

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

Datum

8 oktober 2021

Aantal pagina's

3

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

verslag

Betreft	Hand aan de Kraan 27 september
Vergaderdatum en -tijd	27 september 2021 16:00 – 17:00
Vergaderplaats	Webex

Actuele stand van zaken; landelijke ketenmonitor GGD GHOR, LCPS, NZa
Landelijke Ketenmonitor is op voorhand gedeeld met de deelnemers. De volgende aspecten zijn toegelicht tijdens het HadK-overleg:

Overall is het een iets positiever beeld en er zijn minder knelpunten in de doorstroom. Verwachting is dat de covid-bezetting zowel in het ziekenhuis als in de VVT-sector zal dalen, vooralsnog voldoende capaciteit over de keten beschikbaar. De ervaren druk op de zorg en het personeel blijft gelijk, mede vanwege de personeelsproblematiek (verzuim en uitstroom). Dit signaal wordt vanuit de huisartsensector extra benadrukt.

Vanuit de NZa zal een nieuwe monitor volgen over toegankelijkheid en inhaalzorg. De verwijzingen van de huisartsen zijn sinds mei op het niveau van voor de pandemie, waarbij relatief meer verwezen wordt naar ZBC's. De productie in de ziekenhuizen is in augustus net iets onder het niveau dan dat in augustus 2019. Zeven ziekenhuizen schalen de kritiek planbare zorg nog deels af, vier hiervan kunnen niet alle kritiek planbare zorg tijdig (binnen 6 weken) leveren. De afschaling van de OK's staat nu op 10%, dat is minder ten opzichte van twee weken geleden. Treeknormen voor behandeling worden momenteel overschreden, bij de orthopedie is de langste extra wachttijd van 6 weken. Binnen de GGZ worden relatief meer jongeren verwezen, de wachttijden zijn niet sterk vergroot maar deze waren voor de pandemie al lang. Verzuimpercentage: geen nieuwe cijfers, zien wel verschillen per regio. IC gemiddeld 7.1% en kliniek 6.8%.

Vragen/opmerkingen:

LHV: In de monitor staat voor de GGZ dat het overal beheersbaar is, maar lijkt niet overeen te komen met een specifieke regio (Den Haag – Rotterdam) omdat er een stop zit op het doorverwijzen. Hier zal door de GGD GHOR nader naar gekeken worden.

In Een en ThuiszorgNL zien ook problemen in verwijzingen naar de VVT-sector, bijvoorbeeld met cliëntenstops in de thuiszorg door gebrek aan capaciteit. Actiz

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team F

Datum
10 september 2021

vult aan dat zij een signaal hebben ontvangen dat het CIZ vertraging heeft bij de indicatiestelling als gevolg van de grote toestroom en mogelijk ook personeelsproblematiek.

GGD GHOR: In de basis zijn we afhankelijk van de informatie die wordt aangeleverd vanuit ziekenhuizen en de vervolgzorg, wanneer dit niet overeenkomt wordt er nagebeld ter verificatie. De ervaring is dat knelpunten vaak van tijdelijke aard zijn, maar verzoek is om specifieke signalen vooral door te geven zodat dit nader onderzocht kan worden. In de ketenmonitor staan ook contactgegevens.

Presentatie LNAZ Lessons Learned en Actualisatie opschalingsplan COVID
Belangrijkste punten volgen in onderstaande samenvatting:

Het virus is zeer onvoorspelbaar, dit maakt het moeilijk om hierop te anticiperen maar het duidelijk dat vaccineren helpt. De continuïteit van zorg is geborgd door gecoördineerd landelijk op te schalen, echter is dit soms ten koste gegaan van reguliere zorg waarbij het raamwerk van de FMS echt noodzakelijk was voor landelijke uniformiteit. Belangrijk onderdeel van de opschaling was de spreiding over de regio's, hiermee is voorkomen dat regio's in sprake zou zijn van fase 3. Voor de spreiding is veel gebruik gemaakt van het LCPS en RCPS met goed resultaat, een belangrijke les is geweest dat vervoer vaak te laat op gang kwam wat leidde tot inefficiëntie.

Een andere belangrijke les is geweest dat er in het eerste opschalingsplan te weinig aandacht is geweest voor de rest van de keten en de cruciale rol die de huisarts en de VVT hebben om waar mogelijk zorg buiten het ziekenhuis te houden. In het vervolg moet een betere relatie gelegd worden met andere partijen in de keten om de in-, door- en uitstroom samen te organiseren waardoor continuïteit geborgd blijft.

Gedurende de pandemie is de COVID-last verdeeld op basis van solidariteit en zonder doorzettingsmacht. Dit gaf soms spanning op bijdragen in fair share doordat er meer knelpunten kwamen in de regio met personeel en inhaalzorg. De samenwerking werd daarop ook gemonitord. Wel is gezien dat ziekenhuizen soms te laat overplaatsten waardoor SEH's moesten sluiten, het doel is om dit te voorkomen in het najaar door sneller te handelen.

Informatievoorziening en inzicht in capaciteit in ziekenhuizen en de keten zijn voor beleidsbeslissingen en coördinatie cruciaal, zo was het bijvoorbeeld ook behulpzaam voor het LCG bij de inkoop van geneesmiddelen.

Vooruitblikkend is de zorgvraag in het najaar lastig voorspelbaar. Het is nog onduidelijk wat de Covid-last zal zijn en wanneer deze zich zal presenteren. Daarbij moet er ook rekening worden gehouden met een mogelijke (extra) griepgolf. Creëren van capaciteit is gecompliceerd vanwege de krappe arbeidsmarkt en oplopend verzuim. Er wordt extra opgeleid maar tegelijkertijd is er veel uitstroom, de opschaling tot een max van 1.700 bedden in een piek is niet meer reëel.

Bij de aanpassing van het opschalingsplan zullen diverse aspecten worden meegenomen. Zo is er aandacht voor het gecoördineerd landelijk opschalen en het spreiden op basis van een fair share. Er wordt ingezet op een beperktere

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Datum
10 september 2021

maximale capaciteit (1.350 bedden) waarbij de capaciteit in Duitsland ingezet kan worden als noodventiel en wordt mogelijke tijdelijke IC-capaciteit als noodventiel nader onderzocht. Ook wordt de informatievoorziening voor coördinatie gecontinueerd en waar nodig verbreed.

Vragen/opmerkingen:

De NZa en de NFU vragen zich af hoe realistisch 1.350 IC bedden zijn, diverse IC-verpleegkundigen hebben bij hen aangegeven dat het maximaal 900 is. De basale capaciteit is nu mogelijk anders, de verpleegkundigen praten hier graag over mee. LNAZ: Het is een getal dat onder spanning staat en is afhankelijk van bepaalde ontwikkelingen. Wel is door V&VN-IC en NVIC aangegeven dat 1.350 voor korte tijd haalbaar is. Men zich realiseert dat dit enkel voor een korte piek haalbaar is en niet voor een langere tijd.

V&VN kaart het belang aan van het behoud van verpleegkundigen en met name IC-verpleegkundigen om de toegankelijkheid van de zorg te bewaren. Daarbij geeft het LNAZ aan dat het opschalingsplan niet dient voor structureel beleid, de verantwoordelijkheid van het behoud van personeel is meer voor de sectoren. De oproep van V&VN is wel duidelijk.

VWS: Zijn er nog lessen te leren in termen van vervoer, uitplaatsen dingen die we nog efficiënter en beter nog kunnen benutten?

LNAZ: Zijn nu nog erg bezig met de bestaande organisatie, dus combinatie van covid en non-covid zorg die zij aanbieden. We zien dat het voor een grotere organisatie makkelijker is om op te schalen dan voor een kleinere instelling.

Patiëntenfederatie geeft aan de communicatie te missen, met name naar de patiënten toe. Vindt dit een belangrijks aspect van de *lessons learned* en vraagt of dit in het vervolg meer gestructureerd kan. Het LNAZ zal dit meenemen.