

Overleg V&VN inz covid capaciteit 25-10, 15.00

In wisselende samenstellingen al contact over komend najaar. Zal toch niet waar zijn dat we creatieve oplossingen niet meer zien. Nu in situatie dat we niet weten hoe komende periode eruit gaat zien, maar duidelijk dat het nu echt nodig is om te kijken naar impact oplopende besmettingen. Spreken daarom nu iedereen even individueel. Ook voor politieke afweging.

5.1.2e – wil graag oplossingen zoeken, maar in toenemende mate ziet achterban geen mogelijkheden meer. Personeel is op, ontbreken zeggenschap – gesprek met verpleegkundigen wordt lokaal binnen de ziekenhuizen onvoldoende gevoerd. Sfeer en stemming lijdt daaronder.

Ledenpeiling vorig jaar, resultaten gedeeld met betrokkenen, maar te weinig mee gedaan: coachende rol IC vpk te weinig in geïnvesteerd, inzet buddy's is verminderd.

VAR'en heel wisselend, veel te weinig, betrokken bij opschaling. Ze zitten ook in verschillende ontwikkelstadia. Maar het moet niet alleen met VAR maar vooral ook heel specifiek met IC vpk in je eigen huis. Nu te vaak plan door IC-artsen of RvB die aangeeft hoe we het gaan doen, zonder te vragen wat er gedaan kan worden om het samen voor elkaar te krijgen. Er zijn ziekenhuizen die het wel goed regelen, maar het gaat te vaak niet goed.

Wat moet er nu gebeuren? Opschalingsmogelijkheden zijn per ziekenhuis afhankelijk van investering in verpleegkundigen en de opgestelde randvoorwaarden. Alleen al om aan de reguliere zorgvraag te voldoen kost nu al heel veel moeite – het is echt geen onwil, maar de veerkracht is gewoon verminderd.

Weten we van elk ziekenhuis of het wel of niet goed geregeld is? Het overzicht is er onvoldoende. Er is weinig transparantie en als de een iets niet doet, doet een ander het ook niet. Vorm van landelijke regie zou naar de toekomst toe belangrijk zijn, met voorwaarde voor goede data, maar dat is in de komende periode nog niet voor elkaar.

Als er ziekenhuizen zijn die zeggen 'ik kan een stapje extra', zegt het personeel dan ook: een ander ziekenhuis doet het niet dus wij ook niet. Als aan de randvoorwaarden wordt voldaan, dan zou dat kunnen. Dat moet dan ook met iedereen worden afgestemd. Transparantie is dan ook belangrijk om echt te zien dat een ander ziekenhuis echt even niet kan. Informatievoorziening komt via LCPS, RIVM, etc en niet direct richting vpk maar meer bestuurlijk. Vertaalslag wat er te verwachten is, ontbreekt op afdelingsniveau om samen te bekijken wat er daar mogelijk is en welke randvoorwaarden nodig zijn. Vanuit V&VN IC wordt daar wel veel aan gedaan, o.a. door webinars, maar daar bereik je maar een kleine groep mee en de lokale invloed die ze hebben om het gesprek aan te gaan is klein.

Wat zou vanuit V&VN nog behulpzaam kunnen zijn en wat zouden anderen kunnen doen. Traject joint coalition en input LNAZ plan is al een belangrijke inbreng. Wat er in document staat, dragen ze nog steeds uit, maar vanuit achterban toch steeds meer geluiden dat men de mogelijkheden niet meer ziet. Gebrek zeggenschap, niet steeds maar extra diensten draaien (energieniveau), geen licht aan het eind van de tunnel – druk is blijvend hoog, verdunning kwaliteit van zorg, fouten die worden gemaakt en daardoor stoppen mensen.

Het is niet alleen IC, maar over de hele keten. Het gaat op de IC ook niet eens meer zo zeer over (de zwaarte van) het ziektebeeld covid, maar het geheel aan druk van het hele zorgpakket.

Frustratie over patiënten die niet gevaccineerd zijn, frustratie moet bespreekbaar zijn. Als we reguliere zorg gaan afschalen, zal dat nog meer benadrukt worden en voor verpleegkundigen moeilijker zijn. Het gevoel dat er nog winst te behalen is bij bepaalde groepen om toch zich te laten vaccineren is ook groot – er zijn nog veel die niet eens principieel tegen zijn. Maar zorg weigeren gebeurt nooit, de beroepscode staat voorop.

Afschalen reguliere zorg is in eerste instantie geen IC-zorg, maar draagt wel bij aan IC-capaciteit door inzet van 'vrijgekomen' vpk als buddy's.

Als een ziekenhuis een grotere 'portie' covid pakt, hoe voorkom je dan dat vpk weglopen naar ziekenhuizen die dat niet doen. Kan je dat gesprek in de regio voeren? Er zijn in regio's al afspraken over extra bonussen om personeel weg te kapen. Sommige ziekenhuizen hebben meer

een 'magneetwerking' dan andere, dat kan je niet voorkomen. Maar die extra portie moet ook goed besproken worden met de verpleegkundigen, dan voorkom je dat weglopen ook.

Brieven uit het ministerie over opschaling zijn vrij directief en die circuleren ook onder beroepsgroep, daardoor ervaren ze weinig erkenning en begrip.

Wordt voldoende ingezet om de achterblijvende groepen op een andere manier te benaderen i.h.v. vaccinatie, via andere wegen dan de arts, en als dat gebeurt, is daar dan inzicht in?

Zeggenschapsplannen zijn echt belangrijk, de 0-meting is dan ook cruciaal om het gesprek aan te gaan. In het hier en nu zegt elke bestuurder de vpk goed mee te nemen, maar er is grote verscheidenheid in hoe dat gebeurt.

Overleg ZN inz covid capaciteit 25-10, 16.30 (vooroverleg 5.1.2e)

Oplopende cijfers, druk op ziekenhuizen. Wat betekent dit voor komende maanden en misschien daarna. Wat gaan we met elkaar afspreken, met verschillende partijen uit het veld.

Zorgen ziekenhuizen: kunnen we het überhaupt aan, maar ook hoe zit het financieel.

Morgenochtend afspraak 5.1.2e maar nu alvast vooroverleg. IC-bedden 1350 redden we maar alleen voor een hele korte periode, dus stel dat het wel flink oploopt, hoe kunnen we het redden met elkaar. Concentratie gaat waarschijnlijk niet lukken, maar sommige ziekenhuizen zouden wellicht een stapje meer kunnen doen, anderen niet → scheve verhoudingen die niet meer kloppen met de subsidieregelingen, dus dat kost geld.

Zijn er al afspraken over met ziekenhuizen, is de vraag al daar neergelegd. 5.1.2e niet bekend of/dat er hier iets over gewisseld is. Inhoudelijk ook de vraag of er wel ziekenhuizen zijn die überhaupt de stap naar voren kunnen zetten. Maar kunnen zorgverzekeraars hier iets in betekenen? Is er een financieel probleem? Voor extra covidzorg kunnen ze ook gewoon meer declareren. Als er een trade-off is tussen afschaling reguliere zorg en covid, zou dat mogelijk niet gunstig kunnen zijn. Maar daar zijn geen berekeningen op gemaakt. Tussen 80 en 100% is een drempel voor vangnet onderproductie, en dan kunnen ze misschien financieel gezien beter reguliere zorg doen, maar die financiële onderbouwing is er helemaal niet. 5.1.2e zoekt uit of er een financiële prikkel is om minder coronazorg te leveren, dan moeten ziekenhuizen en ZN met elkaar om tafel. Ziekenhuizen moeten dan ook kunnen laten zien waar het financiële probleem in zit, en zich dus bij ZN melden. Dan staan zij ook zeker open voor een gesprek. Dat moet 5.1.2e ook terugleggen in gesprek met NVZ.

Moeten we voor 2022 niet nog iets regelen tussen ziekenhuizen en z.v.z. over coronakosten en rode cijfers? We willen graag terug naar normaal voor contractering. Voor coronazorg kunnen we makkelijk afspraken maken, kan een bedrag aan gehangen. Als we moeten betalen voor afschaling/niet-geleverde zorg, is dat echt iets waar we van weg willen blijven en zou heel ingewikkeld zijn als het een substantiële omvang heeft. Besmettingen moeten eigenlijk gewoon naar beneden. Anders kom je in een situatie waarin de z.v.z. niet hun rol in het systeem kunnen pakken.

Over aantallen van 1350-1700 hebben zorgverzekeraars niet per se een mening, dat is een ding tussen aanbieders en VWS want die hebben de afspraken met elkaar hierover gemaakt.

Duitsland vervoer helikopter, hoe organiseren we dat als we in 2022 patiënten moeten blijven vervoeren? Dat zal waarschijnlijk niet zo'n groot probleem moeten zijn.

Overleg NVZ inz covid capaciteit 25-10, 20.00

Dit weekend al met elkaar gesproken over actualiteiten en hoe vinden we dan samen oplossingen richting najaar/winter. Spreken alle partijen apart om te zorgen dat we samen sterk blijven en niet elkaar in de klem houden. Moet weer één verhaal worden, ipv verschillende partijen die verschillende dingen roepen in de media.

Wij willen inzicht geven in hoe het ervoor staat in de zorg en wat we de NL'se patiënt kunnen bieden, met oog op bewindspersonenoverleg, MCC, persco etc.

5.1.2e Vorig jaar met enorme hoge, maar relatief kortdurende piek heel veel patiënten opgevangen onder hoge druk. Toen 1900 IC-bedden, maar dat is gekkenwerk. Terugkijkend kan 1350 icm reguliere zorg, met uitloop naar 1700 max in crisissituatie. Vorig jaar hele winter 1350-1400 en korte periodes daarboven met uitschieters naar 1550. Dat kan en wil men niet meer. Rond 1350 is dan al het plafond en eigenlijk wil men het nog lager leggen (1150). Bij 750 bezetting (+BOSS 950 capaciteit) moet reguliere zorg nu al afgeschaald. Daarmee lijkt het dat we onszelf tekort doen, want die enorme piek komt niet meer met de werkzame vaccins. Meerdere manieren van rekenen, bv. 1,8 mln onbeschermd, 4800 IC-opnames, drempel 20 opnames per dag, als dat gelijkmatig komt, 8 maanden helemaal klaar. Al die sommetjes komen neer op het feit dat we het allerergste hebben gehad, onwaarschijnlijk dat een eventuele piek meer dan 1450/1550 bedden vraagt. Dan moet je een plan hebben voor die eventuele piek: Duitsland en opschaling/concentratie. Kleinere ziekenhuizen kunnen het niet aan, maar dan kun je concentratie covid op een of andere manier kunnen proberen (met zzp'ers, bachelors geneeskunde, etc). Rapport LNAZ zegt: het kan allemaal niet, maar 'als patiënten komen staan we toch allemaal weer klaar'. Regionaal intensivistenoverleg is er al, maar waarom geen regionaal IC-vpk overleg? Oplossingen zoeken voor noodscenario. Of is enige oplossing noodscenario: code zwarte bij 1150-1350 bedden?

5.1.2e Het naar beneden praten van plafond hebben we in bestuur over gehad en vastgesteld dat 1350 een hard commitment moet zijn waar alle ziekenhuizen binnen de bestaande en vastgestelde verhoudingen zich aan moeten houden. Wordt ook ondersteund vanuit NVZ (ook al ligt regie en coördinatie hiervan bij LNAZ etc). Ziekenhuizen zeggen wel dat ze dat maar 4 weken volhouden, in de praktijk is dat waarschijnlijk wel rekbaar naar 6 weken of misschien wel meer. Moet je benutten als draaischijf in communicatie zowel intern als extern. De max van 1350 houdt ook relatie tot het in stand willen blijven houden van inhaalzorg. Paar zaken die van belang zijn: ligduur (wat kan wijkverpleging evt bijdragen daarin om die ligduur wat te verkorten), inzet defensie (wat is de max capaciteit defensie in tijden van nood, ook in die interactie is wellicht nog ruimte → ze kunnen sowieso alleen kliniek ondersteunen, geen IC → zou daar een getal van zijn om de scenario's boven 1350 beter te verkennen), zzp'ers (hoe past dat in model >1350? Evt. gecombineerd met geconcentreerde opvang, want mensen weghalen kan niet), financiële onzekerheid ziekenhuizen ihkv IC-capaciteit, extra OK, zzp'ers speelt zeker een rol: aan de ene kant verantwoording/afrekening 2020 duidelijk, aan de andere kant ook garantie/comfort naar toekomst geen rode cijfers door covid+inhaalzorg. Momenteel met zorgverzekeraars in problemen om 2021 rond te krijgen. VWS is nodig bij zorgverzekeraars meekrijgen in nieuwe realiteit.

Eventuele gebrekkige capaciteit ambulancezorg is ook van belang bij keuzes voor concentratie en ook ventiel Duitsland wat beperkter is.

5.1.2e Vervoer 2 heli's 10 per dag alleen overdag, met defensie kun je misschien wel 30 patiënten per dag vervoeren. Dus misschien wel 200 patiënten mogelijk. Daarnaast ook bezwaren bij artsen, maar nu zien ze ook het effect op de reguliere zorg. Tussen 1150 en 1350 zou dat gaan spelen (afschaling + Duitsland).

5.1.2e 1350: 200 BOSS, 350 acute reguliere zorg, 800 covid/influenza. Indikken doe je dan op BOSS bedden maar dat kan ook niet oneindig.

5.1.2e Ambulance en vervoer is eerste golf incidenteel een beperkende factor geweest, maar sinds vorig jaar najaar niet meer. Probleem lag veel meer in beschikbaar geven bedden ziekenhuizen, waardoor pas laat gematcht werd en s avonds moest worden gereden als de capaciteit al beperkt is. Als ziekenhuizen zich aan afspraken houden en op tijd vraag en aanbod delen, kan men overdag rijden en dan is er voldoende capaciteit.

ZZP'ers zou je overal hetzelfde moeten doen en hetzelfde moeten betalen. De vpk willen die opschaling niet alleen bemannen, maar wel als er meerdere mensen het samen doen. Wel voorzichtig zijn met extra betalen, omdat anderen die hun werk dan moeten doen, niet meer betaald krijgen. De faciliteiten zijn er in sommige ziekenhuizen wel (bv 30 bedden in 1 ziekenhuis per roax regio), maar als er dan personeel uit de hele regio kan komen werken, kan het wel.

Het 'wat als'-scenario moeten we klaar hebben, maar wel met disclaimer dat we hopen dat het niet nodig gaat zijn. Daar moet die 1350 in komen en NVZ benadrukt ook het 'fair share' deel, want er kan niet een regio niet meedoen. Maar daarbij is financieel comfort wel echt behulpzaam.

NVZ heeft contact met ZN over 2020. Gaat in gesprek over herziening parameters 2021. Echte probleem ligt in 2022 omdat ze normaal willen inkopen. Vraagt ook iets van VWS mbt verantwoording IC 2020 en 2021, goede stap gemaakt met 35 miljoen. Onzekerheid wat we nu doen tov wat we worden geacht te doen in structurele situatie. Maar alles is nu gericht geweest op covid en met elkaar zullen we plan moeten maken over structurele versterking, maar dat komt later. In uitwerking zitten nog wat haken en ogen, vraag is waar we nu vertrouwen en rust moeten geven en waar het vanzelf wel goed komt. Punt is: 950 verpleegdagen, 200 boss bedden waar je geen verpleegdag voor declareert. Pas boven de 1150 subsidie vanuit VWS. Dat klopt niet. Vanuit andere kant wordt het verhaal echter anders verteld.

5.1.2e kunnen we nou nadenken hoe we tot 1350 in gezamenlijkheid optrekken, per regio en met landelijke spreiding. Daarna moeten we nadenken over 'wat als' scenario's, juist met bestuurders en koepels, omdat alle individuele partijen bij voorbaat soms al nee zeggen.

5.1.2e al die opties die we vandaag benoemd hebben, zouden toch bij elkaar al wat moeten optellen richting die wat als scenarios.

Woensdagmiddag bestuurlijk overleg met Hugo en partijen (wat kan de zorg, maatregelen, monitoren komende periode).

5.1.2e vorige golven waren lockdowns waardoor vpk die elders werkten toch ingezet konden worden (5.1.2e: ook zorgreservisten/extra handen voor de zorg, geneeskundestudenten, etc).

Overleg NVIC/FMS inz covid capaciteit 25-10, 20.45

Vraag aan kabinet is straks hoe nu weer verder, aan ons de vraag inzicht wat dit betekent voor acute zorg, waar staan we, welke hobbels kunnen we aan. Concept terugkijken en vooruitkijken covid-19, ook samen met V&VN gesproken over betrekken vpk bij opschaling en reguliere zorg.

Wat kunnen we nou echt met elkaar aan; welke flexibiliteit zit erin, wat is de impact voor individuele patiënt en wanneer gaat het effect hebben op reguliere zorg, is het dweilen met de kraan open als er geen maatregelen komen en men blijft geloven dat de zorg het aankan (maar dat is aan de politiek).

Verhaal 5.1.2e zelfde als intro NVZ. Vraag: ik ga nu uit dat 1350 max is, maar zijn er mogelijkheden om met elkaar toch tot een verhaal te komen waarbij we echt de max op 1350 willen zetten maar wel noodscenario's op de plank hebben liggen. Dat moeten we dan wel met elkaar doe – niet in één ziekenhuis of één regio.

5.1.2e bij vpk zit emotie en gevoel van niet gewaardeerd zijn. Reële argumenten hebben geen zin. Moet een plan komen vanuit ministerie waaruit waardering en begrip blijkt. Natuurlijk gaan we geen mensen dood laten gaan omdat er mensen moet zijn, maar als je er nu over praat en plannen maakt, krijg je mensen niet mee. Intensivisten moeten het opnemen voor vpk, vpk zeggen dat het niet kan, en dan hou je elkaar in spagaat. Opschaling in fases: 950, maatregelen, 1150, waardering. Pas dan praten over 1350. Als je daar zit weer verder omhoog. Van te voren erover praat geeft alleen maar emotie en een loopgravenoorlog. Vasthouden aan plannen die met NVIC en V&VN gemaakt zijn. Als iemand het dan niet kan, moeten we in gesprek gaan om te kijken wat we moeten doen om het wel te kunnen. Vanuit positiviteit niet mensen onder druk zetten of 'houden aan afspraken', nog even samen deze winter doorkomen.

5.1.2e In deze tijden en met onzekerheid, zoekt iedereen naar houvast. Door NVIC en V&VN is die houvast gedefinieerd op max 4 weken 1350. Dat is een houvast waaraan men wil vasthouden en die je ze niet mag ontnemen. En als het puntje bij paaltje is, loopt iedereen nog harder om een fase 3 te voorkomen. Om dat als ankerpunt vast te zetten is alleen nu nog niet mogelijk. En het perspectief van tijdelijkheid is ook heel belangrijk: dat het een eindsprint is, en niet alleen zorg maar ook politiek en maatschappij doet best om erger te voorkomen.

5.1.2e Rekken naar 1350 vraagt heel veel van iedereen. Dus eerder naar Duitsland. Maar mocht het toch die kant op gaan, kunnen we dan een noodscenario maken om juist die zorg te ontlasten om nog te ver te moeten oprekken.

5.1.2e zou het helpen als we geen definitie geven van het getal, maar een soort ultieme werkwijze voordat je in code zwart terecht komt om toch de laatste ventielen

5.1.2e Doe je eerst stretch en dan de truc, of luister je beter naar vpk en doe je het andersom. De truc moet je doen om hen te ondersteunen, niet om ze vervolgens alsnog te stretchen. Je kunt wel de kwantiteit oprekken, maar daarmee kom je aan kwaliteit en dan ook aan hun IC-werk en dan raak je ze kwijt, want je komt aan de kern van hun werk. Er moet nu gezorgd worden voor de mensen en dan is er wellicht nog wel wat mogelijk, maar dat is een gevolg en geen doel. Die trucs moeten dus voorafgaand en niet op het moment dat je al extra's vraagt, ze moeten het zien als een manier om hen te helpen om dingen vol te houden en niet om juist weer meer van hen te vragen. Het piept en kraakt omdat we te lang hebben gedacht 'we doen het even'.

Inhaal, regulier en covid, naar 1350 verdun je kwaliteit. Vanaf 950 wordt eigenlijk al afgeschaald, want normale ruimte voor covid is 100, alles daarboven gaat ten koste van reguliere zorg.

Verhaal moet zijn: het is eindig, 1350 is harde lijn, op tijd afschalen om te ondersteunen, als er mogelijkheden zijn vpk te ondersteunen, bewaar dat dan niet tot het eind.

Minister moet aan TK uitleggen: 'wat als'. Kans dat dit komende winter gebeurt is bijzonder klein, hele andere fase, tenzij vaccin niet werkt, geen boosterprik, geen maatregelen, etc. Dus waarom zou je die emotie losmaken, bewaar het voor die 'ramp'-momenten, want dan geeft het een nieuw elan en is de discussie ook anders. Richt je op het halen van 1350 en hoe je kunt helpen dat te halen, en richt je daarnaast op ondersteuning en waardering van vpk.

5.1.2e kan dat verhaal volgen, maar de reddingsboot wil je wel achter de hand houden, ondanks dat je alles moet doen om nooit in die fase te komen. Diederik zegt: heb vertrouwen in ons als professionals. Als het toch niet lukt, komen we er met elkaar wel met die 30 boxen en het personeel dat we hebben, maar alsjeblieft niet in deze fase het dichttimmeren. We weten nu dat we 1700 hebben gekund, dus dat kan gewoon weer.

5.1.2e zou toch wel goed vinden om gesprek te hebben met vpk, als volwassenen onder elkaar. Randvoorwaarden moeten er toch ook zijn voor rampscenario. Maar ik moet er over slapen, mis een ankerpunt voor mezelf en zoek naar een noodvoorraad.

5.1.2e die belofte dat we het gewoon weer doen als er nood aan de man is, helpt al.

Overleg NFU inz covid capaciteit 25-10, 21.30

Intro **5.1.2e**

5.1.2e Helder en herkenbaar beeld. Maar je moet vertrouwen hebben in de zorg, je kunt wel alles plannen en vastleggen. Wat er nu gebeurt in de huizen, is echt indrukwekkend. Het post-covid effect is echt groter dan verwacht. En tegelijkertijd is duidelijk dat het niet anders is en gewoon zal moeten, we moeten vertrouwen hebben dat dat gewoon weer gebeurt.

Door elkaar halen teams, uitbreiden, roosters vol maken, blijft het grootste probleem. Komende weken komen nog wat vakantiegangers terug, maar afschaling reguliere zorg is er al. Dat kan allemaal, maar je moet het niet al te lang blijven uit stellen. Lijn intensivisten is logisch en een nieuw plan maken gaat niet veel bijdragen. Er ligt een plan voor zwart scenario, toen op 1750, en iedereen zal zijn best doen dat te voorkomen, maar dat kan eerder komen als het niet anders is dus dat hoeft niet opnieuw.

Scenario's aan de achterkant gaat weinig opleveren, maar aan de voorkant kan je misschien nog wel dingen doen. Vaccineren is natuurlijk belangrijk geweest, maar wellicht bepaalde doelgroepen (bv biblebelt) op andere manieren nog extra investeren op vaccinatiebereidheid – gesprek aangaan, uit zicht vaccineren, etc – maar ook voorzichtigheid/beperkende maatregelen? In

hoeverre wordt dat in de regio/lokaal al gedaan? 5.1.2e gaat dit checken wat er landelijk hierop gebeurt.

Allerlei redenen waarom concentratie niet lukt, maar flexibiliteit van personeel neemt daar ook echt van af. Met de eigen IC gekeken naar creatieve oplossing, maar men ziet geen alternatieven meer en het is echt een beetje op. Dus sjoeren maakt wellicht meer kapot dan wat het gaat opleveren.

UMC's hebben grootste IC's maar tegelijk ook veel patiënten die nergens anders naartoe kunnen, want academische zorg. Kleine ziekenhuizen bezwijken onder drukte. Meeste mogelijkheden in (middel)grote ziekenhuis (STZ). Vertrouwen uitspreken dat iedereen alles doet wat mogelijk is en dat de professionals echt geen mensen willen laten zitten, gaat helpen om iedereen door te laten gaan – vanuit bestuurders, VWS, politiek. Plannen maken helpt daar niet bij en we moeten ze niet daarmee gaan belasten. Gevoel van waardering is niet goed genoeg, misschien wel nooit goed genoeg. Blijkt ook uit huidige CAO discussie. Maar uitstralen dat je gaat investeren in vpk, op welke manier dan ook (salaris, opleiding, etc) – gaat niet primair om geld, maar het moet op een of andere manier tot uitdrukking komen en het moet gevoeld worden. Dat is ook ene politiek vraagstuk, maar daar is ook een nieuw kabinet voor nodig.

Overleg LCPS/LNAZ inz brief 26-10, 09.00

5.1.2e heeft teruggekoppeld gesprekken. Hoe gaan we dat slim in de brief opschrijven zonder dat er een lastige tweedeling komt tussen zorg/vws/lnaz/etc, waarbij de focus op de kwaliteit van zorg ligt. Effect van brief moet enerzijds zijn succesverhaal wat we hebben gedaan (steun in rug personeel) en anderzijds op tijd maatregelen nemen om te balans te behouden. Zit al veel in de brief, gebruiken om weg te blijven van tweedeling.

Alleen zeggen: “kan niet, punt” dat kan niet. Kijken wat we kunnen gebruiken uit gesprekken gisteren om brief mee aan te vullen.

Gesprekken gister startten met terugkijken, maar ook met verhaal dat we nu bij deze eindsprint niet kunnen opgeven. Ook in gesprekken benadrukt dat we met elkaar in ieder geval die 1350 moeten halen, daar staat ook iedereen achter en met die fair share opschalingslijst moet dat lukken. Ze hebben wel nodig: vertrouwen in zorgverleners (niet steeds rekken, duwen, pushen, maar vertrouwen dat ze het hoe dan ook gaan doen), kan alleen als je vanaf 1150 reguliere zorg af kunt schalen (FMS kader) en gaat verplaatsen naar Duitsland (plus spreiding etc zoals we altijd al doen). Er moet wel een ‘wat als’-scenario zijn:

- Regionaal vpk overleg, die ook landelijk schakelen en data delen, zodat er ook regie is bij vpk en niet alleen bij intensivisten. Zo kan je binnen en tussen de regio's op elke moment hetzelfde doen.
- Elke regio 1 ziekenhuis dat als er extras nodig is, opschaaft met bestaande faciliteiten met flexibel personeel uit regio: zzp'ers, bachelors geneeskunde met speciale accreditatie, extra handen voor de zorg, zorgreservisten, etc.
- Inzetten op uitstroom: eerder naar huis met inzet wijkvpk

Overleg LHV – 26 oktober 9:30 (5.1.2e + 5.1.2e)

LHV: we hebben nagedacht over wat zou kunnen helpen om de schouders eronder te blijven houden en de zorg te kunnen blijven leveren. 2 al gister genoemd, zou helpen als de vvt ook nadenkt over de cohort bedden. Behandelen van mensen op cohort afdelingen die geen ic/ziekenhuiszorg nodig hebben. Besluiten om in die regio's waar de druk heel erg hoog is, 's nachts de huisartsenpost dicht. De triagisten zou je in kunnen zetten op andere plekken, allemaal in afstemming met de SEH's. Zo haal je de nachtbezetting weg en vermindert dat de druk op de huisartsen. Doe dat dan met name in de nacht als je weet dat het dan ook rustig is op de SEH, de problemen zitten dan ook vaak bij de HAP. Daarbij moet er wel aandacht zijn voor een publiekscampagne waarbij duidelijk wordt gemaakt wanneer je écht voor spoedzorg naar de SEH moet of bijvoorbeeld nog een dag kan wachten. De huisartsen worden ook overladen met vragen

bijvoorbeeld over boosters en covid, als je dat zou kunnen doorverwijzen naar de GGD zou dat ook heel erg schelen. Het ene vraagstuk is de capaciteit, de ander is het hooghouden van het moraal. Wat mogelijk nog zou helpen dit kwartaal is het omlaag brengen van de administratieve last, dat zou enorm helpen. Ook dat er geen nieuwe dingen worden toegevoegd, bijv. de wtza. Dat is net zo'n druppel, het zorgt voor enorme vragenlijsten en extra last. Misschien dat daar ook nog ruimte in te vinden is om het uit te stellen. Erkennen dat het zich opstapelt.

5.1.2e: Daarin moeten we signaleren waar die opstapeling zit, en we moeten identificeren of dat ook in de dagelijkse praktijk dat zou helpen. Over de aansluiting nog bij het ROAZ, die heeft de plannen al gemaakt. Niet in alle regio's zijn de HA even goed met elkaar verbonden, dat is wel echt wisselend. Daar moet dat samenspraak verhaal gaan plaatsvinden. Wat is daar voor nodig?

LHV: Het zou al helpen als wij het met elkaar eens zijn ook met de NVZ, dan gaat het ook makkelijker richting het ROAZ. Daarbij kan dat dan ook gecommuniceerd worden naar de achterban om de vertegenwoordiging snel in orde te krijgen.

Nog een 4^e mogelijkheid dat zou kunnen helpen is de problematiek in het doorverwijzen in de ggz en de jeugdzorg. Het zou heel erg helpen als de ggz zich flexibeler instelt. Mogelijk dat het goed zou zijn om daar meer druk op te zetten.

5.1.2e: Dat is ook regionaal ingebed, wat zou je daarbij voorstellen?

LHV: Het grote probleem in de capaciteit binnen de GGZ zit in het tekort aan de regiebehandelaars, daardoor kunnen geen DBCs aangemaakt worden. Dan heb je de zorgverzekeraars daarvoor nodig om regelingen voor op te stellen. De mensen die niet op de wachtlijst staan gaan in de tussentijd naar de huisarts, dat zorgt ook voor verstopping.

- Opsomming **5.1.2e**:

1. Directe verlichting in dienstenstructuur, nachten aanpassen in aantal regio's
2. Als we weer iets vertellen over vaccinaties, moet heel duidelijk zijn dat je voor je vragen terecht kan bij de GGD
3. Moraal verhogen, bijvoorbeeld door GGZ-problematiek in de verwijzing en oplopende emoties over de maatregelen. Openstaan voor creatieve ideeën vanuit de huisartsen wat zou helpen bij ervaren overbelasting en hinder.

In de acute zorgas, wat doen we als de druk weer hoger is en hoe zorgen we dat de huisarts goed aangesloten blijft. Wat hebben we geleerd van de vorige fase met verhoogde huisartsenzorg.

LHV: vooral geleerd dat er veel meer kan in een geïntegreerde spoedpost. Toen de tenten weer weggingen verviel iedereen weer in de eigen praktijken. In de eerste fase was het bij de huisartsen rustig omdat men niet naar de huisarts ging. In de tweede golf veel zorg overgenomen maar daardoor een grotere belasting opgenomen wat nu zijn consequenties heeft. Al valt het nog relatief mee in het ziekteverzuim. Mensen trekken het niet meer om na een nacht een nog veel drukker dag te gaan krijgen. Daarbij is het lastig met waarnemers die enkele dagen werken of meer compensatie hebben.

5.1.2e: Hoe zorgen we voor het najaar? Wat kunnen jullie nog extra doen en wat zal nog extra behulpzaam zijn op de korte termijn. Hoe duidelijker jullie dat formuleren. Goed om daar nog eens met NVZ, NFU en ZN over door te spreken. VWS kan dat indien gewenst nog met de ROAZ voorzitters en het LNAZ verder bespreken. Vraag om initiatief te nemen.

LHV: Grote probleem dat wij niet goed aangesloten zijn bij het LNAZ, we worden buiten de deur gehouden. Willen heel graag daarbij aanhaken, dan kunnen we werken aan ketenoplossingen.

5.1.2e: Goed om met het LNAZ in gesprek te gaan dat het over de hele keten gaat en niet enkel de IC bedden. We moeten tijdelijke pieken kunnen opvangen maar daarbij dient de hele keten in meegenomen te worden. **5.1.2e** spreekt nog met **5.1.2e** vandaag om het opnieuw aan te kaarten. Indien het dan alsnog niet gebeurt dan moet vanuit VWS de partijen om tafel gezet worden.

LHV: We hebben niet alleen dit najaar, maar ook de toekomst en de enorme transitie die we moeten ondergaan. Cruciaal dat we hier goed op zijn aangesloten.

Gesprek ZN: 5.1.2e, 5.1.2e en 5.1.2e **26 oktober 2021**
10:00 – 10:30

- Waar kan je effectief met elkaar omgaan in de keten? Om te voorkomen dat de zorg voor patiënten niet goed verleend kan worden (plafond). En wat zijn de opties en mogelijkheden (over plafond heen)? Gaat niet alleen om IC-bedden, maar om de hele keten. Wat kan er met huisartsen, VVT etc?
- De prognoses en oplopende besmettingen en opnames geven onrust. Kan 4.800 IC-opnames zijn (was voorheen 2.400). Maar is nog omgeven met onzekerheden.
- Voeren gesprekken met de NZa over uitgestelde zorg en om hier grip op te krijgen. We vragen uit bij de ziekenhuizen wat de werkvoorraad is voor de operatiekamers om inzicht te krijgen. Maar kwaliteit van data is niet voldoende. We krijgen wel lijstjes, maar geen wachttijden. Moeilijk om de werkvoorraad in te schatten. Wel duidelijk dat het gaat om complexere operaties. Categorie 1 en 2 gaan wel naar de zbc's. Dat is het probleem niet.
- Regionaal behoorlijk verschillen, nog niet duidelijk waarom dat is.
- We moeten aan de slag met de datakwaliteit en inzicht in capaciteit. Spreken we ook met de NZa over. Moet een verbeteringslag in komen bij de ziekenhuizen.
- Vanuit ZN een meer coördinerende rol opnemen. Zorgverzekeraars moeten goed gebruik maken van die data. Dan krijgen we verdieping om welke specialismen het gaat. En kunnen we kijken of ernstige gevallen naar het buitenland kunnen gaan. En regionaal kijken dat we beter gebruik maken van beschikbare capaciteit.
- Wat is doel van patiënten spreiding? Ieder ziekenhuis gelijk kans geven voor electieve zorg? Of daar meer in sturen. Bijv. kleinere ziekenhuizen geen Covid-zorg en meer electieve zorg.
- Patiënten met Covid-zorg (niet IC) meer thuis helpen. Kijken naar de eerstelijnszorg.
- Er kan dus wel een tandje bij vanuit de zorgverzekeraars.
- Zijn een aantal ziekenhuizen die uitstijgen boven andere ziekenhuizen als het gaat om uitgestelde zorg. Heeft ook te maken met de omvang van het ziekenhuis (bijv. Isala). Daar willen we dieper per case induiken. Dus hands on mee aan de slag gaan.
- OK-programma's verander je niet zomaar. Iedereen heeft blokjes aan OK-uren. Daar zou een oplossing in kunnen zitten. Maar dat is een stap verder, en moeten ziekenhuizen voor open staan. En moet je per ziekenhuis oppakken.
- Ziekenhuizen die veel verschillende typen zorg doen (bijv. galblaas) had ook in een ander ziekenhuis gedaan worden. Dus verschuivingen laten plaatsvinden.
- En patiënt wil zelf vaak ook niet naar een ander ziekenhuis. Dus proberen om ook de patiënt te mobiliseren.
- Druk ook vanwege financiële onzekerheid bij ziekenhuizen. Wat valt er te garanderen?
- Voor 2021 is het geregeld. Voor 2022 is het speelveld veranderd. Geen artikel 33 Zvw meer. Signaal vanuit ACM, klaar met collectief. Er is sprake van een markt, mag niet verdeeld worden.
- Voor 2022 gaan we net als altijd individueel contracteren.
- Als 2022 weer abnormaal wordt met Covid, dan zullen zorgverzekeraars daar mee aan de slag gaan. De manier waarop en hoe dat moet is nog niet duidelijk (anders dan 2020 en 2021). De verantwoordelijkheid wordt wel gevoeld, maar ik kan niet garanderen: maak je geen zorgen.
- Zorgverzekeraars zullen verantwoordelijk reageren; maar is nog niet te zeggen hoe.
- Punt is niet geleverde zorg vanwege Covid die niet wordt betaald. Wat weegt het zwaarst? Dat is lastig. Richten we ons op inhaalzorg, Covid-zorg of ziekenhuizen mogen niet in rode cijfers komen? Voorheen premiegeld gebruikt om dit te financieren. Willen we dat weer?
- Inhaalzorg lukt maar voor een deel. Gesprekken over wat doe je wel of niet? Is een weging. Juiste patiënt op juiste moment moet zorg krijgen. Maximale moet worden gedaan voor elke individuele patiënt.
- Nu andere focus met oplopende besmettingen. Zorgvraag in NL kan structureel hoger te komen liggen als Covid blijft.
- Zorgverzekeraars voelen verantwoordelijkheid.
- Goed kijken naar interessante voorbeelden, waarom gaat het bij sommige ziekenhuizen wel goed.
- Ziekenhuizen hebben financieel comfort nodig.

- Dit gaan we nader intern bespreken met zorgverzekeraars, goed kijken naar kostendekking in contract. En wat dat precies betekent dat? Individueel en collectief.
- We gaan terug naar onze leden om de dilemma's voor te leggen.
- Drieslag: 1. Overleg met NZa over capaciteit en meer inzicht daarin, 2. Vanuit verantwoordelijkheid zorgverzekeraars kijken naar 2022 3. Langere termijnvraag, blijft Covid? Kijken naar contractering en macrokader.

Overleg ZKN inz brief 26-10, 12.45

Mensen vinden zelf hun weg naar klinieken, waardoor we extra zorg kunnen voorkomen/wegnemen. Zorgverzekeraars gaan niet het gesprek aan over meer zorg leveren, terwijl dat wel kan binnen huidige personeelscapaciteit. Dat geldt niet alleen voor ASA1/2, ook conservatief behandelen bij ASA3 en zelfs 4, waardoor je wel gezondheidsschade voorkomt maar geen IC-bed achter de hand hoeft te hebben. Sluit ook aan op passende zorg etc.

In een echt code zwart, in de eerste golf OK's gesloten en al het personeel en apparatuur aan ziekenhuis aangeboden, maar competenties sluiten niet aan, dus weinig gebruik gemaakt. Dan onder de streep uiteindelijk minder zorg. Klinieken hebben geen IC-verpleegkundigen.

Zou wel een uitwerking kunnen zijn, bijvoorbeeld voor de kliniek. Maar je moet dat alleen inzetten als er triage aan de poort moet plaatsvinden.

Bij concentratie in 1 ziekenhuis van extra opschaling, is er dan ruimte bij ZBC's? Is een plan voor met ZN: welke mensen zijn er en zijn inzetbaar en waar dan? Plan moet gereanimeerd en gedeeld met VWS. Tot die tijd is het nog van belang dat er gebruik wordt gemaakt van de capaciteit die nog beschikbaar is bij ZKN – moeten afspraken gemaakt met ZN. Moet vanmiddag in Klankbordgroep met NZa worden besproken. Repeterend vraagstuk. Moet duidelijk worden over hoe in elke regio de zvv de verantwoordelijkheid neemt en met de feiten op tafel. Zvv wil een verantwoording van inhaalzorg, terwijl de definitie daarvan onduidelijk is en het gaat om het geheel van zorg. Maximale inzet voor zo min mogelijk gezondheidsschade.

Plannen zijn destijds breed gecommuniceerd, ook bij NZa/LNAZ. Destijds geaccordeerd voor 3 maanden, zou opnieuw moeten worden afgestemd.

+/- 400 locaties met 0,2-0,4 verpleegkundigen – het is hele dure inzet, want als je 1 zo iemand uit zo'n systeem haalt, valt alles in elkaar. Enkele tientallen verpleegkundigen, verpleging is 1 op 6, veel dagopnames.

Plan → 5.1.2e en anders NZa

In presentatie → zbc personeel

Overleg 5.1.2e Defensie inz covid capaciteit en inzet defensie 26-10, 15.00

Personeel defensie voor in die ziekenhuizen 1 per regio, is dat een optie? 5.1.2e gesproken, afgesproken dat Defensie er alleen is voor crisis-van-de-crisis – echt als alles vastloopt. Ietsje voorwaarschuwing is wel nodig. Ministerlijk overleg van te voren als we het zien aankomen.

Opties helikopters defensie, vervoer Duitsland. Geen mogelijkheid. Alternatief voor waddenheli zou kunnen, kan niet hems landen, maar het probleem met de basissen kan worden opgelost. Moet van minister naar minister gevraagd.

Overleg MinVWS inz covid capaciteit 26-10, 15.30

Kliniek 122 vandaag, berekeningen 5.1.2e zeggen 350 IC, kliniek 800, 5.1.2e 500 IC. Sneller naar piek, wat gaan we doen.

Positief commitment richting 1350. Professionals in gesprekken veel emotie/socialisatie intensivisten vs vpk, continu in spagaat. Opschaling naar 1350 is te halen, maar kortdurend (4-6 wkn). Heb nou vertrouwen dat we boven die grens het ook gewoon oplossen. Dat hebben we, maar er moeten ook randvoorwaarden zijn.

30% verlies van ic-capaciteit in DU ivm verlies personeel

Getal koppelen aan concentratie 1 ziekenhuis regio

Verhouding IC en kliniek in de gaten houden, even rekenen hoeveel we in de kliniek krijgen en wat we dan kunnen opvangen.

Ook rekening houden met de curve, hoogte/breedte.

Het gaat over de gehele gezondheidszorg, druk najaar zoals normaal, maar versterkt. Professionals samen besluiten daarom wie wel en wie niet, weer wachtlijsten.

Momentum 1150 – Duitsland en afschaling – afkondigen met elkaar. LCPS maakt nieuwe fases, moet gekeken worden met toezichthouders (IGJ en NZa).

Formaliseren opdracht, hoe doen we dat richting 1150/1350?

Overleg GGD/GHOR inz covid capaciteit 26-10, 16.00

Er zijn toch nog best wel wat dingen mogelijk, wij zien dat het fair share nog niet overal optimaal werkt. Daar zou op de korte termijn ook nog wel mogelijk zijn om een uitvraag te doen met de andere DPG'en hoe dit wel georganiseerd kan worden.

Wij zien het lamgeslagen gevoel, het zorgpersoneel lijkt beschermd te worden terwijl zij zich al enigszins voorbereiden. De transparantie hierover is noodzakelijk, zowel in de instellingen als in de regio. In sommige ROAZ regio's wordt er al opgeschaald maar nog niet allemaal.

De oplossingsfeer, waakvlam niveau op de cohortafdelingen van de vv. Nu zijn er 50 bedden bezet, de waakvlam is tot 150 en in de eerdere golf hebben we kunnen opschalen tot 2000 bedden, hiervan waren er 1000 bezet.

5.1.2e: Wat voor type patiënten zijn dit?

Gewoon VVT zorg, soms ondersteund door de huisartsen. Het is laagcomplex, soms was personeel verplaatst vanuit ziekenhuizen en ZBC's. Er zijn wel heel veel best practices, ook bijvoorbeeld dat patiënten naar huis gingen met zuurstof en ondersteuning van wijkverpleging. Blijft onder behandeling van de 2^e lijn.

We labelen nu als covid en non-covid. Zo worden er veel meer verschillende soorten patiënten opgenomen. Het kan helpen in het verminderen van de instroom en het verbeteren van de uitstroom. Het beeld heerst dat je hier alleen maar patiënten van boven de 70 hiervan gebruik kan maken. Goed om te benadrukken dat het voor covid en non-covid is en dat je hier ook andere zorg, ook inhaalzorg kan plaatsen. Met ZN wordt besproken dat dit niet meer gelabeld wordt als cohort (uitsluitend COVID) om de mogelijkheden te verbreden.

TC: Eigen regio Brabant, ROAZ komt niet bij elkaar, het RONAZ ook niet actief. Het verschil in urgentieniveau is heel anders. Dit lijkt niet overeen te komen met de rest van het land. Het geluid lijkt niet door te komen. De behoefte is er om dit verder in beeld te brengen om die fair share, de afspraak om elkaar te helpen, ook daadwerkelijk te doen.

5.1.2e: Hier schrik ik van, dit hadden we ook eerder gezien. Dit zou eigenlijk ook in het LNAZ verband aangekaart moeten worden.

De voorbereiding voor fase 3 moet eigenlijk weer uit de kast worden getrokken volgens PZ. Sommige samenwerkingen waren fragiel, die hebben ook weer tijd nodig om goed op gang te komen. Het meest zinnig is dat dit getrokken wordt door de ROAZ voorzitters en de DPG om in de regio de urgency te benadrukken. Daarna kan contact worden opgenomen met de collega's om ook bovenregionaal samen te werken.

TC gaat de collega's ook activeren. De GHOR kan hierin ondersteunen, ook om na te vragen waarom het op sommige plekken niet van de grond komt.

PZ stuurt een monitor zorgcontinuïteit (voor mij onduidelijk welke), op basis daarvan maken zij een voorspelling voor de komende 6 weken. Daarbij zijn er ook regionale verschillen en moet er dus ook anders gehandeld worden.

Krijgen het signaal dat er veel HAP's gesloten zijn, dit zien wij nog niet duidelijk terug dus daar willen wij meer inzicht in willen krijgen. Voorstel van TC zou zijn om bijv huisartsenzorg ook te centraliseren, dit komt overeen met een voorstel van de LHV om 's nachts de HAP te sluiten en de zorg samen te verzorgen op de SEH. Dat moet inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van de regionale gesprekken die gevoerd worden.

In de voorbereiding van fase 3 zijn er ook diverse gradaties al opgenomen van aanpassingen/maatregelen. Mogelijk dat er niet dingen ontwikkeld hoeven te worden omdat het toen ook al bedacht en uitgewerkt is. In die gradaties gaat het al in zekere zin over de piek, de piek op de piek en code zwart. Qua benaming moeten we vooralsnog weg blijven van het benoemen van code zwart.

Het lijkt op dit moment dat de helft van de ROAZ regio's nog niet adequaat geactiveerd zijn, hiervoor moet het LNAZ/5.1.2e ook ingeschakeld worden. Het gaat ook over het betrekken van de professionals, welke vraagstukken ze hebben en hoe je hen kan helpen. Momenteel nog teveel het beeld van de niet-gevaccineerden, die tweespalt lijkt alleen maar averechts te werken.

Overleg LNAZ 26-10 17:30 (5.1.2e , 5.1.2e , 5.1.2e , 5.1.2e)

Strategie aanbieden LNAZ plan / concept brief LNAZ

Goed om te benoemen dat de documenten waar we al een tijd aanwerken, terugblikken en vooruitkijken is gereed en de nieuwe versie van het opschalingsplan is gereed met een aparte uitwerking van boven de 1.350. De elementen moeten samenkomen om het morgen aan te bieden. Het voorstel is om 3 stukken (terugblik en leren, opschalingsplan en uitwerking voor situatie van boven de 1.350) met een aanbiedingsbrief te overhandigen. Akkoord is om dit volgende week met de kamerbrief te delen.

Analyse en opschalingsplan tot 1.350 staat stevig. Wat nog minder duidelijk verwoord is is de opvang boven de 1.350. Dat staat nu in een conceptbrief. Nu nog de vraag hoe we een brug slaan tussen de vraag van de minister en de verwachtingen uit het veld. Met diverse koepels gesproken, tegelijkertijd signalen om niet boven de 1.350 te benoemen terwijl er ook plannen uitgewerkt moeten worden voor de crisis wanneer dat eigenlijk wel noodzakelijk is.

Eerst beginnen met wat we in de afgelopen 18 maanden hebben gedaan en wat het heeft betekend in instroom, bezetting en het verspreiden patiënten. Gedurende 9 maanden een instroom gehad van boven de 150 patiënten en een bezetting van boven de 900 patiënten, dat is in de ziekenhuizen al zo'n 70.000 patiënten en 15.000 verplaatsingen. Nu zo'n 1.8 miljoen ongevaccineerden, 4800 IC opnames en zo'n 23.000 ziekenhuisopnames. In de steady state zouden we nog zo'n 6-8 maanden te gaan, dan hebben we ze allemaal gehad. Het is onwaarschijnlijk dat het zo erg wordt als de afgelopen winter, tenzij er een nieuwe variant komt of de vaccins minder werkzaam worden. Dan kan je ook een figuur geven van de opschaling om inzichtelijk te maken. Daarin ook de cijfers van de NZa van de uitgestelde operaties waarbij we aangeven dat we deze ook graag willen inhalen, daarom ook niet meer dezelfde capaciteit als eerder. Onwaarschijnlijk dat we het zo langdurig nodig zullen hebben boven de 1.350, hierbij is er ook al inzet mogelijk van de inzet van Duitsland. Mocht dit niet voldoende zijn dan wordt er gebruik gemaakt van een crisissituatie.

We hebben een opdracht om reguliere zorg in te halen, ze voelen de noodzaak om die met elkaar in te halen. Kunnen we niet meer in zbc's doen, of met een operator van ons in een ok van België en verder uitwisselen van wachtlijsten. We zitten nu eigenlijk op 950 en we willen eigenlijk niet verder, dat is onmogelijk met 350 covid, 200 boss en 350 bedden voor acuut trauma.

Als de 1.8 miljoen allemaal nu ziek worden en er dus 4800 ineens komen, daar is geen systeem tegen bestand. Dus monitoring is essentieel. Wat zijn nu de reële verwachtingen, verwachten dat het rustiger wordt dan afgelopen winter.

Als de piek in december 650 covid ic bedden zijn, dan heb je nog zo'n 2000 patiënten op de kliniek liggen. Hoe zitten we dan in vergelijking met eerdere winters? Dan zit je in de aantallen waarin we vorig jaar eind november zaten, in april kwamen we ook hier bovengaan. Als dat gebeurt met die piek, dan ben je er wel eerder vanaf en moet je voor een kortere piek maximaal afschalen. Het is daarbij wel nog onduidelijk wat de impact zal zijn van het aandeel gevaccineerden.

De zorg in Nederland staat onder druk, dat geef je aan door het afschalen van zorg als de kritiek planbare zorg onder druk komt te staan, dan maak je gebruik van de capaciteit in Duitsland.

Afgelopen weken meer reguliere IC verpleegdagen gehad dan de afgelopen anderhalf jaar. Dat was de afgelopen weken boven de 600, dat geeft aan dat de reguliere zorg goed op stoom kwam terwijl er wel een substantieel deel covid was.

Verschillen tussen de regio's, lastig om het te realiseren. Daar waar wel de fysieke ruimte voor is, is het lastig om te voorspellen of daar gebruik van kan worden gemaakt als het moment daar is. Regio's en personeel zeggen aan de voorkant daar willen we niet over nadenken, dus wordt het niet uitgewerkt. Als je het uit de emotie haalt en rationeel het gaat uitwerken, dan lijkt er toch meer mogelijk te zijn.

Dat verhaal van de medewerkers moet daarin ook meegenomen worden. Dat kan je niet genoeg meenemen in het verhaal.

Bij 1.350 is de max, we zitten nu op 950. Hoe gaan we dan denken over boven de 1.350, laten we eerst uitwerken hoe we tot de 1.350 komen.

We hebben een brief ontvangen en de minister wil een antwoord. Alle betrokken partijen zeggen, we gaan het niet doen. Als u het opschrijft zeggen ze aan de voorkant dat ze het niet doen. Dan kom je helemaal niet bij die fase van de professionaliteit. Ik stel voor om aan te geven dat het minder zwaar wordt dan we verwachten, dat hangt wel af van bepaalde randvoorwaarden en het nemen van maatregelen, daarom heb ik ook bijvoorbeeld aan de GR gevraagd of een booster noodzakelijk is. De ziekenhuizen zijn zich al aan het voorbereiden door de spreiding te activeren. Als we nu al schrijven dat er meer moet komen dan zorgt het voor weerstand.

We moeten even kijken wat er beschreven is in het fase 3 verhaal, daarin staat ook beschreven dat we in fase 2D zo lang mogelijk moeten proberen om fase 3 uit te stellen. De mate van IC opschaling over tijd kan je mooi laten zien dat we alleen in de eerste golf eigenlijk echt uitgebreid hadden.

Defensie is nog niet meegenomen in concrete cijfers, ook hebben we niet gekeken naar de cijfers van de zelfstandige klinieken wanneer er sprake is van de piek op de piek. Als de ZBC's het gevoel hebben dat ze onvoldoende zijn ingezet, als zij het goed voorbereiden dan kunnen ze ook ingezet gaan worden. Dat plan is al met de zorgverzekeraars afgestemd en ligt op tafel.

Ik denk dat het goed is om in het eerste stuk nog meer te objectiveren wat er is gebeurd met de figuren en de cijfers. Dan denk ik dat er veel wat hier besproken is er al in zit met nog wat stukken die scherper geformuleerd kunnen worden, daarna afstemmen met VWS over de juiste formulering.

5.1.2e voorkeur om vanwege de beperkte tijd het gezamenlijk te doen. Het is logisch om een andere cap te hanteren dan vorig jaar. Daarom moet de lijn wel anders. De rol voor het LNAZ als netwerkorganisatie en alle partijen gehoorde hebbende is de situatie nu anders, maar is de verwachting dat we het met elkaar gaan redden.

Uit professionaliteit en kunde, kijken naar alle informatie en wat we hebben afgestemd, daarom komen we nu tot deze conclusie.

Even in de tijd, kijkend wat we nu hebben, morgen 2x een half uur in de agenda van Hugo. Met de koepels en met de ROAZ voorzitters om de ins en outs van iedereen te horen. Of als er nog punten zijn dat die in ieder geval al duidelijk zijn, het gaat ook vooral om het uitspreken van de commitment. Als deze brief nu klaar is, hoe zorg je dat deze goed land in de voorbereiding van morgenmiddag.

Doorgang reguliere zorg is minder dan nu, maar ook niet dat er alles wordt stilgelegd.

Waar zit nu de spanning, in de brief lijkt het top-down, opschalen tot 1.350 inclusief reguliere zorg en wat doe je dan naar boven. Als je daar vanuit de regio in mee zou gaan, dan kan je daar niet in meegaan want dan zou je erkennen dat de zorg het wel oplost zonder maatregelen en dat kan niet. Wij draaien het om, we schalen nog niet op tot die 1.350 met de insteek om langer en meer reguliere zorg te kunnen blijven leveren.

De partijen denken dat er een nee komt, dus die moeten we meenemen waarin we aangeven dat we niet te ver willen opschalen gaan om de reguliere zorg juist te kunnen blijven leveren. Er zit dan wel een element in dat je niet richting fase 3 wil gaan maar dus verwijst naar fase 2D. Dat is al bekend en zou niet een verrassing mogen zijn.

LCPS denkt nog na over communicatie richting alle partijen, of dat morgen moet. Daarbij wordt er ook nagedacht of het noodzakelijk is dat de minister morgen met alle partijen gaat zitten. We komen erop terug of de aanbidding van de stukken morgen zal zijn of dat het uitgesteld wordt tot vrijdag of maandag, dat zou meer rust geven.