensen nog steeds met drukte. In combinatie met volhouden reguliere zorg is dat echt een uitdaging. Goed om nu al uit te plaatsen en ook naar ziekenhuizen verder weg (haasje over).

FMS: heeft het idee dat de advanced care planning veel beter werkt. Door het gebrek daaraan in de eerste golf, werden we echt in de eerste golf echt overlopen.

NFU: in aanvulling zie je nu dat de jongeren niet alleen onder de jongeren blijven. Die gaan op een gegeven moment hun ouders bezoeken. De gevolgen daarvan zie je nu al gebeuren. Waar het gaat om personeel zijn er 3 dingen te melden: 1) verpleegkundigen en artsen hebben een enorm onrechtvaardig gevoel door alles wat ze buiten in de samenleving zien gebeuren, 2) ziekenhuizen zijn nog druk bezig met opstarten en werven, dus we zijn er eigenlijk nog niet klaar voor, en 3) men is nog moe van de eerste opschaling. Maar als het moet dan zetten ze de schouders eronder.

V&VN: ten aanzien van personeel: niemand heeft zin in 2<sup>e</sup> golf. Daarom zijn het toenemende aantal besmettingen en de maatregelen reden tot onrust. Kunnen we maatregelen weer terugdraaien? Daar was dit overleg niet voor bedoeld. Kijken naar Bonaire: een milde lock down voor 10 dagen. Is dat een richting waar wij op kunnen gaan?

FMS: gevoel bij de artsen is hetzelfde als bij V&VN. Met frisse tegenzin toch ook al met een aantal dingen begonnen: 1) de wetenschappelijke verenigingen is gevraagd een voorstel te doen dat als er wordt afgeschaald (bijv. door uitval van zorgpersoneel) hoe we dat verstandig kunnen doen. De vraag wordt beantwoord: 'waar zit de eerste 25% van jouw zorg die verantwoord kan worden afgeschaald'. 2) de werkgroep die bezig is geweest met de opstart van poliklinische zorg is nu bezig met de omgekeerde opdracht. We hadden eerst de urgentielijsten. Heel eenvoudig kan je de urgentielijsten omdraaien. Maar, we leren ook, dus daar komen ook weer aanvullingen/aanpassingen op. Dus hier zijn we mee aan de slag.

NVZ: een voorstel voor hoe je de kraan weer dicht kan krijgen: is het preventieve gebruik van mondkapjes toch niet een idee, als je kijkt naar de rest van de wereld.

NFU: er is geen wetenschappelijk bewijs: zweden doet het beter dan wij met het aantal besmettingen en daar gebruiken ze ook geen maskers. De meeste besmettingen vinden plaats thuis, daar gebruikt men geen maskers.

5.1.2e: geeft aan de maatregel te blijven noemen. Dit is nu de stand van de wetenschap, maar misschien verandert het in de toekomst.

5.1.2e: belangrijk signaal dat de mening vanuit personeel is dat de maatregelen te mager zijn.

#### 4. Reguliere zorg

NZa: er zijn veel zorgen over de reguliere zorg. Dit overleg leidt niet tot minder zorgen. Afschalen mag eigenlijk echt niet meer. LNAZ en NZa moeten nog nauwer gaan samenwerken, om goed inzicht te hebben wat er regionaal gebeurt, zodat goed regionaal kan worden gestuurd. NZa is opgeschaald, ook om dit inzicht te krijgen.

Daarnaast: er is geen inhaaleffect meer te zien. Verwijzingen zijn weer als normaal. De wachttijden bij urgente en semi-urgente zorg zijn niet toegenomen. We zitten op het niveau van voor maart. Alleen bij sommige vormen van niet urgente zorg (buisjes plaatsen) nemen de wachttijden toe. Met betrekking tot de oncologie zijn de wachttijden onder treetnorm. Over het aantal doorverwijzingen is nog geen nieuwe rapportage beschikbaar. Voor de GGZ geldt dat verwijzingen weer op pijl zijn en de wachttijden lijken stabiel. Voor de langdurige zorg zijn nog geen nieuwe rapportages beschikbaar. Voor de MSZ komt volgende week een nieuwe rapportage. Voor de wijkverpleging geldt een omzet daling en daling van nieuwe patiënten van 8-20% daling. Dit gaat langzaam weer omhoog.

NFU: toevoeging van medisch oncologen. Er zijn veel ingrepen uitgesteld waardoor de patiënten een veel slechtere prognose hebben. Het stadium waarin je nog echt verschil kan maken, is voor veel patiënten voorbij.

NZa: goede toevoeging. Dit kunnen wij niet zien in onze data.

LNAZ: dit gaan we volgend jaar terugzien in de IKNL data.

VWS: is er nog hoop gegeven het zorg op afstand verhaal?

NZa: wij kijken nu naar 2 dingen: 1) van het stuwmeer in de MSZ is een groep patiënten verdwenen. We gaan kijken of dat een afschaalgroep is zonder dat er schade ontstaat. 2) we kijken of er winst te behalen is bij een doelgroep waar digitale zorg kan helpen bij het voorkomen van schade.

VWS: tijdens de eerste golf was er contact tussen ROAZ'en en VR's; is dat nu weer zo?

LNAZ: die contacten zijn onveranderd nauw. In sommige ROAZ'en is de linking pin de DPG, soms is het het ROAZ-voorzitter. Ernst beaamt dat het contact belangrijk is; ROAZ'en krijgen bijvoorbeeld nu de besmettingen per gebiedsdeel.

#### 5. LNAZ cijfers en het covid dashbaord

VWS: verschillende data systemen OSIRIS, NICE, LCPS data. Met al die bronnen kun je verschillende doelen dienen en de data wordt op verschillende manieren vergaard.

Voor het doel: hebben we voldoende klinische een IC bedden? Daarvoor zijn NICE en OSIRIS data niet zo handig. VWS is het dashboard aan het herzien en zijn aan het kijken welke bron je waarvoor gebruikt. Voor het dashboard lijkt het logischer om inzicht te geven in hoeveel IC/COVID en IC/NONCOVID bedden bezet zijn en daarvoor te kijken naar LCPS data. Maar, het RIVM wil zelf de vrijheid houden om voor eigen epidemiologisch werk naar bijvoorbeeld NICE te kijken. We hebben geconcludeerd met het RIVM dat die data dan niet gebruikt moet worden voor dashboard.

FMS: dank voor de heldere uitleg. Een aanvulling: COVID en verdacht op COVID worden hetzelfde verpleegd. Daarom zijn de verdacht op COVID aantallen (uit de NICE data) nog niet zo gek om te betrekken bij het spreiden van patiënten.

NFU: voor zkh'en hebben we stuur-informatie nodig om patiënten wel of niet uit te plaatsen.

VWS: voorstel om voor het verhaal wat er per dag gebeurt, de LCPS cijfers leidend te laten zijn.

NVZ: bij de LCPS speelt al lang de warme en koude bedden discussie.

VWS: LCPS heeft 2 doelen. Elke dag om 10 uur halen ze alle gegevens op; van ziekenhuizen, naar ROAZ naar LCPS. Daarnaast het tweede doel: het coördineren van patiënten over de beschikbare bedden. Dit gaat om inzicht over hoeveel bedden er leeg zijn. Dit is een ander punt, met een ander systeem-discussie.

#### 6. Uitval zorgpersoneel door quarantaine.

VWS: hoe moeten we hier veder mee om gaan?

LHV: in de richtlijn staan verschillende scenario's voor zorgmedewerkers wanneer zij in quarantaine moeten. Als je zelf positief getest bent, dan is het logisch dat je in quarantaine moet. Maar dat een zorgmedewerker ook in quarantaine moet als huisgenoten getest worden, brengt de vraag op: is dit voor elk van de scenario's wel noodzakelijk? Misschien kan het OMT hiernaar kijken? Want op korte termijn verwachten wij niet dat de testcapaciteit op orde is.

V&VN: het is nu alleen zo dat met een huisgenoot bij koorts én verkoudheid je in quarantaine moet. Maar, V&VN wil geen uitzonderingen voor zorgmedewerkers. Zorgmedewerkers moeten veilig kunnen werken en geen mogelijkheid hebben om mensen kunnen besmetten. Snapt het probleem van schaarste, maar schaarste moet geen leidraad zijn voor veiligheid. Is nu al niet blij met de uitzondering die er wordt geboden. Of deze uitzondering moet voor alle Nederlanders gelden.

NFU: in het OMT zitten capabele mensen die hier iets over kunnen zeggen. Je kan uitleggen waarom er een uitzondering is gemaakt voor zorgmedewerkers (die snappen hygiëne protocollen). Deze uitzondering kan je niet maken voor alle NL'ers. Goed idee om het OMT te vragen hier met voortschrijdend inzicht en continue naar kijken.

FMS: mede gezien de schaarste, het OMT vragen er op intelligente manier naar kijken, zonder dat er onrecht wordt gedaan aan zorgpersoneel.

V&VN; 2/3 van de medewerkers ziet een uitzondering niet zitten.

VWS: inhoud van het probleem is helder. Maar de juiste vraag formuleren aan OMT vraagt slim nadenken. Daarop moet iedereen meekijken. Ook omdat iedereen er anders inzit. VWS doet een voorstel en we stemmen af in het koepeloverleg covid.

#### 7. Overig testbeleid

NFU: eigen fastlane voor zorgmedewerkers wordt opgeschaald.

LHV: Huisartsen die eigen werknemers testen. Mag dit? De AP vind hier vast wat van. Dus misschien moeten we de AP helpen om hier het juiste van te vinden.

5.1.2e: mail die LHV heft gestuurd wordt doorgestuurd aan 5.1.2e We komen er op terug.