

Ministerie VWS
T.a.v. mw. dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde
directeur-generaal Curatieve Zorg
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Datum: 01 november 2021
Betreft: Reactie verzoek 15 september en 11 oktober jl.

Geachte mevrouw Van Diemen-Steenvoorde,

In uw brief van 15 september jl. heeft u het Landelijk Netwerk Acute Zorg gevraagd om een evaluatie van de afgelopen periode, een aanpassing van het opschalingsplan COVID-19 en om een doorkijk te bieden naar de toekomst. In aanvulling op dit schrijven heeft u op 11 oktober jl. het LNAZ verzocht te adviseren over de mogelijkheden voor concentratie en opschaling van IC-zorg indien de druk op de acute zorgketen in de wintermaanden te hoog oploopt.

Naar aanleiding van uw verzoek hebben wij, in nauw overleg met betrokken veldpartijen, het 'Opschalingsplan COVID-19' geactualiseerd. In dit plan staat beschreven hoe we op een verantwoorde manier kunnen opschalen naar 1350 IC-bedden. Bij het opstellen van dit plan is rekening gehouden met de leerpunten van de afgelopen periode en de vooruitzichten voor dit najaar. Deze inzichten zijn vastgelegd in het document 'Terugkijken en vooruitblikken op COVID-19'. Beide documenten zijn als bijlage bij deze brief bijgevoegd.

Voordat we ingaan op uw vraag of en hoe de IC-capaciteit verder opgeschaald kan worden als er toch nog meer dan 1350 bedden nodig zijn in Nederland, zetten we kort uiteen wat er de afgelopen 20 maanden is gebeurd in de zorg en wat dit heeft betekend voor de gehele acute zorgketen en de IC-bezetting in het bijzonder.

Wat er is gebeurd in de zorg

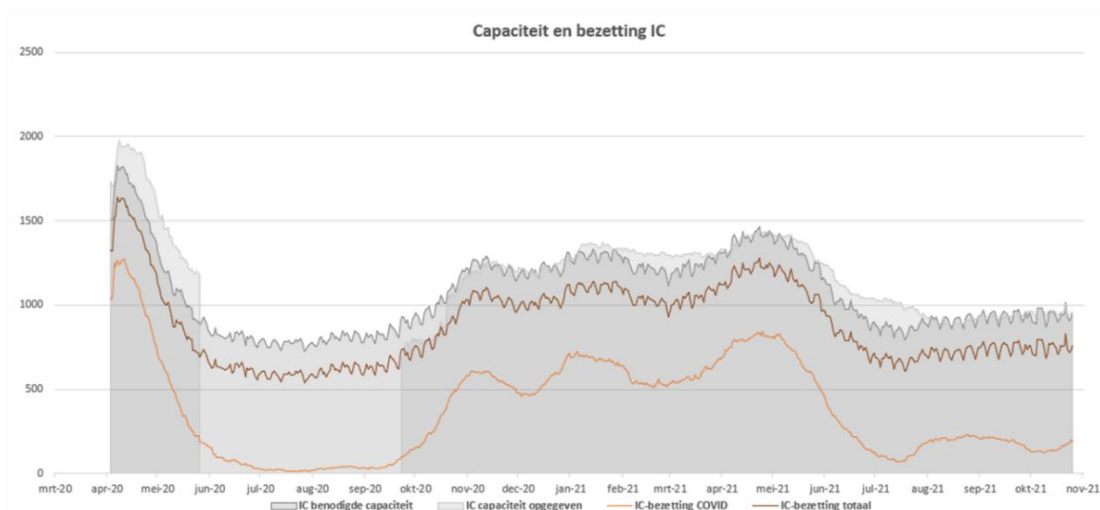
De zorg in Nederland heeft zich de laatste anderhalf jaar zeer weerbaar en flexibel getoond. Onder hoge druk hebben de zorgprofessionals in de gehele gezondheidszorg in Nederland een groot aantal (COVID-)patiënten behandeld terwijl de (kritiek) planbare zorg waar mogelijk is doorgedaan. Het betrof alleen al in de ziekenhuizen meer dan 70.000 COVID-patiënten waarvan 14.000 op de IC. Meer dan 10.000 patiënten werden tussen ziekenhuizen verplaatst. Ook in de eerstelijnszorg zijn veel patiënten opgevangen. De lange gemiddelde ligduur en de benodigde intensieve zorg in isolatie droegen extra bij aan de impact op de zorg. Zorgprofessionals zijn daarbij anders gaan werken: op andere locaties en met andere collega's om zoveel mogelijk zorg te kunnen blijven verlenen. Zorgprofessionals én patiënten hebben meegewerkt aan de landelijke spreiding van COVID-patiënten in de ziekenhuizen, zodat alle zorgverlening evenredig over het land kon worden verdeeld. Hiermee hebben we met elkaar

een zogenoemde 'fase 3'¹ voorkomen en de continuïteit van de zorg voor een groot deel kunnen borgen. Zonder landelijke spreiding waren negen van de tien ROAZ-regio's op enig moment of herhaald in 'fase 3' beland. Dit zou aanleiding hebben gegeven tot een aanzienlijk hogere mortaliteit. De afgelopen maanden is de ruimte die ontstond door een lagere COVID-bezetting direct ingezet voor uitbreiding van de reguliere zorg. Zo zijn wachtlijsten verkort en daarmee toegangstijden weer genormaliseerd. De gehele (acute) zorgketen, van huisarts tot wijkverpleegkundige, van SEH- en IC-verpleegkundige tot verzorgende in de verpleeghuizen en van medisch specialist tot zorgbestuurder en andere medewerkers in de zorg die niet direct aan het bed staan, heeft zich hiervoor ingezet waarbij de intensieve en versterkte samenwerking in het ROAZ en het LNAZ van grote waarde is gebleken.

Terugblik IC-bezetting en -opschaling

Gedurende de afgelopen 20 maanden zijn er meerdere periodes geweest waarin hoge aantallen COVID-patiënten zorg nodig hadden. Elke episode kende haar eigen dynamiek: van een korte heftige eerste golf tot een zeer langdurige en blijvend hoge tweede en derde golf, waarin er gedurende vele maanden dagelijks meer dan 200 patiënten in ziekenhuizen werden opgenomen en de ziekenhuisbezetting continu boven de 1500 COVID-patiënten bleef waarvan telkens minimaal 500 op de IC. In de zomer van 2021 liep de COVID-druk wederom op.

Gedurende de eerste golf werd de zorg overvallen door zeer snel stijgende ziekenhuisopnames en een enorme piek in de IC-bezetting. Op dat moment was er nog geen inzicht in het totaal aantal besmettingen in Nederland en waren er weinig gegevens voorhanden om goede prognoses te maken. Onder hoge druk zijn gedurende die periode heel veel patiënten opgevangen doordat iedereen zich volledig op COVID-zorg richtte. De 1900 IC-bedden die in die piek bezet werden, konden alleen maar bereikt worden door bijna volledige afschaling van reguliere zorg en maximaal benutten van de beschikbare capaciteit.

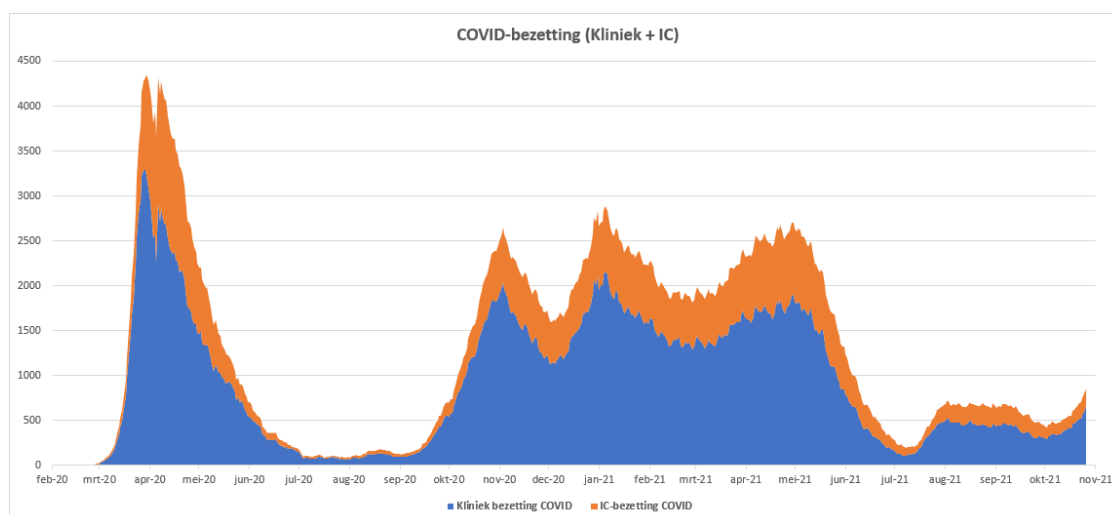


Grafiek 1. Capaciteit en bezetting IC

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

Gedurende de zomer van 2020 hebben we met betrokken partijen het Opschalingsplan COVID-19 gemaakt om een nieuwe golf op te kunnen vangen. Uitgangspunten hierbij waren gelijke toegang tot zorg in Nederland door het maximaal benutten van de capaciteit en het zo veel mogelijk beperken van de effecten op de reguliere non-COVID-zorg. Dit plan heeft bijgedragen aan een betere voorbereiding voor de perioden daarna. Daarnaast was er meer inzicht in verloop van besmettingen en ziekenhuisopnames en het effect hiervan op de acute zorgketen.

De implementatie van het Landelijk Platform Zorgcapaciteit droeg hieraan bij. Dit platform biedt ROAZ-regio's realtime inzicht in beschikbare capaciteit, aantallen patiënten en wachttijden. Dit tezamen met adequate prognoses heeft ertoe geleid dat de zorg in staat was om te anticiperen op de actuele en toekomstige situatie. Met als gevolg dat de reguliere zorg beter doorgang kon vinden, ondanks het feit dat er toen nog geen vaccin beschikbaar was. Gedurende de twee pieken van deze golven lag de benodigde IC-capaciteit steeds rond de 1350 - 1400 bedden, met in korte periodes uitschieters naar 1550. De vergaande opschaling ging echter wel ten koste van andere belangrijke onderdelen van de zorg, zoals een deel van de reguliere zorg en niet te vergeten het incasseringsvermogen van het personeel.



Grafiek 2. COVID-bezetting kliniek+IC

Vooruitblik IC-bezetting en opschaling

Dit najaar bevinden we ons weer in een andere situatie. Doordat een groot deel van de bevolking inmiddels gevaccineerd is tegen COVID-19, is de totale groep die in het ziekenhuis of zelfs op de IC terecht kan komen kleiner. Het RIVM voorspelt dat de 1,8 miljoen mensen die nu onvoldoende beschermd zijn bij besmetting op enig moment in de tijd aanleiding zullen geven tot ongeveer 23.000 klinische en 4800 IC-opnames. Dit aantal IC-opnames komt overeen met 160 % van het aantal patiënten dat in ziekenhuizen is opgevangen in de eerste golf in voorjaar 2020, maar met de helft van wat daarna in de tweede tot en met de vierde golf is gezien.

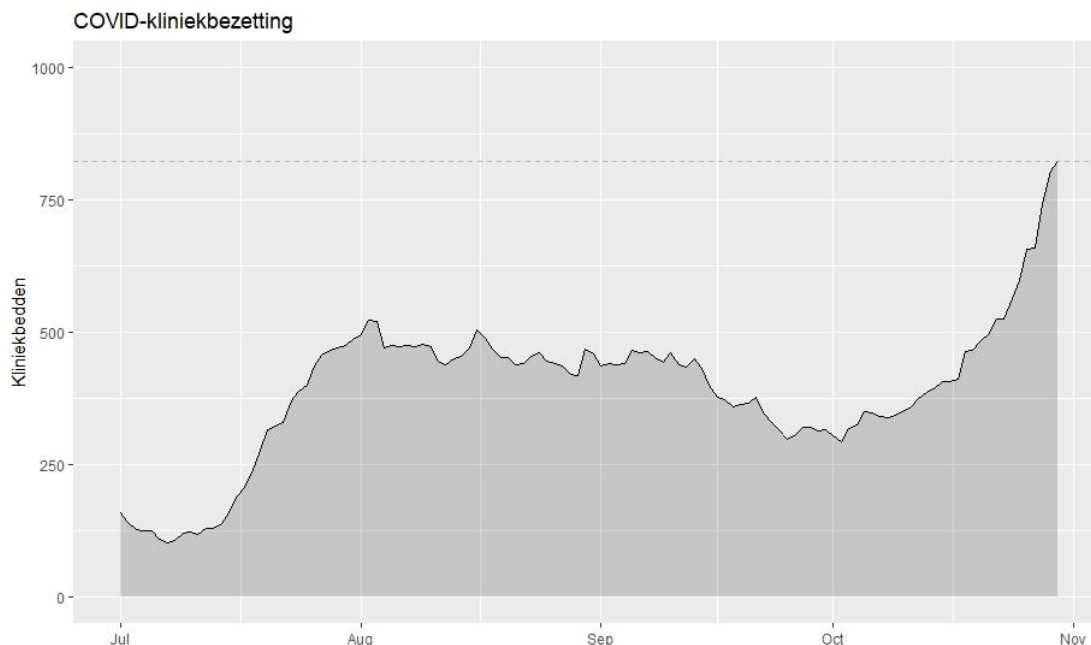
Deze vergelijkingen geven aan dat het noodzakelijk blijft om in de komende maanden het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames nauw te blijven monitoren en gerichte maatregelen te treffen bij oplopende getallen. Dat moet ons in staat stellen om het aantal COVID-opnames te spreiden in de tijd en daarmee zorg toegankelijk te houden, te blijven inzetten op continuering van de reguliere zorg en een verdere overbelasting van personeel te voorkomen.

Het RIVM voorspelt voor de komende winter een maximale IC-bezetting van 500 COVID-patiënten. Deze voorspelling kent een grote mate van onzekerheid. Dit aantal komt overeen met de minimale COVID-bezetting in de afgelopen winter. Deze voorspelling is gebaseerd op het feit dat nu zoveel meer mensen een vorm van bescherming hebben ten opzichte van vorige winter. Deze prognose is belangrijk omdat dit impliceert dat binnen de juiste omstandigheden het aantal IC-opnames past binnen de 1350-1450 bezette bedden van destijds.

Komende winter is de situatie in de zorg echter anders dan in de eerdere golven, omdat de zorg er ten eerste op gericht is om de reguliere zorg zo veel mogelijk in stand te houden en indien mogelijk in te halen. Daarbij krijgt het voorkomen van (verdere) overbelasting van het zorgpersoneel de hoogste aandacht. Deze combinatie zorgt ervoor dat verder opschalen dan kortdurend naar 1350 IC-bedden ongewenst is. Wat er nog op de zorg afkomt en wat er nog kan is een fragiel evenwicht dat we goed moeten bewaken.

Wat is nodig om de piek die wel komt op te vangen?

Er ligt een gezamenlijke opdracht voor de samenleving, de zorg en de overheid om de komende maanden met elkaar de besmettingen en ziekenhuisopnames binnen te accommoderen grenzen te houden en de onvermijdelijke pieken in het komende winterseizoen op te vangen. Er is immers geen enkel gezondheidszorgsysteem dat een ongelimiteerde instroom van patiënten aankan. Ook bij de huidige vaccinatiegraad kan het aantal besmettingen en patiënten in korte tijd exponentieel tot grote hoogte stijgen. In de afgelopen vier weken was sprake van een viervoudige stijging van de dagelijkse instroom in de ziekenhuizen, een stijging die tot op heden niet tot stilstand is gekomen.



Grafiek 3. Huidige toename COVID-bezetting kliniek

Een hoge besmettingsdruk leidt tevens tot extra uitval van positief getest personeel. Zij worden na vaccinatie niet ernstig ziek, maar zijn in dat geval verhinderd om te werken. Om dit alles te voorkomen zijn maatregelen en naleving noodzakelijk.

Voor deze gezamenlijke aanpak zijn vijf pijlers van belang die we hieronder kort uiteenzetten.

1. Instroom beperken & ketencapaciteit benutten

Bij het beperken van de instroom van COVID-patiënten in de zorg ligt er allereerst een rol voor overheid en samenleving als geheel. Er is een directe relatie tussen de (naleving van) coronamaatregelen en het aantal besmettingen, die uiteindelijk kunnen leiden tot druk op de zorg. Daarom vinden we het belangrijk dat er sprake is van een gezamenlijke aanpak om de toegang tot zorg voor alle patiënten te waarborgen. Dit vraagt steeds om inzet van veel personeel. Hierbij benadrukken we dat de effecten van het aanscherpen of loslaten van maatregelen pas na enkele weken zichtbaar zijn in de zorg. Dit vraagt van ons allemaal om de ontwikkelingen nauwlettend te volgen en tijdig maatregelen te treffen in de zorg én in de samenleving.

Door maximaal gebruik te maken van de volledige ketencapaciteit creëren we mogelijkheden om ziekenhuisopnames te voorkomen of de opnameduur te verkorten. Dit mede door het aanbieden en laten doorgaan van (COVID- en non-COVID-)zorg op locaties buiten de muren van het ziekenhuis. Denk daarbij aan speciale COVID-units en het beschikbaar stellen van extra capaciteit in de VVT-sector, bijvoorbeeld voor eerstelijnsverblijf (ELV). Dit alles binnen de mogelijkheden van ook deze sectoren. Ook in de komende periode worden deze bedden weer beschikbaar gesteld en moeten deze goed worden benut. Hiermee kan de uitstroom worden bevorderd en liggen patiënten niet langer dan nodig in het ziekenhuis.

Hiervoor wordt de leidraad vervroegd ontslag van COVID-19-patiënten van de Federatie Medisch Specialisten (FMS)² als basis gebruikt. Ook betekent het dat er meer bijstand in de keten nodig is om waar mogelijk COVID-patiënten op te blijven vangen in de thuissituatie, met ondersteuning van huisartsen en wijkverpleging. Voor deze passende zorg thuis dient als uitgangspunt de Triage thuisbehandeling van de FMS³. Ook de intensivering en uitbreiding van het Joint Coalition overleg⁴ van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) draagt bij aan de ketenbrede benadering van capaciteit en continuïteit.

2. Landelijke spreiding van COVID-patiënten

In oktober 2020 is het Tijdelijk beleidskader⁵ in werking getreden. Onder coördinatie van het LCPS worden COVID-patiënten gespreid over diverse regio's, zodat de toegang tot zorg voor alle patiënten, zowel COVID- als non-COVID-, in elke regio gewaarborgd blijft. Het in de meeste ROAZ-regio's geïmplementeerde Landelijk Platform Zorgcapaciteit ondersteunt dit door het bieden van realtime inzicht in capaciteit en instroom per ziekenhuis. Daarnaast wordt wanneer nodig (gelijktijdig) zorg

²'Leidraad vervroegd ontslag van COVID-19 patiënten met zuurstofbehoefte naar huis of naar een andere zorglocatie met monitoring', FMS, april 2021

³'Triage thuisbehandeling versus verwijzen naar het ziekenhuis bij oudere patiënt met (verdenking op) COVID-19', FMS, versie 7.0, september 2021

⁴Binnen dit verband is gesproken is met NVZ, NFU, NVIC, V&VN, FMS, NVSHA en AZN

⁵Kamerbrief over 'Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie', 23 oktober 2020

afgeschaald aan de hand van het Raamwerk FMS⁶. Logischerwijs vraagt dit om maximale regionale ketensamenwerking en zijn randvoorwaarden als goede monitoring en financieel comfort hierbij van belang. Dit beleidskader blijft ook de komende tijd nog van kracht en spreiden van patiënten blijft zeer belangrijk.

3. Personeel optimaal inzetten/ondersteunen

Om de druk op het huidige personeel te verlichten, is het nodig om resterende barricades (denk aan BIG-registratie en bij- en nascholingsverplichtingen) weg te nemen om zorgreservisten maximaal in te kunnen zetten. Daarnaast is er een rol voor zorgbestuurders om te voorzien in behoeftes die er onder hun personeel spelen en de manier waarop zorgpersoneel ondersteund kan worden gedurende de periode van opschaling. De landelijke en regionale afstemming op verpleegkundig gebied kan worden geïntensiveerd om zo inhoudelijk en praktisch ervaringen met elkaar uit te wisselen, van elkaar te leren en af te stemmen zodat de te nemen stappen gelijktijdig en met elkaar worden genomen.

4. Ziekenhuizen opschalen tot 1350 IC-bedden en tijdig afschalen reguliere zorg

Op het moment dat het aantal ziekenhuis- en IC-opnames dusdanig toeneemt dat met de huidige capaciteit onvoldoende patiënten kunnen worden opgevangen, zullen de ziekenhuizen in stappen hun IC-capaciteit opschalen tot 1350 IC-bedden. In de geactualiseerde versie van het opschalingsplan COVID-19 wordt beschreven hoe deze opschaling in haar werk gaat. Hierbij geldt dat COVID-patiënten en non-COVID-patiënten gebruikmaken van dezelfde capaciteit, waarbij IC, OK en klinische afdeling communicerende vaten zijn wanneer het gaat om personele inzet. Bij verdere opschaling kan de reguliere zorg daardoor niet volledig geleverd blijven worden.

5. Verplaatsen naar Duitsland

Zodra de IC-capaciteit moet worden opgeschaald en de planbare reguliere zorg moet worden afgeschaald, moet tegelijkertijd gestart worden met de verplaatsing van IC-patiënten naar Duitsland. Timing, snelheid en aantal verplaatsingen zijn hierbij afhankelijk van de beschikbare vervoerscapaciteit en het aantal bedden dat Duitsland op dat moment beschikbaar kan stellen. Een nadere uitwerking van de Duits-Nederlandse samenwerking op de inzet van IC-capaciteit is terug te vinden in het Opschalingsplan en het 'Handboek gebruik Duitse capaciteit'.

Alleen als we al deze vijf aspecten maximaal inzetten zal het mogelijk zijn om de komende maanden voldoende capaciteit in de zorg beschikbaar hebben om de piek op te vangen, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit van zorg geborgd blijft en de reguliere zorg, inhaalzorg en zeker de kritiek planbare zo lang mogelijk doorgang kunnen blijven vinden, naast het verlenen van zorg voor COVID-patiënten. Dit zal opnieuw veel vragen van vele zorgprofessionals die zich al 20 maanden lang vol hiervoor inzetten, maar we hebben vertrouwen dat het met deze gezamenlijke inzet gaat lukken.

Wat als de capaciteit toch tegen grenzen loopt?

Zoals gezegd verwachten we op basis van de cijfers uit het verleden en de vooruitzichten dat we met de hierboven genoemde inspanningen met elkaar de piek het hoofd kunnen bieden. We hebben

⁶ 'Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk', FMS, 30 oktober 2020

daarnaast vertrouwen dat de zorg altijd alles zal doen om ervoor te zorgen dat elke patiënt geholpen kan worden.

We hebben zoals gevraagd een uitgebreide verkenning gedaan naar concentratie van zorg met de drie regio's waarvan wij verwachten dat zij, net als nu, te kampen krijgen met de hoogste COVID-instroom vanwege een relatief lage vaccinatiegraad. Wij hebben uw verzoek voorgelegd aan de deelnemers van de Joint Coalition en de ROAZ-voorzitters. Vanuit hun toezichthoudende rol zijn ook de NZa en IGJ betrokken. De resultante van deze verkenning is dat concentratie van COVID-IC-zorg door de veldpartijen niet als een haalbare oplossingsrichting wordt gezien. Dit komt onder meer door twijfels over de beschikbaarheid personeel, het effect op de reguliere acute ambulancezorg en IC-capaciteit door toename van (IC-)vervoer, het effect elders in de zorgketen en het risico van uitval en uitstroom personeel.

Zodra fase 2D (conform geactualiseerd Opschalingsplan COVID-19) ontstaat is de strategie van de zorg uitsluitend gericht op het voorkomen van een fase 3 zoals beschreven in het bijgevoegde geactualiseerde Opschalingsplan COVID-19. De zorg voelt een enorme verantwoordelijkheid en bereidheid om zich tot het uiterste in te spannen ten behoeve van de volksgezondheid en is dan ook nog steeds dagelijks bezig om met elkaar én sector-overstijgend allerhande mogelijkheden te verkennen, ook buiten de huidige kaders.

Zij zal met u daarover tijdig in overleg treden, aangezien de samenhang met de eerstgenoemde pijler (instroombeperking) cruciaal is. In uiterste geval (richting het einde van fase 2D) zal dit ondanks de maximale inzet op de eerdergenoemde vijf pijlers kunnen resulteren in het terugbrengen van de kwaliteit van zorg en ondersteuning tot het minimaal aanvaardbare niveau om op die manier de niet uit te stellen zorgverlening en de essentiële basisverzorging en begeleiding mogelijk te maken.

Conclusie

Ons land is aangekomen in een nieuwe fase van de pandemie. Door eerdere besmetting en vaccinatie is het aantal personen dat risico loopt op ernstige COVID en ziekenhuisopname beduidend lager dan een jaar geleden. Desalniettemin gaat het nog steeds om tienduizenden patiënten, waarbij het risico op een exponentieel beloop en hoge dagelijkse patiëntenaantallen onverminderd aanwezig is, ook deze winter. De toegankelijkheid van zorg staat dus nog steeds onder druk.

We zijn in dat opzicht in deze derde COVID-winter (na '19 – '20 en '20 – '21) nog altijd niet in een 'normale' situatie beland. Dat vraagt om permanente monitoring, sturing en naleving.

De zorg heeft daarbij noodzakelijkwijs verschuiving in prioriteiten, waarbij continuïteit van reguliere zorg en vermindering van toegangstijden, in combinatie met aandacht voor en behoud van personeel nadrukkelijk op de voorgrond staan. Dit vraagt om sturing op lagere opgeschaalde capaciteit dan in de afgelopen 20 maanden. Deze sturing kan bij de huidige vaccinatiegraad en is in het belang van iedere burger die zorg nodig heeft.

Tot slot

We zijn uiteraard bereid deze brief en de onderliggende documenten nader met u te bespreken. Als laatste willen we benadrukken dat we vertrouwen hebben dat we met deze gezamenlijke aanpak ook de komende maanden de kwaliteit en toegankelijkheid van de (acute) zorg voor alle Nederlanders kunnen behouden.

Met vriendelijke groet,

Prof. Dr.
Voorzitt



acute Zorg