

Ruwe aantekeningen Hand aan de Kraan 13 september

Actuele stand van zaken ahv presentatie GGD GHOR, LCPS, NZa

Met name problemen in doorstroom non-covid zorg. Wordt gezocht naar mogelijkheden voor het opvangen van zowel covid als non-covid. Continuïteit, meerdere regio's zorgen binnen de huisartsenzorg en de HAPS. Non-covid druk hoog binnen de ziekenhuizen en de geboortezorg.

LCPS: Zelfde verhaal, opvallend stabiel beeld. COVID IC bezetting in nauwe bandbreedte, ook voor kliniekbezetting. Vandaag ruim 650 Covid-patiënten. Vanaf eind juli begin augustus het geval.

5.1.2e 179 bedden beschikbaar, ruim boven 150 waakzaam niveau in bedden capaciteit buiten de ziekenhuizen. Blauwe lijn het meest bij de werkelijkheid. Een mix van regio's, geen grote uitschieters.

Aantal verwijzing huisarts: Op niveau van voor Covid. Productiedata van de ziekenhuizen, in juli is het aantal patiënten iets hoger dan van wat je normaal verwacht. Actuele zorgbeeldportaal, (semi-)acute zorg gaat altijd door, kritiek planbare zorg voor 5-8 ziekenhuizen niet volledig te leveren. Krijgen wel terug, checken dit ook bij de IGJ en/of ROAZ, belemmert nog niet de toegankelijkheid van de kritiek planbare zorg in de regio. Tussen de 170.000 en 210.000 op historische data aan operaties die ingehaald dienen te worden. Stap in de volgende monitor is om de werkvoorraad in kaart te brengen, zowel voor de ziekenhuizen als de klinieken.

Verzuimpercentage: De oplopende trend in het najaar zoals normaal wordt nu ook verwacht. Het verzuim ligt nog steeds hoger.

Samenvatting: stabiel in aantallen, druk is stabiel maar wel voor de huisartsen valt dit op. Kritiek planbare zorg blijft een aandachtspunt.

5.1.2e :

1. Geboortezorg een knelpunt in 1 regio, vind ik verontrustend, wat gebeurt daaraan?
2. Er worden oplossingen gezocht voor zowel de korte termijn en de langere termijn. Is geen COVID zorg maar gaat wel over de acute keten.
LCPS: Voorbeeld van hoe druk het is en dat het knelt terwijl het aandeel COVID 'redelijk beperkt is'. Zo'n 6 klinische en 2,5 IC bedden voor COVID. Dit geeft niet direct problemen, er moet dus meer spelen. Bijvoorbeeld virussen onder kinderen, traumazorg en vakanties die ingehaald moesten worden. Vorig jaar aanzienlijk minder op deze datum, de verwachting is wel dat het mogelijk zoals vorig jaar snel kan stijgen in korte tijd. Wanneer alle maatregelen direct worden losgelaten kan dit zelfst stijgen tot R boven de 4 en 5, dat is nu nog niet mogelijk. Daarvoor zou een hogere vaccinatiegraad nodig moeten zijn. Hier wordt ook rekening gehouden met de besluitvorming. Voorkomen van exponentiële groei en leren van vorige zomer. Technische briefing zal **5.1.2e** dit nader toelichten. Morgen definitief besluit in de MR.
3. De praktijk is dat de instroom in lijn is met de besmettingen, dit is niet evenredig verspreid in Nederland. Dit doet een groot beroep op de solidariteit. Dit kostte wel meer moeite maar het is wel weer gelukt. We moeten ons best blijven doen om dit in het najaar vol te blijven houden. Mogelijk dat de stabiliteit weer een stilte is voor de storm, ook vanwege influenza, maar we weten het niet. We zullen alert moeten zijn.
- 4.
5. IGJ: samenloop van omstandigheden. De beschikbaarheid van zorgverleners, meer bevellingen, complexere zorg door covid. De hele keten staat onder druk, dat meten we ook. Dat leidt tot lokale en regionale knelpunten. De samenwerking is intensief, saamhorigheid om tot oplossingen te komen. Kwetsbaar evenwicht.
De verwachting wordt wel uitgesproken dat alertheid en samenwerking noodzakelijk is om met de burens tot oplossingen te komen voor knelpunten. Weg van de 'vrijblijvendheid', er moeten afwegingen worden gemaakt van wat doen wij en wat kunnen wij bieden.

6. LCPS: De COVID-druk is onevenredig verdeeld. Indien er niet gespreid was geweest was in 9 van de 10 regio's sprake geweest van code zwart. Als je het evenredig verdeeld zou de reguliere zorg overal in dezelfde mate door kunnen gaan. Iedere dag moet bekeken worden wat de mogelijke capaciteit is en dien bedden hiervoor aan. Als de aantallen groter worden dan is er ook meer capaciteit nodig.
7. 5.1.2e Commitment is nodig, wat gevraagd wordt moet eigenlijk geleverd gaan worden. Solidariteit is heel hard nodig.
8. 5.1.2e : geleerd van afgelopen tijd en een soort RCPS opgezet voor de geboortezorg.
- 9.
10. Beeld van stabiliteit, heel opmerkelijk maar eigenlijk verontrustend. Je zou toch verwachten dat het eigenlijk omlaag had moeten gaan.
Is een onevenredige instroom, patiëntenspreiding heeft heel erg geholpen voor Noord-Holland, Zuidwest Holland en Flevoland.
11. Landelijk gemiddeld OK capaciteit, 15% gemeten. Betekent dit dat de inhaalzorg verder oploopt.
NZa: Die afschaling is een gemiddelde, de spreiding is best wel groot. Sommige ziekenhuizen moeite om de reguliere zorg te leveren, daar zeker moeilijk om inhaalzorg te kunnen leveren. LCPS: de schatting van de NZa lijkt niet een overschatting maar een reëel beeld.

5.1.2e :

1. Het geheel bezien geeft een beter beeld dan de fragmenten hier voorafgaand. Zelfde als Ad, stabiel klinkt rustig maar is verontrustend.
2. Fors verzuimpercentage ten opzichte van voorgaande jaren doet toch het ergste vermoeden.
Zitten nu zo'n 1,5% boven dat van 2019, dit moeten we monitoren ook met de

5.1.2e :

1. Wat zijn de verwachtingen met het afschalen van de maatregelen, wat zal de impact daarvan zijn voor de ziekenhuizen?

5.1.2e

1. Goed dat er nu ook oog is in de monitor voor de druk op de HA zorg. Ook een grotere uitstroom in de ziekenhuizen heeft gevolgen voor de huisartsen. Willen het kwalitatieve meenemen, dit gaan we met de NZa kortsluiten.

Korte toelichting besluitvorming dinsdag 14 september

Er wordt weer gekeken wat de indicatoren zijn waarop actie ondernomen moet worden. Daarbij wil je niet van 1 cijfer volledig afhankelijk zijn, daarin dient het beeld over de hele keten meegenomen moet worden. Ons is veel aangelegen om de aantallen patiënten zo beperkt mogelijk te houden. Er wordt rekening gehouden met maximale capaciteit, wat eerder gesteld is wordt mogelijk niet gehaald namelijk. Doel is om toch onder de 1.350 te blijven, ga je toch daarboven wat zijn dan nog de opties. 1 daarvan is de inzet van Duitsland, intensivisten zullen hier ook eerder gebruik van gaan maken. Een andere mogelijkheid is het onderzoeken van mogelijke hubs om covid zorg meer samen te brengen zodat de capaciteit wordt toegenomen, mogelijk is dit geen optie maar dat wordt bekeken. Goed om te benadrukken dat het vaak gaat over de IC maar het is over de gehele keten druk en niet alleen maar in relatie tot covid zorg.

Signaalwaarden: zaten eigenlijk altijd op het hoge niveau maar het was wel stabiel. Er worden andere signaalwaarden gehanteerd om te kijken waar je op uitkomt. We kunnen kortdurend op de 1.350, maar niet te lang. Welke waarden geeft dan noodzaak tot handelen. Hiervoor zijn de berekeningen gedaan en zullen deze worden meegenomen in de routekaart voor het najaar.

Het gaat over de gehele gezondheidszorg, daar is covid een onderdeel van. Er volgt een kamerbrief hierover, donderdag zal er een debat zijn.

Actualisatie opschalingsplan LNAZ door 5.1.2e

Probleem is dat er nog steeds een veel grotere vraag is naar zorg dan we nu kunnen bieden. De 1.700 is geen optie meer, dit zal ook nog voor 1.350 nog moeten blijken. Hoe gaan we er dan toch mee om als het hoger lijkt te zijn. Daar worden nu gesprekken voor gevoerd waarbij ook de hele keten betrokken dient te worden. Er wordt nu een probleemanalyse gedaan, dit zal vervolgens worden uitgewerkt en dit zal dan met VWS besproken worden.

Tijdspad: streven is nog steeds 1 oktober, wil die datum onveranderd laten maar mogelijk iets later. Eigenlijk moeten we dan al een plan hebben en klaar staan, dit weten we al deels met het spreiden, samenwerken in de keten en opschalen, maar we moeten ook gesprekken voeren over een mogelijk code zwart en hoe we dat met elkaar kunnen vermijden.

Volgende HadK: de probleemanalyse op de agenda.

Betrokkenheid van de partijen, nu zoveel geleerd van wat er in de keten noodzakelijk is. Een paar prominente partijen worden deze week benaderd hiervoor.

Toevoeging ThuiszorgNL: De financierders moeten hierbij wel aanwezig zijn.

5.1.2e De zorgverzekeraars zijn aangesloten om ook mee te oordelen over de plannen en de mogelijk consequenties.

LHV: Denken uiteraard graag mee, ook InEen. Moeten ook gezamenlijk nadenken over de communicatie, ook voor het najaar. Bijvoorbeeld wanneer er wel en niet een huisarts geraadpleegd moet worden.

5.1.2e Je hoort het vaak, mensen gaan te makkelijk naar de HAP. Dit gesprek dient verder gevoerd te worden waarbij ook mogelijk juist naar lokaal/regionaal gekeken moet worden naar de beste oplossingen.

Brief 5.1.2e

Onveranderd verhaal ten opzichte van maart 2020. Boodschap is vooral om die verantwoordelijkheid te nemen die nodig is. De opdracht verandert dus niet. De GGD GHOR blijft zich inzetten voor de zorgcontinuïteit. Logisch vervolg.

Voor Prinsjesdag volgt een brief over Long Covid, met name over erkenning en behandelingsperspectief, over onderzoek en de relatie met werk en sociale zekerheid.

Weet ons te vinden wanneer er tussentijds problemen zijn, verwachting is dat er dan nog geen nieuw kabinet is maar wij met Handen aan de Kraan gaan door. Samen Sterk!

Er zijn in 3 regio's knelpunten in de doorstroom van ziekenhuis naar de vervolgzorg, met name voor non-covid zorg. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de tijdelijke capaciteit in de VV, dit gebeurt in goed overleg binnen het ROAZ. Er zijn landelijk voldoende tijdelijke COVID-bedden beschikbaar in de verpleeghuizen en woonzorgcentra.

De situatie in het ziekenhuis is opvallend stabiel, de prognoses zijn dat deze situatie waarschijnlijk voorlopig aan zal houden. Absolute aantallen waren vorig jaar aanzienlijk minder maar stegen snel in het najaar. Belangrijk om te leren van vorige zomer en exponentiële groei te voorkomen. Met de huidige vaccinatiegraad nog niet mogelijk om alle maatregelen op te heffen, zo wordt dit ook meegenomen in de besluitvorming. De scenario's voor het najaar baren zorgen, het is een wankel evenwicht met factoren zoals de griep, Covid en inhaalzorg. Het spreiden van patiënten zal hierin cruciaal zijn, solidariteit en alert zijn is noodzakelijk!

De (semi-)acute zorg (FMS-klasse 1-2) kan overal geleverd worden. Op dit moment geven 7 ziekenhuizen aan de kritiek planbare zorg (FMS-klasse 3) slechts deels te kunnen leveren; 5 hiervan zeggen de norm van 6 weken voor een deel van de zorg te overschrijden. 15 ziekenhuizen geven aan niet alle reguliere planbare zorg te kunnen leveren. Vooralsnog is de toegankelijkheid van de kritiek planbare zorg in de regio niet belemmerd, dit wordt met de IGJ en het ROAZ gemonitord.

Er is vastgesteld dat er sprake is van onverminderd grote druk op de (acute) zorg, dit lijkt wel te stabiliseren. Voornaamste reden hiervoor zijn knelpunten op het gebied van personeel, dit is bijvoorbeeld ook een probleem in de huisartsenzorg. Er is nog sprake van hoger ziekteverzuim dan voorgaande jaren en lijkt de trend te volgen dat dit in het najaar verder zal toenemen.