



landelijk netwerk
acute zorg

Terugkijken en vooruitblikken op COVID-19

oktober 2021

Inhoud

1. Inleiding.....	4
1.1 Aanleiding.....	4
1.2 Verzoek van VWS	4
1.3 Projectorganisatie	5
2. Terugkijken.....	6
2.1 Inleiding.....	6
2.2 Terugkijken.....	6
2.2.1 Het virus is onvoorspelbaar.....	6
2.2.2 Het belang van (preventieve) maatregelen; vaccineren helpt.....	7
2.2.3 Continuïteit van zorg door gecoördineerd op- en afschalen	7
2.2.4 Afschalen van reguliere zorg.....	8
2.2.5 Gecoördineerde opschaling en spreiding heeft de continuïteit van de zorg geborgd	8
2.2.6 Solidariteit	11
2.2.7 Samenwerking in de keten en ondersteuning van defensie	12
2.2.8 Duitsland	14
2.2.9 Vervoer.....	15
2.2.10 Toegankelijkheid van de SEH's.....	16
2.2.11 Opschalen kent zijn grenzen in omvang en duur; impact op het personeel	16
2.2.12 Informatievoorziening	17
2.2.13 Vertrouwen en ruimte in de crisis	17
3. Vooruitblikken	18
3.1 De vraag naar (covid)zorg.....	18
3.2 De vraag naar IC-zorg	18
3.3 Het aanbod van IC-zorg.....	19
3.4 Het aanbod van zorg	20
3.5 De uitplaatsing van IC-patiënten naar Duitsland	20
4. Aanpassingen Opschalingsplan COVID-19.....	22
4.1 Aanpassingen op basis van terugkijken.....	22
4.2 Aanpassingen op basis van vooruitblikken.....	22
5. Afkortingen.....	24
6. Bijlage.....	25
6.1 Samenstelling werkgroep	25

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 maatschappelijke maatregelen werden genomen om verspreiding van het virus tegen te gaan. De zorg kwam door covid-19 onder grote druk te staan. De meest kritieke factor bleek daarbij de IC-capaciteit. In de eerste golf bedroeg het maximale aantal covidpatiënten dat gebruikmaakte van IC-zorg in Nederland 1.424 (normaal gesproken beschikt Nederland over zo'n 1.000 IC-bedden). Daarnaast lagen er tijdens de piek 2.900 covidpatiënten op de verpleegafdelingen.

Bedden capaciteit moest worden opgeschaald en reguliere zorg moest worden afgeschaald om deze piek in de toestroom naar de ziekenhuizen op te kunnen vangen. In maart 2020 werden 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), met als doel om de werklast van de covid-zorg over de Nederlandse ziekenhuizen te verdelen zodat de totale patiëntenzorg in Nederland zo goed mogelijk kon doorgaan.

Aansluitend werd op verzoek van VWS door het LNAZ het opschalingsplan covid-19 versie 1.0 opgesteld. Dit gebeurde in nauw overleg met de betrokken veldpartijen. Het plan was gereed op 30 juni 2020. De focus lag op het voorbereiden van de ziekenhuizen op een eventuele tweede golf van covidpatiënten in het najaar van 2020. Inmiddels zijn we een jaar met twee golven en een opleving van covid-19 in de zomer verder. Het plan is al die tijd gebruikt om de coviddruk op te vangen en de zorg evenredig over de Nederlandse ziekenhuizen te verdelen.

1.2 Verzoek van VWS

Bij betrokken partijen verenigd in de Joint Coalition LCPS bestond de wens om op basis van de ervaringen van het afgelopen jaar dit opschalingsplan te evalueren, met als doel het plan aan te scherpen, aan te passen en een herzien plan op te stellen. Dit ter voorbereiding op een eventuele nieuwe golf in het najaar van 2021. Gelijktijdig heeft VWS het LNAZ gevraagd om een evaluatie van het *Opschalingsplan COVID-19*, eveneens met als doel om dit proces voor het najaar goed in te richten. VWS heeft het LNAZ gevraagd een document op te leveren waar de volgende onderdelen in naar voren komen:

a. Terugkijken, leren en evalueren

Breng in beeld wat de geleerde lessen zijn van de ROAZ'en en het LCPS over de periode september 2020 - augustus 2021. Sta hierbij in het bijzonder stil bij de mate waarin het is gelukt covidpatiënten evenredig te spreiden en regionale verschillen in de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te beperken.

Geef vervolgens aan op welke punten het opschalingsplan gegeven de geleerde lessen moet worden aangepast. Betrek de acute keten in brede zin bij het beschrijven van de lessen en de bijbehorende aanpassingen van het plan (dus ook de VVT en de huisartsen), evenals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

b. 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 covidpatiënten zorg kunnen blijven bieden op een manier waardoor 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 het LNAZ bij denkbare opties ook het draagvlak onder betrokken partijen schetst. Ga hierbij in ieder geval in op:

- de uitplaatsing van IC-patiënten naar Duitsland;
- het anders inrichten van covidzorg op de IC's en in de klinieken op piekmomenten, bijvoorbeeld door concentratie van covidzorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht.

c. Aanpassen

Geef, op basis van de analyse naar aanleiding van het terug- en vooruitkijken, aan op welke punten het opschalingsplan moet worden aangepast. Daarbij vraagt VWS partijen zich er goed rekenschap van te geven dat aanpassingen van het *Opschalingsplan COVID-19* mogelijk financiële gevolgen hebben voor de ziekenhuizen. Ook is het van belang dat – waar relevant – wordt gesignaleerd als een aanpassing van het opschalingsplan niet past binnen de huidige bekostiging.

Het LNAZ heeft het verzoek van VWS om te komen tot terugkijken, vooruitkijken en aanpassen, en de wens van direct betrokken partijen om te komen tot herziening van het opschalingsplan in samenhang opgepakt. Het heeft in overleg met betrokken partijen allereerst dit document opgesteld dat terugkijkt en vooruitblijkt en de aanpassingen benoemt. Dit in lijn met het verzoek van VWS. Tegelijkertijd is op basis van de inzichten een *Herzien opschalingsplan COVID-19* opgesteld. Dit plan is een op zichzelfstaand document geworden. Dit herziene plan wordt door het LNAZ mede namens betrokken partijen aangeboden aan VWS met het verzoek om dit plan te bekrachtigen.

1.3 Projectorganisatie

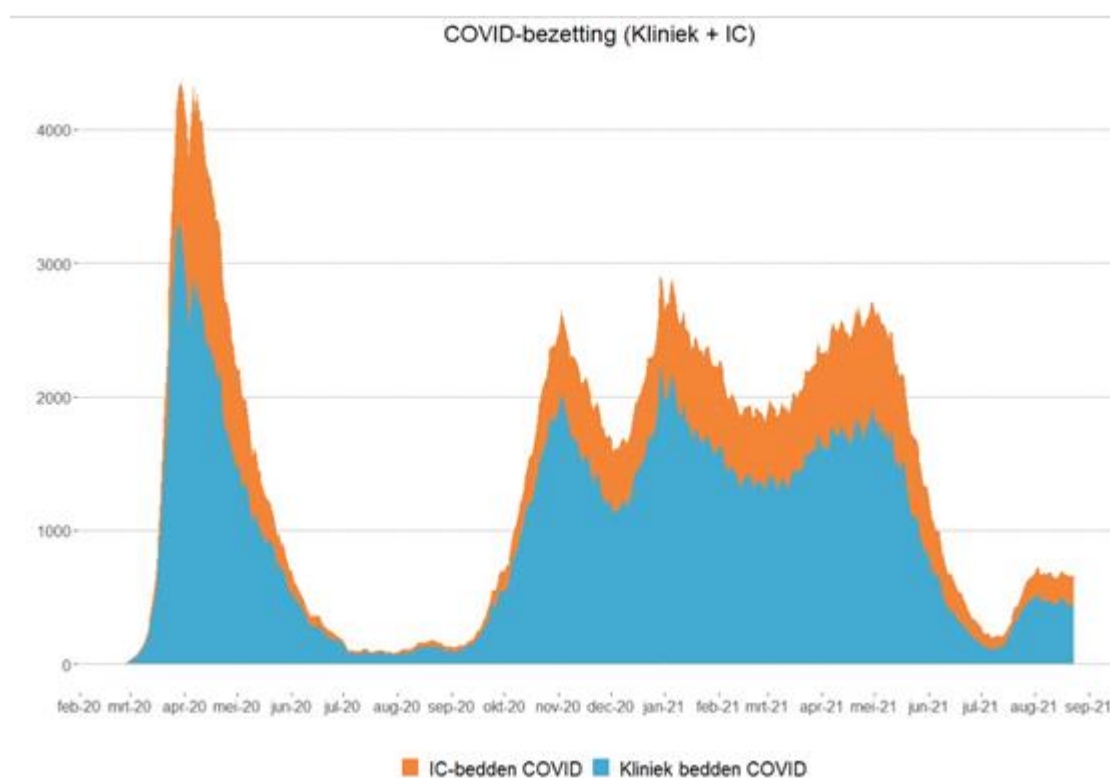
Deze evaluatie en actualisatie van het *Opschalingsplan COVID-19* is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met betrokken partijen van de Joint Coalition van het LCPS, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van UMC's (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). Bijlage 6.1 vermeldt de samenstelling van de werkgroep.

Daarnaast heeft afstemming plaatsgevonden met landelijke vertegenwoordigers vanuit de huisartsenzorg, de VVT-sector, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Patiëntenfederatie Nederland, GGD GHOR Nederland, de NZa en de IGJ. De evaluatie en het voorstel tot actualisatie van het opschalingsplan is door de ROAZ-voorzitters, verenigd in het LNAZ, vastgesteld.

2. Terugkijken

2.1 Inleiding

Sinds het verschijnen van het *Opschalingsplan COVID-19* zijn we ruim een jaar verder. Covid-19 heeft in dat jaar gedurende een zeer lange periode een hoge druk op de zorg gelegd. Figuur 2.1 laat zien hoeveel covidpatiënten sinds de uitbraak van de pandemie in Nederland in de ziekenhuizen hebben gelegen. Dit aantal is het topje van de ijsberg omdat tegelijkertijd een nog veel grotere groep covidpatiënten ziek thuis was of in een zorginstelling verbleef. Ook deze groep deed beroep op de zorg van (huis)artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Ook daar is extra capaciteit ingezet om deze vraag op te vangen.



Figuur 2.1. Ontwikkeling van het aantal covidpatiënten in de tijd

2.2 Terugkijken

2.2.1 Het virus is onvoorspelbaar

De ontwikkeling van het virus blijkt onvoorspelbaar. Waar we vorig jaar zomer nog hoopten dat belasting voor de zorg in het najaar van 2020 beperkt zou blijven tot een kortstondige niet al te hoge tweede piek, werden we van oktober 2020 tot juni 2021 geconfronteerd met feitelijk drie elkaar opvolgende covidgolven en een constant hoge covidruk (figuur 2.1). Toen we vervolgens vlak voor de zomer van 2021 dachten dat het aantal covidpatiënten weer zou dalen, steeg het aantal patiënten. Tijdens de eerste golf werden 14.000 patiënten opgevangen. In de daarop volgende (drie) golven bedroeg het aantal opgenomen patiënten 55.000. In de zomer van 2021 lagen er vier keer zoveel patiënten met covid-19 op de IC dan in de zomer van 2020. Dit ondanks het feit dat ondertussen een groot deel van de bevolking was gevaccineerd en er nog steeds beperkende maatregelen van kracht waren. Bij dit alles speelde de opkomst van nieuwe varianten van het coronavirus, waaronder de veel besmettelijker deltavariant, een belangrijke rol. De eerste les van het

terugkijken is dan ook dat het virus onvoorspelbaar is. Met deze onvoorspelbaarheid moeten we rekening houden bij het opstellen van de plannen.

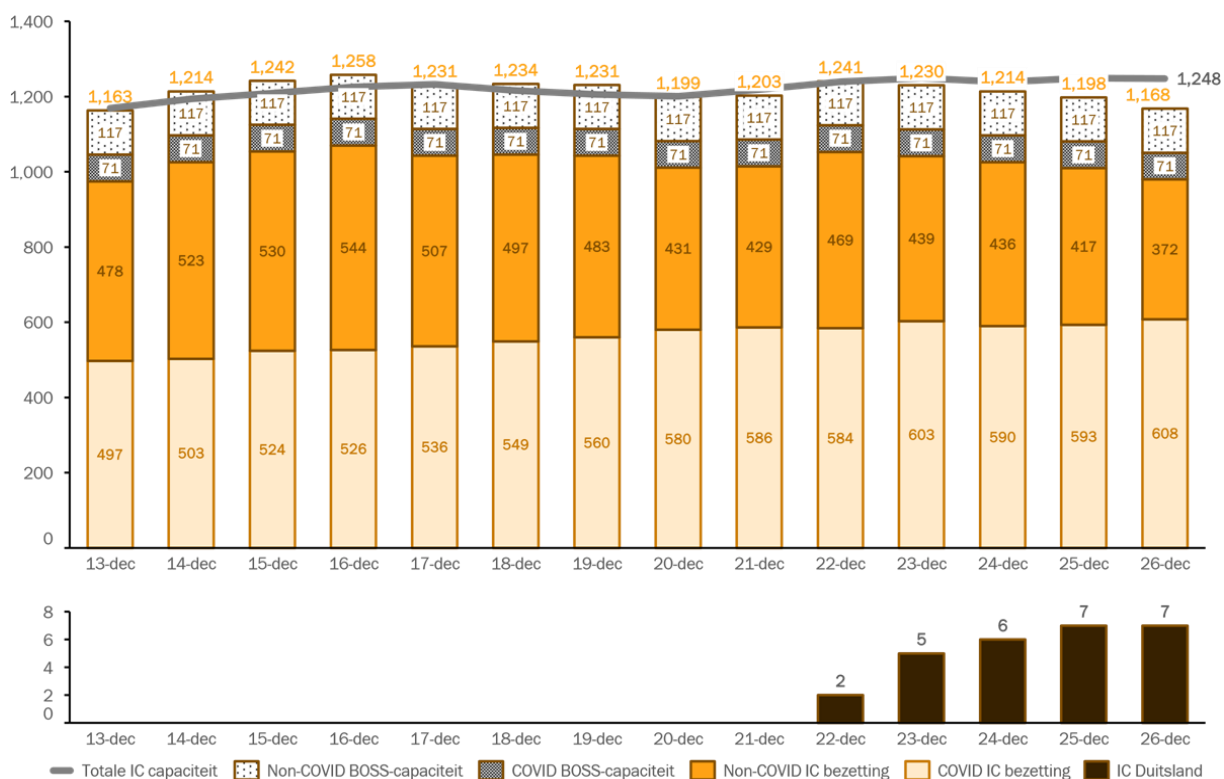
2.2.2 Het belang van (preventieve) maatregelen; vaccineren helpt

Het inzetten van beperkende maatschappelijke maatregelen door de overheid is effectief gebleken. Dit heeft op sommige momenten gedurende de pandemie geholpen om te voorkomen dat de druk op de zorg te hoog werd of om de druk in acute situaties snel te verlichten.

Naast het inzetten van beperkende maatregelen hebben we afgelopen zomer ook gezien dat vaccinatie helpt. De kans dat een gevaccineerde vanwege covid-19 een beroep doet op zorg of wordt opgenomen in het ziekenhuis vanwege covid-19 is momenteel laag. Zo is het een kleine minderheid van de niet-gevaccineerde inwoners van Nederland die het overgrote deel vormt van de in de ziekenhuizen opgenomen covidpatiënten.¹ Vaccineren helpt om de druk op de zorg te beperken en draagt daardoor in belangrijke mate bij aan het borgen van de toegang tot de zorg voor alle patiënten.

2.2.3 Continuïteit van zorg door gecoördineerd op- en afschalen

Het bleek het afgelopen jaar mogelijk om de golven van de pandemie op te vangen door landelijk gecoördineerd op te schalen en af te schalen. In afstemming tussen de regio's bleek het mogelijk om de capaciteit op de IC's en in de klinieken in stappen op te schalen om de covidzorg in de ziekenhuizen op te vangen. Zo is in figuur 2.2 zichtbaar hoe eind december de IC-capaciteit is opgeschaald van 1.163 naar 1.248 bedden om de stijgende zorgvraag als gevolg van covid-19 van 497 naar 608 IC-patiënten op te vangen. Na een periode van opschaling van bedden capaciteit volgden momenten van (gedeeltelijke) afschaling.



Figuur 2.2. Landelijk opschalen IC-capaciteit

¹ <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/artikelen/wel-en-niet-gevaccineerde-patiënten-in-de-ziekenhuizen>.

De IC-bedden, het materieel en de infrastructuur vormden, doordat al naar aanleiding van de eerste golf was geïnvesteerd, geen beperkende factor bij de opschaling. Wel werd bij het opstellen en uitvoeren van de opschalingsplannen duidelijk dat het aanwezige IC-personeel net aan voldoende is om aan de reguliere vraag naar IC-zorg te voldoen. Om te kunnen opschalen op de IC is veel inzet nodig van verpleegkundig, ondersteunend en medisch personeel. De opschaling is mede mogelijk gemaakt door tijdelijke inzet van oud-medewerkers en gepensioneerde (IC-)verpleegkundigen, door personeel van andere afdelingen/organisaties in te zetten als buddy op de IC ter ondersteuning van het zittende personeel, door het zittende personeel meer te laten werken en ook door andere zorg af te schalen. In deze fase was de zorg nog wel van goede kwaliteit, maar zij stond wel onder druk.

2.2.4 Afschalen van reguliere zorg

Om de continuïteit van zorg te borgen, bleek het noodzakelijk om niet alleen de beddencapaciteit op te schalen, maar gegeven de langdurige druk met pieken op enig moment, ook om tijdelijk de reguliere zorg af te schalen. Dit heeft zich met name voorgedaan begin 2021. Bij partijen bestond de wens om de reguliere zorg zoveel mogelijk gelijkmatig en uniform af te schalen, om zo ook langs deze weg de toegankelijkheid van zorg voor de patiënten in Nederland zoveel mogelijk gelijk te houden.

Voor het uniform afschalen van reguliere zorg bestond geen kader. De FMS heeft hiervoor een kader opgesteld: het 'Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-covid zorg'.² Dit kader is door de ziekenhuizen gebruikt en daarmee een belangrijk aanvullend onderdeel geworden van het *Opschalingsplan COVID-19*. Het hanteren van het raamwerk van de FMS heeft ervoor gezorgd dat op hoofdlijnen de inhoudelijke keuzes tussen de regio's ten aanzien van de inhoud van zorg hetzelfde waren.

De NZa schat in dat in Nederland zo'n 180.000 tot 200.000 operaties moeten worden ingehaald.³ Eerder rapporteerde de NZa al over de top 5 van de aantallen uitgestelde operaties:

- staar- en nstaaroperaties (18%);
- heup- en knie vervangingen (9%);
- liesbreuken en andere buikwandbreuken (7%);
- operaties bij spataderen (3%);
- operaties incontinentieklachten en/of verzakkingen (3%).

Bij het besluit tot het landelijk afschalen van de reguliere zorg is het van belang om aandacht te hebben voor goede communicatie. Dit betreft communicatie naar de betrokken zorgverleners, maar vooral ook naar de patiënten die dit raakt. Met name de patiënten zullen nadrukkelijker moeten worden meegenomen in de plannen.

2.2.5 Gecoördineerde opschaling en spreiding heeft de continuïteit van de zorg geborgd

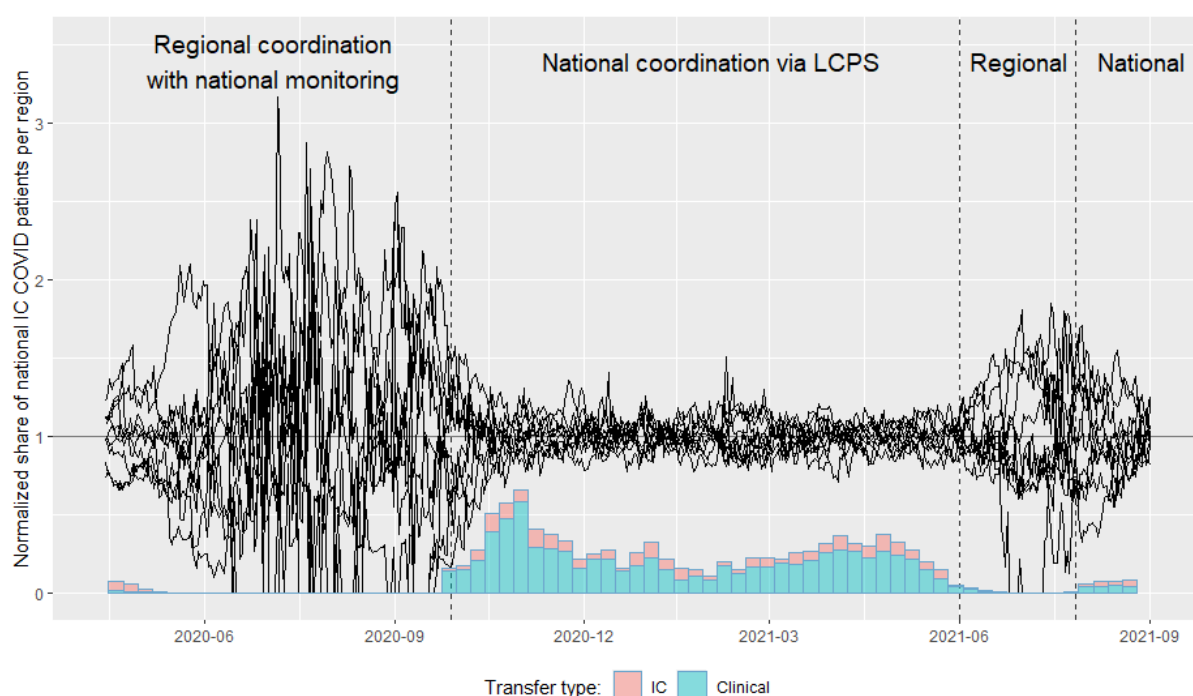
Analyse van de data leert dat indien er geen samenwerking was geweest bij het opschalen van de covidcapaciteit en bij de spreiding van de patiënten in Nederland, een groot aantal regio's op enig moment in de tijd de covid druk niet meer had aangekund. De spreiding van covidpatiënten werd daarbij gebaseerd op

² Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-covid zorg in relatie tot de pandemische druk, FMS, 30 oktober 2020.

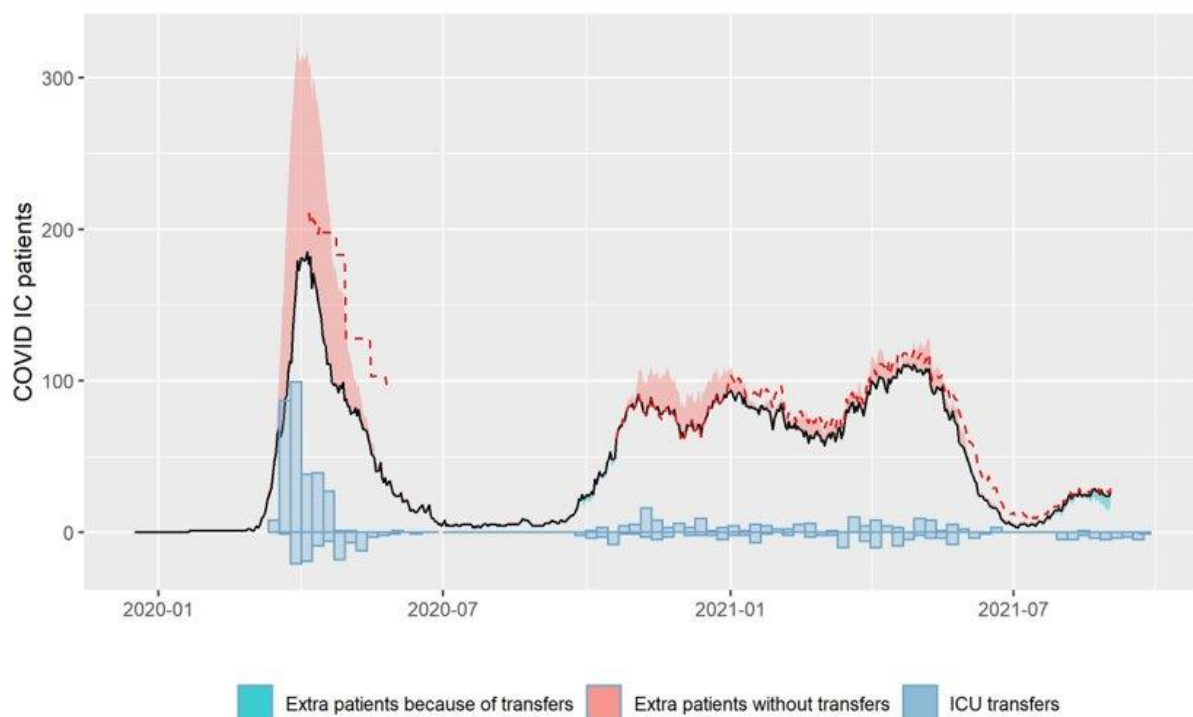
³ Monitor Toegankelijkheid van Zorg; gevolgen van Covid-19, NZa, 30 september 2021.

basis van een afgesproken 'fair share' tussen de regio's. De faire share was daarbij afgeleid van de opschalingsplannen voor de covidzorg in de regio.

Figuur 2.3 maakt zichtbaar dat de bovenregionale verplaatsingen van IC-patiënten hebben bijgedragen aan een meer gelijke verdeling van deze patiënten over de regio's. De tien zwarte lijnen geven voor iedere regio de 'normalized fair share' weer. Wanneer een regio een 'normalized fair share' heeft van 1, dan heeft deze regio een covid-IC-bedbezetting van precies het aandeel dat volgens het fair share-principe is afgesproken. Hoe meer de lijnen naar elkaar toe bewegen hoe meer regio's hun aandeel leveren volgens het fair share-principe. De blauw/roze staven tonen het aantal bovenregionale verplaatsingen exclusief terugplaatsingen. De verticale streepjeslijnen geven aan wanneer het LCPS van een monitorende rol is overgegaan naar een coördinerende rol en vice versa.

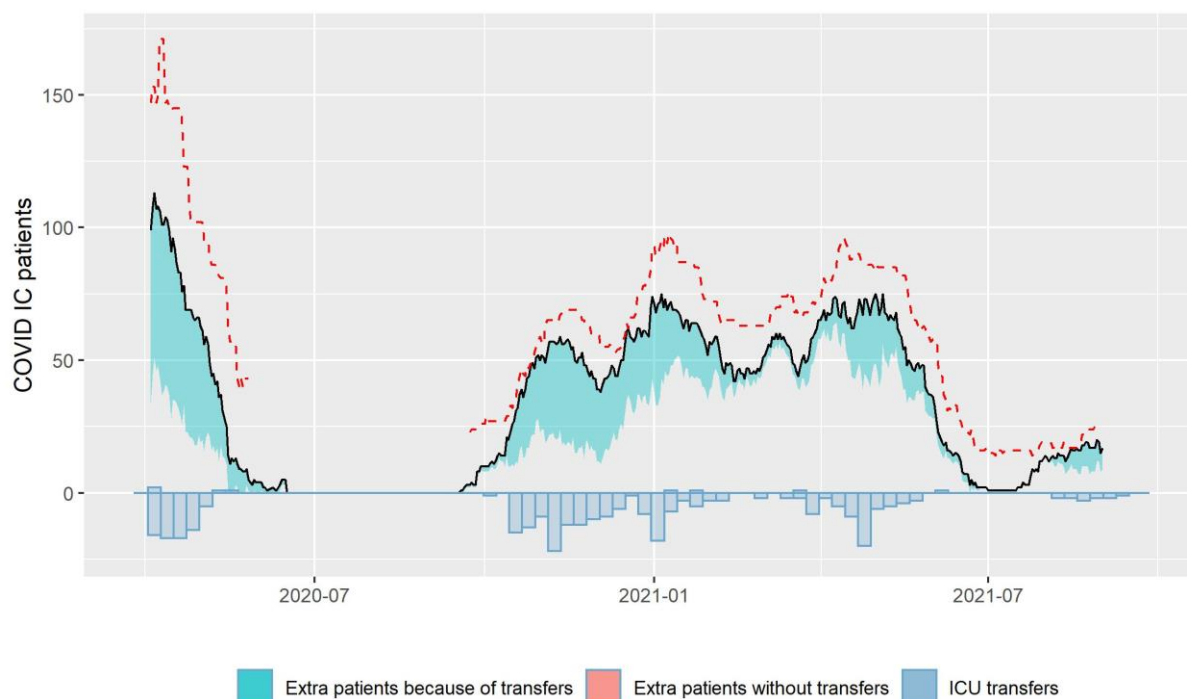


Figuur 2.3. Landelijk beeld van de verdeling van IC-patiënten volgens de fair share in relatie tot de bovenregionale patiëntverplaatsingen



Figuur 2.4. Het effect van bovenregionale overplaatsingen op het aantal patiënten op de ICU (IC-unit) in een uitplaatsende ROAZ-regio

Figuur 2.4 toont wat het effect is van overplaatsingen voor een uitplaatsende regio. De zwarte lijn toont de gerealiseerde covid-IC-bezetting voor deze regio. Het rode gebied is de extra IC-bezetting die er was geweest zonder bovenregionale overgeplaatste/overgenomen patiënten. Het blauwe gebied is bezetting veroorzaakt door bovenregionaal opgenomen patiënten. De rode stippellijn geeft de opgegeven beschikbare IC-capaciteit in de regio weer. De positieve staven zijn het aantal IC-patiënten per week die zijn verplaatst naar andere regio's. Negatieve staven tonen het aantal ontvangen IC-patiënten per week. Deze cijfers zijn inclusief terugplaatsingen.



Figuur 2.5. Het effect van overplaatsingen op het aantal patiënten op de IC(unit) in een ontvangende ROAZ-regio

Figuur 2.5 toont wat het effect is van overplaatsingen voor een ontvangende regio. De zwarte lijn toont de gerealiseerde covid-IC-bezetting voor deze regio. Het blauwe gebied is de bezetting veroorzaakt door bovenregionaal opgenomen patiënten. De rode stippellijn geeft de opgegeven beschikbare IC-capaciteit in deze regio weer. De negatieve staven tonen het aantal ontvangen IC-patiënten per week.

Uit figuur 2.4 blijkt dat de betreffende ROAZ-regio zonder overplaatsingen niet in staat zou zijn geweest om de toestroom van patiënten met de beschikbare IC-capaciteit op te vangen. Figuur 2.5 toont dat een andere ROAZ-regio in staat was deze overplaatsingen te accommoderen binnen de beschikbare (opgeschaalde) IC-capaciteit. Daarmee heeft het *Opschalingsplan COVID-19* met de bijbehorende samenwerking tussen de regio's en coördinatie en spreiding van patiënten door het LCPS en de RCPS'en invulling gegeven aan het beoogde doel en goed gefunctioneerd. Betrokken partijen constateren dan ook dat de samenwerking bij:

- een landelijke afgestemde en stapsgewijze opschaling van bedden capaciteit, gecombineerd met
- een landelijk afgestemde afschaling van reguliere (non-covid/niet-acute) zorg, en
- spreiding van covidpatiënten op basis van de zogenoemde 'fair share' tussen de regio's ervoor heeft gezorgd dat de continuïteit van zorg in alle regio's is geborgd.

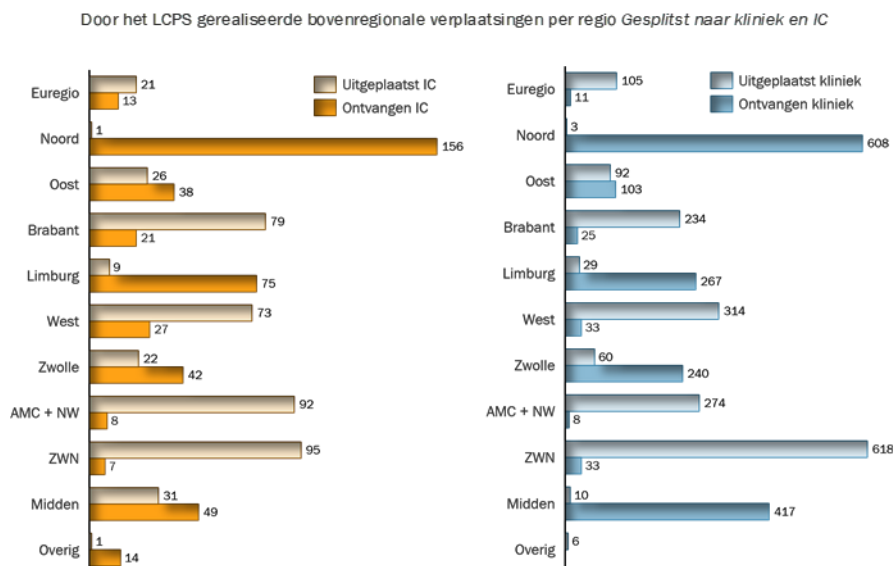
De informatievoorziening was hierbij een nadrukkelijke randvoorwaarde om dit mogelijk te maken.

Aandachtspunt is nog wel de doorstroming van naar buiten de regio overgeplaatste covidpatiënten bij ontslag uit het ziekenhuis naar de VVT. Deze doorstroom stagneerde op sommige momenten doordat patiënten niet goed teruggeplaatst konden worden naar een VVT-instelling in de eigen regio.

2.2.6 Solidariteit

De spreiding van de patiënten in de ROAZ-regio en tussen ROAZ-regio's was mogelijk door de solidariteit tussen de ziekenhuizen. Deze solidariteit valt te verklaren vanuit het inzicht bij alle betrokkenen dat noch een

ziekenhuis noch een regio in staat is om de pandemie alleen op te vangen en zij elkaar nodig hebben. Het is van belang dat er sprake is van snelle(re) besluitvorming op het moment dat ziekenhuizen en/of regio's problemen ervaren bij het bieden van zorg.



Figuur 2.6. Overzicht van de overplaatsingen (momentopname)

Het afgelopen jaar, geïllustreerd aan de hand van figuur 2.6, laat zien dat spreiden op basis van solidariteit werkt. Dit bleek ook uit de momenten dat een ziekenhuis of een regio acuut in de problemen kwam en andere ziekenhuizen op basis van signalen van het RCPS of het LCPS direct hulp boden.

Wel signaleren betrokkenen dat de langdurige covidlast in combinatie met druk om de reguliere zorg en inhaalzorg doorgang te laten vinden deze solidariteit tussen de regio's onder druk zet, waardoor de bereidheid voor elkaar in te springen er nog wel is, maar afneemt. Dit gaf de afgelopen periode soms ook frictie. Dit uit zich binnen de zorginstellingen, maar ook tussen de zorginstellingen en tussen de regio's. Bij frictie tussen de regio's was het soms lastig voor het LCPS om te voorzien in bovenregionale verplaatsingen.

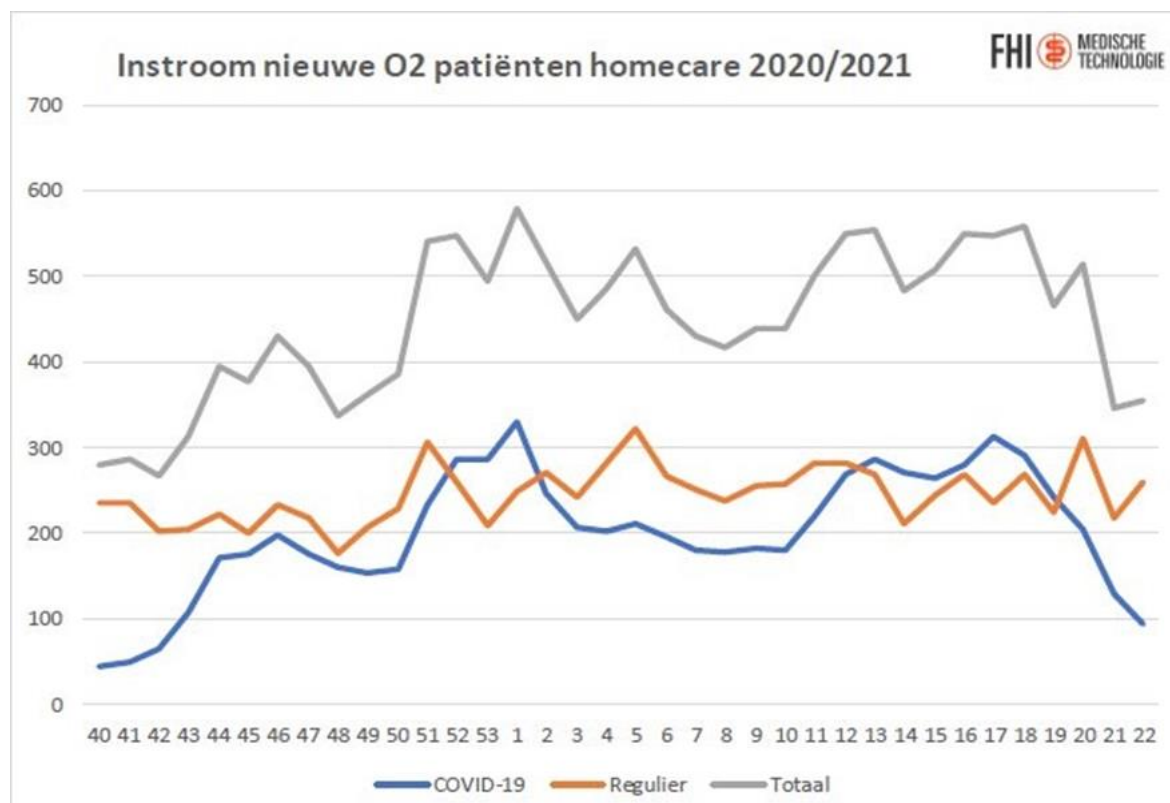
Het afgelopen jaar waren er ook momenten dat een ziekenhuis of regio aangaf door omstandigheden tijdelijk niet in staat te zijn om aan de gevraagde opschaling en/of de bijdrage in de fair share te voldoen. Op die momenten dat een regio er niet aan kon voldoen, was er contact tussen de regio en het LCPS om dit te verhelderen. Waar nodig keek in deze omstandigheden ook de IGJ mee om de situatie te beoordelen. Dit contact leidde soms tot een afspraak tussen de regio's om een ziekenhuis tijdelijk te ontzien. Indien er aanleiding was om een regio tijdelijk te ontzien, was dit onderwerp van afstemming in het overleg tussen de ROAZ-voorzitters. Het kon echter ook zijn dat de regio toch werd verzocht om bij te dragen aan de fair share.

2.2.7 Samenwerking in de keten en ondersteuning van defensie

De samenwerking met alle partijen in de regio en in het bijzonder de eerstelijnszorg, de VVT-sector en de revalidatiezorg heeft, naast de inzet van regionale ambulancezorgvoorzieningen en ziekenhuizen, ook een belangrijke bijdrage geleverd aan het opvangen van de druk en het borgen van de continuïteit van de zorg.

Zo heeft ondersteuning vanuit de huisartsenzorg en de thuiszorg de ziekenhuizen tijdens de tweede en derde golf ontlast. Een eenmalige inventarisatie van het LCPS eind juni 2021 liet zien dat naar schatting in de eerste helft van 2021 er wekelijks tussen de 200 en 300 nieuwe covidpatiënten met zuurstof thuis werden behandeld.

De verplaatsing van ziekenhuiszorg naar de huisarts gecombineerd met de tijdelijke afschaling van de reguliere zorg heeft daarmee wel gezorgd voor een toegenomen werkdruk in de huisartsenpraktijken en de thuiszorg.



Figuur 2.7. Nieuwe covidpatiënten die thuis worden behandeld met zuurstof

De regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) hebben niet alleen voorzien in vervoer, maar op enig moment ook verpleegkundigen beschikbaar gesteld voor in de kliniek en centralisten voor het LCPS. Ook is gebruikgemaakt van aangepaste triage in de meldkamer ambulancezorg.

In verschillende regio's zijn afspraken gemaakt met revalidatiecentra om klinische covidpatiënten over te nemen (ziekenhuisverplaatste zorg). Daarnaast zijn er tussen de ziekenhuizen en de instellingen voor verpleging en verzorging afspraken gemaakt over het faciliteren van de uitstroom van de ziekenhuizen naar de deze sector. Door de directeuren publieke gezondheid (DPG), in opdracht van de minister, zijn hiervoor regionale opschalingsplannen opgesteld voor de beddenscapaciteit buiten het ziekenhuis. Dit als onderdeel van het opschalingsmodel van de vervolgzorg. Figuur 2.8 geeft inzicht in de capaciteit en bezetting van tijdelijke covidbedden buiten de ziekenhuizen. De bovenste lijn geeft de capaciteit weer, de onderste lijn de bezetting. De data betreffen de periode eind september 2020 tot begin oktober 2021.



Figuur 2.8. Tijdelijke capaciteit en bezetting covidbedden buiten de ziekenhuizen (eind september 2020-begin oktober 2021). Bron GGD GHOR Nederland

Door deze ontwikkeling waren de regio's beter in staat de covidzorg op te vangen en kon een groter deel van de zorg doorgang vinden. Ook zijn er in een aantal regio's afspraken gemaakt tussen de huisartsenposten (HAP's) en de spoedeisende hulp (SEH) om elkaar te ondersteunen. Dit gebeurde toen in de zomer van 2021 verschillende HAP's door personele problemen met moeite de zorgvraag konden opvangen en de SEH's ondersteuning boden.

Bij een eventuele volgende toename van het aantal covidpatiënten dient deze samenwerking op basis van afspraken in de regio behouden te blijven. Voor de ziekenhuizen geldt daarbij dat het van belang is dat niet alleen voorzien wordt in het faciliteren van de uitstroom van covidpatiënten, maar van alle patiënten. Bij de samenwerking in de regio dient oog te zijn voor de belasting van bijvoorbeeld de huisartsen en de thuiszorg. Het is van belang om dit via de Landelijke Ketenmonitor Zorg, een monitor die de druk op de keten in beeld brengt, zo goed mogelijk te laten zien. Dit biedt partijen de mogelijkheid om allereerst zelf tijdig maatregelen te nemen en indien nodig om vervolgens aansluitend met de ketenpartners in de regio afspraken te maken. Bij het vormgeven van de afspraken en de samenwerking in de regio was soms de patiëntenvertegenwoordiging betrokken. In het plan zal het betrekken van de patiëntenvertegenwoordiging als aandachtspunt worden meegegeven.

Als bijzonder onderdeel van samenwerking in de keten is het ook goed te benoemen dat Defensie van grote betekenis is geweest in de ondersteuning van de zorg tijdens de covidpandemie. Defensie heeft de zorg op verschillende momenten en plaatsen met inzet van personeel ondersteund. Deze ervaring heeft ertoe geleid dat er afspraken zijn gemaakt tussen de betrokken ministeries en ziekenhuizen om de civiel-militaire samenwerking te intensiveren en te borgen. Waar aan de orde kan dit lopen via de Regeling militaire steunverlening in het openbaar belang (MSOB).

2.2.8 Duitsland

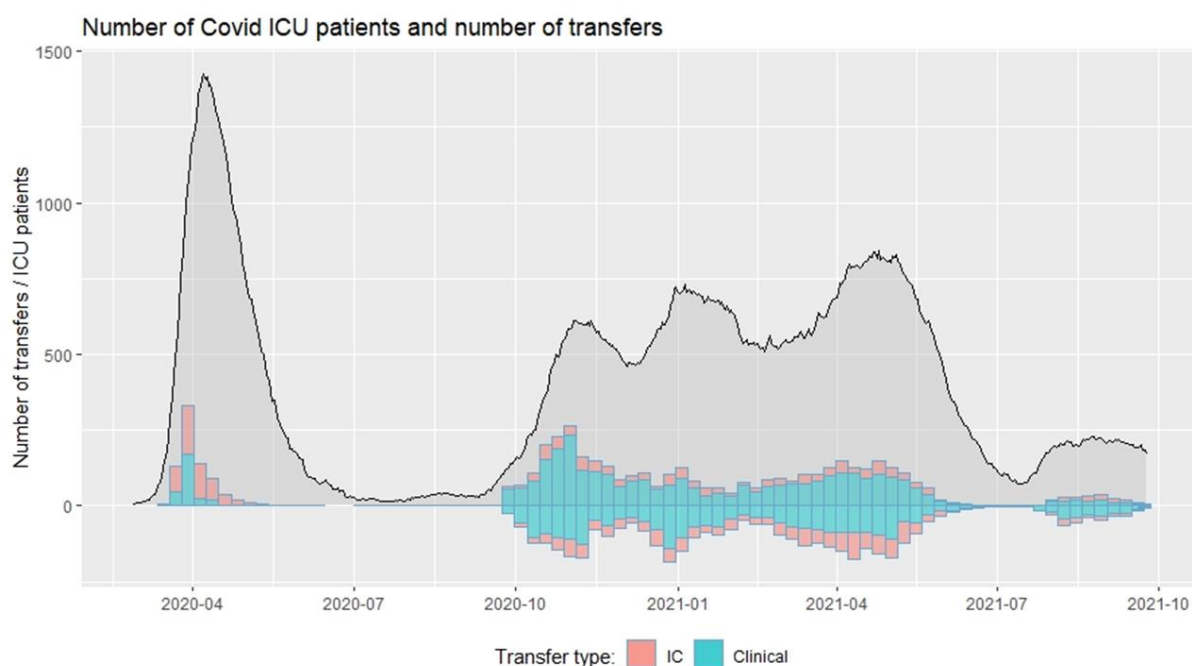
Door internationale samenwerking zijn ook tijdens de tweede en derde golf in beperkte mate covidpatiënten overgeplaatst. Het betrof hierbij met name verplaatsingen naar Duitsland. Dit verlicht de druk op de zorg, maar blijkt wel een ingrijpende maatregel te zijn. Het inzetten van internationale samenwerking vraagt een grote tijdsinvestering. Daarbij heeft het verplaatsen van Nederlandse patiënten naar een ander land een aanzienlijke impact op de patiënten en hun families gehad. Denk hierbij aan de afstand van de woonplaats tot het

ziekenhuis in verband met bezoek en lastige communicatie tussen ziekenhuis en familie door de taalbarrière. Met het oog op de ervaringen van de patiënten en hun familie zal worden gezien hoe dit proces kan worden begeleid. Ook de ervaringen van de intensivisten worden hierin meegenomen. Het heeft de voorkeur patiënten alleen te verplaatsen naar een ander land indien de omstandigheden dat vereisen.

2.2.9 Vervoer

De covidpandemie gecombineerd met de landelijke spreiding van de covidpatiënten heeft gezorgd voor een extra druk op de vervoerscapaciteit van de regionale ambulancezorgvoorzieningen en de MICU-organisatie. Hiervoor is zowel door de RAV's als de MICU-organisaties extra capaciteit ingezet. Deze organisaties zijn op de piek van de golf voor de langeafstandstransporten ondersteund door een vijfde Mobiel Medisch Team (MMT) en tijdelijk door de Waddenhelikopter. Dit laatste wordt niet wenselijk geacht, omdat er voor de Waddeneilanden feitelijk geen alternatief beschikbaar is om het gebruikelijke niveau van acute zorg te garanderen.

Figuur 2.9 laat de vervoersbewegingen zien in relatie tot de landelijke IC-bezetting vanaf begin 2020 t/m september 2021. Het grijze gebied geeft de landelijke covid-IC-bezetting weer. De positieve staven (boven de nulwaarde) zijn interregionale verplaatsingen door het LCPS uitgevoerd. De negatieve staven (onder de nulwaarde) zijn intraregionale verplaatsingen uitgevoerd door de RCPS'en. Van deze laatste groep hebben we geen data tijdens de eerste golf. Het totale aantal (geregistreerde) verplaatsingen bedraagt 15.000.



Figuur 2.9. Het aantal vervoersbewegingen van patiënten met covid in relatie tot het aantal covidpatiënten op de IC

De ingezette extra capaciteit gedurende de afgelopen anderhalf jaar was niet alleen nodig in verband met een toegenomen transportvraag (vooral in de eerste golf), maar ook door een inefficiënte afstemming van vraag en aanbod van beschikbare bedden (tweede en derde golf). Dit leidde tot piekmomenten in de middag en avond, terwijl er vrijwel geen transportaanvragen in de ochtend waren. De spreiding van covidpatiënten vraagt om een efficiënte inzet van de capaciteit van de mobiele intensive care units (MICU's) en de

ambulancezorgaanbieders. Binnen het huidige proces wordt het daadwerkelijk ophalen van de patiënt vaak pas laat op de dag gestart, waardoor één MICU minder verplaatsingen per dag kan doen. Ditzelfde is aan de orde bij de ambulancezorgaanbieders. De betrokken partijen NVIC, AZN en LCPS hebben afspraken gemaakt om dit proces te verbeteren.

2.2.10 Toegankelijkheid van de SEH's

Het afgelopen jaar is gebleken dat onder invloed van de pandemie piekbelasting in ziekenhuizen een aantal keren heeft geleid tot presentatiestops op de SEH's.⁴ Dit werd met name veroorzaakt doordat patiënten vanaf de SEH niet konden doorstromen naar de kliniek. Dit is vanuit patiëntenzorgperspectief ongewenst. Daarnaast dreigt ten tijde van grote druk bij presentatiestops op één SEH een domino-effect, waardoor door toename van de druk op de andere SEH's ook deze dreigen te moeten sluiten. Het is belangrijk dat de acute zorg toegankelijk blijft en dat stops op de SEH's zoveel mogelijk worden voorkomen. De dreiging van SEH-sluitingen kan tijdens een pandemie worden beperkt door tijdig de covidpatiënten in de regio en waar nodig landelijk tussen de regio's te spreiden.

2.2.11 Opschalen kent zijn grenzen in omvang en duur; impact op het personeel

De ervaringen tijdens de eerste golf in het voorjaar van 2020 hebben ons geleerd dat het mogelijk is om gedurende een korte tijd een zeer hoge piek op te vangen. De mate waarin de opschaling in de zorg kan plaatsvinden, wordt echter wel begrensd door de omvang en duur van de opschaling. Eenmalig een hoge piek opvangen kan, maar langdurig een hoge instroom van covidzorg opvangen naast de reguliere zorg, is niet mogelijk.

Randvoorwaarde voor zorgverlening is de beschikbaarheid van personeel. Dat geldt voor normale omstandigheden, maar zeker ten tijde van een pandemie. De covidpandemie heeft een grote impact gehad op het personeel. Zo heeft onderzoek bevestigd dat mentale klachten onder IC-zorgverleners zijn toegenomen tijdens de covidpandemie.⁵ Extra waakzaamheid over hun weerbaarheid is geboden op het moment dat weer een piek opgevangen moet worden. De beschikbaarheid van personeel staat bij een toenemende zorgvraag onder druk doordat ook zij ziek worden of doordat zij als gevolg van langdurige hoge belasting niet meer goed in staat zijn hun werk uit te voeren.⁶

Uit recent gepubliceerde cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat het verzuim in de sector zorg en welzijn in het tweede kwartaal van 2021 6,5% bedroeg. Dit was twee jaar eerder 5,7%. In de verpleeg- en verzorgingshuizen lag het ziekteverzuim met 8,2% 0,4 procentpunt hoger dan een jaar eerder. In de welzijnszorg zonder overnachting (hier valt onder andere de thuiszorg onder) was het verzuim 7,0%. Tot slot steeg ook het verzuim onder de huisartsen en gezondheidscentra tot 5,3%. Het ziekteverzuim in deze sector neemt al drie jaar op rij sterk toe.

Deze ontwikkeling zet de beschikbaarheid van personeel in de zorg onder druk. Deze beperktere beschikbaarheid doet zich extra gelden ten tijde van een pandemie als deze zich voordoet bij een krappe arbeidsmarkt met een groot aantal vacatures in de zorg.

4 Deze presentatiestops (ook wel bypasses genoemd) op de SEH's kennen overigens ook andere factoren en kwamen ook reeds voor de pandemie voor.

5 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.

6 Zo laat AZN weten dat in de periode van april 2020 tot en met april 2021 1.240 medewerkers van de RAV's positief getest zijn op covid-19.

2.2.12 Informatievoorziening

Voor het lokaal, regionaal en landelijke invullen van spreiding van covidpatiënten tussen de ziekenhuizen, de stapsgewijze opschaling van beddencapaciteit en het monitoren van de effecten op de reguliere zorg is de beschikbaarheid van betrouwbare en actuele data een randvoorwaarde.

In tijden van hoge druk op de zorg is informatie essentieel om deze druk te monitoren en te gebruiken voor operationele sturing en spreiding zowel binnen de regio als tussen de regio's. Deze informatie ondersteunt ook de beleidsmatige afstemming in de regio en op landelijk niveau. Zij dient mede als input voor landelijke beleidskeuzes die van invloed kunnen zijn op de zorg. De data dienen afhankelijk van hun aard dagelijks of wekelijks beschikbaar te zijn voor de stakeholders.

Zowel de inhoud, de wijze van informatievoorziening als het beschikbaar stellen van deze rapportages is door het LCPS in afstemming met de regio's gedurende het afgelopen jaar doorontwikkeld. Dit heeft geleid tot een (momenteel) dagelijkse rapportage van de covidlast in de ziekenhuizen en verdelingen over de regio's. We hebben ervaren dat deze informatievoorziening essentieel is om tijdig te kunnen acteren. De informatie wordt gebruikt voor operationele sturing en om de regio's te informeren over de actuele situatie. Tevens informeert deze de overheid over de verwachte druk op de zorg (specifiek in de ziekenhuizen) en kan zij in het verlengde daarvan aandacht vragen voor het belang van bijpassende landelijke maatregelen ten aanzien van de pandemie.

Zoals eerder benoemd, heeft ook de samenwerking met alle partijen in de zorgketen een belangrijke bijdrage geleverd aan het opvangen van de druk op de covidzorg en het borgen van de continuïteit van de zorg. Deze samenwerking is gebaat bij inzicht in de druk op de zorg in de keten en eventuele regionale verschillen. Om deze reden is in samenwerking tussen GGD GHOR Nederland, NZa en het LCPS de Landelijke Ketenmonitor Zorg ontwikkeld.

Deze ketenmonitor helpt om tijdig ontwikkelingen te signaleren, de afstemming in de zorgketen te ondersteunen en maatregelen te nemen. Via deze monitor wordt informatie die de betrokken partijen deels zelf al in beeld brengen, samengevoegd in één landelijk beeld. Indien zorgaanbieders dit wensen, bestaat de mogelijkheid dit uit te breiden.

2.2.13 Vertrouwen en ruimte in de crisis

In de crisis staan partijen onder grote druk om veelal op korte termijn op basis van de beschikbare informatie en in afstemming met betrokken partijen de juiste besluiten te nemen. Dit vraagt om ruimte en vertrouwen om hieraan invulling te geven. Het is goed om dit te behouden.

Van bestuurders en organisaties wordt tijdens de crisis ook verwacht dat zij, naast het managen van de crisis, sturing blijven geven aan de bestuurlijke en organisatorische uitdagingen. Dit vraagt van alle betrokken partijen scherp te zijn op 'lean' werken en het voorkomen van goedbedoelde maar niet altijd direct noodzakelijk crisioverleggen/aanvullende uitvragen/inventarisaties en verdiepende gesprekken over de stand van zaken.

3. Vooruitblikken

3.1 De vraag naar (covid)zorg

Het is onzeker hoe de zorgvraag zich dit najaar zal ontwikkelen. Enerzijds is er sprake van een reguliere vraag naar zorg. Anderzijds zal er vraag zijn naar covidzorg. De verwachting is dat deze vraag met name zal komen vanuit de groep van de thans naar schatting 1,8 miljoen ongevaccineerde inwoners. Een deel van hen zal een beroep doen op de zorg. Hierbij gaan we ervan uit dat de bevolking dankzij de vaccinaties voldoende beschermd zal zijn tegen (varianten van) het virus.

Omdat de vaccinatiegraad regionaal verschilt, is de verwachting dat de vraag naar covidzorg niet in alle regio's gelijk zal zijn. Bij grote regionale verschillen is het van belang dat zorginstellingen en zorgverleners elkaar zo mogelijk ondersteunen bij het opvangen van de verschillen in de zorgvraag. Voor de ziekenhuizen kan dit in lijn met de voorgaande periode worden gerealiseerd door het spreiden van patiënten. In de VVT-sector, waar niet of nauwelijks sprake is van landelijke spreiding, kan worden overwogen de mate van regionale opschaling van capaciteit af te stemmen op de verwachte regionale of lokale zorgvraag.

De verwachting is dat door de afbouw van de covidmaatregelen dit najaar de reguliere griep ook weer zal rondgaan onder de bevolking. Doordat de griep een jaar heeft overgeslagen, bestaat het risico dat de omvang van deze griepgolf groter is dan gebruikelijk. In dat geval zal ook de vraag naar zorg ten gevolge van de griep toenemen. De griep zal, tezamen met covid en de resulterende druk op het personeel, ook leiden tot extra verzuim onder het personeel.

Ten slotte geldt dat de zorg voor de taak staat om te voorzien in inhaalzorg. Daar waar het de inhaalzorg van de ziekenhuizen betreft die leidt tot substantiële uitstroom richting de ketenpartners, is het van belang dit met deze ketenpartners af te stemmen.

3.2 De vraag naar IC-zorg

De IC is een kritieke factor gebleken bij het opvangen van de coviddruk. Om de verwachte vraag naar IC-zorg in het najaar in beeld te brengen, heeft het LCPS mede op basis van gegevens van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en andere organisaties, waaronder de NVIC, verschillende scenario's doorgerekend specifiek voor de IC. In deze scenario's wordt afhankelijk van de aannames berekend dat er in de komende periode tussen de 1.050 en 1.650 IC-bedden nodig zijn. In deze scenario's wordt gerekend met:

- een pre-covidvraag naar IC-zorg van 900 IC-bedden (acuut en gepland);
- een buffer van 190 IC-bedden om in acute gevallen en bij onvoorziene omstandigheden te kunnen voorzien in een IC-bed; het betreft hier de zogenoemde BOSS-bedden (Beds Open for Safety and Support).

Daarnaast wordt voor het komende najaar ingeschat dat:

- gedurende een lange periode gemiddeld zo'n 200 tot 250 IC-bedden bezet zijn met covidpatiënten. Het betreft hierbij met name patiënten die zich niet hebben laten vaccineren. Dit aantal kan variëren in de tijd. Het RIVM heeft in een recente analyse dit aantal op 250 IC-bedden.⁷

⁷ Technische briefing Tweede Kamer update coronavirus, 15 september 2021.

- de reguliere griep kan zorgen voor een extra belasting van de zorg. Dit kan zorgen voor een tijdelijke extra belasting van ± 200 IC-bedden. De gemiddelde belasting over een langere periode zal lager liggen.

Daarnaast zijn er afspraken gemaakt over het voorzien in inhaalzorg. Uitgegaan is van een voorzichtig percentage van 10% van de 500 reguliere IC-bedden. De aanname is dat het gaat om zo'n 50 IC-bedden.

Bij 200 covidpatiënten op de IC dient daarnaast rekening te worden gehouden met naar schatting zo'n 500 tot 800 covidpatiënten op verpleegafdelingen in ziekenhuizen. Het overgrote deel van de covidpatiënten zal evenwel ziek thuis zijn. Een deel van hen zal daarbij zorg vragen van huisartsen en VVT-organisaties.

Het LNAZ gaat er op basis van deze scenario's en het beeld van het afgelopen jaar van uit dat het komende najaar gedurende een piekperiode moet kunnen worden voorzien in een IC-capaciteit van 1.350 IC-bedden. Dit is inclusief de BOSS-bedden. Deze capaciteit moet kunnen voorzien in:

- 750 IC-bedden voor de reguliere IC-zorg (acuut en gepland). Dit aantal is lager dan de reguliere zorgvraag pre-covid. De piek heeft echter invloed op de reguliere zorg en leidt tot een lager aantal, waardoor we uitgaan van 750 IC-bedden;
- 410 IC-bedden voor covidpatiënten en/of voor patiënten met griep;
- 190 BOSS-bedden.

Wanneer wordt opgeschaald tot boven de 1.150 IC-bedden is er geen ruimte meer voor inhaalzorg. Vanzelfsprekend kan de verhouding tussen deze aantallen in het najaar verschillen. Ook is, gelet op de onvoorspelbaarheid van het virus, niet uit te sluiten dat de vraag naar zorg op enig moment hoger zal zijn.

3.3 Het aanbod van IC-zorg

Ondanks dat de eerder afgesproken 1.700 IC-bedden op dit moment qua materieel en infrastructuur beschikbaar zijn en er is ingezet op meer opleiden, zorgen factoren als ziekteverzuim en uitstroom ervoor dat er voor deze IC-bedden op dit moment onvoldoende personeel beschikbaar is.

De covidbelasting was het afgelopen jaar veel hoger en langer dan bij het opstellen van het opschalingsplan in juni 2020 was ingeschat. In deze gehele periode waren de belangrijkste doelen van de zorg: het behandelen van zoveel mogelijk patiënten en het creëren van zoveel mogelijk capaciteit. Voor de IC betekende dit dat het halen van het eerste doel ertoe heeft geleid dat er in plaats van meer, minder personeel beschikbaar is en het tweede doel niet wordt gehaald. Ondanks dat er in de afgelopen periode door de ziekenhuizen is ingezet op meer opleiden van medewerkers, is de uitstroom hoger gebleken dan de instroom.⁸ Het opleiden heeft pas op termijn effect. Het continu opzoeken van de grens en daarmee concessies doen aan het leveren van kwaliteit is een van de belangrijkste redenen voor de uitstroom.

Het structurele en jaarlijks oplopende tekort aan IC-verpleegkundigen heeft zich gedurende de afgelopen anderhalf jaar doorgezet, zo geven ziekenhuizen aan. IC-afdelingen in ziekenhuizen hebben op dit moment te maken met een afname in beschikbare formatie. Daarnaast staat de personele bezetting onder druk als gevolg van een oplopend verzuim. Hierdoor wordt er structureel met een tekort gewerkt, waardoor in veel ziekenhuizen de optimale benutting van de capaciteit (80%) wordt overschreden. Ervan uitgaande dat er

⁸ Uit gegevens over de cumulatieve maandelijkse instroom in 2019, 2020 en 2021 blijkt dat in 2021 tot nu toe meer is opgeleid dan in dezelfde periode in 2019 en 2020, maar dat de geadviseerde instroom nog lang niet wordt gehaald (bron: CZO).

conform de kwaliteitsstandaard wordt gewerkt, is de schatting van de NVZ en de NVIC dat er op dit moment circa 925 IC-bedden beschikbaar zijn.

Een andere constatering is dat de ziekenhuizen de zorg zoveel mogelijk hebben geoptimaliseerd. Voor de IC-afdelingen betekent dit dat zoveel mogelijk zorg 'geoutsourcet' is naar verpleegafdelingen. De consequentie hiervan is dat de zorgzwaarte op de IC én de verpleegafdelingen sterk is opgelopen en dat het werk zowel op de IC als op de verpleegafdelingen intensiever wordt. Hierdoor zijn er meer medewerkers op de verpleegafdelingen nodig en zijn zij minder beschikbaar voor de IC. Naast deze optimalisatie wordt, tot slot, door de NVIC geconstateerd dat de toestroom van ernstiger zieke patiënten op de IC groter is⁹.

Gezien het vorenstaande is het aantal van 1.700 IC-bedden dat in het eerdere opschalingsplan werd genoemd als maximum op dit moment met én zonder ondersteuning van medewerkers van buiten de IC in het najaar van 2021 niet haalbaar.

In het geactualiseerde opschalingsplan wordt dan ook beschreven hoe in de huidige omstandigheden met bijbehorende maatregelen in de piek een opschaling tot maximaal 1.350 IC-bedden mogelijk is. Deze opschaling op de IC is begrensd in tijd. Dit vraagt ook om opschaling van personeel op andere afdelingen in het ziekenhuis. De opschaling is alleen mogelijk bij samenwerking van de verschillende afdelingen in het ziekenhuis en als ingezet wordt op het behoud van het personeel. Tevens zal maximale opschaling alleen gerealiseerd kunnen worden door het afschalen van een deel van de reguliere zorg.

Het zoeken naar een juiste balans tussen het verhogen van capaciteit op de korte termijn en het verkrijgen van capaciteit met behoud van kwaliteit van zorg op de lange termijn is een blijvende uitdaging. Investerings om capaciteit te verhogen, dienen behouden te blijven. De ervaring van het afgelopen jaar laat zien dat langdurig opschalen ten koste gaat van de beschikbaarheid van personeel op de middellange en lange termijn.

3.4 Het aanbod van zorg

Ook voor de andere zorgverleners geldt dat er niet automatisch van uit kan worden gegaan dat zij weer in dezelfde mate extra zorg kunnen bieden bij een toenemende zorgvraag als gevolg van covid en/of griep naast de reguliere zorg. Dit komt door deze hoge zorgvraag in combinatie met personele krapte en verzuim. Dit geldt bijvoorbeeld voor de ondersteuning door de huisartsen bij de opvang van covidpatiënten, maar ook voor een versnelde opvang van covidpatiënten door de wijkverpleging, op kortverblijfbedden en in de verpleeghuizen.

Regionale afstemming van in-, door- en uitstroom kan helpen om toch zo goed mogelijk in de extra vraag te voorzien. Deze afstemming kan niet geregeld worden via een instrument van landelijke patiëntenspreiding. Afstemming hierover dient regionaal geregeld te worden. Dit in afstemming met zorgaanbieders in de (ROAZ-)regio inclusief de zorgverzekeraar(s) en de DPG's. Verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om niet alleen zorg in te kopen, maar ook om afspraken te maken over het voorkomen van instroom, samenwerking, coördinatie en keuzes in de zorg.

3.5 De uitplaatsing van IC-patiënten naar Duitsland

De vraag naar IC-zorg kan op enig moment hoger zijn dan de IC's in Nederland aankunnen. Daarom blijft er behoefte aan aanvullende capaciteit om de mogelijk nog verder oplopende aantallen covidpatiënten zorg te

⁹ Evaluatie NVIC en V&VN-IC, juli 2021.

kunnen blijven bieden. Dit gebeurt bij voorkeur op een manier waarbij de effecten op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de reguliere zorg beperkt zijn.

In lijn met het plan uit 2020 biedt uitplaatsen van patiënten naar Duitsland deze mogelijkheid. Afstemming met Duitsland heeft ons ook geleerd dat wij wederom een beroep op de Duitse zorg mogen doen als omstandigheden in Nederland hierom vragen. Deze mogelijkheid zal dan ook wederom worden opgenomen in het opschalingsplan.

Ook het inzetten van defensie zal als optie worden opgenomen om in de piek extra capaciteit te kunnen realiseren.

4. Aanpassingen Opschalingsplan COVID-19

Partijen hebben aangegeven op basis van de vorenstaande bevindingen het bestaande *Opschalingsplan COVID-19* te willen aanpassen en actualiseren om ook in het najaar van 2021 de zorgcontinuïteit zo goed mogelijk te blijven borgen. Zij zullen daarin de lessen meenemen van het terugkijken, maar ook de inzichten van het vooruitkijken.

4.1 Aanpassingen op basis van terugkijken

- Het plan zal overeenkomstig het eerdere plan uitgaan van gecoördineerd landelijk op- en afschalen van de ziekenhuiscapaciteit. Het eerdere opschalingsplan voorzag bij toenemende druk in de mogelijkheid tot opschalen in relatief grote stappen van 200 IC-bedden. In de praktijk is gekozen voor uitbreiding in kleinere stappen van circa 100 IC-bedden omdat deze uitbreiding minder impact had op de reguliere zorg en op het zorgpersoneel. Dit wordt aangepast in het herziene plan.
- Op basis van de ervaringen van het afgelopen jaar zal in het herziene plan de vaste verhouding tussen de IC's en de klinieken bij de opschaling worden losgelaten.
- Het plan gaat conform het eerdere plan uit van het faciliteren van de spreiding van de covidlast tussen de ziekenhuizen in de regio via het RCPS en zo nodig ook landelijk via het LCPS. Dit zal gebeuren op basis van een geactualiseerde fair share.¹⁰
- In het geactualiseerde plan zal meer nadruk worden gelegd op afspraken in ROAZ-verband over samenwerking in de regionale keten en afspraken over wederzijdse ondersteuning. Ook zal aandacht worden besteed aan het betrekken van patiëntenvertegenwoordiging.
- Het plan zal geactualiseerde afspraken bevatten over het vervoer, met aandacht voor het verbeteren van de efficiëntie.
- Het FMS-raamwerk dat wordt gebruikt bij afschalen, zal worden opgenomen in het plan.
- Bij het besluit tot landelijk afschalen van de reguliere zorg in fase 2d (door de minister) zal nadrukkelijker aandacht worden besteed aan de communicatie.
- Dit geldt ook voor de paragraaf over de informatievoorziening. Zo zal het belang van inzicht in de keten en de ketenmonitor worden toegevoegd aan het plan.
- Ten tijde van het opstellen van het opschalingsplan was nog niet voorzien in een werkwijze voor fase 3. Deze werkwijze is begin 2021 door VWS en de betrokken partijen opgesteld en is gelukkig niet in werking getreden. In het plan zal naar deze afspraken worden verwezen.

4.2 Aanpassingen op basis van vooruitblikken

- In het plan zal worden uitgegaan van een maximale IC-capaciteit in de piek van 1.350 IC-bedden met een bijbehorende kliniekcapaciteit.
In het opschalingsplan van juni 2020 zijn de bijdragen in aantallen IC-bedden per ROAZ-regio aan de opschaling weergegeven. De in het plan opgenomen aantallen zijn in de tussenliggende periode aangepast. Dit mede in het verlengde van de afspraken die de ziekenhuizen hebben gemaakt met VWS over (de

¹⁰ Als doorontwikkeling is voorgesteld om de verdeling niet alleen te baseren op de fair share, maar deze mede te baseren op de mate van aanpassingen die een zorginstelling moet doorvoeren om de fair share op te kunnen vangen. De fair share en de mate van aanpassing dienen in balans te zijn en leiden in gezamenlijkheid tot toegankelijkheid van de zorg. Dit heeft tot op heden geen invulling gekregen doordat het lastig is dit goed in beeld te brengen en om te zetten in een verdeelmodel van de covidlast over de regio's.

bekostiging van) de uitbreiding. Conform het oorspronkelijke plan is het aan de ROAZ-regio's zelf om invulling te geven aan de verdeling van de patiënten binnen de regio's. In het plan zullen geactualiseerde aantallen per regio met de bijbehorende verdeling over de ziekenhuizen worden weergegeven. Partijen realiseren zich dat aanpassingen van het opschalingsplan hun doorwerking kunnen hebben naar de financiële afspraken.

- De capaciteit in Duitsland zal in lijn met het vorige plan dienen als 'noodventiel' mocht de maximale IC-capaciteit van 1.350 bedden in Nederland tekort dreigen te schieten.
- De mogelijkheid tot het inzetten van Defensie in de zorg zal worden toegevoegd aan het plan.
- Bezien wordt of in aanvulling op uitplaatsing van IC-patiënten naar Duitsland en het inzetten van Defensie er nog een mogelijkheid is om tijdelijk extra capaciteit te creëren.

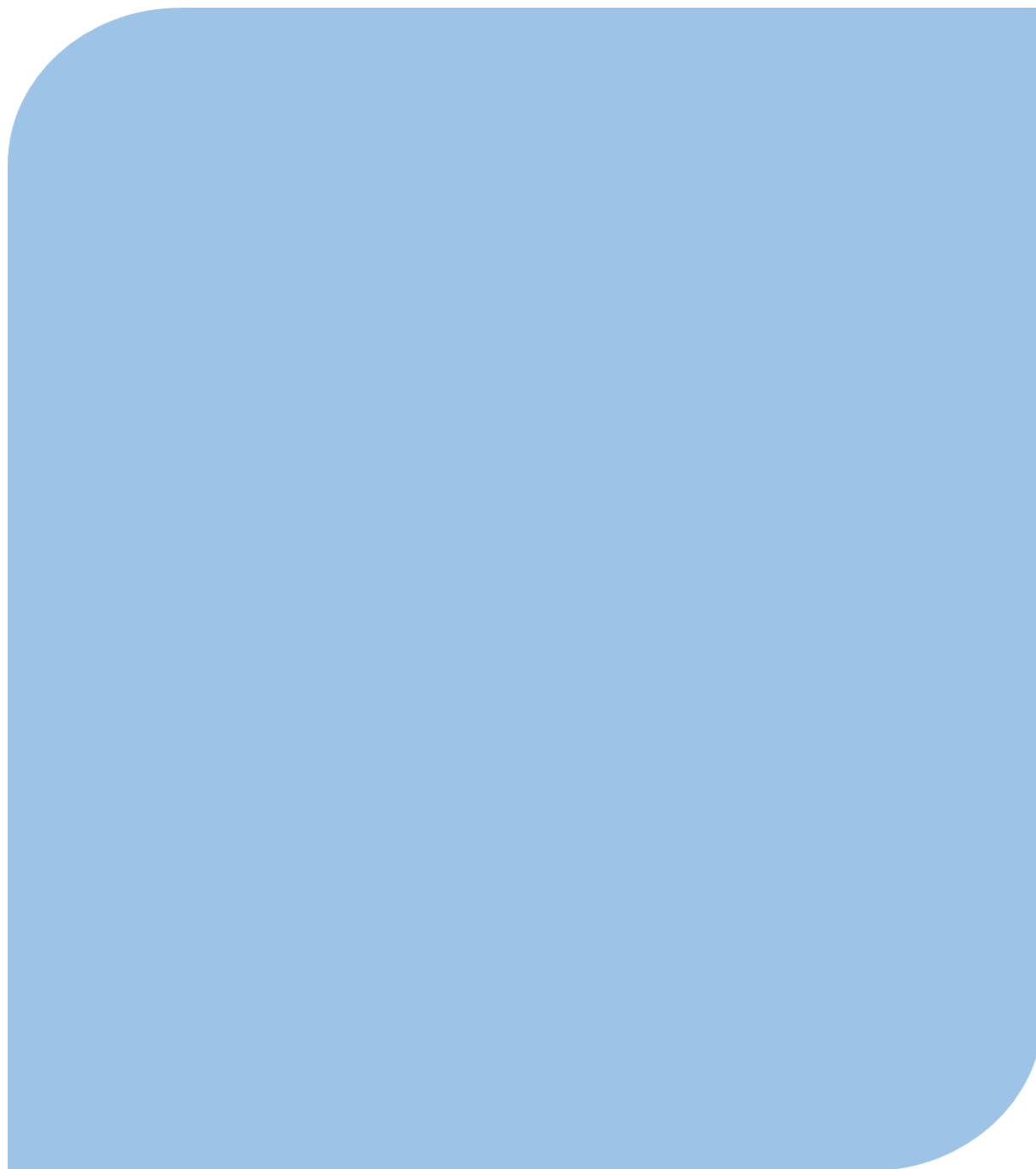
5. Afkortingen

AZN	Ambulancezorg Nederland
BOSS	Beds Open for Safety and Support
CZO	College Zorg Opleidingen
DPG	directeur publieke gezondheid
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGD	gemeentelijke gezondheidsdienst
GHOR	geneeskundige hulpverleningsorganisaties in de regio
HAP	huisartsenpost
IC	intensive care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
MICU	mobiele intensive care unit
MMT	Mobiel Medisch Team
MSOB	militaire steunverlening in het openbaar belang
NFU	Nederlandse Federatie van UMC's
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RAV	regionale ambulancevoorziening
RCPS	Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	spoedeisende hulp
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

6. Bijlage

6.1 Samenstelling werkgroep

Anneke Bovens	coördinator lid MT NFU
Astrid Verkaar	senior beleidsadviseur NVZ
Frank de Bos	coördinator lid MT NFU
David Baden	voorzitter NVSHA
Iwan van der Horst	intensivist en bestuurslid NVIC
Jaap-Frank Ponstein	AZN
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 Grool	operationeel leider LCPS
Willy Rensen	chef staf LCPS
Arold Reusken	hoofd bureau LNAZ
Geraldine van der Meer	programma manager Acute Zorg LNAZ
Vera van de Beek	beleidsadviseur Acute Zorg en Traumazorg LNAZ



Colofon

Auteurs: LNAZ

Redactie: Bureau LNAZ

Uitgave: Oktober 2021