

Bijlage
Terugkoppeling gesprek 17 juni 2020 DGCZ –

(10)(2e)

Hallo (10)(2e)

Bijgaand kort samengevat de hoofdpunten uit het gesprek met (10)(2e) van gisteren:

Plan IC-opscaling

- Er is in de werkgroep veel gesproken over de betekenis en invulling van het begrip "structurele opscaling". Vanuit de IC-artsen en -verpleegkundigen is het geluid dat het onwenselijk en niet zinvol is om structureel veel overcapaciteit te organiseren (de ziekenhuizen denken daar overigens anders over), maar dat beter op een flexibele manier naar opscaling gekeken kan worden. Daarvoor zijn voorstellen uitgewerkt die nu aan de achterbannen worden voorgelegd.
- We hebben toegelicht dat het voor VWS in de opdracht voor de opscaling tot 1700 bedden vooral belangrijk is dat - bij een onverhoopte volgende golf - niet meer zo'n ingrijpende afschaling van de reguliere (IC-)zorg hoeft plaats te vinden als bij de eerste golf is gebeurd.
- Het "structurele" zit 'm wel in de verdeling van de extra bedden over de verschillende regio's; en in het feit dat iedereen goed voorbereid is en een plan heeft.
- Hoe dat vervolgens exact in concreto wordt ingevuld, kan volgens (10)(2e) goed aan de IC-afdelingen zelf worden opgelaten. Hij ziet dat het personeel dan bijvoorbeeld niet kiest voor verhoging van de verpleegkundige-patiënt ratio, maar dat men dan ervoor kiest om meer te gaan werken (meer uren, andere weekenddiensten).

Plan voor verdere toekomst

- (10)(2e) verzocht om bij het ontwikkelen van verdere plannen voor de toekomst de focus niet (slechts) op de IC-capaciteit te hebben. Het vraagstuk over de robuustheid van de zorg bij dergelijke crises moet over de volle breedte van de zorg bezien worden. Hij maakt hierbij een vergelijking met het Deltaplan na de watersnood van 1953.
- Daarnaast is het voor de verhoudingen binnen de ziekenhuizen niet handig als er uitsluitend focus op de IC's zou liggen: dat zou ten koste gaan van andere onderdelen en als de extra IC-capaciteit uiteindelijk niet nodig blijkt te zijn, dan geeft dit een suboptimale situatie (en scheve gezichten).

LCPS

- (10)(2e) adviseert om een evaluatie van de werking van het LCPS te doen.
- Wat volgens hem ontbrak was een centrale factor/figuur die boven de partijen stond en vanuit die positie "doorzettingsmacht" had. Zo'n factor/figuur zou vanuit VWS aangewezen kunnen worden.

OMT-advies en belangenafweging

- (10)(2e) gaf aan dat het in sommige delen van de zorgsector niet goed mogelijk is om de OMT-adviezen (bijvoorbeeld over 1,5 meter) goed na te leven zonder dat dit ten koste gaat van de zorg (in kwaliteit en/of capaciteit). Zijn vraag is hoe dit aspect in de afwegingen rond het OMT-advies een plaats kan hebben.
- We hebben aangegeven dat de brede belangenafweging rond het OMT-advies in het kabinet plaatsvindt. We kunnen meer doen om daarbij ook de specifieke belangen van de zorgsector (niet zijnde in de rol van virusbestrijders) aan de orde te laten komen. We kunnen daarvoor in elk geval het "hand aan de kraan" overleg gebruiken, waarin de verschillende partijen uit 1^e en 2^e lijn vertegenwoordigd zijn. We gaan hen nadrukkelijker bevragen op dit soort aspecten en de risico's die men ziet voor de zorg.
- Mede met het oog op bovenstaande gaan we volgende week een klein ziekenhuis bezoeken.

En tot slot (niet zozeer inhoudelijk, wel relevant): je hebt (10)(2e) aangeboden dat hij voortaan eerst met jou contact kan zoeken als hij een media-optreden heeft, zodat je elkaar daarin goed op de hoogte houdt.