



Landelijk netwerk
acute zorg

Opschalingsplan COVID-19

versie 1.1 oktober 2021

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Uitgangspunten en scope van het opschalingsplan	6
1.3 Projectorganisatie	6
2. Fasering en regionale en landelijke coördinatie	7
2.1 Inleiding.....	7
2.2 Toelichting op figuur 2.1	7
2.2.1 Toelichting op de fasering	7
2.2.2 Toelichting op de situatie en het coördinatie-niveau.....	8
2.2.3 Toelichting op instrumenten (handelingsperspectief)	8
2.2.4 Toelichting op het veranderen van fase bij oplopende druk (besluit)	12
2.2.5 Toelichting op het veranderen van fase bij aflopende druk	12
3. Regionale en landelijke coördinatie en spreiding	13
3.1 Inleiding.....	13
3.2 Het LCPS	13
3.3 De RCPS'en	14
3.4 Spreidingsstrategie	14
3.5 Spreiding in relatie tot de VVT	15
4. Zorg in ketenverband bij toenemende druk	16
4.1 Inleiding.....	16
4.2 Samenwerking in de keten	16
4.3 Borgen van de toegankelijkheid van de SEH	16
4.4 Samenwerking in de keten richting een fase van crisis.....	17
5. Uitbreiding en flexibele opschaling van capaciteit in het ziekenhuis	18
5.1 Inleiding.....	18
5.2 Fasering uitbreiding IC-capaciteit.....	18
5.3 Uitbreiding van de klinische capaciteit	20
5.4 Voorwaarden voor opschaling	20
5.4.1 Waardering	20
5.4.2 Zeggenschap.....	21
5.4.3 Loopbaanperspectief	21
6. Afschalen van reguliere zorg	22
6.1 Inleiding.....	22
6.2 Klassen van zorg	22
7. Duits-Nederlandse samenwerking op de inzet van IC-capaciteit	23
7.1 Inleiding.....	23
7.2 Afspraken over gebruik Duitse IC-capaciteit.....	23
8. Vervoer	24
8.1 Inleiding.....	24

8.2 Vervoer van IC-patiënten	24
8.3 Vervoer van klinische patiënten.....	24
8.4 Coördinatie van vervoer	24
8.4.1 Planbaar vervoer	25
8.4.2 Spoedvervoer	25
8.5 Opschaling vervoerscapaciteit	26
8.5.1 Opschaling MICU-capaciteit	26
8.5.2 Opschaling helikoptervervoer	26
8.5.3 Opschaling vervoer bij overplaatsingen naar het buitenland	27
8.5.4 Opschaling ambulancecapaciteit	27
9. Informatievoorziening.....	28
9.1 Inleiding.....	28
9.2 Vroegtijdige signalering en monitoring van covid-19	28
9.3 Vroegtijdige signalering en monitoring van andere factoren	29
9.4 Inzicht in bedbezetting en capaciteit	29
9.5 Zicht op de (impact van de) druk	30
10. Bekostiging	33
11. Afkortingen.....	34
Bijlagen	36
Samenstelling werkgroep.....	36
Stappenplan opschaling personele inzet IC	37
Opdracht brief VWS	41

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 27 februari 2020 werd de eerste patiënt met covid-19 opgenomen in een van de Nederlandse ziekenhuizen. De weken erna steeg het aantal ziekenhuisopnames van covidpatiënten snel, waarna strenge maatregelen werden genomen om verspreiding van het virus tegen te gaan. Zorgverleners kwamen door covid-19 onder grote druk te staan. De meest kritieke factor bleek daarbij de IC-capaciteit.

Bedden capaciteit moest worden opgeschaald en delen van de reguliere zorg moesten worden afgeschaald om deze piek in de toestroom naar de ziekenhuizen te kunnen opvangen. Daarnaast werden in maart 2020 het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS'en) opgericht door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de werklast van de covid-zorg over de Nederlandse ziekenhuizen te verdelen zodat de totale patiëntenzorg in Nederland zo goed mogelijk kon doorgaan.

Op verzoek van VWS werd door het LNAZ, in nauw overleg met de betrokken veldpartijen, het *Opschalingsplan COVID-19* opgesteld. Het plan was erop gericht om de ziekenhuizen voor te bereiden op een eventuele tweede golf van covidpatiënten in het najaar van 2020. Inmiddels zijn we een jaar, drie golven en een opleving van covid-19 in de zomer van 2021 verder.

Dit is een herziene versie van het opschalingsplan van 30 juni 2020. Het opschalingsplan is aangepast op basis van de geleerde lessen van de afgelopen periode. Deze geleerde lessen staan beschreven in het document 'Terugkijken en vooruitblikken op covid-19'. Het voorliggende plan is op verzoek van VWS geactualiseerd en beschrijft langs welke weg partijen in het najaar van 2021 – met het oog op een mogelijke toenemende druk door covid-19, inhaalzorg, andere virussen enzovoort – zich zullen inspannen om de continuïteit van de acute zorg (inclusief covidzorg) te borgen en wat hiervoor nodig is. Dit opschalingsplan is gericht op het opvangen van de covidpandemie dit najaar, maar de onderliggende principes zijn mogelijk ook toepasbaar bij eventuele toekomstige crises. Het accent in dit plan ligt net als in het oorspronkelijke plan op de ziekenhuis capaciteit en het benodigde vervoer.

Het plan is dan ook allereerst bedoeld om de opvang van covidpatiënten in de ziekenhuizen en de spreiding van ziekenhuispatiënten landelijk te organiseren. Nadrukkelijker dan in het eerste plan wordt benoemd op welke wijze regionale samenwerking binnen de gehele zorgketen kan bijdragen aan het opvangen van de covidzorg. Het is aan de regio's om dit zelf verder vorm en inhoud te geven en wordt in dit landelijke plan niet uitgewerkt.

Het voorliggende plan beschrijft welke besluiten en maatregelen in elke fase van de pandemie genomen kunnen worden om de druk op de zorg zo goed mogelijk op te vangen. Tevens beschrijft het document welke aanvullende maatregelen genomen kunnen worden om, indien dit nodig mocht zijn, extra IC-capaciteit beschikbaar te stellen bovenop de capaciteit die de ziekenhuizen kunnen bieden. De eerste aanvullende maatregel is wederom gebruik te maken van internationale samenwerking en IC-capaciteit over de grens. Deze maatregel heeft niet de eerste voorkeur, maar is wenselijk als daarmee een overgang naar fase 3 (crisis) kan worden voorkomen. De tweede aanvullende maatregel betreft het inzetten van defensiepersoneel om meer bedden beschikbaar te krijgen. Tot slot is het in de voorbereiding op fase 3 gelegitimeerd om ook buiten de huidige kaders mogelijkheden te verkennen. Zo hebben regio's en betrokken zorgverleners afgesproken dat indien de maximale capaciteit te kort dreigt te schieten zij de reeds eerder ingezette maatregelen van opschaling en aanpassing van de zorgverlening tot het maximum zullen benutten. De kwaliteit van zorg en ondersteuning wordt, waar nodig, teruggebracht tot het minimaal aanvaardbare niveau om op deze manier de

niet uit te stellen zorgverlening en de essentiële basisverzorging en begeleiding nog mogelijk te maken. Dit alles in een uiterste poging om te voorkomen dat de zorg door het ijs zakt en de grens van de minimaal gewenste kwaliteit van zorg niet meer kan worden gegarandeerd¹.

In alle gevallen is het vanzelfsprekend beter voor de toegang tot de zorg, voor de zorgverlening aan patiënten en de belasting van het personeel als de belasting van covid-19 dit najaar beperkt blijft. Vaccinatie en bijpassende maatschappelijke maatregelen blijven voor de zorg van belang om invulling te geven aan de zorg voor alle patiënten.

1.2 Uitgangspunten en scope van het opschalingsplan

De volgende uitgangspunten zijn van toepassing op dit plan:

- De zorgvraag wordt zoveel mogelijk opgevangen op lokaal niveau en indien nodig met coördinatie en samenwerking op regionaal niveau, waarbij er zo lang mogelijk sprake is van conventionele zorg (fase 1).
- Wanneer dit ontoereikend is, zal overgegaan worden naar de fase van opgeschaalde zorg (fase 2). Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgpartijen om met elkaar en met landelijke coördinatie tussen de regio's de vraag naar zorg op te vangen.
- Partijen spannen zich (binnen de mogelijkheden) maximaal in om fase 3 te voorkomen.

Het volgende valt buiten de scope van dit geactualiseerde plan:

- afspraken over het structureel ophogen van de landelijke IC-capaciteit;
- de landelijke afspraken van VWS met partijen over de werkwijze in fase 3² en het document(Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk van het LNAZ.³

Dit plan gaat er verder van uit dat zorginstellingen beschikken over of zorgdragen voor de voor de (opgeschaalde) zorg benodigde middelen en materialen.

1.3 Projectorganisatie

Deze actualisatie van het *Opschalingsplan COVID-19* is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de betrokken partijen uit de Joint Coalition van het LCPS, waaronder Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Ambulancezorg Nederland (AZN), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de Regionaal Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en).

Daarnaast heeft afstemming plaatsgevonden met landelijke vertegenwoordigers vanuit de huisartsenzorg, de VVT-sector, de Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), GGD GHOR Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Het opschalingsplan is wederom vastgesteld door de ROAZ-voorzitters, verenigd in het LNAZ.

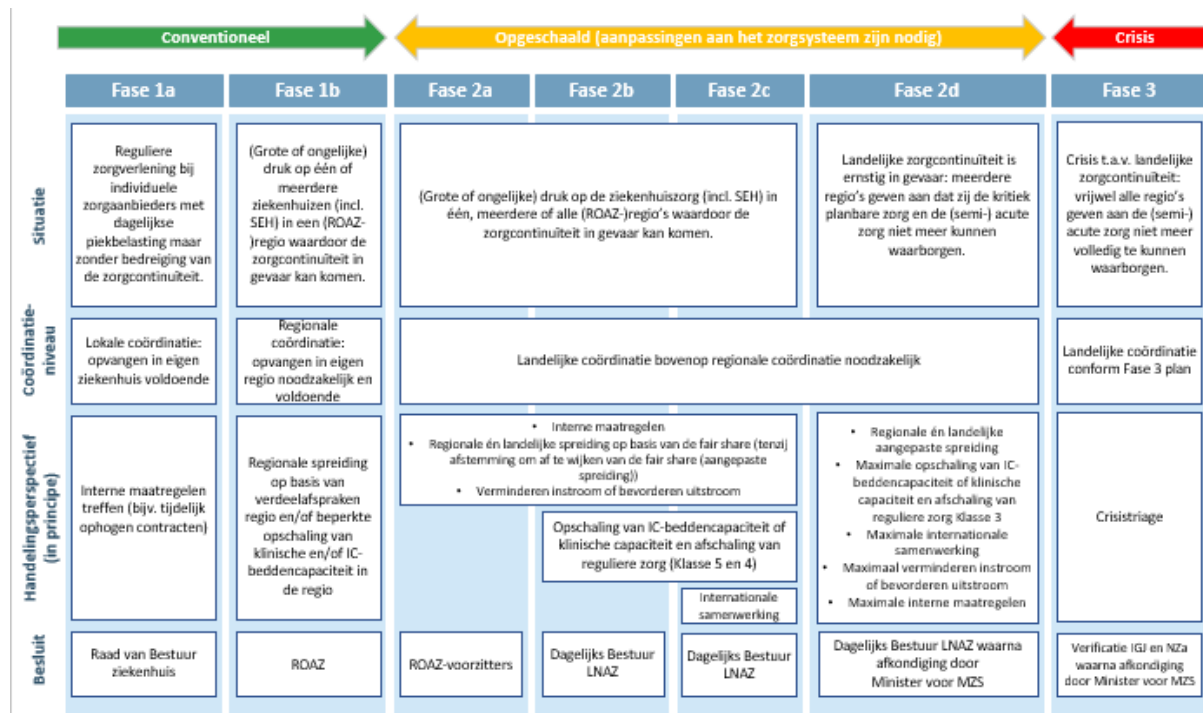
¹ Alleen Samen. (Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk, LNAZ, maart 2021.

² Tijdelijk verdiepend beleidskader Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie, VWS, maart 2021.

2. Fasering en regionale en landelijke coördinatie

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende fases die worden doorlopen bij toenemende druk in de ziekenhuizen (IC, kliniek en SEH). De fases worden weergegeven van 'conventionele zorg' tot 'zorg in een crisissituatie'. Coördinatie van zorg wordt achtereenvolgend lokaal, regionaal of landelijk georganiseerd. Afhankelijk van het coördinatieniveau kan of kunnen op een glijdende schaal één of meerdere instrumenten worden ingezet om de druk op de zorg op te vangen. Het verschilt per fase waar de verantwoordelijkheid voor de besluitvorming is belegd. De fasering wordt weergegeven in figuur 2.1.



Figuur 2.1. Fasering voor coördinatie ten tijde van conventionele zorg, opgeschaalde zorg en zorg in een crisissituatie⁴

2.2 Toelichting op figuur 2.1

2.2.1 Toelichting op de fasering

Dit plan gaat uit van een fasering zoals die ook in de literatuur omtrent zorgcontinuïteit in tijden van pandemieën en rampen wordt gehanteerd. In figuur 2.1 staan deze fases weergegeven op een glijdende schaal van omgaan met druk/piekbelasting, waarbij in toenemende mate van 'conventionele zorg' naar 'zorg in een crisissituatie' wordt overgegaan. Deze fases geven aan in welke (crisis)fase de (acute) zorg in Nederland zich kan bevinden.

Afhankelijk van de fase waarin de zorg verkeert, vindt (zorg)coördinatie anders plaats. Onder normale omstandigheden (fase 1 – conventionele zorg) is de zorg 'patiëntgericht': het uitgangspunt is optimale kwaliteit

⁴ Er wordt uitgegaan van 925 IC-bedden in fase 1a. Vanaf fase 1a vindt gefaseerde opschaling plaats tot 1.350 IC-bedden in fase 3.

van zorg voor elke patiënt. In de volgende fase (fase 2 – opgeschaalde zorg) is de zorg ‘systeemgericht’: er wordt op aanpassingen in het zorgsysteem gericht om zo lang mogelijk de capaciteit en kwaliteit van de (kritieke) zorgverlening te kunnen garanderen. Kort gezegd: de zorg is nog van goede kwaliteit, maar in toenemende mate bepaalt het systeem waar, wanneer en of die wordt geleverd. Onder crisismoments (fase 3 – crisiszorg) is de zorg ‘populatiegericht’: het uitgangspunt is ‘doing the most for the most’. In een dergelijke situatie zal er sprake zijn van een zeer ernstige verstoring van de gezondheidszorg.

2.2.2 Toelichting op de situatie en het coördinatieniveau

In beginsel dient (acute) zorgverlening lokaal of in de regio te worden geleverd, waarbij continuïteit van zorg het uitgangspunt is. De regie ligt in eerste instantie bij de ziekenhuizen. Dit geldt ook voor de covid-zorg. Wanneer de zorg in het ziekenhuis onder druk staat, wordt deze als eerste in het ziekenhuis zelf (fase 1a) en aansluitend eventueel op regionaal niveau opgevangen, waar nodig met regionale coördinatie (fase 1b). Dit gebeurt dan op basis van afspraken in ROAZ-verband.

Het kan voorkomen dat regionale coördinatie op een gegeven moment niet meer voldoende is, waardoor er behoefte ontstaat aan bovenregionale/landelijke ondersteuning en daarmee aan landelijke coördinatie. Dit is nodig wanneer er (grote of ongelijke) druk op één, meerdere of alle regio’s bestaat (fase 2a, 2b en 2c). Omvang én disbalans van de druk spelen dus een grote rol bij de overgang van fase 1b naar fase 2a. Landelijke coördinatie is ook nodig bij een situatie waarin meerdere regio’s aangeven de kritiek planbare zorg en de (semi-)acute zorg niet meer te kunnen leveren (fase 2d) of als vrijwel alle regio’s aangeven de (semi-)acute zorg niet meer volledig te kunnen waarborgen (fase 3). Voor meer informatie omtrent de coördinatie in fase 3 kan het document ‘Alleen Samen. (Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk’ geraadpleegd worden.

Zoals in de inleiding al is benoemd, is voor landelijke coördinatie en spreiding eind maart 2020 het LCPS opgericht. Tegelijkertijd met het ontstaan van het LCPS zijn in de elf ROAZ-regio’s elf RCPS’en opgezet. In hoofdstuk 3 is hierover meer informatie te vinden.

2.2.3 Toelichting op instrumenten (handelingsperspectief)

De opvolgende fases kennen ook een bepaalde volgorde in de instrumenten die kunnen worden ingezet. Sommige instrumenten zijn dermate ‘zwaar’ dat ze idealiter pas in een latere fase worden ingezet (zoals patiënten naar buurlanden verplaatsen). Een glijdende schaal is ook op de inzet van instrumenten van toepassing. Dit houdt in principe in dat bij toenemende druk achtereenvolgend wordt gekozen voor het nemen van interne maatregelen, spreiden van patiënten, intensiveren van de ketensamenwerking, opschalen van bedden capaciteit, afschalen van reguliere zorg en het starten van internationale samenwerking alvorens men alles op alles gaat zetten om fase 3 te voorkomen. Voor de fases 2a t/m 2c bepaalt de benodigde inzet van instrumenten in welke fase we zitten. In de volgende subparagrafen worden de instrumenten opeenvolgend naar zwaarte gepresenteerd.

2.2.3.1. Interne maatregelen

De raad van bestuur kan besluiten om interne maatregelen te nemen om de oplopende druk op te vangen. Die maatregelen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het tijdelijk ophogen van contracten van zorgverleners, het bieden van kinderopvang, medewerkers tijdelijk op een andere afdeling laten werken, het intrekken van vakanties, het uitkeren van bonussen enzovoort. Ook het treffen van interne maatregelen vindt op een glijdende schaal plaats: in fase 1a zet je een minder ‘zware’ interne maatregel in (bijvoorbeeld het tijdelijk ophogen van contracten) dan in fase 2c (bijvoorbeeld het intrekken van verloven). Deze maatregelen worden ingezet in goed overleg met de zorgverleners.

2.2.3.2. Regionale en landelijke coördinatie en spreiding

Zoals al eerder is benoemd, wordt bij oplopende druk altijd eerst overgegaan van lokale coördinatie naar regionale coördinatie en spreiding van covidpatiënten; dit op basis van afspraken binnen de eigen regio en eventueel aangevuld met een beperkte opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit in de regio. Indien dit niet afdoende is, of omdat de verschillen en druk tussen de regio's te veel toenemen, kan men overgaan op landelijke coördinatie en spreiding van covidpatiënten (fase 2).

De verdeling van covidpatiënten volgens de afgesproken 'fair share' dient daarbij te zorgen voor een evenwichtige verdeling van de covidruk over het land, zodat de toegang tot reguliere zorg in alle delen van het land in gelijke mate kan worden geborgd. Echter, naarmate de druk oploopt, kan het spreiden op basis van fair share juist leiden tot te grote verschillen: het ene ziekenhuis of de ene regio moet veel meer aanpassingen doen om de fair share op te kunnen vangen dan het andere ziekenhuis of de andere regio. Indien dit zich voordoet en dit leidt tot grote verschillen in de toegankelijkheid van zorg voor bijvoorbeeld de kritiek planbare zorg of IC-behoefte zorg in of tussen regio's, kan dit aanleiding zijn om in of tussen de regio's afspraken te maken over aangepaste spreiding. Zie hoofdstuk 3 voor meer informatie over regionale en landelijke coördinatie en spreiding.

2.2.3.3. Verminderen instroom en bevorderen doorstroom (zorg in ketenverband bij toenemende druk)

Een ander instrument voor ziekenhuizen om de continuïteit van zorg te borgen, is het verminderen van de instroom van patiënten in het ziekenhuis of juist het bevorderen van de doorstroom van patiënten het ziekenhuis uit. Dit raakt de hele zorgketen. Daarom is vroegtijdige afstemming met ketenpartners uit de VVT-, revalidatie- en huisartsensector van belang. Over de mogelijkheden hiertoe worden in de ROAZ-regio's afspraken gemaakt tussen betrokken partijen in afstemming met zorgverzekeraars en de directeuren publieke gezondheid (DPG). Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 4.

2.2.3.4. Opschaling van de bedden capaciteit op de IC en in de kliniek

Het volgende in te zetten instrument kan het opschalen van de bedden capaciteit op de IC en in de kliniek zijn. Het zevendaagse prognosemodel van het LCPS kan een belangrijk hulpmiddel zijn bij de voorspelling van het aantal benodigde bedden. Dit is een model dat een verwachting geeft van het aantal covidpatiënten in de ziekenhuizen tot zeven dagen vooruit. Gekozen wordt voor opschaling in kleine stappen van circa 100 IC-bedden, omdat zo'n uitbreiding zo min mogelijk impact heeft op de reguliere zorg en het personeel. Voor de kliniek zijn dergelijke afspraken niet gemaakt, omdat deze opschaling in de praktijk makkelijker te realiseren is vanwege grotere aantallen klinische bedden (± 15.000) en mindere complexiteit in vergelijking met opschaling van het aantal IC-bedden. Bij het opschalen van bedden capaciteit moet rekening gehouden worden met de factor tijd: indien het opschalen voor een korte periode nodig is, valt er mogelijk meer op te schalen dan wanneer dit een langdurige periode betreft. Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 5.

2.2.3.5. Afschaling van reguliere zorg

Bij het opschalen van bedden capaciteit op de IC en in de kliniek zal op enig moment ook de reguliere zorg gedeeltelijk moeten worden afgeschaald. Het afschalen van reguliere zorg vindt plaats op een glijdende schaal. Pas in fase 2b en 2c kan landelijk worden besloten om de planbare zorg (klasse 5- en 4-zorg) af te schalen. Vanaf fase 2d kan besloten worden om ook de kritiek planbare zorg (klasse 3-zorg) af te schalen. Uitgangspunt is echter dat de (semi-)acute zorg altijd doorgang moet vinden (tenzij fase 3 intreedt). Bij de afschaling van reguliere zorg worden zorgverzekeraars in de regio betrokken, aangezien zij vanuit de zorgplicht een verantwoordelijkheid hebben voor het borgen van de toegankelijkheid van zowel de (semi-)acute als de planbare zorg. Wanneer wordt besloten de reguliere zorg af te schalen, is het van belang om aandacht te hebben voor goede communicatie. Dit betreft communicatie naar de betrokken zorgverleners, maar ook vooral

naar de patiënten voor wie dit gevolgen heeft. Zie hoofdstuk 6 voor meer informatie over het afschalen van reguliere zorg.

2.2.3.6. Internationale samenwerking

Door internationale samenwerking is het mogelijk om covidpatiënten over te plaatsen naar buurlanden. Dit kan de druk op de zorg in Nederland verlichten, maar het is voor de patiënt wel ingrijpend. Vandaar dat dit instrument idealiter zo laat mogelijk wordt ingezet. Echter, naarmate het moeten afschalen van de kritiek planbare zorg meer in zicht komt (fase 2d), dient dit instrument wel te worden ingezet. Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 7.

2.2.3.7. Ondersteuning van Defensie

In een crisissituatie zal per situatie een afweging worden gemaakt of militaire bijstand in de zorg passend en in het nationaal belang is. In fase 2d is militaire bijstand noodzakelijk om extra capaciteit te creëren voor klinische patiënten en extra ondersteuning te bieden aan IC-afdelingen. De grootste synergie kan worden bereikt door de militaire bijstand te centraliseren op één locatie in Nederland. De extra capaciteit die dit oplevert, wordt gelabeld als landelijke capaciteit zodat de militaire inzet toekomt aan alle Nederlandse ziekenhuizen en Defensie opereert in het nationaal belang. De inzet van Defensie kan worden aangevraagd op basis van de Regeling militaire steunverlening in het openbaar belang (MSOB). De inzet van Defensie is tijdelijk.

2.2.3.8. Selectie en triage

Selectie en triage zijn van groot belang bij oplopende druk. Het onderscheid tussen beide is:

- Medische selectie wordt op dagelijkse basis gedaan. Bij medische selectie worden voor individuele patiënten de voor- en nadelen van een IC-opname afgewogen. De opname moet proportioneel zijn en de kans op herstel moet in redelijke mate voorzienbaar zijn. De performancestatus, comorbiditeit en de ernst van de actuele diagnose worden hierbij meegewogen. Dit wordt besproken met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger waarbij de waarden en normen van de patiënt worden betrokken.
- Triage past alleen bij fase 3 (crisis) van het *Draaiboek Pandemie deel 1*⁵ van de NVIC. Met triage wordt bedoeld: 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 de 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 performancestatus, comorbiditeit en ernst van de actuele diagnose geïncorporeerd. Dezelfde criteria gelden voor alle patiënten.

⁵ Draaiboek Pandemie deel 1, Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), versie 2.1, maart 2021.

	Selectie		Triage
	Conventioneel	Opschalen	Crisis
Ruimte	Normale IC gemaximaliseerd	Extra IC-ruimte in gebruik. Buiten de muren van de oorspronkelijke IC, PACU, CCU aangepast	Onconventionele ruimtes gebruikt voor IC-zorg
Personeel	Extra personeel beschikbaar indien nodig	Personele uitbreiding boven normaal. Grotere "span of control". Aanpassingen in documentatie en zorg	Onvoldoende personeel of onvoldoende geschoold personeel ingezet.
Bevoorrading	Normale bevoorrading	Bewust omgaan met materialen, vervangen en hergebruik waar mogelijk	Kritische benodigdheden missen of zijn schaars
Kwaliteit van zorg	Normaal	Minimale impact	Niet overeenkomend met normale kwaliteit van zorg
Opschaal factor	120%	120% tot 200%	≥ 200%
Middelen	Lokaal	(Supra-) regionaal / Landelijk	Landelijk / Internationaal

Normaal
Extreem

Figuur 2.2. Selectie versus triage uit Draaiboek pandemie deel 1, maart 2021*

*In het Draaiboek Pandemie deel 1 is opgenomen dat uitbreiding binnen de conventionele capaciteit tot 120% zou moeten kunnen en opschaling in de crisis tot 200%. Vanwege de extreem lange duur van de crisis, de uitstroom die groter is dan de instroom van personeel en de te verwachten aanhoudende crisis door covid-19 in combinatie met andere infectieziekten op de IC (vooral griep), is deze opschaling naar 200% achterhaald.

Zoals gezegd zijn er grenzen aan hoeveel er opgeschaald kan worden. Bij een te grote mate van opschaling zal de kwaliteit van de zorg negatief worden beïnvloed. Dan is er substandaardzorg voor iedereen, waardoor patiënten met goede kansen op overleving slechtere uitkomsten hebben.

Selectie leidt niet per definitie tot minder IC-patiënten. Triage kan wél bijdragen aan de oplossing van het capaciteitsprobleem. Triage geschiedt alleen als het landelijk is afgekondigd en dan:

- zo lang mogelijk op medische gronden;
- bij medisch identieke patiënten wordt overgaan op triage op basis van het Draaiboek Triage van de FMS en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).⁶

Intensivisten moeten medico-legaal beschermd worden zodat ze volgens het in het Draaiboek Pandemie beschreven proces (door de IGJ geaccordeerd) kunnen triëren.

⁶ Draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van Fase 3 in de COVID-19 pandemie V2', KNMG en FMS, 16 juni 2020.

2.2.4 Toelichting op het veranderen van fase bij oplopende druk (besluit)

Wanneer er sprake is van reguliere zorgverlening (met een dagelijkse piekbelasting) is het aan de raad van bestuur van het individuele ziekenhuis om de noodzakelijke besluiten te nemen om de zorgvraag met eventuele piekbelasting op te vangen in het eigen ziekenhuis (fase 1a).

Indien er in een ROAZ-regio sprake is van (grote of ongelijke) druk op één of meerdere ziekenhuizen die niet meer kan worden opgevangen in het ziekenhuis c.q. de individuele ziekenhuizen, zal in ROAZ-verband worden besloten om over te gaan tot regionale coördinatie (fase 1b) en het inzetten van instrumenten om de zorg in de regio op te vangen.

Wanneer er sprake is van oplopende druk die niet meer kan worden opgevangen in de ROAZ-regio of als er een ongelijke druk ontstaat tussen de ROAZ-regio's, nemen de ROAZ-voorzitters het besluit tot overgang naar fase 2(a) en tot inzet van bijbehorende instrumenten, waaronder het overgaan tot landelijke spreiding via het LCPS. Indien de druk blijft oplopen, neemt het dagelijks bestuur (DB) van het LNAZ in afstemming met de ROAZ-voorzitters het besluit om over te gaan naar fase 2b of 2c en het inzetten van daarbij bijbehorende instrumenten. Het DB LNAZ constateert ook wanneer fase 2d van toepassing is, waarna de minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) officieel fase 2d afkondigt. De Joint Coalition LCPS kan de ROAZ-voorzitters van advies dienen bij de door hen te nemen besluiten.

Het uitroepen van fase 3 is voorbehouden aan de minister voor MZS. De voorzitter van het LNAZ informeert de minister voor MZS en de IGJ als er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd. Dit gebeurt in afstemming met de Joint Coalition LCPS waarin de betrokken zorgpartijen vertegenwoordigd zijn. De IGJ en de NZa voeren dan een snelle verificatie uit op basis van de meest recente informatie. Op basis van het advies van het LNAZ en de informatie van de IGJ (kwaliteit) en de NZa (toegankelijkheid), wordt fase 3 afgekondigd door de minister voor MZS. De minister voor MZS zal de Tweede Kamer hiervan op de hoogte stellen.⁷ Patiënten zullen via landelijke communicatie van het afkondigen van fase 2d en 3 op de hoogte worden gesteld.

In principe geldt dat de eerdergenoemde inzet van instrumenten op basis van de glijdende schaal als 'voorwaardelijk' kan worden gezien voor het overgaan naar een andere fase. Wanneer meerdere regio's stelselmatig gebruikmaken van de Beds Open for Safety and Support (BOSS)-capaciteit, is dat ook een trigger voor het veranderen van fase en het opschalen van bedden capaciteit. De regionale en landelijke prognosemodellen zijn hierbij een belangrijke indicator. Het constateren van de faseovergang en/of opschaling van bedden capaciteit dient bij voorkeur een aantal dagen van tevoren afgekondigd te worden, zodat de verschillende zorgorganisaties zich hierop kunnen voorbereiden. De mate van opschaling van de individuele ziekenhuizen – die zich onder andere uit in de te leveren capaciteit – kent beperkingen door tijdsduur. Er dient tijdig besluitvorming plaats te vinden indien de maximale duur van de opgeschaalde capaciteit bereikt wordt.

2.2.5 Toelichting op het veranderen van fase bij aflopende druk

Bij aflopende druk vinden in principe dezelfde beginselen van coördinatie, in te zetten instrumenten en besluitvorming plaats. Bij aflopende druk worden de in te zetten instrumenten afgebouwd, waarbij de besluitvorming afhankelijk is van de fase waarin men zich bevindt. Hierbij moet goed worden overwogen in welke mate en met welke snelheid de reguliere zorg weer kan worden opgeschaald. De ervaring leert immers dat snel afbouwen om ruimte te creëren voor reguliere zorg het herstel van zorgprofessionals niet bevordert.

⁷ Kamerbrief over Tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie', 23 maart 2021.

3. Regionale en landelijke coördinatie en spreiding

3.1 Inleiding



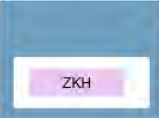
Over het algemeen geldt dat hoe heviger de crisis is, hoe meer de coördinatie en spreiding verschuiven van lokaal naar regionaal naar landelijk niveau, zoals ook al eerder is benoemd. Het LCPS en de RCPS'en spelen hierbij een belangrijke rol om de werklust van de covidzorg over de Nederlandse ziekenhuizen te verdelen zodat de patiëntenzorg zo goed mogelijk kan doorgaan. In de volgende paragrafen worden de rollen, taken en verantwoordelijkheden van het LCPS en de RCPS'en beschreven.

3.2 Het LCPS

Het LCPS kent twee kerntaken: naast monitoring van de (druk op de) zorg en landelijke beelden (zie hoofdstuk 9) verzorgt het LCPS de bovenregionale spreiding. Het LCPS, als onderdeel van het LNAZ, heeft een actieve rol op het gebied van bovenregionale patiëntverplaatsingen vanaf het moment dat landelijke coördinatie plaats gaat vinden (vanaf fase 2a).

Vóór deze fase, in fase 1a en 1b, monitort het LCPS enerzijds de covidbezetting en anderzijds signaleert het eventuele pieken of incidenten. In figuur 3.1 staan de volledige rollen en verantwoordelijkheden van het LCPS per fase. De precieze beschrijving van landelijke taken en verantwoordelijkheden bij het overgaan naar verschillende fasen is vastgelegd in een handboek.⁸ Gelet op de huidige pandemie zal in alle fasen van het plan worden voorzien in deze informatie.

Nauwe samenwerking met een groot aantal geselecteerde stakeholders, zoals brancheverenigingen, zorginstellingen, coördinatieorganen op regionaal en nationaal niveau, patiëntenvertegenwoordiging en toezichthouders, is essentieel. Onder andere voor het creëren van draagvlak en een goede werking van de coördinatie van dit opschalingsplan. Dit is dan ook een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van het LCPS. Daarnaast is nauwe betrokkenheid van medisch-inhoudelijke experts, zoals intensivisten en verpleegkundigen, bij het LCPS essentieel.

	Fase 1a	Fase 1b	Fase 2 (a, b en c)	Fase 2d	Fase 3
 <p>Landelijk</p>	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders Eventuele escalatiemogelijkheid voor patiëntenspreiding vanuit behoefte regio 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders Landelijke coördinatie Regie over internationale samenwerking Landelijke opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders Landelijke coördinatie Regie over internationale samenwerking Landelijke opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders Landelijke coördinatie Regie over internationale samenwerking
 <p>Regionaal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit Informeren LCPS & veld Regionale coördinatie Regionale spreiding op basis van verdeelafspraken regio Beperkte opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit Informeren LCPS & veld Regionale coördinatie Regionale opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit Informeren LCPS & veld Regionale coördinatie 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit Informeren LCPS & veld Regionale coördinatie
 <p>ZKH</p>	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opvangen van pieken Interne maatregelen 	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opschalen Informeren RCPS Beperkte opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opschalen 	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opschalen 	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opschalen

Figuur 3.1. Rollen, taken en verantwoordelijkheden per fase

⁸ Handboek Landelijke Coördinatie, juni 2020

3.3 De RCPS'en

De rollen, taken en verantwoordelijkheden van de RCPS'en richting het LCPS tijdens de covidpandemie zijn vastgelegd (figuur 3.1). De regio's hebben het RCPS verder naar eigen inzicht ingericht, waarbij in afstemming met het LCPS en op basis van de regionale behoefte een RCPS geformeerd wordt. Het RCPS heeft een vergelijkbare doelstelling als het LCPS en verzorgt de regionale beeldvorming en operationele spreiding. In afstemming tussen RCPS en LCPS worden de openings- en bereikbaarheidstijden vastgesteld. In figuur 3.2 wordt meer informatie gegeven over de rollen en verantwoordelijkheden van de RCPS'en.

	RCPS (niet actief)	Minimaal RCPS	Maximaal RCPS
Fase en situatie	Fase 1a Reguliere zorgverlening	Fase 1b Regionale covidpiek	Fase 2a, 2b, 2c, 2d en 3 Meerdere regionale covidpieken
Rol RCPS	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Inzicht en signaleren als onderdeel van het ROAZ 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten <ul style="list-style-type: none"> Regionale coördinatie van patiëntverplaatsingen 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten <ul style="list-style-type: none"> Regionale coördinatie van patiëntverplaatsingen Samenwerking met LCPS voor bovenregionale verplaatsingen
Inrichting en bemensing	Contactpersoon(en) voor het RCPS binnen het ROAZ	<ul style="list-style-type: none"> Indicatie bemensing: 2 – 4 personen 	<ul style="list-style-type: none"> Indicatie bemensing: 4 – 8 personen
Informatie	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan het LCPS Inzicht en signaleren van mogelijke knelpunten 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan het LCPS Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan LCPS (evt. meerdere keren per dag) Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten
Patiënten matching	Door de individuele ziekenhuizen, zonder tussenkomst van het RCPS	<ul style="list-style-type: none"> Regionale matches door het RCPS Gebruik van PMR-tool door RCPS en ziekenhuizen 	<ul style="list-style-type: none"> Regionale matches door het RCPS, bovenregionaal door het LCPS Gebruik van PMR-tool door ziekenhuizen, RCPS en LCPS
Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> Communicatie via regulier overleg ROAZ Communicatie via reguliere ROAZ-kanalen 	<ul style="list-style-type: none"> Structureel overleg tussen LCPS en RCPS <ul style="list-style-type: none"> Structureel overleg in de regio RCPS communicatie naar ketenpartners 	<ul style="list-style-type: none"> Structureel overleg tussen LCPS en RCPS <ul style="list-style-type: none"> Structureel overleg in de regio RCPS communicatie incl. informatie van LCPS naar ketenpartners

Figuur 3.2. Rollen, taken en verantwoordelijkheden RCPS per fase

3.4 Spreidingstrategie

Door spreiding wordt de werklast van de covidzorg zo evenredig mogelijk verdeeld over de regio's en kan de totale patiëntenzorg in Nederland zo goed mogelijk doorgaan. De spreiding binnen de regio's vindt plaats op basis van afspraken die zijn gemaakt over de patiëntenverdeling in de regio zelf. De landelijke spreiding vindt plaats op basis van een afgesproken verdeelsleutel, oftewel de fair share, zodat iedere regio een evenredig deel van de covidpatiënten ontvangt (zie ook paragraaf 2.2.3.2). Het is dan ook op regionaal en landelijk niveau bepaald welk aandeel een ziekenhuis (voor de RCPS/ROAZ-regio's en voor het LCPS/landelijk) beschikbaar stelt voor covidzorg. Het LCPS verzorgt dagelijks een overzicht van de gewenste verplaatsingsrichtingen op basis van het actuele beeld.

Naarmate fase 3 dichterbij komt, ontstaat er een moment waarop één regio of meerdere regio's, als gevolg van absolute schaarste aan IC-capaciteit, de kritiek planbare zorg (< 6 weken) of later de (semi-)acute zorg niet meer volledig kan of kunnen leveren. Als deze afschaling de 6 weken overschrijdt, gaat er gezondheidsschade optreden bij deze categorie patiënten. Deze regio('s) kan/kunnen worden ontzien door de spreidingsstrategie aan te passen. Door inzet van deze strategie kan een dergelijke situatie worden voorkomen of tenminste worden uitgesteld. De fair share over alle regio's zal worden aangepast naar een fair share over de regio's die nog in staat zijn om patiënten over te nemen. De ROAZ-voorzitters in LNAZ-verband nemen hiertoe een besluit op initiatief van één of meerdere regio's. Wanneer de druk verder toeneemt in fase 2d zal ook deze

spreidingsstrategie niet afdoende zijn en wordt er gespreid op basis van beschikbare bedden. Dit betekent dat wordt overgegaan naar fase 3.

De operationele uitvoering van deze strategieën vindt plaats in afstemming tussen de RCPS'en en het LCPS en is onderdeel van het handboek LCPS/RCPS.

3.5 Spreiding in relatie tot de VVT

Er dient aandacht te zijn voor de doorstroming bij ontslag uit het ziekenhuis naar de VVT van de van buiten de regio overgeplaatste covidpatiënten .

4. Zorg in ketenverband bij toenemende druk

4.1 Inleiding

Het accent in dit plan ligt weliswaar op de ziekenhuizen, maar de vroegtijdige samenwerking met ketenpartners uit de VVT-, revalidatie- en huisartsenzorg is essentieel om de druk in de acute zorgketen op te kunnen vangen. Ten tijde van oplopende druk is het van belang dat er afspraken worden gemaakt in de keten om de continuïteit van de acute zorg te kunnen borgen. Zo kunnen sectoren elkaar ondersteunen door patiënten op te vangen uit 'een andere sector' of door zorg op een andere manier vorm te geven. Afstemming en afspraken hieromtrent worden gemaakt op lokaal niveau en/of in regionaal verband. Hierbij is het goed te bezien hoe ook patiëntenvertegenwoordiging kan worden betrokken. Bij de regionale afstemming zitten ook de zorgverzekeraars aan tafel die vanuit hun zorgplicht een belangrijke verantwoordelijkheid hebben voor het borgen van de toegankelijkheid van zowel de (semi-)acute als de planbare zorg.

4.2 Samenwerking in de keten

Een krachtig voorbeeld van samenwerking in de keten is het verminderen van de instroom van patiënten in het ziekenhuis door patiënten met zuurstof (en thuiszorg) in de thuisomgeving te behandelen. Ook bleek het gedurende het afgelopen jaar mogelijk om covidpatiënten medisch verantwoord en ten dele versneld uit te plaatsen naar tijdelijke extra bedden in de verplegings- en verzorgingsinstellingen (incl. geriatrische revalidatie). Een ander voorbeeld is het overnemen van klinische covidpatiënten uit ziekenhuizen door revalidatiecentra (oftewel ziekenhuisverplaatste zorg). In al deze gevallen wordt bij voorkeur gewerkt volgens het proces van Advance Care Planning, zodat tijdig de juiste zorg op de juiste plek geboden kan worden.

Door GGD GHOR en betrokken instellingen zijn regionale opschalingsplannen gemaakt om te kunnen voorzien in deze benodigde capaciteit in de verpleging en verzorging. Eind juli 2021 zijn deze regionale plannen afgeschaald naar een landelijk waakvlamniveau van 150 bedden, te organiseren binnen 72 uur. Deze afspraken lopen tot 1 november 2021. Deze afspraken worden thans regionaal herijkt om bij oplopende druk wederom tijdelijk op te kunnen schalen. Het bestendigen van de aansluiting van VVT-aanbieders in het ROAZ is daarbij essentieel om in de regio tijdig en passend te kunnen opschalen en om via samenwerking de druk op te kunnen vangen in de keten.

Ook huisartsenposten en SEH's kunnen elkaar mogelijk ondersteunen bij oplopende druk. Voor al deze voorbeelden geldt dat het maken van afspraken en de afstemming plaatsvinden op lokaal of regionaal niveau en binnen de mogelijkheden van betrokken partijen. Zo mogelijk wordt hier ook patiëntenvertegenwoordiging bij betrokken. Tot slot is het goed om ook aandacht te hebben voor de nazorg van covidpatiënten – met name door de wijkverpleging – en de behandeling van long-covidpatiënten waarbij ketensamenwerking essentieel is.

4.3 Borgen van de toegankelijkheid van de SEH

Om de toegankelijkheid van de (semi-)acute zorg in de regio te borgen, is het van belang te voorkomen dat SEH's een presentatiestop afkondigen ten gevolge van een gebrek aan klinische capaciteit voor patiënten met covid-19. Een presentatiestop bij een ziekenhuis heeft een grotere stroom covid- en non-covidpatiënten tot gevolg in de andere regionale ziekenhuizen. Dit kan leiden tot overmatige drukte (crowding) op de andere SEH's met alle negatieve gevolgen van dien. Het vergroot de kans dat ook op deze SEH's een presentatiestop moet worden afgegeven. Een presentatiestop van de SEH heeft ook gevolgen voor de ambulancezorgaanbieders, die hierdoor langer onderweg zijn, waardoor de paraatheid in de regio onder druk kan komen te staan. In een periode van piekbelasting is het belangrijk dat alle SEH's in een regio hun functie kunnen blijven vervullen, zodat ook de andere faciliteiten (bijvoorbeeld aanvullende diagnostiek en

operatiekamers) van de ziekenhuizen gelijkmatig kunnen worden belast. Voldoende klinische capaciteit is ook van belang voor de IC en het operatiecomplex, omdat ook zij de patiënten moeten kunnen overplaatsen naar een afdeling.

Om een gebrek aan klinische capaciteit te voorkomen, is het van belang om vroegtijdig klinische patiënten te spreiden, in plaats van een tijdelijke presentatiestop op de SEH af te geven. De afspraken binnen de regio en tussen de RCPS'en en het LCPS voorzien erin om dit realiseren. Om dit te bereiken wordt dagelijks de landelijke en regionale prognose in beschouwing genomen om te beoordelen welke klinische capaciteit van een individueel ziekenhuis nodig is. Gedurende kantooruren kan zodoende de opnamecapaciteit worden vrij gepland voor de verwachte opnames die dag, zodat de toestroom van covidpatiënten in de avond en nacht kan worden opgevangen. Juist omdat overplaatsen in de ANW-uren complexer is dan gedurende de dag, dient er overdag capaciteit vrij te worden gemaakt. Het vroegtijdig patiënten uitplaatsen en gelijkmatig binnen Nederland verdelen, voorkomt de noodzaak van een presentatiestop op de SEH's en daardoor van een ongelijkmatige verdeling van drukte binnen de acute zorg.

4.4 Samenwerking in de keten richting een fase van crisis

Naarmate de druk oploopt, kan de samenwerking met ketenpartners worden geïntensiveerd. Er zijn dan ook regionale en sectorale plannen opgesteld die een handelingsperspectief geven aan zorgverleners in de keten bij een oplopende pandemische druk. Meer informatie hierover is opgenomen in het fase 3-plan van het LNAZ (Alleen Samen. (Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk).

5. Uitbreiding en flexibele opschaling van capaciteit in het ziekenhuis

5.1 Inleiding

Zoals reeds vermeld in het *Opschalingsplan COVID-19* van juni 2020 lagen er in de jaren 2018 en 2019 (voor de uitbraak van de covidpandemie) gemiddeld 925 (non-covid-)patiënten op de IC (bron: NICE). Het ging hierbij om geplande en acute zorg. Daarbij werd de beschikbaarheid van fysieke IC-bedden geschat op zo'n 1.150 IC-bedden, maar deze capaciteit is door personeelstekort echter nooit beschikbaar geweest.

Dit hoofdstuk beschrijft de voorwaarden om tot opschaling tot maximaal 1.350 IC-bedden te komen met bijbehorende kliniekbedden. De inhoud van dit hoofdstuk is mede gebaseerd op het rapport van de NVIC en de V&VN.⁹ Voor het uitbreiden van IC-bedden geldt ook dat het opschalen binnen de regio wordt afgestemd. Deze opschaling zal alleen mogelijk zijn door samenwerking van de verschillende afdelingen én als aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. Opschaling heeft immers een grote impact op zowel het (verpleegkundig gespecialiseerd) personeel als op de patiënt. Uitgangspunt is dat er conform de kwaliteitsstandaard wordt gewerkt waarbij de schatting is dat er op dit moment circa 925¹⁰ IC-bedden beschikbaar zijn.

Bij voorkeur wordt opschaling van bedden capaciteit voorkomen. Indien er toch moet worden opgeschaald, met name bij opschaling vanaf 1.150 IC-bedden, is het van belang dat overheidsmaatregelen worden ingezet om de druk op de zorg acuut te verlichten.

5.2 Fasering uitbreiding IC-capaciteit

Stap 1. (Structureel) beschikbaar maken van 1.150 IC-bedden

Hoewel het structureel ophogen van de IC-capaciteit naar 1.150 beschikbare IC-bedden in verband met de verwachte (niet aan covid-19 gerelateerde) toenemende zorgvraag noodzakelijk is, is dat op dit moment niet mogelijk. Ondanks de ruime materiële en fysieke beschikbaarheid van IC-bedden, zorgen factoren als ziekteverzuim en uitstroom ervoor dat er voor deze bedden onvoldoende personeel beschikbaar is.

Het structureel operationeel maken van de 1.150 IC-bedden zal een forse opgave zijn en tijd kosten. In het najaar/de winter van 2021-2022 kan het aantal van 1.150 IC-bedden daarom slechts incidenteel bij piekbelasting worden bereikt.

Stap 2. Beschikbaar maken van 1.350 IC-bedden

Uitgaande van de huidige 925 beschikbare IC-bedden kan er alleen naar 1.350 IC-bedden worden opgeschaald indien er ondersteuners op de IC worden ingezet, de verpleegkundige-patiëntratio naar 1 : 2,5 gaat en het een beperkte periode betreft. De ondersteuners worden daarbij ook onttrokken aan de rest van de organisatie. Dit heeft effect op de andere zorg, waardoor afschaling van een deel van de reguliere zorg nodig is. Bij opschaling boven de 1.150 IC-bedden voor covidzorg is er geen ruimte meer voor inhaalzorg. Ook wordt het aantal IC-bedden lager indien er meer mobiele intensive care units (MICU) worden ingezet. Waar de extra IC-bedden gesitueerd zijn, kan verschillen per afdeling.

Het nemen van deze stap heeft wel effect op de kwaliteit van de zorg voor patiënten en voor de kwaliteitsbeleving (werkvreugde, vitaliteit) van het werk door het personeel. De beschikbare kennis, de

⁹ IC-Capaciteit 2021-2022. Update opschalingsplan, Nationale regiegroep opschaling IC, NVIC en V&VN-IC, september 2021.

¹⁰ Op basis van uitvraag door V&VN-IC en NVIC, juli 2021.

beschikbare tijd en de kwaliteit van het personeel worden immers over een groter aantal patiënten verdeeld. Gebleken is dat langdurig opschalen gepaard gaat met verdunning en leidt tot een gevoel van verlies van kwaliteit van zorg, toename van burn-outs, PTSS-klachten en morele stress onder personeel en daardoor tot ziekte en uitstroom.¹¹ Opschaling naar 1.350 IC-bedden is maar voor een beperkte duur mogelijk.

De mogelijkheid om op te schalen naar 1.350 IC-bedden hangt ervan af of de basisformatie op orde is. Per afdeling/ziekenhuis/regio kan dit over de tijd wisselen. Monitoring van beschikbare formatie c.q. capaciteit is daarom van belang. Hierbij dient te worden aangemerkt dat afdelingen verschillen, personele bezetting verschilt en de zorgzwaarte van patiënten kan verschillen. Het kennen van aantallen maakt nog niet dat zonder andere gegevens een vertaling naar absolute capaciteit gemaakt kan worden. Monitoren dient niet enkel op basis van getallen te worden gedaan; de menselijke maat mag niet uit het oog verloren worden.

Stap 3 – Opschaling boven 1.350 IC-bedden

Een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden is op dit moment door personele tekorten niet haalbaar.

Stappenplan voor opschaling IC-capaciteit in de regio

In de voorgaande periode is bij de landelijke opschaling van de IC-capaciteit uitgegaan van stappen van 100 bedden. De beschikbaar te stellen capaciteit werd daarbij afgestemd op de zorgvraag. Dit maakte het mogelijk om niet meer capaciteit na te streven dan noodzakelijk. Dit beleid zal in het najaar worden gecontinueerd. De regio's zal worden gevraagd om hun bijdrage te leveren naar rato van hun fair share. Hierbij zullen de stappen van 1.150, 1.250 en 1.350 IC-bedden worden gehanteerd. De regio's wordt gevraagd dit met de ziekenhuizen in de regio af te stemmen, zodat bij de verschillende stappen duidelijk is wat de consequenties zijn voor het ziekenhuis en de afdelingen in het ziekenhuis.

In dit opschalingsplan wordt uitgegaan van een opschaling naar 1.350 IC-bedden conform het volgende overzicht. Dit overzicht (dat optelt tot 1.347 IC-bedden) is gebaseerd op afspraken over aantallen bedden tussen de ziekenhuizen en VWS in het kader van de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19.¹² De fair share die iedere regio gevraagd wordt te leveren, is een afgeleide van het aandeel van de regio in het totale aantal van 1.347 bedden dat landelijk wordt gevraagd.

¹¹ Heesakkers et al. 2021. The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive and Critical Care Nursing* 65: 1-6; Kok et al. 2021. Coronavirus Disease 2019 Immediately Increases Burnout Symptoms in ICU Professionals: A Longitudinal Cohort Study. *Critical Care Medicine* 49(3): 419-427; Meynaar et al. 2021. Burnout, resilience and work engagement among Dutch intensivists in the aftermath of the COVID-19 crisis: A nationwide survey. *Journal of Critical Care* 62: 1-5.

¹² Staatscourant 8 oktober 2021, nr. 43120.

Opschaling IC-bedden per ROAZ-regio*	Uitgangssituatie	Uitbreiding IC-bedden naar 1.150 (fase 1+)	Uitbreiding IC-bedden naar 1.350
Totaal AZEUR	44	44	56
Totaal TZMN	74	83	99
Totaal NAZNW + SZN	157	174	204
Totaal NAZZ	68	80	93
Totaal AZO	77	102	120
Totaal NAZL	79	103	125
Totaal AZNN	108	120	140
Totaal NAZW	99	109	129
Totaal TCZW	144	160	187
Totaal NAZB	149	166	194
Totaal	999	1.141	1.347

* Conform Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19; bron: Staatscourant 8 oktober 2021, nr. 43120

Op regionaal niveau zijn verschillende strategieën ten aanzien van opschaling denkbaar. Zo kunnen alle aangewezen ziekenhuizen tegelijkertijd naar rato opschalen of dit kan gefaseerd in verschillend tempo per ziekenhuis plaatsvinden. De feitelijke wijze van opschaling binnen een regio is de verantwoordelijkheid van het betreffende ROAZ. Op die manier kan het opschalingsmodel afgestemd worden op de kenmerken van de regio.

5.3 Uitbreiding van de klinische capaciteit

De druk kan ook oplopen in de kliniek (op de verpleegafdelingen). Echter, door het grote aantal klinische bedden in Nederland zal de totale beddenscapaciteit – in tegenstelling tot de IC – hoogstwaarschijnlijk niet in zijn geheel hoeven te worden opgeschaald. Wel dient zo nodig de klinische capaciteit, gealloceerd voor bijvoorbeeld covid-19 of andere virussen, te worden opgeschaald. Dit gaat dan wel ten koste van de reguliere zorg. Het op- en afschalen van deze klinische beddenscapaciteit vindt plaats naar gelang de behoefte op basis van de zevendaagse prognose. Uitgangspunt is dat zowel non-covid- als covid-IC-patiënten in het betreffende ziekenhuis de klinische nazorg krijgen.

Opgemerkt moet worden dat een intensieve ondersteuning in de kliniek een deel van de IC-opnames kan voorkomen. Daarnaast is er bij oplopende druk in de kliniek minder personeel beschikbaar om te ondersteunen op de IC, wat kan zorgen voor een hogere druk op de IC. Andersom werkt het ook zo: indien er IC-beddenscapaciteit wordt opgeschaald, zijn er op de IC meer ondersteuners nodig (uit de kliniek), wat ten koste gaat van beschikbaar personeel in de kliniek. Ook dient er rekening mee te worden gehouden dat bij oplopende druk de zorgzwaarte anders kan worden (bijvoorbeeld door strengere selectie). Dit geldt zowel voor de IC als de kliniek.

5.4 Voorwaarden voor opschaling

5.4.1 Waardering

Zorgprofessionals, waaronder (gespecialiseerd) verpleegkundigen, hebben een belangrijke rol in het toegankelijk houden van de zorg. Zeggenschap is essentieel voor de waardering van zorgprofessionals. Waardeer kennis en ontwikkeling in financieel en immaterieel opzicht. Het ontbreken van waardering in de vorm van zeggenschap, loopbaanperspectief en financiële beloning zijn, naast werkdruk, personeelstekort en balans tussen werk en privé, de belangrijkste redenen die genoemd worden voor uitstroom naar andere functies.

5.4.2 Zeggenschap

Professionele zeggenschap en positionering door, voor en met zorgprofessionals, waaronder (gespecialiseerd) verpleegkundigen en verzorgenden, is essentieel in de ontwikkeling en het behoud van de beroepsgroep, zo stellen V&VN, NVZ en NFU.¹³ Zij dienen directe invloed te hebben op de wijze van de invulling en organisatie van de zorg. Door borging van het belang van zorgprofessionals in besturen van ziekenhuizen kunnen zij volwaardige gesprekspartners zijn bij de besluitvorming in de organisaties. Lokaal betekent dit dat ziekenhuisbestuurders voor de opvang van covidpatiënten samenwerken met artsen, (gespecialiseerd) verpleegkundigen en andere zorgprofessionals om de plannen uit te werken.

5.4.3 Loopbaanperspectief

Zorgprofessionals, waaronder (gespecialiseerd) verpleegkundigen, moeten gefaciliteerd worden om door te groeien binnen het beroep, met behoud van een percentage voor directe patiëntenzorg. Door functies te creëren waarin patiëntenzorg gecombineerd kan worden met onderwijs, kwaliteitsbeleid, onderzoek of management kunnen zorgprofessionals bouwen aan een carrière en behouden worden voor de directe patiëntenzorg. Aandacht voor deskundigheidsbevordering moet te allen tijde blijven bestaan en gefaciliteerd worden.

¹³ Kort programmavoorstel voor VWS, 'Vergroten van professionele zeggenschap van zorgprofessionals', V&VN, NFU en NVZ, 3 september 2021.

6. Afschalen van reguliere zorg

6.1 Inleiding

Zoals al aangegeven in hoofdstuk 2 kunnen verschillende instrumenten worden ingezet om de covidzorg op te vangen bij toenemende druk, waaronder het afschalen van de reguliere zorg. De laatstgenoemde maatregel wordt voorafgegaan door het opschalen van de bedden capaciteit op de IC en in de kliniek. Het afschalen van reguliere zorg vindt plaats op een glijdende schaal. Keuzes over het afschalen van reguliere zorg worden gemaakt op basis van de ernst van het ziektebeeld, de potentiële gezondheidsschade en de kans op herstel. Het afschalen van reguliere zorg is een ingrijpend instrument met (grote) impact voor de patiënt. Goede communicatie naar de betrokken zorgverleners, maar vooral ook naar de patiënten die dit raakt, is daarbij erg belangrijk.

6.2 Klassen van zorg

Figuur 6.1 onderscheidt vijf klassen van urgentie die voor de klinische zorg toepasbaar zijn. Covid-zorg valt onder klasse 1 en klasse 2.

Klasse		Definitie in dit document	Termijn van zorg
Klasse 1 en 2	<i>Semi-acute zorg</i>	Zorg noodzakelijk, zeer hoog risico op gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 1 week.	< 1 week
Klasse 3	<i>Kritieke planbare zorg</i>	Aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 6 weken.	< 6 weken
Klasse 4	<i>Overig planbare zorg</i>	Enig risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 6 weken.	> 6 weken
Klasse 5	<i>Overig planbare zorg</i>	Geen permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel te verwachten.	> 6 weken

Figuur 6.1. Klassen van urgentie van klinische zorg

Bij een oplopende druk kan worden besloten om op een gegeven moment de reguliere zorg af te schalen, te beginnen bij het afschalen van de klasse 5- en klasse 4-zorg – de planbare zorg. Klasse 3-zorg – de kritiek planbare zorg die binnen zes weken moet plaatsvinden – moet zoveel mogelijk doorgang blijven vinden, anders belanden we in fase 2d. Indien we toch in fase 2d komen, kan het voorkomen dat de klasse 3-zorg niet binnen de termijn van zes weken kan worden geboden. Bij overschrijding van deze termijn bestaat de mogelijkheid dat de klasse 3-zorg overgaat naar klasse 2-zorg,¹⁴ dit is een mogelijkheid en ter beoordeling aan de hoofdbehandelaar van de patiënt. Dat kan vervolgens leiden tot een toename van de klasse 2-zorg, oftewel de semi-acute zorg.

¹⁴ Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk, FMS, versie 1.0., 30 oktober 2020.

7. Duits-Nederlandse samenwerking op de inzet van IC-capaciteit

7.1 Inleiding

In de reguliere situatie zijn er goede bilaterale contacten tussen de ziekenhuizen in het oosten van Nederland en collega-instellingen aan de andere kant van de grens. In tijden van oplopende druk kan contact worden gelegd met de Duitse bondsstaat Noordrijn-Westfalen en met individuele ziekenhuizen in de bondsstaat Nedersaksen voor het overnemen van IC-covidpatiënten. Dit is een zwaar instrument, gelet op de ingrijpende ervaring voor de patiënt en diens familie, dat idealiter zo laat mogelijk wordt ingezet.

7.2 Afspraken over gebruik Duitse IC-capaciteit

Op basis van de herbevestigde afspraken met Duitsland mag Nederland ook in de toekomst een beroep doen op Duitse IC-capaciteit. Het betreffen wederkerige afspraken waarbij geen specifieke afspraken gemaakt zijn over aantallen patiënten. Het gaat om afspraken over IC-zorg met de Duitse bondsstaat Noordrijn-Westfalen en met individuele ziekenhuizen in de bondsstaat Nedersaksen. De afspraken tussen Nederland en Duitsland voorzien in het gebruik van elkaars IC-bedden in gevallen van nood.

Voor Nederland gaat dit om een situatie waarin wordt opgeschaald richting de 1.350 IC-bedden en deze capaciteit onvoldoende dreigt te worden. Op dat moment zal Nederland in overleg treden over het sturen van IC-behoefte patiënten naar Duitsland. Gelet op de beperkte capaciteit om patiënten naar Duitsland te kunnen vervoeren, is het van belang om tijdig te beginnen met het overplaatsen van covid-IC-patiënten.

Met de Universitätsklinikum Münster, als Duits coördinatiepunt voor de beschikbare IC-bedden in de deelstaat Noordrijn-Westfalen, is gewerkt aan de operationele voorbereiding van de overdracht van patiënten naar Duitsland en vice versa. Daarbij wordt nauw samengewerkt met de collega's in de Universitätsklinikum en met de NVIC. De gemaakte operationele afspraken zijn vastgelegd in een gezamenlijk Duits- en Nederlandstalig handboek getiteld 'Handboek gebruik Duitse capaciteit'. Dit handboek is separaat van dit rapport uitgebracht en beschikbaar voor betrokkenen. Beide partijen schenken bijzondere aandacht aan de lessen die zijn geleerd uit ervaringen van betrokken patiënten en hun familie. Verplaatsing van een ernstig zieke patiënt naar een andere stad en wellicht een ander land is – naast de praktische uitdagingen – vooral een emotioneel zeer ingrijpende ervaring voor de patiënt en diens familie.¹⁵

¹⁵ De afdeling IQ Healthcare, onderdeel van Radboudumc, heeft een onderzoek in voorbereiding naar de ervaringen van covid-patiënten die vanuit Brabant en Limburg zijn verplaatst naar Nederlandse ziekenhuizen en van patiënten die zijn verplaatst naar Duitse ziekenhuizen. De resultaten daarvan worden later dit jaar verwacht en zullen door het LNAZ worden gebruikt voor eventuele aanpassingen van het protocol.

8. Vervoer

8.1 Inleiding

Oplopende druk in de ziekenhuizen en regionale en landelijke spreiding van covidpatiënten kunnen ook tot extra druk op het vervoer leiden. Het gaat hierbij zowel om de ambulancezorgaanbieders als de MICU-organisatie. Om het vervoer bij oplopende druk te optimaliseren, zijn de afspraken door de betrokken ketenpartners gezamenlijk aangescherpt.

8.2 Vervoer van IC-patiënten

Conform de geldende kwaliteitsstandaard worden IC-patiënten vervoerd door MICU-teams in speciaal daarvoor ingerichte voertuigen. In de reguliere situatie zijn er zeven MICU-voertuigen beschikbaar voor het vervoer van IC-patiënten. De indicatiestelling voor MICU-transport wordt gecoördineerd door de zeven regionale MICU-coördinatoren. Deze hebben het overzicht op het bovenregionale vervoer georganiseerd door het LCPS en hebben ook het overzicht op het regionale covid- en non-covid-IC-vervoer. Dit proces is reeds geïmplementeerd bij de regionale meldkamers ambulancezorg (MKA). De MKA draagt zorg voor een actuele registratie in het Geïntegreerd Meldkamer Systeem (GMS). Reeds geplande ritten worden ook door de MKA's in het GMS geregistreerd.

Een toename van de bezettingsgraad van het aantal (opgeschaalde) IC-bedden heeft effect op het aantal vervoersbewegingen voor IC-patiënten. Een onevenredige verdeling van de instroom in de Nederlandse ziekenhuizen – waardoor landelijke patiëntenspreiding nodig is – is bepalend voor het aantal vervoersbewegingen. Daarbij is het principe van fair share leidend, waarbij in fase 2d een ander spreidingsprincipe geldt. Om goed gebruik te kunnen maken van de beschikbare MICU-capaciteit is het streven om bij matching door het LCPS voor 12:00 uur de patiënt nog dezelfde dag te verplaatsen. Bij matching door het LCPS na 12:00 uur wordt de IC-overplaatsing ingepland voor de volgende dag tussen 08:00 en 12:00 uur.

Bij acute capaciteitsproblemen kan altijd worden beoordeeld of een eerdere inzet van een MICU haalbaar is. Daarnaast is er de mogelijkheid om patiënten met 'begeleid IC-vervoer' te verplaatsen conform het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) (versie 8.1), het protocol Interklinische overplaatsing en de NVIC-richtlijn 'Interklinisch transport van IC-patiënten 2019'.

8.3 Vervoer van klinische patiënten

Conform de geldende kwaliteitsstandaard worden klinische patiënten vervoerd door de ambulancezorg. De indicatiestelling voor ambulancezorg wordt gedaan door de meldkamer ambulancezorg. Ook voor het vervoer van klinische patiënten geldt dat om goed gebruik te kunnen maken van de beschikbare ambulancecapaciteit het streven is om bij matching door het LCPS voor 12:00 uur de patiënt nog dezelfde dag te verplaatsen. Bij matching door het LCPS na 12:00 uur wordt de klinische overplaatsing ingepland op de volgende dag tussen 08:00 en 12:00 uur.

Bij acute capaciteitsproblemen kan altijd worden beoordeeld of een eerdere inzet van de ambulancezorg haalbaar is.

8.4 Coördinatie van vervoer

Verzoeken tot overplaatsing worden via lokale ziekenhuizen, het RCPS en/of het LCPS ingediend. Er wordt onderscheid gemaakt tussen planbaar en spoedvervoer. Vanwege redenen van efficiëntie is het wenselijk om

deze twee typen te scheiden zodat de inzetbare uren van de MICU en de ambulancezorg optimaal benut worden.

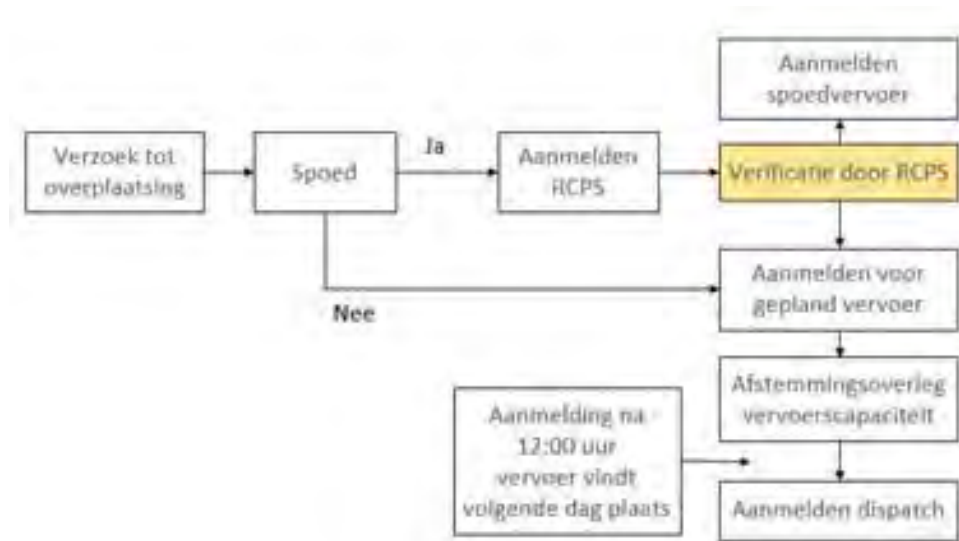
8.4.1 Planbaar vervoer

Vanaf fase 2 vindt er centrale afstemming plaats over het vervoer van klinische en IC-patiënten. Dagelijks wordt het planbare vervoer, in afstemming met LCPS (dispatch AZN), RCPS en MICU, in kaart gebracht en ingepland voor vervoer op de volgende dag. Hierbij geldt dat het ontvangende ziekenhuis het bed reserveert voor de reeds aangemelde patiënt. Zoals eerder benoemd, zijn er afspraken gemaakt over de matching door het LCPS op gezette tijden en het moment dat de patiënt wordt verplaatst.

8.4.2 Spoedvervoer

Te allen tijde is het mogelijk om een aanvraag tot spoedvervoer te doen. De spoedindicatie wordt bepaald op basis van een absoluut tekort aan beschikbare klinische of IC-bedden, incl. BOSS, of een patiëntgebonden indicatie. In de planning van het vervoer wordt er rekening mee gehouden dat er voldoende ruimte is om ook het spoedvervoer te faciliteren.

Het verzoek tot spoedoverplaatsing wordt in het geval van een absoluut tekort aan (IC-)bedden geverifieerd door het RCPS, waarbij er primair wordt gezocht naar een regionale oplossing. Mocht er regionaal geen (IC-)capaciteit beschikbaar zijn, dan zal het LCPS de aanvraag tot spoedvervoer overnemen. Bij een verzoek tot spoedoverplaatsing op basis van een patiëntgebonden reden, vindt er geen verificatie plaats. Voor deze aanvraag geldt de reguliere werkwijze.



Figuur 8.1. Proces voor spoedvervoer

Partijen gaan ervan uit dat alle IC-houdende ziekenhuizen zijn voorbereid op de NVIC-richtlijn 'Interklinisch transport van IC-patiënten' en dat ze de daarvoor benodigde middelen beschikbaar hebben. Daarbij is het voor de ziekenhuizen van belang om vast te stellen dat deze middelen toepasbaar zijn in de ambulances van de eigen RAV.

8.5 Opschaling vervoerscapaciteit

8.5.1 Opschaling MICU-capaciteit

Het opschalen van vervoerscapaciteit is sterk afhankelijk van de actuele situatie. Er is een directe relatie tussen het aantal IC-bedden en het aantal beschikbare MICU-voertuigen. De bemensing van de extra MICU wordt immers onttrokken aan de IC. Of opschalen van MICU-capaciteit mogelijk is, hangt dan ook af van de lokale situatie. Ook het soort van MICU-opschaling (uitbreiden van inzetijden, dan wel een extra MICU-team overdag) zal kunnen wisselen per centrum.

Vanaf fase 2 vindt er een 'afstemmingsoverleg vervoerscapaciteit' plaats indien dat noodzakelijk geacht wordt door een van de deelnemers of omdat het operationele proces daar om vraagt. In dit overleg zijn de NVIC, AZN, de MICU-coördinatoren en het LCPS vertegenwoordigd. Op basis van het actuele beeld wordt besloten of opschaling van vervoerscapaciteit geïndiceerd is en hoe deze het beste vormgegeven kan worden. Indien de voorgestelde opschaling een negatief effect heeft op de IC-capaciteit, zal het dagelijks bestuur LNAZ hierover besluiten.

Aansluitend op het opschalingsmodel van het LNAZ wordt het volgende opschalingsmodel voor vervoer van IC-patiënten gevolgd:

- Regionale MICU-coördinatie zoals gebruikelijk in niet-crisissituaties. Bij te veel aanvragen wordt hulp ingeroepen van naburige MICU-centra.
- Indien ondanks hulp van naburige MICU-centra de transportcapaciteit tekortschiet, zal landelijke MICU-bijstand gevraagd worden en kan zo nodig overgegaan worden tot opschaling van de landelijke MICU-capaciteit naar maximaal 14 MICU's (haalbaarheid is afhankelijk van de lokale situatie per MICU-centrum en kan ten koste gaan van IC-capaciteit).

Daarnaast betreft het handelingsperspectief voor opschaling van de MICU-capaciteit de volgende maatregelen:

- uitbreiding van de inzetijden van de MICU's; dan wel
- inzet van een helikopter.

Zoals ook gebruikelijk in een niet-crisissituatie is er conform het LPA 8.1-protocol en de Richtlijn Interklinisch transport van IC-patiënten ruimte om IC-patiënten met een begeleid transport over te plaatsen. De indicatie hiervoor wordt gesteld door de verwijzend intensivist en deze faciliteert conform de gestelde eisen van de NVIC-richtlijn ook het transport.

8.5.2 Opschaling helikoptertransport

Voorheen is er gebruikgemaakt van een helikopter om IC-patiënten te verplaatsen, waarbij het medisch team van de helikopter, bestaande uit een MMT-arts en een MMT-verpleegkundige, de zorg voor de patiënt in de lucht verzorgt. De inzet van een helikopter kan opnieuw een optie zijn indien, ondanks een effectiever gebruik van de MICU's, de transportcapaciteit tekort dreigt te schieten. De helikopter kan dan ingezet worden bij transporten over grote afstanden (> 100km). Tevens kan de helikopter ingezet worden bij transporten naar het buitenland. Het aantal helikopters dat geschikt is voor vervoer van IC-covidpatiënten is echter beperkt. De helikoptervoorziening wordt geleverd vanuit de reservecapaciteit van de Lifeliners en betreft de LL5.

Daarnaast is in Nederland één ambulancehelikopter beschikbaar (met een back-up). Deze ambulancehelikopter is de Waddenheli van RAV-Fryslân, die wordt ingezet om de acute zorg op de Waddeneilanden te waarborgen en kan om deze reden niet ingezet worden voor het vervoer van covidpatiënten. De covidpandemie heeft tot nu toe geleerd dat wanneer deze Waddenheli voor IC-transport wordt ingezet voor covidpatiënten, er feitelijk geen alternatief beschikbaar is om eenzelfde niveau van acute zorg op de Waddeneilanden te garanderen.

Inzet van de reservehelikopter van de Waddenheli is wel mogelijk indien deze niet nodig is ter vervanging van de Waddenheli. Afstemming rondom nut en noodzaak van de inzet hiervan zal in samenwerking met VWS worden gedaan.

8.5.3 Opschaling vervoer bij overplaatsingen naar het buitenland

Indien het noodzakelijk wordt om patiënten over te plaatsen naar het buitenland, wordt hiervoor primair een helikopter ingezet (uitgezonderd voor korte transportafstanden in de grensregio). Dit voorkomt de langdurige afwezigheid van een MICU in het eigen verzorgingsgebied.

8.5.4 Opschaling ambulancecapaciteit

Naast de opschaling van de specialistische vervoerscapaciteit kan er behoefte ontstaan om de reguliere ambulancecapaciteit uit te breiden voor klinische patiënten. Het handelingsperspectief hiervoor zal bepaald worden door de actuele omstandigheden. Optimalisatie van de capaciteit is hierbij een belangrijk item op een vergelijkbare wijze als bij het MICU-vervoer (zie paragraaf 8.5.1). Het ambulancevervoer zal conform de bestaande afspraken worden uitgevoerd. Hierbij wordt het volgende handelingsperspectief geboden:

- De uitplaatsende RAV verzorgt het vervoer;
- De ontvangende RAV verzorgt het vervoer;
- Conform sectorale afspraken over ambulancebijstand kan de ambulancecapaciteit worden uitgebreid. Het vervoeren van klinische patiënten per bus onder verantwoordelijkheid van de RAV is hierbij een optie.

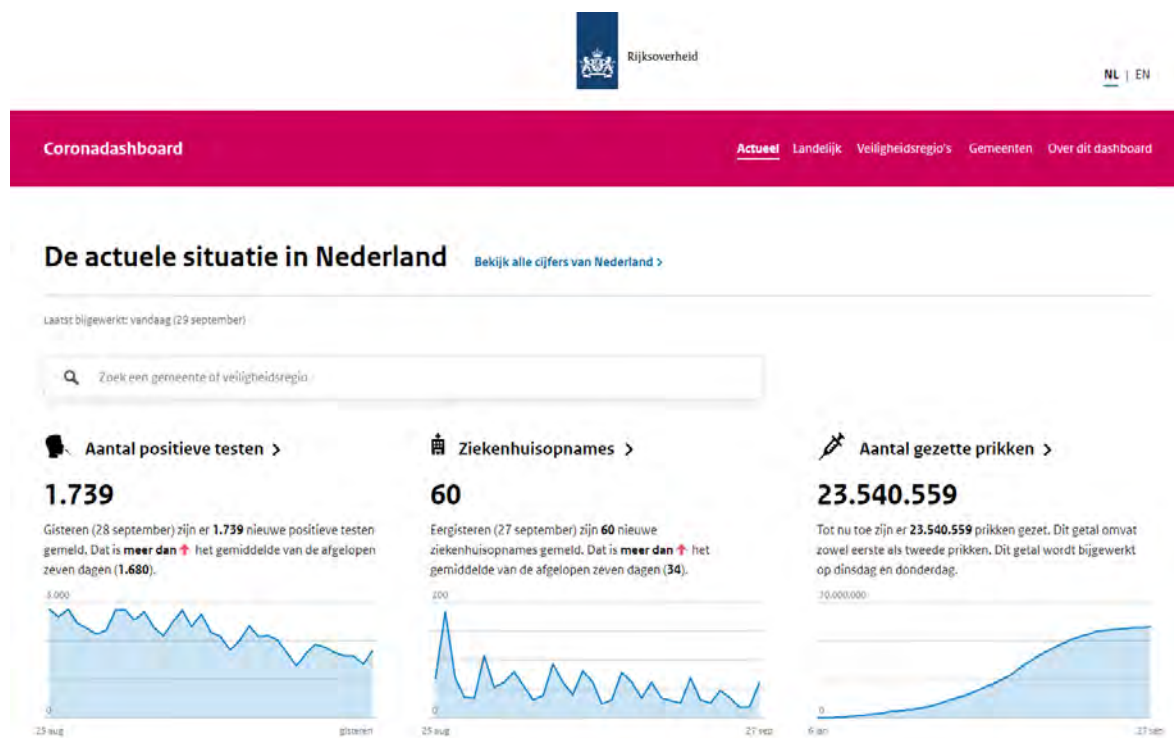
9. Informatievoorziening

9.1 Inleiding

Een goede informatievoorziening is cruciaal in een tijd van crisis. Zo ook bij situaties van oplopende druk in de zorg. Regionale en landelijke (zorg)coördinatie bij oplopende druk vragen om een regionaal en landelijk informatiebeeld en om snelle en adequate informatiedeling tussen de ROAZ-regio's, het veld en externe partijen (waaronder VWS). Tijdens de covidpandemie zijn verschillende initiatieven opgezet om in deze informatiebehoefte te voorzien. Daarbij is onderscheid te maken in zicht op het covidvirus, zicht op andere factoren die druk op de zorg geven, zicht op data rondom het kunnen opvangen van de druk (bezetting versus capaciteit) en zicht op de (impact van de) oplopende druk op de zorg. Deze informatievoorziening is onlosmakelijk onderdeel van het opschalingsplan en hiervan zal ook dit najaar weer gebruik worden gemaakt.

9.2 Vroegtijdige signalering en monitoring van covid-19

Het is nodig om vroegtijdig (*early warning*) informatie te hebben over de verspreiding van covid-19 en deze (regionaal en landelijk) te monitoren, zodat capaciteit tijdig opgeschaald kan worden en, indien nodig, overgegaan kan worden op regionale of landelijke coördinatie. VWS heeft in 2020 een dashboard (<https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>) ontwikkeld voor vroegtijdige signalering van een toename van het aantal besmettingen. Dit dashboard, aangevuld met andere relevante informatiebronnen, voorziet het LNAZ, het LCPS en de RCPS'en van informatie die nodig is bij de besluitvorming omtrent fasering en coördinatie. Op dit dashboard staat ook informatie die het LCPS verzamelt over het aantal ziekenhuisopnames van covidpatiënten en het aantal IC-covid-opnames, inclusief vastgestelde signaalwaardes. Het LCPS maakt gebruik van deze data en kijkt ook naar andere gegevens die van invloed kunnen zijn op de druk op de zorg dit najaar.



Figuur 9.1. Coronadashboard

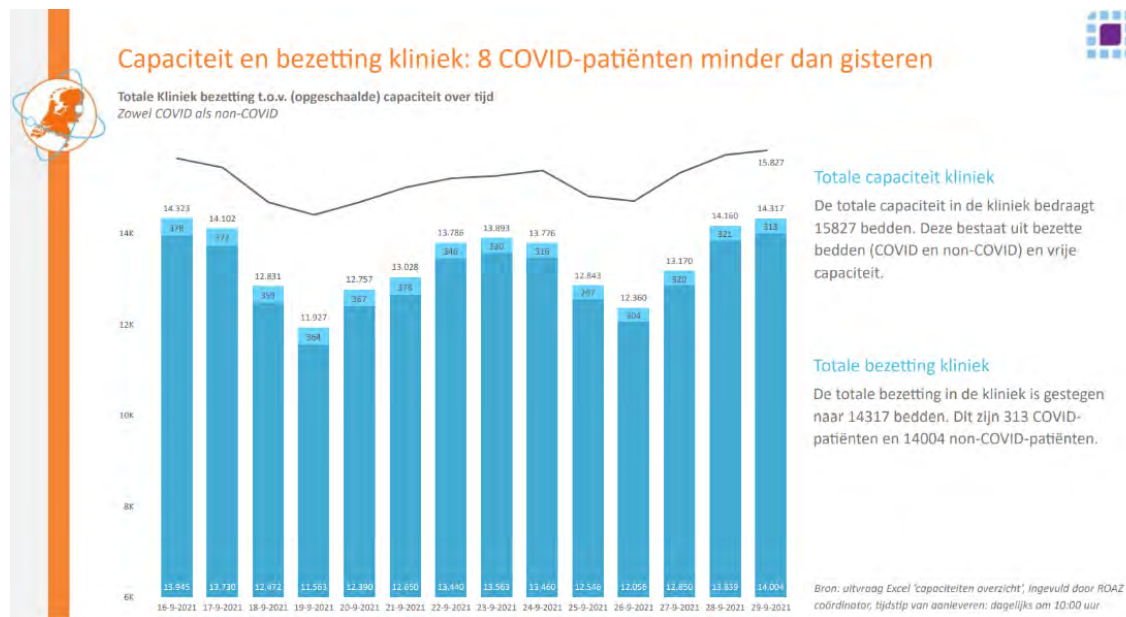
9.3 Vroegtijdige signalering en monitoring van andere factoren

Een voorbeeld van een andere factor die mogelijk tot druk op de zorg leidt, is het griepvirus. De kans bestaat dat in het komende najaar er sprake zal zijn van een forse griepgolf. Als deze zich voordoet, zal deze een forse belasting vormen voor de zorg. Een aantal jaren geleden heeft dit, zonder covid, al tot problemen geleid in de ziekenhuizen.

9.4 Inzicht in bedbezetting en capaciteit

Regionale en landelijke coördinatie vragen om actueel inzicht in bezetting en capaciteit in de ziekenhuizen en buiten de muren van het ziekenhuis (bijvoorbeeld in de VVT). Voor wat betreft de ziekenhuizen waren de ROAZ-regio's al voor de covid-epidemie bezig met het inzichtelijk maken van de beschikbare (acute) zorgcapaciteit. De focus lag hierbij op een systeem dat inzicht biedt in de beschikbaarheid van capaciteit op de SEH en de acute afdelingen. De komst van covid heeft deze behoefte aan inzicht in de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen versterkt. Het LNAZ heeft voor het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) gekozen als systeem om dit te bewerkstelligen. Dit systeem geeft automatisch en in real time inzicht in bezetting en capaciteit. Het vervangt de dagelijkse Excel-uitvraag door de RCPS'en en het LCPS omtrent (covid- en non-covid-)capaciteit en -bezetting. Dit speelt in op de noodzaak tot snel en gericht schakelen ten tijde van schaarste en crisis.

De informatie omtrent bezetting en capaciteit wordt dagelijks gedeeld met de ROAZ-en, het veld en externe partijen in de LCPS-dagrapportage. Hierin worden ook de prognoses voor de covid-bezetting getoond. Daarnaast wordt in het 'Beeld PECC' dagelijks achtergrondinformatie gegeven om te komen tot een evenredige spreiding van covidpatiënten over de Nederlandse ziekenhuizen.



Figuur 9.2. LCPS-dagrapportage

Voor wat betreft de VVT worden ook de landelijk beschikbare en bezette bedden – inclusief prognoses – voor covidpatiënten in de verpleeghuizen en woonzorgcentra door de Corona Programma Organisatie (CPO) vanuit de GGD GHOR Nederland gemonitord en weergegeven in de 'Monitor zorgcontinuïteit niet-acute zorg'.

2.1 Bedden capaciteit Covid-19 patiënten



Figuur 9.3. Monitor zorgcontinuïteit niet-acute zorg

9.5 Zicht op de (impact van de) druk

Covid-19 heeft een zware wissel getrokken op de zorg. De Landelijke Ketenmonitor Zorg (LKZ) wordt opgesteld door GGD GHOR, NZa en LCPS. Deze monitor geeft een zo goed en volledig mogelijk regionaal en landelijk beeld van de (op- of aflopende) druk op de totale zorg in Nederland. Inzicht in verzuimgegevens van verschillende zorgsectoren wordt aangeleverd door Vernet en is tevens onderdeel van deze monitor. De monitor levert ketenbrede informatie op en geeft een goed beeld van de zorgketen als geheel.

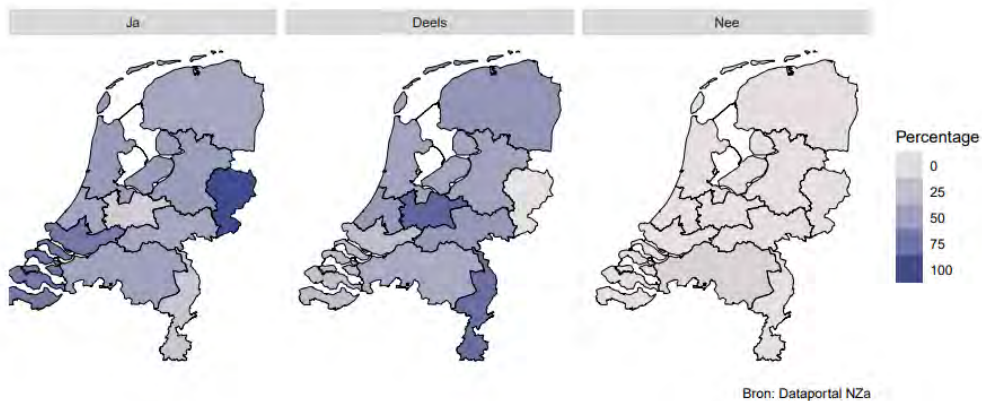
Een ander initiatief dat bijdraagt aan de informatievoorziening omtrent zicht op de (impact van de) druk is het 'Zorgbeeldportaal' van de NZa. De NZa heeft ziekenhuizen gevraagd om informatie aan te leveren over diverse indicatoren omtrent druk op de zorg, zoals afschaling van de operatiekamers, het leveren van de planbare, kritiek planbare en (semi-)acute zorg, het aantal patiënten per verpleegkundige en het ziekteverzuim. Deze informatie is ook uiterst relevant bij de fasering en coördinatie.

5 Leveren van kritiek planbare zorg

Onderstaand kaartje geeft per ROAZ-regio weer welk percentage van de ziekenhuizen binnen de regio kritiek planbare non-COVID zorg kan leveren; deels kan leveren, of niet meer kan leveren. Hieronder valt zorg uit urgentieklasse 3, waarbij een aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren ontstaat bij uitstel > 6 weken.

Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft kritiek planbare zorg te kunnen leveren is 49%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft deels kritiek planbare zorg te kunnen leveren is 49%. Het percentage van de ziekenhuizen dat aangeeft geen kritiek planbare zorg te kunnen leveren is 1%.

Figuur 35 Percentages kritieke planbare zorg

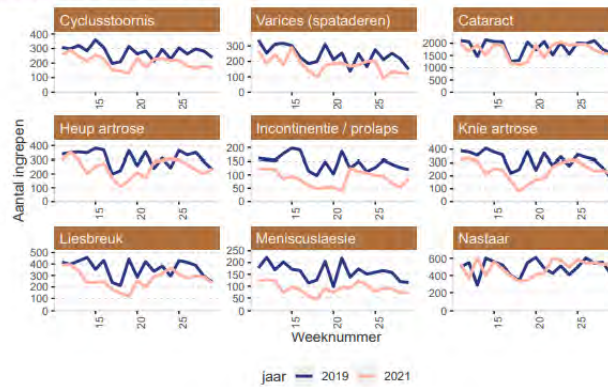


Figuur 9.4. Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg

Tot slot heeft de NZa een monitor 'Toegankelijkheid van Zorg' ontwikkeld over de gevolgen van de corona-uitbraak voor de medisch-specialistische zorg, de ggz en de vervolgzorg. Het doel van deze monitor is om een beeld te krijgen van de huidige stand van de (inhaal)zorg en de toegankelijkheid hiervan, en te monitoren hoe dit zich ontwikkelt. De monitor geeft onder andere inzicht in cijfers rondom wachtlijsten en de voortgang van de reguliere zorg.

Diagnosen met de grootste inhaalzorgvraag Van de diagnoses met de meeste ingrepen die minder zijn gedaan en die naar verwachting nog ingehaald moeten worden, is in Figuur 29 afzonderlijk weergegeven hoeveel ingrepen er wekelijks plaatsvinden. Het aantal ingrepen bij (na)staar ligt al vanaf begin maart op een normaal niveau. Bij de andere diagnoses is de productie in de periode maart tot mei duidelijk lager. Vanaf medio juni komt het aantal ingrepen bij artrose, varices, cyclusstoornissen, incontinentie en liesbreuken weer op normaal niveau. Van inhaalproductie lijkt op dit moment nog geen sprake.

Figuur 29 Productie van de diagnoses met de grootste inhaalzorgvraag



Figuur 9.5. Monitor Toegankelijkheid van Zorg

10. Bekostiging

Bij de publicatie van het oorspronkelijke opschalingsplan van 30 juni 2020 hebben ziekenhuizen in afwachting van de afspraken over de bekostiging de opgave op zich genomen om de beschikbaarheid van IC-bedden te vergroten. Het gaat hier om een inspanning om de beschikbaarheid van IC-bedden in Nederland te vergroten. Vooralnog zijn alleen voor 2021 en 2022 met VWS en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de bekostiging.

Op basis van het opschalingsplan uit 2020 heeft VWS de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19 opgesteld. Op basis van deze regeling ontvangen de ziekenhuizen van VWS tijdelijk, tot uiterlijk 31 december 2022, subsidiegelden voor de opschaling van IC-bedden en bijbehorende klinische bedden. Voor de beschikbaarheid tot 1.150 bedden ontvangen de ziekenhuizen financiering vanuit de zorgverzekeraars. Hier zijn afspraken met hen over gemaakt.

Nader zal moeten worden verkend of de collectieve afspraken die in het herziene opschalingsplan worden gemaakt, 1-op-1 vertaald kunnen worden c.q. aansluiten op de huidige bekostiging die zich op individuele ziekenhuizen en umc's richt. Deze individuele bekostiging loopt zowel via de VWS-subsidieregeling als de afspraken die de NVZ en de NFU met ZN hebben gemaakt. Kortom, congruentie tussen het bekostigingskader en het herziene opschalingsplan moet zijn geborgd. Voor ziekenhuizen en umc's is het daarbij van belang dat zij de aanzienlijke kosten die zij op basis van de aantallen van juni 2020 en de bijbehorende subsidieregeling hebben gemaakt, vergoed krijgen en dus geen financiële schade ondervinden van de herziening van het opschalingsplan.

Het verzoek is daarom te zorgen voor een goede impactanalyse van de effecten van het herziene opschalingsplan op de huidige bekostiging van IC-bedden voor 2021 en 2022. Het ligt voor de hand dat VWS hiervoor de opdrachtgever is, met nauwe betrokkenheid van de NVZ, de NFU en ZN.

Een visie op de bekostiging van de beschikbaarheid van méér IC-bedden (voor de periode ná 2022) is wenselijk. Deze kan namelijk helpen om knelpunten en dilemma's te adresseren die zich in de bekostiging voor de jaren 2021 en 2022 kunnen voordoen.

11. Afkortingen

AIOS	arts in opleiding tot specialist
ALS	Advance Life Support
ANIOS	arts niet in opleiding tot specialist
ANW-diensten	avond-, nacht-, of weekenddiensten
AZN	Ambulancezorg Nederland
BOSS	Beds Open for Safety and Support
CCU	Cardio Care Unit
CPO	Corona Programma Organisatie
DB	dagelijks bestuur
DPG	directeur publieke gezondheid
GGD	gemeentelijke gezondheidsdienst
GHOR	geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
GIC	Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GMS	Geïntegreerd Meldkamer Systeem
IC	intensive care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LKZ	Landelijke Ketenmonitor Zorg
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg
LPZ	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
MICU	mobiele intensive care unit
MKA	meldkamer ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
MSOB	militaire steunverlening in het openbaar belang
MZS	Medische Zorg en Sport
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICE	Nationale Intensive Care Evaluatie
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PACU	Post Anesthesia Care Unit
PA	physician assistant
PECC	Patient Evacuation Coordination Center
PMR	Patient Movement Request
RAV	regionale ambulancevoorziening
RCPS	Regionaal Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	spoedeisende hulp
VS	verpleegkundig specialist
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZKH	ziekenhuis
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlagen

Samenstelling werkgroep

Anneke Bovens	coördinator lid MT NFU
Astrid Verkaar	senior beleidsadviseur NVZ
David Baden	voorzitter NVSHA
Frank de Bos	coördinator lid MT NFU
Iwan van der Horst	intensivist en bestuurslid NVIC
Jaap-Frank Ponstein	AZN
Manon Bruens	manager Netwerk Acute Zorg Euregio
Marjon Kallewaard	directeur kwaliteit FMS
Paul Rood	verpleegkundig wetenschapper, Radboudumc, bestuurslid V&VN-IC
Robert Sie	anesthesioloog en vicevoorzitter FMS
Rowan Marijnissen	IC-verpleegkundige en praktijkopleider IC ETZ Tilburg, voorzitter V&VN-IC
Sophie van Tilburg-van Hedel	directeur NVIC
Monique Jacobs	hoofd LCPS
Willem Groot	operationeel leider LCPS
Willy Rensen	chef staf LCPS
Arold Reusken	hoofd bureau LNAZ
Geraldine van der Meer	programmamanager Acute Zorg LNAZ
Vera van de Beek	beleidsadviseur Acute Zorg en Traumazorg LNAZ

Stappenplan opschaling personele inzet IC

Inleiding

Voldoende en gekwalificeerd personeel is onmisbaar bij het uitbreiden en flexibel opschalen van de zorgcapaciteit. Deze personele inzet betreft de IC, maar ook de verpleegafdelingen en de overige zorgketen. Ook ondersteunende diensten zullen veelal moeten opschalen.

Deze bijlage beschrijft hoe, ideaal gezien, opgeschaald kan worden op de IC qua personele inzet. Hoe dit in de praktijk gaat werken, is afhankelijk van de beschikbaarheid van personeel. Per stap van opschaling wordt de benodigde inzet van verpleegkundig, ondersteunend en medisch personeel beschreven. Hierbij worden per stap ook uitgangspunten benoemd die bij de stap passen.

Stappenplan personeel bij opschaling IC

Verpleegkundig

Stap 1 (1.150 IC-bedden). De IC-zorg wordt zoveel mogelijk door IC-verpleegkundigen gedaan. Voor het invullen van de vacatures kan gedacht worden aan:

- het inzetten van gespecialiseerd verpleegkundigen die tot op heden niet structureel (meer) werkzaam zijn op de IC. Dit kan gerealiseerd worden in een duurzaam en structureel roulatiesysteem. Combinatiebanen (intern) moeten beter mogelijk gemaakt worden en nieuwe combinatiebanen kunnen worden ontwikkeld. Het roulatiesysteem geschiedt op vrijwillige basis;
- aantrekken van oud-IC-verpleegkundigen die niet langer werkzaam zijn in de ziekenhuizen. Ook hier kan gedacht worden aan het creëren van combinatiebanen;
- tijdelijk uitbreiden van (flexibele) contracturen van IC-verpleegkundigen;
- zicht creëren op voormalig IC-verpleegkundigen in een regio. Voor deze personen een bestand opbouwen, het contact onderhouden en ze waarderen en erkennen. Om mogelijke inzet op de IC te faciliteren, zullen bepaalde hindernissen geslecht moeten worden;
- het loslaten van minimale contracturen (minimaal 24 uur per week werkzaam zijn op de IC). Denk aan 'seizoensgebonden' mogelijkheden voor het inzetten van (voormalig) IC-verpleegkundigen;
- tijdelijk uitbreiden van contracturen onder goede (financiële) voorwaarden. Voor fulltime IC-verpleegkundigen zal gekeken moeten worden naar mogelijkheden voor deze groep medewerkers. Bovendien zullen de voorwaarden voor uitbreiden van het contract van parttime medewerkers niet gunstiger moeten zijn dan het contract van reeds fulltime werkende IC-verpleegkundigen.

Gezien de verwachting dat het invullen van de vacatures niet op de korte termijn ook de gewenste formatie voor de volgende stap gaat opleveren, is mogelijk ook in stap 1 een rol weggelegd voor ondersteuners:

- verpleegkundigen met aanvullende vakinhoudelijke kennis om de IC-verpleegkundigen te ondersteunen;
- advies om niet-verpleegkundige taken van IC-verpleegkundigen over te nemen kan veel beter doorgevoerd worden. Denk bijvoorbeeld aan een centrale apotheek;
- professionals die de niet-verpleegkundige taken van de IC-verpleegkundige overnemen, zoals inzet van de technische dienst, de voedingsdienst, het secretariaat en paramedische zorgprofessionals.

Stap 2 (1.350 IC-bedden). Het team zoals deze bij stap 1 staat omschreven, is de basis voor de opschaling naar 1.350 IC-bedden.

In deze stap kan op kortere termijn gedacht worden aan:

- nog grotere inzet van gespecialiseerd verpleegkundigen van de andere acute afdelingen. Dit heeft wel tot gevolg dat op de andere acute afdelingen zeer waarschijnlijk een differentiatie van werkzaamheden zal moeten plaatsvinden;
- tijdelijke inzet van voormalig IC-verpleegkundigen die nu andere functies vervullen en toewerken naar (beter georganiseerde) combinatiebanen;
- tijdelijk uitbreiden van (flexibele) contracturen van IC-verpleegkundigen.

Op de langere termijn:

- is het doel meer IC-verpleegkundigen te hebben opgeleid. Ondersteuners die basiscompetenties (ontwikkeld) hebben, krijgen de mogelijkheid zich verder te ontwikkelen tot IC-verpleegkundige of in een andere rol binnen de acute as;
- ondersteuners en verpleegkundigen afkomstig van andere (niet-acute) afdelingen kunnen worden bijgeschoold om als ondersteuner op de IC te gaan werken;
- exploreren en implementeren of uitbreiden van taakdifferentiatie.

Gedurende een piekbelasting is de ondersteuning van alle ondersteunende professionals maximaal nodig:

- Alle gespecialiseerd verpleegkundigen uit het roulatiesysteem worden ingezet. Ook de acute verpleegkundigen moeten maximaal ingezet worden.
- Het hele team wordt de mogelijkheid geboden om de contracturen te verhogen.
- Verloven kunnen op vrijwillige basis ingetrokken worden.
- Enkel continue roosters plannen mits dat door de medewerkers gedragen wordt.

Voor een piekfase zijn de volgende oplossingsrichtingen denkbaar:

- inzet van studenten aan een opleiding binnen de gezondheidszorg. De afgelopen periode heeft geleerd dat ondersteunend personeel naast de voornoemde ondersteuners ook te vinden is binnen medische opleidingen en opleidingen die een raakvlak hebben met de gezondheidszorg. Dit sluit aan bij het Community-Oriented Medical Education (COME)-principe waarbij de behoefte van de maatschappij een rol speelt;
- inzet van defensiepersoneel. Hierbij moet men zich goed realiseren dat zij ook elders in het ziekenhuis ingezet kunnen worden, zodat elders personeel vrijgespeeld kan worden dat beter inzetbaar is op de IC.¹⁶

17

Voor de lange termijn kan overwogen worden na het behalen van de bachelor en de start van de coschappen een verplichte opleiding en stage te doen om IC-ondersteuner of ondersteuner op een andere afdeling te worden. Tijdens de coschappen blijven de geneeskundestudenten 'reservist' en dus oproepbaar ingeval er

16 Gallagher TH, Schleyer AM. 'We Signed Up for This!' — Student and Trainee Responses to the Covid-19 Pandemic. N Engl J Med. 2020 Apr 8. DOI: 10.1056/NEJMp2005234. Online ahead of print.

17 Association of American Medical Colleges. Interim guidance on medical students' participation in direct patient contact activities: principles and guidelines. March 30, 2020 (<https://www.aamc.org/system/files/202003/Guidance%20on%20Student%20Clinical%20Participation%203.17.20%20Final.pdf>). opens in new tab).

moet worden opgeschaald. Eenzelfde constructie is denkbaar voor defensiepersoneel en studenten vanuit andere opleidingen met affiniteit voor de zorg.

Voor al het ondersteunende en tijdelijke personeel dient onderwijs ontwikkeld en gegeven te worden. Niet enkel om geschoold te worden, maar eveneens om geschoold te blijven. Om het ondersteunende personeel in te zetten, dienen alle barrières die hun inzet belemmeren, zoals contracten, toegang enzovoort, zoveel mogelijk geslecht te worden. Inzet van P&O om dit proces te faciliteren is aangeraden.

Intensivisten

Stap 1 (1.150 IC-bedden). Op dit moment lijkt het dat voor de invulling van stap 1 de aan de IC-afdeling verbonden reguliere formatie van intensivisten afdoende is. Dit op basis van de situatie dat deze vaak al (deels) is afgestemd op de bij deze stap passende formatie. Hier geldt de norm van minimaal 0,5 fte/IC-bed. De formatie moet echter in ieder geval zo zijn dat er op verantwoorde wijze 24/7-zorg geleverd kan worden zonder dat intensivisten meer dan 48 uur per week werken.

Stap 2 (1.350 IC-bedden). Indien regionaal en/ of lokaal blijkt dat uitbreiding van het aantal intensivisten nodig is voor stap 2, dient de formatie van intensivisten te worden uitgebreid. Ervan uitgaande dat stap 2 enkel voor crisissituaties geldt en niet voor een structurele opschaling, is er vooralsnog minder noodzaak om de formatie intensivisten structureel uit te breiden boven het niveau nodig voor stap 1. Hier geldt echter de beperking dat als de piekbelasting langer dan een maand duurt, ook voor de formatie van intensivisten de checklist van de NVIC ten aanzien van de geldende kwaliteitseisen moet worden gevolgd. Intensivisten die ook een taak buiten het primaire proces hebben, zoals in het management en de organisatie, in onderzoek, opleiden en onderwijs, zouden gedurende de crisis met name ingezet kunnen worden in de zorg. Dit geldt voor een bepaalde korte periode. Taken kunnen gedurende die tijd door anderen worden overgenomen. Als dit te lang duurt, gaat het ten koste van de kwaliteit op middellange termijn.

Bij opschaling naar stap 2 kan gedacht worden aan:

- ondersteuning door meer IC-artsen/PA's/VS-en;
- formatie voor extra intensivisten;
- op vrijwillige basis uitbreiden van contracten (aantal uren dat wordt gewerkt);
- inzetten van GIC-geregistreerde intensivisten die op dat moment (deels) niet werkzaam zijn op de IC;
- inzetten van andere specialisten onder supervisie van een intensivist. Hierbij geldt echter de beperking dat het niet ten koste moet gaan van de overige zorg;
- taakherschikking, waarbij aantal taken tijdelijk kan worden uitbesteed aan andere specialisten. Ook hiervoor geldt dat het uitbesteden van taken niet ten koste mag gaan van de overige zorg;
- tijdelijk opschorten van niet-patiëntgebonden taken (periode van een maand);
- vrijwillig intrekken van verloven voor vakantie, congresbezoek enzovoort.

IC-artsen, physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS)

Stap 1 (1.150 IC-bedden). Juist omdat er binnen de taakomschrijving van IC-artsen maar beperkt sprake is van niet-patiëntgebonden activiteiten, zal bij uitbreiding van het aantal operationele bedden de formatie IC-artsen volgens de adviezen van de checklist van de NVIC moeten worden uitgebreid. Voor PA's en VS-en is dit meer geborgd.

Stap 2 (1.350 IC-bedden). Voor de invulling op korte termijn kunnen medewerkers die eerder als arts (AIOS, ANIOS, PA, VS) op de IC werkzaam zijn geweest terug worden gevraagd.

Voor een ondersteunende rol als intensivist of IC-arts kunnen specialisten (niet-intensivisten), op basis van partieel overlappende competenties, logischerwijs ook voortkomende uit het opleidingstraject dat intensivisten doorlopen, taakgericht worden ingezet. Hierdoor wordt de intensivist ontlast en kan deze zodoende een groter aantal patiënten overzien en superviserend behandelen. Op lange termijn zou door een IC-stage op te nemen in meer opleidingen tot medisch specialist het mogelijk zijn om ook hier een reservistenpool te creëren die ingezet kan worden tijdens een piek.

Ondersteuners

Opschalen is veelal, in ieder geval in stap 2, alleen mogelijk met ondersteunend personeel. Voorwaarde voor dat personeel is dat het:

- aanvullend is opgeleid als ondersteuner;
- een vaste groep is;
- intrinsiek gemotiveerd is;
- bij voorkeur niet als zorgprofessional in het ziekenhuis werkt.

De ondersteuners zijn een mogelijke bron voor verdere doorontwikkeling binnen het ziekenhuis en daarmee ook op de IC. Bovendien zijn de ondersteuners volwaardig lid van het team van medewerkers op de IC.

Opdracht brief VWS

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

LNAZ
T.a.v. De heer E. Kuipers
Newtonlaan 115
3584 BH Utrecht

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

Bezoekadres:
Pamassiusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum 15 september 2021
Betreft Opschalingsplan COVID-19

Geachte heer Kuipers

Vorige zomer heeft de LNAZ in opdracht van toenmalig minister Van Rijn het opschalingsplan COVID-19 gepresenteerd dat tot doel had het creëren van extra capaciteit op de IC, de kliniek en het vervoer van patiënten zodat het geven van covid zorg niet ten koste hoeft te gaan van de reguliere zorg.

Het plan maakt onder andere inzichtelijk hoe tot 1700 IC bedden kan worden opgeschaald. Om het plan financieel mogelijk te maken hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken gemaakt over de bekostiging van het aantal IC bedden tot 1150 (voor 2021 en 2022) en heeft VWS door middel van een subsidieregeling gefaciliteerd dat de opschaling tot 1700 IC bedden en bijbehorende klinische bedden gerealiseerd konden worden.

Er is veel gebeurd sinds de zomer van 2020

We zijn twee golven en een opleving in de zomer van 2021 verder en weten ook dat we – ondanks alle vaccinaties – voorlopig niet af zijn van covid. Er zijn al veel lessen geleerd door het LNAZ, bijvoorbeeld over de noodzakelijkheid van landelijke spreiding en de bijbehorende solidariteit en regie maar ook over de samenwerking in de hele keten en het werken van de beschreven opschalingsstappen in de praktijk.

Daarnaast zien we ook dat de zorgprofessionals veel te verstouwen hebben gekregen en de situatie op de arbeidsmarkt niet rooskleurig is. We zien dat de instroom van zorgprofessionals in de zorg niet opweegt tegen de uitstroom en dat er toenemend sprake is van langer durend ziekteverzuim. Er zijn steeds meer vacatures op een krappe arbeidsmarkt en juist achterblijvende opleidings- of stage mogelijkheden. De krapte aan beschikbare capaciteit wordt zichtbaar over de volle breedte van zorg en manifesteert zich op verschillende plekken (RS-virus, nu geboortezorg en wijkverpleging/huisartsenzorg, straks griep?)

Partijen signaleren dan ook dat opschaling naar meer dan 1350 niet mogelijk is door het ontbreken van voldoende goed opgeleide zorgprofessionals.

Kenmerk

Uw brief

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

Vraagstelling aan het LNAZ

VWS heeft voor de zomer mondeling aan de LNAZ gevraagd om een evaluatie van het opschalingsplan COVID-19. Om het proces goed in te richten vragen we nu formeel of het LNAZ op korte termijn een document kan opleveren waar de volgende onderdelen in naar voren komen:

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

1. Terugkijken, leren en evalueren

Breng in beeld wat de geleerde lessen zijn van de ROAZen en het LCPS over de periode september 2020-augustus 2021. Sta hierbij in het bijzonder stil bij de mate waarin het is gelukt Covid-patiënten evenredig te spreiden, regionale verschillen in de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te beperken en te voorkomen dat reguliere zorg moest worden afgeschaald. Betrek de acute keten in brede zin bij het beschrijven van de lessen van het plan (dus ook de VVT, huisartsen etc.), evenals de IGJ en de NZa.

2. Vooruitkijken

Het is nog niet duidelijk wat er in het najaar gaat gebeuren, er zijn veel onzekerheden zoals de immuniteitsontwikkeling, de mate waarin inhaalzorg kan plaatsvinden en de opleving van griep en andere infectieziekten (en de druk die dat legt op de acute zorg) na het verder opengaan van de maatschappij.

We zijn op zoek naar manieren waarop we de mogelijk oplopende aantallen covid patiënten zorg kunnen blijven bieden op een manier waarop de effecten op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de planbare zorg zo beperkt mogelijk zijn. We vragen het LNAZ om in beeld te brengen welke opties er zijn om dit op korte termijn voor elkaar te krijgen waarbij de LNAZ bij denkbare opties ook het draagvlak onder betrokken partijen schetst. Ga hierbij in ieder geval in op:

- o De uitplaatsing van IC patiënten naar Duitsland
- o Het anders inrichten van COVID-zorg op de IC en in de kliniek op piekmomenten, bijvoorbeeld door concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht.

3. Aanpassen

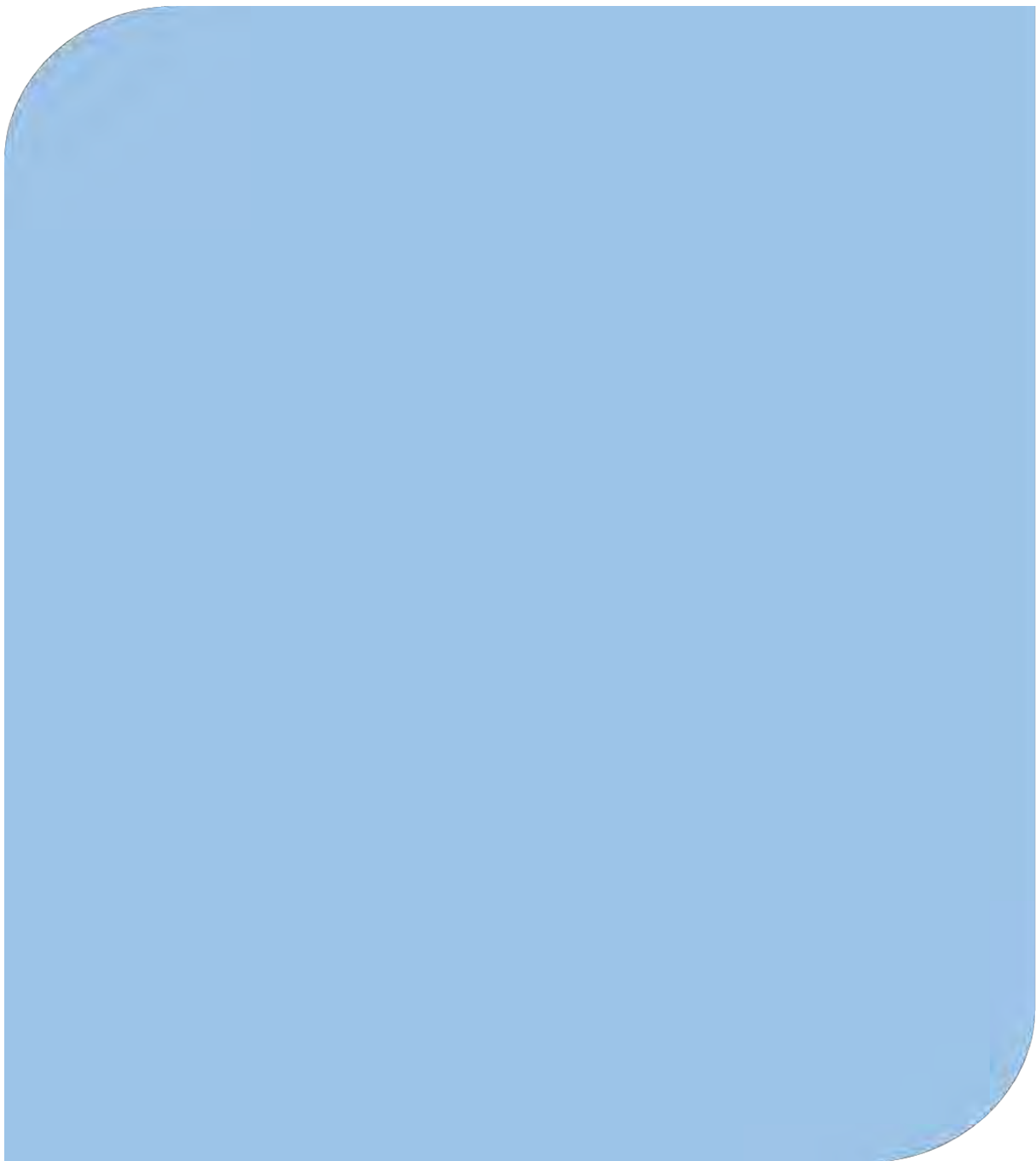
Geef, op basis van de analyse naar aanleiding van het terug- en vooruitkijken aan op welke punten het opschalingsplan moet worden aangepast.

Het huidige Opschalingsplan van de LNAZ wordt bekostigd door middel van reguliere contractering tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars en daarenboven (uiterlijk tot en met 2022) met de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19. Het is goed rekenschap te geven dat aanpassingen van het Opschalingsplan mogelijke financiële gevolgen hebben voor de ziekenhuizen. Ook is het van belang dat - waar relevant - wordt gesignaleerd of een aanpassing van het opschalingsplan niet past binnen de huidige bekostiging.

Met vriendelijke groet,

de directeur-generaal Curatieve Zorg,

mw. dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde



Colofon

Auteurs: LNAZ

Redactie: Bureau LNAZ

Uitgave: Oktober 2021