



Landelijk netwerk  
acute zorg

# Verdere opschaling COVID-19

Een theoretisch scenario voor opschaling tot 3.000 IC-bedden  
waarvan 2.400 in Nederland

## Inhoud

<b>1. Inleiding.....</b>	<b>3</b>
1.1 Aanleiding en opdracht.....	3
1.2 Opschalingsplan covid-19.....	3
1.3 Opdracht: plan voor flexibele opschaling tot 3.000 IC-bedden.....	3
<b>2. Wat hebben we geleerd van de afgelopen periode?.....</b>	<b>4</b>
2.1 Ervaring tijdens de eerste covid-golf.....	4
2.2 De gevolgen voor personeel in de zorg.....	4
2.3 De gevolgen voor de electieve zorg.....	4
2.4 De gevolgen voor de covid-patiënten.....	5
<b>3. Het voorkomen en opvangen van een tweede golf.....</b>	<b>5</b>
3.1 Testbeleid, monitoring en beleidsmaatregelen.....	5
<b>4. Fasering en flexibele opschaling van capaciteit tot 2.400 IC-bedden in Nederland.....</b>	<b>7</b>
4.1 Inleiding.....	7
4.2 Uitgangspunten flexibele opschaling.....	7
4.3 Fasering opschaling IC-capaciteit.....	8
4.4 Opschaling IC- en benodigde klinische capaciteit per ROAZ-regio.....	8
<b>5. Personele inzet bij flexibele opschaling.....</b>	<b>9</b>
5.1 Inleiding.....	9
5.2 Personele bezetting.....	9
5.2.1 IC-personeel.....	10
5.2.2 Intensivisten.....	10
5.2.3 Personeel op de verpleegafdelingen.....	10
5.3 Triage.....	10
<b>6. Ruimte, apparatuur en middelen voor de flexibele opschaling.....</b>	<b>11</b>
6.1 Inleiding.....	11
6.2 Ruimten.....	11
6.3 Apparatuur.....	11
6.4 Middelen.....	12
<b>7. Vervoer.....</b>	<b>13</b>
<b>8. Financiën en bekostiging van het plan.....</b>	<b>13</b>
8.1 Kosten verbonden aan de plannen.....	13
<b>9. Bijlagen.....</b>	<b>14</b>
Bijlage 1. Samenstelling kernteam en werkgroepen.....	14
Bijlage 2. Berekening personele formatie.....	15
Bijlage 3. Opdracht brief VWS.....	17

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding en opdracht

Het ministerie van VWS heeft op 18 mei 2020 het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om, in nauw overleg met betrokken veldpartijen, een plan te maken om de zorg voor covid-19-patiënten te kunnen opschalen. Deze opdracht bestond uit drie delen:

- het opschalen van de ziekenhuiscapaciteit voor de opvang van covid-patiënten naast de continuering van (grote delen van) de reguliere zorg;
- het maken van afspraken over de inzet van IC-capaciteit in Duitsland; en
- verdere opschaling in geval van een crisissituatie.

In het Opschalingsplan covid-19 dat op 30 juni is aangeboden aan de minister van Medische Zorg zijn de eerste twee deelopdrachten uitgewerkt. Het plan beschrijft de uitbreiding van de klinische capaciteit en de vervoerscapaciteit, de invulling van de regionale en landelijke coördinatie en een gefaseerde opschaling van de IC-capaciteit van 1.050 naar 1.700 bedden. Het voorliggende document geeft invulling aan de derde deelopdracht: een plan voor flexibele opschaling tot 3.000 IC-bedden tijdens een crisissituatie. Dit document is daarmee een aanvulling op het Opschalingsplan covid-19.

## 1.2 Opschalingsplan covid-19

Het eerder aangeboden Opschalingsplan covid-19 voorziet in opschaling van de IC-capaciteit tot 1.700 IC-bedden in Nederland en het gebruik van IC-capaciteit in Duitsland. Naast uitbreiding van de IC-capaciteit voorziet het plan in uitbreiding van de klinische capaciteit voor covid-patiënten met 1.300 bedden en uitbreiding van de vervoerscapaciteit voor zowel de Mobiele Intensive Care Units (MICU's) als de ambulancediensten. Dit plan moet Nederland in staat stellen om een extra vraag naar covid-zorg in de ziekenhuizen op te vangen, terwijl de reguliere zorg in belangrijke mate wordt gecontinueerd. Dit is ingegeven door de belangrijke les van de afgelopen maanden dat langdurig afschalen van de electieve zorg ernstige gevolgen kan hebben voor grote groepen patiënten. Uitgaande van voldoende voorbereidingstijd voor het opleiden en trainen van personeel is de inzet dat hierbij gemiddeld 80% van de electieve ziekenhuiszorg evenals alle acute zorg kan worden gecontinueerd.

Naast uitbreiding van de voornoemde capaciteiten moeten ook andere zorgverleners en zorgorganisaties hun capaciteit uitbreiden om zorg te kunnen bieden aan een grote toename van covid-(post-IC)-patiënten.

## 1.3 Opdracht: plan voor flexibele opschaling tot 3.000 IC-bedden

Het beleid in Nederland is erop gericht om in tijden van covid de zorg zoveel als mogelijk te continueren met een IC-capaciteit in Nederland van maximaal 1.700 IC-bedden. Alle beleidsmaatregelen tezamen kunnen evenwel niet garanderen dat deze capaciteit voldoende zal zijn. Het ministerie van VWS heeft het LNAZ verzocht om als deelopdracht drie, en als voorbereiding op zo'n eventuele crisissituatie, een plan op te stellen voor een flexibele opschaling van de IC-capaciteit tot circa 3.000 IC-bedden in combinatie met verdere uitbreiding van de klinische capaciteit. Aangezien met Duitsland is afgesproken dat naar schatting 300 Duitse ziekenhuizen, op basis van wederkerigheid, bereid zijn om Nederland te helpen bij een mogelijke tweede golf, gaan we voor deze deelopdracht uit van het realiseren van 2.400 IC-bedden in Nederlandse ziekenhuizen.

Deze opdracht is uitgewerkt door het kernteam IC-opscaling (zie bijlage 1 voor de samenstelling) met inbreng van leden van het LNAZ. Daarnaast zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Ambulancezorg Nederland (AZN) gehoord. Dit plan wordt aangeboden door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).

Voordat we ingaan op de flexibele opscaling van de IC-capaciteit richting 2.400 bedden in Nederland beschrijven we kort de ervaringen en geleerde lessen uit de eerste covid-golf en het streven om een tweede golf te voorkomen. Onzes inziens moeten alle betrokken partijen optimaal gebruikmaken van de lessen die geleerd zijn tijdens de eerste golf en moet vol ingezet worden op het voorkomen van een piek die zo groot is dat er meer dan 1.700 Nederlandse IC-bedden en 3.400 klinische covid-bedden nodig zijn.

## 2. Wat hebben we geleerd van de afgelopen periode?

### 2.1 Ervaring tijdens de eerste covid-golf

Op 27 februari 2020 werd in Nederland de eerste patiënt met covid gediagnosticeerd. In de weken daarna steeg het aantal patiënten geleidelijk. Op 15 maart, bij de start van de 'intelligente lockdown', lagen er ongeveer 100 covid-patiënten op de Nederlandse IC's. In de eerste drie weken na de lockdown steeg het aantal IC-behoevende covid-patiënten in Nederland snel. Op 7 april, op het hoogtepunt van de eerste covid-golf, lagen 1.424 Nederlandse covid-patiënten op IC's in Nederland en Duitsland. Op diezelfde dag lagen 2.900 covid-patiënten op verpleegafdelingen. Vanaf april tot eind juli hebben we een gestage daling gezien van het aantal covid-patiënten op de IC's en de verpleegafdelingen. Het laagste niveau werd half juli bereikt.

Onder normale omstandigheden bedraagt de maximumcapaciteit op IC's zo'n 1.150 bedden. Door een combinatie van maatregelen werd in een korte tijd nagenoeg een tijdelijke verdubbeling van de IC-capaciteit gerealiseerd. Op de piek van de eerste golf waren er 2.100 IC-bedden beschikbaar voor zowel covid-patiënten als voor andere IC-patiënten (met een acute zorgvraag).

### 2.2 De gevolgen voor personeel in de zorg

Bij het realiseren van de uitbreiding van de capaciteit op de IC's en de verpleegafdelingen was het personeel de belangrijkste beperkende factor. Door de enorme inzet van velen is het gelukt om zorg te dragen voor alle covid-patiënten. Dit is mede gelukt door het tijdelijk uitbreiden van contracten, het inzetten van tijdelijk personeel van buiten de ziekenhuizen en door het creëren van multidisciplinaire zorgteams waarbij IC-personeel werd ondersteund door anderen.

Nu de crisisperiode achter ons ligt, weten we dat de eerste covid-golf heeft geleid tot stress, vermoeidheid, overbelasting en/of gevoelens van machteloosheid onder het personeel in de zorg. Dit werd niet alleen veroorzaakt door werkbelasting, maar ook door onvoldoende voorbereiding op de benodigde werkzaamheden in een crisissituatie.

### 2.3 De gevolgen voor de electieve zorg

De opvang van de covid-patiënten tijdens de eerste golf is ten koste gegaan van de electieve (non-covid)-zorg. Enerzijds dienden patiënten zich niet aan. Zo daalde het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis met ruim 75% en halveerde het aantal nieuwe oncologische diagnoses. Anderzijds waren ziekenhuizen niet in staat de patiënten te behandelen omdat het hiervoor benodigde personeel, de apparatuur, de middelen en/of de ruimten werden ingezet voor de covid-zorg. Analyses van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) laten een forse

daling zien in de productie van de ziekenhuizen. De eerste covid-golf heeft daarmee een grote en onwenselijke impact gehad op de electieve zorg. Bij een eventuele tweede golf zal de zorg daarom veel nadrukkelijker dan bij de eerste golf op basis van medische afwegingen ook ruimte moeten blijven bieden aan acute en semi-acute non-covid-zorg.

## **2.4 De gevolgen voor de covid-patiënten**

De eerste covid-golf heeft zoals bekend geleid tot een significante sterfte. Met name de oudere bevolking werd getroffen. Het wordt geleidelijk steeds duidelijker dat ook zij die de ziekte hebben doorgemaakt, kunnen worden geconfronteerd met een periode van langdurig herstel en soms ook met blijvende orgaanschade. Naast deze negatieve effecten is er ook veel geleerd over de meest effectieve verzorging en behandeling van covid-patiënten. Er is onderzoek gedaan naar het virus zelf, het immuunrespons, de risicofactoren voor patiënten en het voorkomen van verdere verspreiding. Ook zijn er medicijnen gevonden die kunnen helpen bij het voorkomen van een ernstig beloop van de ziekte of die zorgen voor een sneller herstel. We zijn er nog lang niet, maar deze resultaten zijn hoopvol voor het zoveel mogelijk kunnen beperken van de hoogte en de duur van een eventuele tweede piek.

## **3. Het voorkomen en opvangen van een tweede golf**

De ervaringen van de eerste golf leren ons dat het beleid in Nederland er primair op gericht moet zijn om een tweede golf zoveel als mogelijk te voorkomen in afwachting van het beschikbaar komen van een vaccin en/of antivirale geneesmiddelen. Als het lukt om de verspreiding van covid in Nederland te beheersen en een tweede golf op te vangen met de 1.700 IC-bedden in Nederland en de beschikbare IC-bedden in Duitsland, kunnen we voorkomen dat dit plan, dat hierna wordt uitgewerkt, ingezet hoeft te worden. Dit is van belang voor de covid-patiënten zelf, voor de electieve zorg die zoveel mogelijk door moet kunnen gaan en voor de zorgverleners die door een grote en langdurende tweede golf opnieuw fors belast zullen worden.

### **3.1 Testbeleid, monitoring en beleidsmaatregelen**

Het voorkomen en bestrijden van een tweede golf vraagt allereerst om monitoring van de verspreiding van covid onder de bevolking en daarmee om het testen van personen die mogelijk besmet zijn. Hiervoor is het van belang om bij een verdenking bij voorkeur dezelfde dag te kunnen testen en om op dezelfde dag, maar uiterlijk binnen 24 uur, te kunnen beschikken over de uitslag, zodat de betrokkene tijdig wordt geïnformeerd en maatregelen genomen kunnen worden om verdere verspreiding te voorkomen. Hierbij is ook de beschikbaarheid van sneltesten in ziekenhuizen van belang, om snel duidelijkheid te hebben bij patiënten met een verdenking van covid.

Op deze wijze wordt tevens gegarandeerd dat te allen tijde actuele informatie beschikbaar is over het beloop van de epidemie, zowel geografisch, in de tijd, per sector en per bevolkingsgroep. Dit biedt mogelijkheden om specifieke en gerichte maatregelen te nemen om een verdere toename van het aantal geïnfecteerde personen tegen te gaan en iedere uitbraak vroegtijdig te onderdrukken. Idealiter kan op deze wijze langere tijd worden volstaan met snelle, gerichte, kleinschalige beleidsmaatregelen.

Hierbij kan worden gekoerst op het dagelijks en wekelijks aantal geteste personen met klachten, het positiviteitspercentage onder hen en het aantal nieuw geconstateerde besmettingen als resultante. Daarbij moet de ontwikkeling van deze parameters in de tijd worden meegenomen. Belangrijke parameters zijn verder de data betreffende het aantal covid-patiënten op de IC's en in de klinieken en het aantal non-covid-patiënten op de IC's. Deze data worden dagelijks aangeleverd door het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding

(LCPS), een onderdeel van het LNAZ. Deze laatstgenoemde data vormen een late indicator van het aantal besmettingen, maar zijn cruciaal voor het monitoren van de drukte in de zorg, het signaleren van de noodzaak tot regionale of landelijke opschaling en het vaststellen wanneer spreiding van patiënten opnieuw noodzakelijk is. De NVIC en het LNAZ hebben daarbij afgesproken om, op basis van evaluatie, tijdens een eventuele tweede golf desgewenst laagdrempelig en in een vroeg stadium te starten met patiëntenspreiding, bij voorkeur regionaal en zo nodig landelijk, om de continuïteit van de electieve zorg optimaal te verzekeren. Dit wordt eens te meer relevant als ten tijde van het influenzaseizoen in de winter het aantal covid-patiënten onverhoopt stijgt.

Het vorenstaande vraagt om goed onderbouwd en helder gecommuniceerd landelijk beleid. Hierover adviseert het Outbreak Management Team (OMT). Hierbij moeten ook drempelwaarden voor regionale en landelijke maatregelen worden bepaald. Ten aanzien van de landelijke situatie: het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) schatte retrospectief in dat tijdens de piek van de eerste golf 250.000 Nederlanders besmet waren. Dit aantal daalde in de maanden na de lockdown tot ruim 3.000 in de tweede week van juli (RIVM). Op dat moment werden per week slechts 400 nieuwe besmettingen geconstateerd en was het besmettingspercentage slechts 0,6. In de weken daarna tot half augustus was per twee weken sprake van een verdubbeling van het aantal besmettingen, een sterke toename van het besmettingspercentage en van het totale aantal geïnfecteerde personen tot respectievelijk 3.900 per week, 3,7% en 52.000 landelijk. In een dergelijke fase zijn we landelijk nog ruim twee verdubbingsstappen verwijderd van de infectiedruk in maart, een situatie die destijds aanleiding gaf tot een piek van 1.400 IC-opnames. In een volgende golf willen we dit door maximale inspanning voorkomen.

De praktijk leert dat het aantal nieuwe besmettingen lokaal en in de tijd sterk kan variëren. Gelukkig hierop worden landelijke maatregelen bij voorkeur gecombineerd met lokale en/of regionale maatregelen in het gebied waar de uitbraak zich voordoet. Dit vraagt om relevante informatie en analyse op lokaal en regionaal niveau. Eenduidige dataverzameling en transparantie in de analyse en onderbouwing van te nemen maatregelen zijn daarbij noodzakelijk. Naast regionale organisatie kan ook een centrale/landelijke organisatiestructuur behulpzaam zijn. Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en het LNAZ zouden deze rol kunnen vervullen.

Naast dat we in Nederland sterk moeten inzetten op het voorkomen van een tweede golf, is in de afgelopen maanden vooruitgang geboekt in de kennis over de optimale behandeling van covid-patiënten, waardoor er minder mensen op een IC hoeven worden opgenomen. Intensivering van de zorg op verpleegafdelingen door het inzetten van 'intensive care outreach teams' en consulterend IC-verpleegkundigen kan eveneens bijdragen aan een vermindering van de instroom op de IC's. Tegelijkertijd zijn er hoopvolle signalen dat door betere behandelingen de opnameduur op de IC's verkort kan worden. Dit betekent dat we verwachten bij een tweede golf met eenzelfde hoeveelheid bedden en IC-verpleegkundigen meer patiëntenzorg te kunnen bieden.

Deze ontwikkeling leidt ertoe dat de druk op de IC-bedden verschuift naar de kliniek. Sinds de zomer zien de ziekenhuizen dat de druk op de bedden in de kliniek sterk toeneemt. De ratio van IC-dagen en kliniekdagen, die eerder was ingeschat op 1:2, lijkt momenteel te verschuiven in de richting van 1:3 à 1:4. Deze ontwikkeling hangt er vermoedelijk mee samen dat er momenteel meer jongeren besmet zijn en jongeren minder vaak op de IC liggen dan ouderen. Ziekenhuizen moeten bij de inzet van personeel kunnen inspelen op mogelijke verschuivingen in de behoefte aan IC-capaciteit en capaciteit in de kliniek.

## 4. Fasering en flexibele opschaling van capaciteit tot 2.400 IC-bedden in Nederland

### 4.1 Inleiding

Mochten we er ondanks het ingezette beleid, de geleerde lessen en de betere behandel mogelijkheden niet in slagen om de verspreiding van covid-19 in Nederland te beheersen, waardoor uiteindelijk een capaciteit tot 2.400 Nederlandse IC-bedden nodig is, dan zal dit de zorg voor zeer grote uitdagingen stellen om deze capaciteit beschikbaar te krijgen. Daarbij moet tegelijkertijd een minimale kwaliteit van (IC-)zorg gegarandeerd zijn om risico's voor patiënten en zorgverleners te voorkomen. Het LNAZ onderkent dat het verstandig is hier tevoren over na te denken en daartoe voorbereidingen te treffen. Tegelijkertijd benadrukt het LNAZ dat het niet realistisch is te veronderstellen dat er werkelijk 2.400 volwaardige IC-bedden beschikbaar kunnen komen.

Het uitbreiden van de capaciteit tot 2.400 IC-bedden in Nederland vraagt om acties op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Hierna beschrijven we puntsgewijs en op hoofdlijnen welke maatregelen daarvoor nodig zijn. Partijen zullen zich inspannen om deze maatregelen te realiseren. Uit de volgende doorrekening blijkt evenwel dat het niet realistisch is te veronderstellen dat er voldoende personeel beschikbaar zal zijn om de gewenste uitbreiding te realiseren.

Een behoefte aan 2.400 Nederlandse IC-bedden betekent dat er sprake is van een zeer grote mate van verspreiding van covid in Nederland. Hierbij zijn de covid-patiënten op de IC slechts het topje van de ijsberg. Het is dan ook van belang om te realiseren dat in dit scenario het niet alleen zaak is om de capaciteit van de ziekenhuizen en in het bijzonder van de IC's uit te breiden. In dit scenario zal de hele zorgketen en daarmee vele andere zorgverleners geconfronteerd worden met grote aantallen covid-patiënten. De hele zorgketen zal zich hierop moeten voorbereiden. Daarbij moet ervoor gewaakt worden dat zorgverleners concurrenten van elkaar worden, bijvoorbeeld waar het gaat om de inzet van schaarse menskracht en middelen.

Tot slot: een benutting in Nederland van 2.400 IC-bedden brengt ons in de fase van de zogenoemde code zwart. Voor deze fase hebben de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een document opgesteld voor keuzes in een tijd van schaarste.<sup>1</sup> Daarnaast is voor deze fase op verzoek van VWS eerder al een CABU-plan opgesteld (CABU staat voor covid-19 acute beademingsunit).

### 4.2 Uitgangspunten flexibele opschaling

Omdat het een zeer grote uitdaging zal zijn om 2.400 Nederlandse IC-bedden te bemensen, moet er een aantal uitgangspunten worden gehanteerd als deze fase aan de orde komt:

- Wanneer het benodigde aantal van 1.700 IC-bedden wordt overschreden, dan wordt de electieve zorg afgeschaald, zodat verpleegkundigen ingezet kunnen worden voor covid-zorg op de verpleegafdelingen en de IC's. Dit heeft negatieve consequenties voor grote groepen patiënten.
- Anders dan tijdens de eerste golf moet er bij een tweede golf meer aandacht zijn voor een afweging tussen het opnemen van covid- en non-covid-patiënten. De keuze tussen het opnemen van een covid- of non-covid-patiënt zal hierbij lokaal plaatsvinden op basis van medische overwegingen.

---

<sup>1</sup> Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opnames ten tijde van fase 3 in de covid-19-pandemie.

- Omdat deze fase zeer intensief is voor de zorgprofessionals, moet er alles aangedaan worden om deze fase zo kort mogelijk te laten duren. Vier weken lijkt hierbij het absolute maximum.
- In deze fase kan de zorg niet meer van dezelfde kwaliteit zijn en kunnen complicaties optreden.

### 4.3 Fasering opschaling IC-capaciteit

In lijn met het Opschalingsplan covid-19 zal de minister van WVS besluiten over het moment van opschaling van de 1.700 naar de geambeerde 2.400 IC-bedden in Nederland. We zitten dan in fase 3 (crisis) van de opschaling. De eventuele opschaling van de extra capaciteit zal gelijktijdig over heel Nederland plaatsvinden. De electieve zorg stopt dan nagenoeg. De elf regionale coördinatiecentra patiëntenspreiding (RCPS'en) tezamen met het LCPS zorgen ervoor dat door regionale en landelijke coördinatie de zorg zoveel mogelijk gelijkmatig wordt verdeeld over Nederland. Deze verdeling is nodig omdat het een piekbelasting betreft die alleen te adresseren is door inzet van alle ziekenhuizen. Deze gelijkmatige verdeling is daarnaast nodig om iedere regio in gelijke mate ruimte te bieden voor de noodzakelijke acute en semi-acute non-covid-zorg. Op basis van medische afwegingen kan lokaal worden besloten hoe deze in te zetten.

### 4.4 Opschaling IC- en benodigde klinische capaciteit per ROAZ-regio

#### Opschalen IC-capaciteit

Opschaling van de capaciteit richting de 2.400 IC-bedden in Nederland zal zoveel mogelijk plaatsvinden naar rato van de bestaande (precorona) IC-capaciteit per ROAZ-regio en wordt op deze manier gelijkmatig over Nederland verdeeld. Dit is in lijn met de afspraken ten tijde van de eerste golf. Het LNAZ zal dit coördineren.

In de volgende tabel staan de aantallen IC-bedden zoals opgenomen in het Opschalingsplan covid-19, en de verdeling van de opschaling per ROAZ-regio tot in totaal 2.400 IC-bedden.

Tabel 1. Verdeling van IC-bedden per ROAZ-regio

ROAZ regio	pre corona reguliere IC capaciteit	uitbreiding naar 1.350 bedden	uitbreiding naar 1.700 bedden	voorstel uitbreiding naar 2.400 bedden
AZEUR	42	55	65	97
TZMN	79	104	129	183
NAZNW + SZNAMC	157	204	257	363
NAZZ	72	93	118	166
AZO	92	120	146	213
NAZL	96	125	157	222
AZNN	108	140	177	250
NAZW	99	129	162	229
TCZW	144	187	236	333
NAZB	149	194	244	345
<b>Nederland</b>	<b>1.038</b>	<b>1.351</b>	<b>1.691</b>	<b>2.400</b>

\*N.B. Aantallen o.b.v. Opschalingsplan covid-19 d.d. 30 juni; capaciteit betreft beademende en onbeademde bedden

De elf ROAZ-regio's maken aansluitend hierop afspraken over de verdeling van de extra IC-bedden over de ziekenhuizen in hun regio. Dit doen zij op voorhand, zodat de individuele ziekenhuizen weten welke aanvullende maatregelen zij in het verlengde daarvan moeten nemen. Bij de uitwerking zal wederom



nadrukkelijk een beroep gedaan worden op de onderlinge samenwerking, collegialiteit en oplossingsgerichtheid. Het beschikbaar stellen van deze bedden betreft een inspanningsverplichting.

### **Benodigde klinische capaciteit**

Covid-zorg vraagt ook om uitbreiding van de klinische zorg voor covid-patiënten. Conform het plan van 30 juni gaan we uit van een verhouding van IC-bedden tot klinische bedden van 1:2. Dit impliceert dat naast de additionele 700 IC-bedden in een piekfase nog eens 1.400 klinische bedden nodig zijn. Ook hier zijn voldoende personeel, apparatuur en financiële middelen de randvoorwaarden. Een opvang van deze omvang kan binnen de ziekenhuizen alleen gerealiseerd worden door het afschalen van de electieve zorg en het gebruik van de vrijvallende capaciteit voor covid-zorg.

Zoals eerder genoemd, lijkt de verhouding tussen de bezetting op de IC's en in de klinieken door covid-patiënten veranderd. De druk lijkt te verschuiven van de IC's naar de klinieken. Dit kan betekenen dat het scenario waarin 2.400 IC-bedden in Nederland nodig zijn minder waarschijnlijk wordt. Een dergelijke ontwikkeling kan de druk op het benodigde aantal (hooggespecialiseerde) verpleegkundigen ook enigszins verlichten. Voorzichtigheidshalve wordt in dit plan hiermee niet gerekend en gaan we uit van een benodigd aantal van 700 extra IC-bedden en 1.400 extra klinische bedden.

## **5. Personele inzet bij flexibele opschaling**

### **5.1 Inleiding**

Voor het uitbreiden van de capaciteit is extra personeel nodig. Het LNAZ gaat ervan uit dat in het scenario van uitbreiding tot 1.700 IC-bedden al gewerkt wordt met een extra inzet van personeel en dat voor de uitbreiding richting 2.400 IC-bedden in Nederland er geen extra personeel beschikbaar komt. Extra personeel kan in deze fase, en in lijn met de ervaringen tijdens de eerste golf, nog beschikbaar komen door deze te onttrekken aan de electieve zorg in de ziekenhuizen en door personeel van bijvoorbeeld de zelfstandige klinieken in te zetten of door gebruik te maken van 'extra handen in de zorg'.

Deze instroom zorgt niet voor meer IC-verpleegkundigen. Gelijktijdig zal het daarom nodig zijn om, op basis van landelijke afspraken tussen de ROAZ-regio's, te werken met een verdere en tijdelijke 'verdunding' van de personele inzet op de IC's en verpleegafdelingen. Vanzelfsprekend zal deze werkwijze effect hebben op de kwaliteit van de geboden zorg en wordt dit bij voorkeur voorkomen. In dit scenario liggen er alleen nog covid-patiënten en patiënten met een acute en semi-acute zorgvraag in het ziekenhuis.

### **5.2 Personele bezetting**

Conform de eerste coronagolf in Nederland zal opschaling tot landelijk 2.400 IC-bedden een beroep vergen op de inzet en medewerking van vrijwel al het zorgpersoneel in de Nederlandse ziekenhuizen. Inzet van zorgprofessionals buiten hun eigen expertisegebied zal noodzakelijk zijn. Van ziekenhuizen wordt gevraagd hiervoor een plan te ontwikkelen waarbij buiten de reguliere kaders en protocollen zogenoemde 'best possible practices' worden nagestreefd. Ziekenhuizen zullen moeten bezien op welke wijze de meest efficiënte inzet van hun personeel mogelijk is, uiteraard in dialoog met de betrokken artsen en verpleegkundigen. Er zal dan een inventarisatie moeten plaatsvinden onder alle zorgmedewerkers van de rol waarin zij van nut kunnen zijn, mocht overgegaan moeten worden naar afschaling van de electieve zorg en opschaling van de acute zorg. Ook moet er onder zulke uitzonderlijke omstandigheden een landelijke campagne komen om uitgetreden zorgpersoneel tot tijdelijke terugkeer in de zorg te bewegen.

Omdat voor opschaling naar 2.400 IC-bedden in Nederland geen extra IC-verpleegkundigen beschikbaar zijn, is opschaling slechts mogelijk met inzet van zorgpersoneel van buiten de reguliere domeinen en expertisegebieden. De eerste golf heeft bewezen dat onder uitzonderlijke omstandigheden veel mogelijk is, maar dat dit grote consequenties heeft voor de zorg en het welbevinden van het betrokken personeel. Gegeven de huidige gevoelens van onvoldoende erkenning voor de waardering van (IC-)verpleegkundigen, zal hiervoor extra aandacht noodzakelijk zijn, onder andere door hen expliciet bij alle opschalingsplannen te betrekken. Personele inzetbaarheid zal dan ook het grootste probleem vormen om IC-opschaling boven de 1.700 bedden mogelijk te maken. Dit betekent dat onconventionele maatregelen noodzakelijk zullen zijn, waarbij een groot beroep gedaan wordt op zorgmedewerkers. Deze inzet kent echter ook zijn grenzen.

De grenzen aan de mate van opschaling worden in het volgende duidelijk op basis van de theoretische doorrekening van het effect van opschaling op de benodigde personele capaciteit.

### **5.2.1 IC-personeel**

#### IC-verpleegkundigen

Uitgaande van een ratio van 1:3 zijn er voor de beoogde uitbreiding met 700 IC-bedden ruim 1.442 fte IC-verpleegkundigen nodig (zie bijlage 2). Een ratio van 1:3 wordt alleen voor de duur van een maand wenselijk geacht. Ook hier geldt dat de mogelijkheden tot gefaseerd opschalen naar een hogere 'span of control' kunnen variëren op basis van de lokale situatie. De span of control per ziekenhuis is afhankelijk van lokale omstandigheden, het profiel van het ziekenhuis en daarmee van het soort patiënten en de wijze waarop de zorg georganiseerd is.

#### Ondersteunend personeel op de IC

Uitgaande van een ratio 1:3 is er voor de uitbreiding met 700 IC-bedden 2.163 fte aan ondersteunend personeel nodig op de IC (zie tabel bijlage 2).

### **5.2.2 Intensivisten**

Zoals we in het rapport van 30 juni reeds signaleerden, is de opleidingsperiode voor intensivisten te lang om snel te kunnen inspelen op eventuele piekbelasting in een regio of nationaal. Alleen op de opleidingsinstituten zelf zouden artsen in opleiding direct kunnen bijdragen aan de extra inzet van IC-artsen.

### **5.2.3 Personeel op de verpleegafdelingen**

Het verhogen van de IC-capaciteit van 1.700 IC-bedden tot 2.400 IC-bedden, om 700 extra covid-patiënten op te nemen, heeft ook impact op de verpleegafdelingen en de overige zorgketen. Op basis van deze IC-opschaling zijn naar verwachting op de covid-verpleegafdelingen ruim 1.400 extra patiënten te verwachten. Om hiervoor bedden operationeel te maken, zijn zonder afschaling van de electieve zorg aanvullend 3.122 fte verpleegkundigen nodig (zie de tabel in bijlage 2).

## **5.3 Triage**

Daar waar de zorg tegen de grenzen van haar capaciteit aanloopt, kan triage bijdragen aan de oplossing van een capaciteitsprobleem. Triage past alleen bij fase 3 (crisis). Met triage bedoelen we hier triage tijdens de zorg binnen het ziekenhuis. Hierbij verschuift het perspectief naar wat het beste is voor de maatschappij. Patiënten worden bij deze triage geprioriteerd voor zorg en verdeling van (te)schaarse middelen. Er worden beslissingen genomen over wie wel en wie niet levensreddende behandelingen zal krijgen. Triage kan het beste gebeuren op basis van tevoren vastgestelde criteria. In die criteria zijn ook de hiervoor genoemde performance status, comorbiditeit en ernst van de actuele diagnose geïncorporeerd. Voor alle patiënten gelden dezelfde criteria.

Triage geschiedt alleen als het landelijk is afgekondigd en dan:

- zolang mogelijk op medische gronden; en
- bij medisch identieke patiënten op niet-medische overwegingen.

Intensivisten moeten medico-legaal beschermd worden zodat ze kunnen triëren volgens het in het 'Draaiboek Pandemie' van de NVIC beschreven proces (het draaiboek is gepubliceerd op 16 juni 2020 en geaccordeerd door de IGJ).

## 6. Ruimte, apparatuur en middelen voor de flexibele opschaling

### 6.1 Inleiding

Ten opzichte van de eerder opgeleverde plannen zullen er nog ruimten, apparatuur en middelen voor 700 extra IC-bedden beschikbaar moeten komen.

### 6.2 Ruimten

In Nederland zijn deze ruimten niet beschikbaar. Er worden op geleide van het plan van 30 juni waar nodig bouwkundige aanpassingen doorgevoerd. Dit zorgt ervoor dat ruimte beschikbaar is voor in totaal 1.700 IC-bedden. De ervaringen tijdens de eerste golf leerden dat indien bovenop de beschikbare fysieke ruimten voor de IC extra capaciteit nodig is, deze slechts met veel pijn en moeite kan worden gevonden. Dit gebeurt door ruimten in het ziekenhuis die bedoeld zijn voor andere zorgfuncties, zoals operatiekamers en postanesthetische care units, te gebruiken voor de IC.

Voor de opschaling van 1.700 richting 2.400 IC-bedden wordt van de ziekenhuizen in de regio gevraagd om een plan te maken hoe zij binnen de eigen muren de IC verder kunnen opschalen. Vanzelfsprekend zal als gevolg van het alternatief gebruik van ruimten en inzet van personeel voor covid-zorg een belangrijk deel van de electieve zorg geen doorgang meer vinden.

### 6.3 Apparatuur

De ziekenhuizen beschikken op dit moment niet over apparatuur en middelen om te kunnen voorzien in opschaling naar de 2.400 IC-bedden. Samenwerking met het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en het Landelijk Consortium Geneesmiddelen (LCG) is cruciaal gezien de afhankelijkheid van apparatuur, hulpmiddelen en medicatie bij het opschalen van de IC-capaciteit.

#### Beademingsapparatuur

Het LCH heeft aangegeven voldoende beademingsapparatuur te hebben om te kunnen voorzien in uitbreiding van de capaciteit van 1.700 naar 2.400 IC-bedden. De beademingsapparatuur die voor deze opschaling beschikbaar is, betreft echter grotendeels apparatuur waarmee het personeel op de Nederlandse IC's niet gewend is te werken. Het werken met deze apparatuur vraagt dan ook om instructie van medewerkers inzake het gebruik.

De ziekenhuizen achten het voorstel om nu 'onbekende' apparatuur in de eigen instelling in te zetten, zodat personeel straks gewend is ermee te werken, niet verantwoord. Een dergelijke werkwijze is vanuit het perspectief van kwaliteit en patiëntveiligheid niet acceptabel en voor zorgmedewerkers niet werkbaar. De ziekenhuizen opteren in lijn met de uitbreiding naar 1.700 bedden voor meer bestaande apparatuur. Een noodoplossing zou zijn, zo leert de eerste golf, dat de ziekenhuizen met gebruik van eigen apparatuur en geleende apparatuur van bijvoorbeeld zelfstandige klinieken voorzien in (een deel van) de uitbreiding van de

capaciteit tot 2.400 IC-bedden. Dit heeft als nadeel dat apparatuur wordt onttrokken aan de electieve zorg, maar als voordeel dat personeel kan werken met bekende apparatuur.

#### Patiëntmonitorsystemen

Het LCH geeft aan: 'Er zijn nu niet voldoende patiëntmonitorsystemen beschikbaar voor de opschaling naar 2.400 bedden. Er is nog voldoende tijd beschikbaar om extra patiëntmonitorsystemen aan te schaffen om deze voor de volgende opschalingsfase beschikbaar te hebben. De vraag is echter of dat nodig is. Als het idee is om niet alleen op te schalen naar 2.400 IC-bedden maar intussen ook de electieve zorg volledig door te laten gaan, zou extra aanschaf nodig zijn. Het is echter veel eerder denkbaar dat, indien er sprake is van opschaling naar 2.400 IC-bedden, vanwege de benodigde personeel inzet de electieve zorg zal worden afgeschaald. In dat geval kunnen de intern beschikbare patiëntmonitorsystemen van het eigen ziekenhuis worden benut voor de opgeschaalde IC. Extra aanschaf zou in dat geval niet nodig zijn. Daarmee wordt tevens voorkomen dat goede apparatuur onbenut in magazijnen blijft liggen.'

#### Continue venoveneuze hemofiltratie (CVVH)-dialyseapparatuur

Continue venoveneuze hemofiltratie (CVVH) dialyseapparatuur vormt een internationaal knelpunt. Op dit moment kan niet worden voorzien in uitbreiding. De verwachting is dat dit voorlopig ook niet mogelijk is. Intensivisten hebben in het plan van 30 juni aangegeven dat vroegtijdige ondersteuning van patiënten in de kliniek (pre-IC) de kans op nierfalen kan reduceren en daarmee de behoefte aan dialyseapparatuur mitigeren.

#### Spuit- en infuuspompen

Het LCH zal de ziekenhuizen niet voorzien van spuit- en infuuspompen. Het LCH geeft aan: 'Het is raadzaam voor de ziekenhuizen die gaan opschalen naar 2.400 IC-bedden dat zij een voorraad infuus- en spuitpompen gaan aanleggen van de pompen van hun gebruikelijke leveranciers.'

## **6.4 Middelen**

#### Disposables, bedden en matrassen

Het organiseren van disposables, bedden en matrassen wordt aan de ziekenhuizen zelf overgelaten via hun reguliere inkoopkanalen. Voor de disposables geldt dat vanwege de grote variatie in materiaalkeuze, het LCH bij de inkoop geen rol spelen. De individuele ziekenhuizen is in het plan van 30 juni ten aanzien van de disposables geadviseerd hierbij te streven naar een 'ijzeren voorraad' van minimaal acht weken. Het LCH heeft aangegeven te willen ondersteunen bij het inkopen van disposables voor de IC (uitgezonderd persoonlijke beschermingsmiddelen).

#### Persoonlijke beschermingsmiddelen

Ten aanzien van de benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's) wordt van ziekenhuizen verwacht dat zij zelf zorg dragen voor de inkoop van de PBM's die nodig zijn voor de zorg die zij leveren. Indien de ziekenhuizen niet in staat zijn om zelf voldoende PBM's in te kopen, kan er een beroep gedaan worden op het LCH, die als noodvoorziening beschikbaar blijft om in de extra vraag te voorzien. Het LCH heeft inmiddels voldoende producten op voorraad om aan deze aanvullende vraag vanuit de zorg te voldoen. Het LCH houdt daarbij rekening met een hogere vraag als gevolg van een tweede golf of in geval van een sterke toename van de vraag binnen andere scenario's. De actuele voorraden van het LCH worden gepubliceerd op de website van de rijksoverheid ([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)).

## 7. Vervoer

Tijdens de eerste golf kon het vervoer van covid-patiënten goed plaatsvinden. Dit was naast extra inzet vanuit de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) mede mogelijk door het wegvallen van een deel van het acute vervoer en een groot deel van de electieve zorgen het daaraan verbonden vervoer.

Het plan voor opschaling tot 2.400 IC-bedden in Nederland voorziet in het opvangen van de bijbehorende vervoersvraag door het (ook in dit scenario) wegvallen van het 'electieve vervoer'. Het niet meer voorzien in het vervoer voor de electieve zorg moet de RAV's en de MICU-organisaties in staat stellen om met de reeds voorziene uitbreiding van de capaciteit volgens het plan van 30 juni te voorzien in de vervoersvraag. Voorwaarde hierbij is wel dat bij het toenemen van de druk tijdig wordt gestart met het verplaatsen van patiënten tussen de ziekenhuizen binnen en buiten de regio en naar Duitsland.

In lijn met het opschalingsplan van 30 juni zal het LCPS de medekamers ambulancezorg (MKA's) tijds in informeren over de verdere opschaling. Bij deze verdere opschaling is de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen voor het blijven borgen van de beschikbaarheid van artsen (volgens roosters) om het begeleid IC-transport te realiseren een belangrijk aandachtspunt.

## 8. Financiën en bekostiging van het plan

### 8.1 Kosten verbonden aan de plannen

Het mogelijk maken van de uitvoering van deze plannen zal geld kosten. Het gaat hierbij enerzijds om kosten van bijvoorbeeld aanschaf van apparatuur die worden gemaakt in de voorbereiding en anderzijds om kosten die worden gemaakt mochten we deze capaciteit daadwerkelijke moeten gebruiken.

Hierover moeten met VWS, verzekeraars en ziekenhuizen en waar aan de orde ook met de RAV's afspraken worden gemaakt. Het is belangrijk dat de afspraken aansluiten bij de afspraken voor de eerste uitbreidingsvoorstellen en dat er een eenduidige regeling komt.

Het voorstel van het LNAZ is om bij een tweede golf in te zetten op een zogenoemde continuïteitsbijdrage van verzekeraars die borgt dat het afgesproken budget van het ziekenhuis (bij het wegvallen van de electieve productie) gehandhaafd blijft en aangewend kan worden voor de covid-zorg. Daarnaast zouden aantoonbare meerkosten voor bijvoorbeeld apparatuur en middelen aanvullend gedekt kunnen worden uit een subsidie van VWS.

## 9. Bijlagen

### Bijlage 1. Samenstelling kernteam en werkgroepen

#### Kernteam

Jos Aartsen	voormalig bestuurder UMCG, voorzitter kernteam
Bianca Buurman	hoogleraar acute ouderenzorg Amsterdam UMC en Chief Nursing Officer ministerie VWS
Robert Pierik	chirurg Isala en Gelre ziekenhuizen
Ernst Kuipers	voorzitter RvB Erasmus MC, voorzitter LNAZ
Ina Kuper	lid RvB Isala, vicevoorzitter LNAZ
Arold Reusken	hoofd bureau LNAZ
Monique Jacobs	manager Netwerk Acute Zorg regio Zwolle

#### Ondersteuning

## Bijlage 2. Berekening personele formatie

De volgende uitgangspunten zijn gehanteerd voor de indicatieve berekening van de personele formatie.

<b>Benodigde formatie IC-verpleegkundigen voor 1 IC-bed, 24/7 met ratio 1:3 (1 IC-verpleegkundige per 3 patiënten)</b>						
Roosterdienst	Aantal uren per dienst	Aantal dagen per week	Aantal medewerkers per dienst	Aantal roosteruren per week	Aantal roosteruren per jaar	Aantal benodigde fte
Ochtenddienst 9 uur (07:30-16:00 uur)	2,67	7	1	19	972	0,69
Avonddienst 9 uur (15:30-24:30 uur)	2,67	7	1	19	972	0,69
Nachtdienst 9 uur (23:30-07:45 uur)	2,67	7	1	19	972	0,69
Overige dienst						
<b>Totaal</b>				<b>56</b>	<b>2.916</b>	<b>2,06</b>

Fte-inzet 1 IC-verpleegkundige per 3 bedden; 700 bedden: 1442 fte IC-verpleegkundigen.

<b>Benodigde formatie IC-ondersteuners voor 1 IC-bed, 24/7 bij ratio 1:3 (1 IC-verpleegkundige per 3 patiënten)</b>						
Roosterdienst	Aantal uren per dienst	Aantal dagen per week	Aantal medewerkers per dienst	Aantal roosteruren per week	Aantal roosteruren per jaar	Aantal benodigde fte
Ochtenddienst (07:30-16:00 uur)	5,33	7	1	37	1.940	1,37
Avonddienst (15:30-24:030 uur)	4,00	7	1	28	1.456	1,03
Nachtdienst (23:30-07:45 uur)	2,66	7	1	19	968	0,68
Overige dienst						
<b>Totaal</b>				<b>84</b>	<b>4.364</b>	<b>3,09</b>

Fte-inzet IC-ondersteuner per 3 bedden; 700 bedden: 2.163 fte ondersteuners.

Uitgaande van

- Vroege dienst 1 IC-verpleegkundige met 2 ondersteuners met verpleegkundige achtergrond.
- Late dienst 1 IC-verpleegkundige met 2 keer 0,75 fte ondersteuner met verpleegkundige achtergrond.
- Nachtdienst 1 IC-verpleegkundige met 2 keer 0,5 fte-ondersteuning met verpleegkundige achtergrond.

<b>Benodigde formatie verpleegkundigen voor 1 bed op een covid-19 verpleegafdeling 24/7</b>						
<b>Roosterdienst</b>	<b>Aantal uren per dienst</b>	<b>Aantal dagen per week</b>	<b>Aantal medewerkers per dienst</b>	<b>Aantal roosteruren per week</b>	<b>Aantal roosteruren per jaar</b>	<b>Aantal benodigde fte</b>
Ochtenddienst (07:30-16:00 uur)	4,00	7	1	28	1.456	1,03
Avonddienst (15:30-24:30 uur)	2,67	7	1	19	971	0,69
Nachtdienst (23:30-07:45 uur)	2,00	7	1	14	728	0,51
Overige dienst						
<b>Totaal</b>				<b>61</b>	<b>3.155</b>	<b>2,23</b>

Fte-inzet verpleegafdeling bij covid-19 zorg; 1.400 bedden: 3.122 fte verpleegkundigen.

Uitgaande van

- Vroege dienst 1 verpleegkundige op twee bedden.
- Late dienst 1 verpleegkundige op drie bedden
- Nachtdienst 1 verpleegkundige op vier bedden







te voorkomen dat in elke regio andere beslissingen worden genomen en om de mensen die werken in de ziekenhuizen houvast en perspectief te bieden, zodat zij duurzaam inzetbaar blijven bij deze belangrijke zorg.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

### **De benodigde IC-capaciteit**

Op basis van prognoses van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) wordt op dit moment de structureel benodigde IC-buffercapaciteit voor COVID-19 patiënten op gemiddeld 650 bedden geschat. Dat geldt in ieder geval voor de periode totdat een vaccin beschikbaar is. Deze 650 bedden (inclusief personele bezetting) hoeven overigens zeker niet altijd en in totaliteit operationeel te zijn. De mate waarin ze bezet zijn hangt uiteraard af van het totale aantal COVID-19 patiënten op dat moment. Wel moeten deze bedden op het moment dat de vraag naar COVID-19 zorg onverhoopt weer toeneemt snel inzetbaar zijn. Deze bedden moeten dus snel flexibel opschaalbaar en afschaalbaar zijn. Daarnaast moet ook de reguliere zorg weer worden opgeschaald tot het normale niveau (voor zover haalbaar binnen de mogelijkheden van de anderhalvemetersamenleving in de zorginstellingen), hetgeen een beslag legt op de IC-capaciteit (circa 550 bedden). De IC dient tevens beschikbaar te blijven voor de acute zorg (circa 350 bedden). Tenslotte is het belangrijk nog een kleine buffer (circa 150 bedden) voor onvoorziene omstandigheden te hebben. Een optelling van voorgaande cijfers betekent dat er naar schatting een structurele behoefte is van zo'n 1700 benodigde IC-bedden. Aangezien dit een schatting is kan dit aantal voorlopig gebruikt worden als richtcijfer, waarbij de uiteindelijk te realiseren capaciteit hiervan kan afwijken, afhankelijk van de noodzaak en de mogelijkheden.

**Kenmerk**  
205367

Voorop staat dat opschaling naar 1700 IC-bedden niet zomaar is geregeld en dat is ook de reden van mijn verzoek aan u. Deze ophoging vergt bovenal veel van zorgprofessionals, zeker zo vlak na een periode die zeer intens is geweest voor het zorgpersoneel. Juist dit zorgpersoneel is hard nodig en moet goed betrokken worden bij de uitwerking van het plan. Dit vergt een goede doordinking en een door alle partijen gedragen plan. Ik verzoek u dan ook om de peilingen van de FMS en V&VN, naar de ervaringen van het zorgpersoneel over de afgelopen periode, die op dit moment uitgezet zijn bij hun leden, en het advies van Chief Nursing Officer professor Buurman over de transitie naar de reguliere zorg vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden mee te nemen bij de uitwerking van de opdracht.

Ook moet het plan voorzien in een additioneel flexibel op te schalen IC-capaciteit boven een capaciteit van 1700 bedden naar potentieel circa 3000 IC-bedden. Als er een situatie zou komen waarbij er hoger opgeschaald moet worden dan 1700 IC-bedden, dan komt gebruik maken van een breder personeelsbestand en andersoortige apparatuur aan de orde, evenals tijdelijke afschaling van reguliere non-COVID-19 zorg. Deze situatie wil ik ook uitgedacht en uitgewerkt zien om – hoezeer we dit ook willen voorkomen - voorbereid te zijn op een verder toenemende vraag naar COVID-19-zorg bovenop de hiervoor genoemde 1700 IC-bedden.

Ook wil ik in het plan nadrukkelijk de mogelijkheden betrekken om een beroep te kunnen doen op de IC-capaciteit van buurlanden, met name Duitsland, zowel in de situatie dat de opschaling in de Nederlandse ziekenhuizen nog niet gerealiseerd is, als in de situatie dat er daar bovenop meer IC-bedden nodig blijken te zijn. Dat



vraagt om goede afspraken en het in stand houden van de opgebouwde contacten in de afgelopen periode.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

In het plan wordt in ieder geval aandacht besteed aan de lessen die we kunnen trekken uit de afgelopen periode, over fasering en termijnen van de opschaling, de personele bezetting en belastbaarheid, opleidingen en trainingen, de organisatie van de zorg op de IC en benodigde apparatuur en geneesmiddelen. Maar ook hoe we sturing geven aan de capaciteitsontwikkeling in de komende periode, het draagvlak onder alle betrokkenen, de monitoring van de (actuele) beschikbaarheid van bedden, de verdeling van patiënten en de bekostiging en financiering. Ook wil ik u vragen om in kaart te brengen welke reeds bestaande, tijdelijke, oplossingen vooralsnog in stand gehouden moeten worden.

**Kenmerk**  
205367

Ik hecht eraan te blijven benadrukken dat in het plan de draagkracht van verpleegkundigen en artsen zeer serieus moet worden genomen. We willen immers dat zij dit belangrijke vak de komende jaren op een gezonde manier kunnen blijven uitvoeren. De uitwerking van het bovenstaande moet dan ook zorgvuldig gebeuren, met medeneming van de ervaringen en de inbreng van de achterbannen van V&VN, de NVIC en de FMS.

#### **Waaruit bestaat het plan over de opschaling van de IC capaciteit**

Het plan van de IC-opschaling bestaat uit drie onderdelen:

- Onderdeel 1: flexibele opschaling IC-capaciteit tot 1700 bedden
- Onderdeel 2: IC-capaciteit in Duitsland vroegtijdig inzetten (circa 600 bedden), zolang de opschaling in de Nederlandse ziekenhuizen nog niet gerealiseerd is;
- Onderdeel 3: flexibele opschaling IC-capaciteit naar meer dan 1700 IC-bedden tot circa 3000 IC-bedden (inclusief de mogelijkheid om gebruik te maken van circa 600 bedden in Duitsland)

Ik verzoek u voor de drie onderdelen een concreet plan uit te werken over hoe we deze verhoogde capaciteit het beste kunnen realiseren. Hieronder worden de aandachtspunten per onderdeel verder uitgewerkt. De uitwerking van de onderdelen 1 en 2 dient op 25 juni 2020 opgeleverd te worden. De uitwerking van onderdeel 3 dient uiterlijk begin september 2020 opgeleverd te worden.

Ik verzoek u hierbij nauwe afstemming te hebben met de betrokken partijen V&VN, FMS, NVZ, NFU en de ROAZ-en. Ik verzoek u ook met ZN te spreken.

#### **Onderdeel 1: opschaling IC-capaciteit tot 1700 bedden**

We vragen van het LNAZ om uiterlijk 25 juni 2020 een draaiboek op te leveren waarin de volgende vragen worden uitgewerkt:

- Wat hebben we geleerd van de afgelopen maanden?
- Hoe gaan we de opschaling van de structurele IC-capaciteit in de komende maanden realiseren?
- Welke beperkende factoren zijn er en hoe gaan we die oplossen?
- Welke kansen van de afgelopen maanden moeten we blijven benutten?
- Welke richtlijnen, beroepsprofielen, opleidingen moeten ontwikkeld worden?
- Hoe vertalen we de uitwerking naar een concrete regionale uitvoering? Waar gaat de opschaling wel en niet plaatsvinden?
- Hoe gaan we 24/7 de beschikbaarheid van de acute zorg bedden (IC, COVID-19 en non-COVID-19, doorkijk naar SEH capaciteit) registreren en monitoren?



- Hoe gaan we de verdeling van de IC-patiënten coördineren?
- Hoe gaan we de realisatie van opschaling monitoren?
- In hoeverre is hiervoor een structurele inbedding van de functie die op dit moment door het LCPS wordt uitgevoerd nodig en hoe kan dit het beste vormkrijgen?

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
205367

Bij het uitwerken van deze vragen moet in ieder geval aandacht besteed worden aan de volgende onderwerpen:

- Personeel (opleiding, fasering, aantrekken/behouden, werkwijze, ratio, profielschets, rusttijd, supervisie)
- Locaties (verdeling over regio, waar wel/niet)
- Draagvlak (bestuurders, zorgprofessionals, veldpartijen)
- Infrastructuur (faciliteiten, gebouw, bedden, apparatuur, pbm, geneesmiddelen)
- Timing en fasering
- Bekostiging en financiering

#### **Onderdeel 2: IC-capaciteit in Duitsland vroegtijdig inzetten**

De afgelopen periode heeft Nederland dankbaar gebruik gemaakt van de welwillendheid van Duitse ziekenhuizen om Nederlandse patiënten op te nemen. De capaciteit in Duitsland zal in de opschalingsfase mogelijk weer vroegtijdig ingezet moeten worden. Niet alleen in de opschalingsfase naar meer dan 1700 bedden (zie onderdeel 3) maar ook als fall-back voorziening zolang de opschaling naar 1700 bedden nog niet volledig gereed is in de Nederlandse ziekenhuizen.

Van het LNAZ vragen we om een beschrijving van de verschillende ervaringen met de patiëntverplaatsingen naar Duitsland. Daarnaast verzoeken we het LNAZ om contact op te nemen met de Duitse collega's om afspraken te maken op welke wijze, indien nodig, een beroep kan worden gedaan op de Duitse IC-capaciteit van 600 bedden bij een COVID-19 piek. Ik verzoek u ook uit te werken wat er voor nodig is om patiënten ook daadwerkelijk te verplaatsten naar Duitsland. Denk hierbij aan de bereidheid om te verplaatsten van zowel zorgaanbieders als patiënten en naasten, het vervoer, de kosten enz.

#### **Onderdeel 3: flexibele opschaling IC-capaciteit naar van 1700 bedden naar circa 3000 bedden**

Het LNAZ wordt verzocht om een actiegerichte evaluatie te (laten) doen van de snelle IC-capaciteitsopshaling die in Nederlandse ziekenhuizen heeft plaatsgevonden de afgelopen maanden. Wat ging goed (en moeten we behouden), wat moet anders/beter? In de evaluatie moet aandacht worden besteed aan de gevolgen voor de inhoud van de zorg, het personeel, de infrastructuur, de logistiek en de afschaling van de reguliere zorg.

Daarnaast vragen we het LNAZ een realistisch plan op te leveren waarin wordt uitgewerkt hoe in alle ROAZ-regio's (lieft via regionale opschalingsplannen) zo snel mogelijk, maar wel zorgvuldig en gestructureerd, opgeschaald kan worden van 1700 bedden naar circa 3000 bedden (inclusief de circa 600 bedden in Duitsland). Hierbij worden in ieder geval de volgende aandachtspunten meegenomen:

- Personeel (opleiding, aantrekken, werkwijze, ratio, profielschets, rusttijd, supervisie)
- Locaties (verdeling over regio, waar wel/niet)
- Draagvlak (bestuurders, zorgprofessionals, veldpartijen)



- Infrastructuur (faciliteiten, gebouw, bedden, apparatuur, persoonlijke beschermingsmiddelen, geneesmiddelen)
- Timing en fasering
- Bekostiging en financiering

**Tot slot**

Naast de drie onderdelen wat betreft de opschaling van de IC-capaciteit die beschreven zijn in deze brief, denken we ook na over een last resort opschalingsmogelijkheid voor het worst case scenario bij zeer grote pieken van COVID-19 IC-patiënten. Daarbij komen tal van medisch-inhoudelijke, medisch-ethische en bestuurlijke vragen naar voren, waarover de maatschappelijke discussie gevoerd moet worden. Het kabinet bezint zich op welke wijze die discussie het best gefaciliteerd kan worden.

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg  
en Sport,

Martin van Rijn

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
205367

**Colofon**

Auteurs: LNAZ

Redactie: Bureau LNAZ

Uitgave: september 2020