

Capaciteit en coördinatie in de zorg

a) *Zorgcapaciteit in het ziekenhuis*

De ontwikkelingen rondom de capaciteit van de Nederlandse ziekenhuizen volgen we op de voet. De minister voor MZS bespreekt de stand van zaken regelmatig met de ROAZ-voorzitters. Daarnaast heeft het OMT in zijn advies de huidige ontwikkeling geduid en een verwachting over de prognoses gegeven. Daarin stelt het OMT dat er in de afgelopen dagen een afvlakking is gezien van het aantal nieuwe opnames in ziekenhuizen, en op de IC's. Deze afvlakking is ook beaamd door de ROAZ-voorzitters. Het OMT verwacht dat het aantal nieuwe ziekenhuisopnames stabiliseert, al is er onzekerheid over deze prognose vanwege rapportagevertraging. De piek van het aantal nieuwe IC-opnames per dag lijkt bereikt te zijn. Niettemin is de piek van de totale bezetting van de IC nog niet bereikt vanwege een vertraagde uitstroom. Die piek wordt in de tweede week van april verwacht en lijkt binnen de opgeschaalde capaciteit te blijven (1800, spreiding 1100-2700). Verderop in deze brief ga ik nader in op de dataverzameling en modellering van prognoses rondom de COVID-19-epidemie.

De opschaling naar 2400 IC-bedden is inmiddels gerealiseerd. Dat is een fantastische prestatie. Wij zijn de artsen, verpleegkundigen en alle anderen die dit hebben mogelijk gemaakt enorm dankbaar dat ze deze mijlpaal hebben bereikt. Het kabinet deelt daarbij de zorgen van de beroepsgroepen (zoals van V&VN) en ook hun signaal dat hiermee het maximum van hun spankracht wel is bereikt. Dit is voor ons een gegeven. Gelukkig is het tot nu toe niet nodig gebleken om al deze capaciteit te gebruiken. Toch moeten we ons ook voorbereiden op de situatie dat er meer nodig is dan de inmiddels gerealiseerde 2400 IC-plekken. De eerste route die we daarvoor bewandelen, is gebruik maken van de capaciteit van Duitse ziekenhuizen. Dit is een belangrijke uitwijkmogelijkheid om met behoud van kwaliteit de Nederlandse ziekenhuizen in hun piekbelasting te ontlasten. Verderop in deze brief ga ik hier nader op in. Wij zijn blij met de burenhulp die we van de Duitse ziekenhuizen ontvangen.

Het is denkbaar dat de benodigde capaciteit zelfs nog groeit boven de 2400 IC-bedden plus de extra capaciteit die we kunnen aanspreken in het buitenland (voornamelijk Duitsland). Het kabinet zet samen met alle betrokkenen in de zorg alles op alles om dat te voorkomen, maar het kabinet denkt wel na over een dergelijk somber scenario en over wat er dan nodig is.¹ Immers nietsdoen is dan geen optie. Dit is ook met de ROAZ-en besproken. Zij geven aan dat ze een verkenning doen naar de mogelijkheden om de IC-capaciteit verder uit te breiden boven het aantal van 2400 bedden. Daarbij richten zij zich op het verkennen van de mogelijkheden in de gespecialiseerde traumacentra. Een afweging die daarbij gemaakt moet worden is wat verdere opschaling betekent voor de kwaliteit van zorg die geleverd kan worden. Dit kan niet dezelfde kwaliteit zijn als nu geboden wordt op de 2400 gerealiseerde IC-plekken. Ook moet verdere opschaling van zorg voor COVID19-patiënten bezien worden in relatie tot de zorg van niet-COVID19 patiënten waarin deze traumacentra ook gespecialiseerd zijn. En uiteraard moeten hierbij ook de gevolgen voor de personele inzet goed in beeld worden gebracht; het signaal van brancheorganisatie V&VN nemen we hierbij serieus. Ik wil de nu bij de IC-zorg voor Covid-patiënten professionals immers niet zwaarder belasten. Dit scenario zal de komende periode verder worden uitgewerkt.

Samenwerking met Duitsland

De verdere operationalisering van de bestaande samenwerkingsvormen tussen de ziekenhuizen in de grensregio's in Nederland en Duitsland heeft geresulteerd in een intentieverklaring. Zoals ik eerder heb aangegeven gaan deze afspraken uit van wederkerigheid, waar mogelijk helpen beide landen elkaar. De waardevolle samenwerking in de grensregio's heeft ook deze week zijn meerwaarde laten zien.

De afgelopen week is intensief contact geweest met Nedersaksen en Noordrijn-Westfalen: de twee Duitse deelstaten die direct grenzen aan Nederland. Deze contacten zijn positief verlopen: door beide deelstaten is IC-capaciteit aangeboden om Nederlandse corona-patiënten op te vangen. Ook

¹ Hiermee geef ik invulling aan de motie van PvdA/PVV: over mogelijkheden uitwerken om verder op te schalen ten aanzien van het aantal IC-bedden (Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 205).

de grensoverschrijdende samenwerking tussen ziekenhuizen verloopt voorspoedig. Tot nu toe zijn enkele tientallen Nederlandse patiënten overgebracht naar Duitse ziekenhuizen. Het Landelijk Centrum voor Patiënten Spreiding heeft inzicht in welke IC-capaciteit er in Duitsland beschikbaar is. Het Landelijk Centrum voor Patiënten Spreiding fungeert voor de Duitse autoriteiten als eerste aanspreekpunt voor vragen die samenhangen met deze overplaatsingen.^{2,3}

Aanschaf van beademingsapparatuur

Zoals ik in mijn brieven van 25 en 31 maart jl. al uitgebreid heb toegelicht, doe ik er alles aan om de capaciteit van de IC's zoveel mogelijk te vergroten. Een van acties die ik daarbij onderneem, is het verwerven van beademingsapparaten. Hierover zijn vragen gesteld door de leden Hijink en Marijnissen, waarop ik hierbij inga.

Door VWS is een werkgroep (vanuit de NVIC, de NVKF en medisch technologen) samengesteld met als doel de IC-afdelingen zo snel mogelijk van voldoende beademingsapparatuur te voorzien. Idealiter zouden alle IC-afdelingen de beschikking krijgen over geavanceerde beademingsapparatuur, gelijk aan waar zij gewend zijn om mee te werken. Daar is de inzet ook op gericht. Er is echter sprake van een grote wereldwijde vraag naar beademingsmachines dat – in combinatie met het gegeven dat sommige landen exportverboden hebben afgekondigd voor deze apparatuur – ervoor zorgt dat er gebruik moet worden gemaakt van apparatuur die geschikt is voor beademing maar die in normale tijden niet standaard wordt ingezet op de IC-afdeling. Deze apparatuur is bedoeld om een (hopelijk tijdelijk) tekort van IC-beademingsmachines op te vangen. Het gaat hier dan om anaesthesie beademingsapparatuur, transportbeademingsmachines en non-invasieve beademingsmachines die geschikt gemaakt zijn voor invasieve beademing. Deze apparaten kennen weer diverse niveaus van inzet. Zoals aangegeven zou een deel van deze machines normaal gesproken niet worden ingezet als high-end IC-beademingsmachine, maar ze zijn wel in te zetten voor beademing van patiënten in verschillende fasen. Ik beseft dat dit flexibiliteit en creativiteit vraagt van de IC-afdelingen en dit is ook met hen gedeeld. Alle apparatuur hoort voorzien te zijn van hulpstukken, disposables en reusables. Voor zover deze niet direct bij aflevering beschikbaar zijn, worden deze nabesteld.

Ontwikkeling epidemie

Zoals ik in mijn brief van vorige week heb aangegeven meet en berekent het RIVM met alle data die worden verzameld hoe de epidemie zich ontwikkelt. De prognoses worden telkens aangepast op basis van nieuwe meetgegevens en inzichten.

Belangrijke databronnen zijn daarbij:

- Het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) Dit is tijdens deze crisis speciaal opgericht om bij te houden welke ziekenhuizen wel en geen plek hebben. Daarnaast zorgt het LCPS voor de verspreiding van patiënten naar ziekenhuizen in het land waar nog plek is. Elke ROAZ belt elke ochtend alle ziekenhuizen in de eigen regio met de vraag: hoeveel patiënten – met en zonder corona – zijn opgenomen op de IC en in het ziekenhuis? En hoeveel bedden zijn er nog vrij? Dat geven zij vervolgens door aan het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding.
- De Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE). Intensive Care artsen in alle ziekenhuizen houden hier in bij hoeveel mensen zijn opgenomen en wie er weer naar huis mochten of zijn overleden. In dit systeem voeren artsen zelf de gegevens in. Omdat zij daar logischerwijze niet altijd tijd voor hebben (hun eerste aandacht gaat uiteraard naar de patiënt) zijn de cijfers van NICE niet meteen actueel. Zo kan het gebeuren dat patiënten die in het weekend zijn opgenomen, pas op maandag worden geregistreerd

² Hiermee geef ik invulling aan de toezegging die ik tijdens het plenair debat heb gedaan aan de leden van de PVV, D66, GL, en de PvdA over het informeren van de Kamer over hoe de minister werkt aan meer (wederkerige) samenwerking met Duitsland en welke afspraken op papier worden gezet t.a.v. IC-capaciteit.

³ Hiermee geef ik tevens invulling aan de aangehouden motie van het lid Wilders c.s. over zo veel mogelijk IC-bedden voor Nederlandse coronapatiënten in Duitsland realiseren (Tweede Kamer 2019-2020, Kamerstuk 25295, nr. 201.)

Door invoer van deze data in de modellen probeert het RIVM zo goed mogelijk in beeld te krijgen hoe het virus zich ontwikkelt. Daarbij maakt het RIVM ook gebruik van de groeiende kennis over het virus in Nederland en andere landen: hoe snel verspreidt het zich, hoe makkelijk kunnen mensen elkaar besmetten, hoe veel mensen worden ernstig ziek en hoe lang verblijven zij gemiddeld op de Intensive Care?

Omdat het om een nieuw virus gaat, is de onzekerheid van de modeluitkomsten behoorlijk groot. Dachten we vorige week nog dat we rond 5 april 2400 IC-bedden nodig zouden hebben, deze week is de benodigde capaciteit lager. Het OMT verwacht nu de piek in de tweede helft van april en die lijkt met naar verwachting 1800 COVID-19 IC-patiënten binnen de opgeschaalde capaciteit te blijven, naast de circa 500 benodigde IC-bedden voor de overige patiëntenzorg. Gelet op de onzekerheid in de prognoses blijft waakzaamheid echter geboden. Het aantal besmettingen neemt nog steeds toe. Bovendien leidt het RIVM de snelheid waarmee het virus zich verspreidt, onder meer af uit het aantal ziekenhuisopnames. Maar die zeggen niet alles. Heel veel mensen krijgen immers het virus zonder er ziek van te worden. En de belangrijkste onzekere factor blijft ons eigen gedrag. Alleen als het lukt om zoveel mogelijk binnen te blijven en alle andere maatregelen te blijven volgen, zal de voorzichtig positieve trend zich kunnen voortzetten.

Besluitvormingstraject fase 3

In het vorige debat heb ik met u gesproken over het draaiboek van de NVIC en in het bijzonder over taken en rollen die nog uitwerking behoeven. In de onderstaande stappen wordt nader uitgewerkt hoe die rolverdeling is met name in de overgang van fase 2 naar fase 3. Relevant is daarbij het 'draaiboek pandemie' van de NVIC. Sinds maart 2020 heeft de Taskforce van de NVIC een aantal versies van dit draaiboek opgesteld. Het betreffen steeds nieuwe versies, omdat er ook steeds nieuwe kennis en inzichten beschikbaar komen op basis waarvan de organisatie van de IC-zorg wordt aangepast. Ook worden hierin de medische criteria beschreven waaronder opname en behandeling op de IC medisch zinvol is. Eerdere draaiboeken zijn onder andere opgesteld naar aanleiding van de uitbraak van de Mexicaanse griep in 2009.

De NVIC heeft in het draaiboek Pandemie een fasering voor de druk op de IC-capaciteit gebruikt die voorziet in drie verschillende fasen. Fase 3 is daarbij de fase waarin de zorg een kritische fase in opschalingsmogelijkheden heeft bereikt. Er wordt alles op alles gezet om te voorkomen dat we in deze situatie geraken waarbij de IC-capaciteit tekortschiet ten opzichte van het aantal patiënten. De medische professionals hebben aangegeven dat het niettemin van belang is te weten wat hen te doen staat in het onverhoopte geval dat deze situatie zich toch voor zou doen. Gelukkig is hier in de huidige situatie nog geen sprake. De huidige bezettingscijfers en de prognoses met betrekking tot de noodzakelijke IC-capaciteit laten dat zien.

Stappen die gezet moeten worden om van fase 2 naar fase 3 te gaan

Voordat fase 3 in werking wordt gesteld, zijn de volgende stappen relevant:

- Het is aan het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) om te constateren wanneer op zeer korte termijn de situatie gaat ontstaan dat alle capaciteit aan IC-bedden is benut en dat uitwijken naar het buitenland ook geen soelaas meer biedt.
- Het LCPS meldt deze situatie tijdig aan de IGJ en de minister.
- De IGJ vergewist zich er vervolgens per ommekeer zelf van of dit inderdaad aan de orde is. Dat doet de IGJ in ieder geval door:
 - zich met alle voorzitters van de ROAZ-regio's te verstaan;
 - de eigen inspecteurs daarover te bevragen;
 - daar waar relevant ook andere gegevens in te winnen.
- Als ook uit de informatie die de IGJ heeft verzameld blijkt dat deze situatie zich voordoet, dan meldt de IGJ dit aan de minister.
- De minister zal de Tweede Kamer hier van op de hoogte stellen.

Zoals gezegd, gelukkig is hier in de huidige situatie nog geen sprake. De huidige bezettingscijfers en de prognoses met betrekking tot de noodzakelijke IC-capaciteit laten dat zien. Mochten we toch

onverhoopt in deze situatie belanden, dan treedt, na communicatie door de minister aan de Kamer dat deze fase inderdaad aan de orde is, ook de richtlijn voor deze fase in werking die de FMS en KNMG aan het opstellen zijn. Van belang is dat deze richtlijn zorgvuldig tot stand komt. Dat wil zeggen met raadpleging van alle relevante partijen waaronder artsen, verpleegkundigen, bestuurders, ouderenorganisaties en patiënten-vertegenwoordigers. Deze richtlijn is daarmee niet alleen bindend voor alle zorgprofessionals, maar geeft de zorgprofessionals ook de zekerheid dat dit de toetssteen voor hun handelen is, ook voor de IGJ en tuchtrechtelijk.

Ontwikkeling en consultatie richtlijn fase 3

Fase 3 kent drie blokken die gekenmerkt worden door een oplopende druk op de IC en de beschikbare capaciteit. In blok 1 en blok 2 van fase 3 vindt triage nog steeds plaats op medische overwegingen. Zoals gezegd wordt er alles aan gedaan om te voorkomen dat de situatie zich voor doet, maar er zou een moment kunnen aanbreken dat de IC-capaciteit in relatie tot het benodigd aantal bedden zodanig tekortschiet, dat triage op medische inhoudelijke overwegingen geen soelaas meer biedt. Dit omdat het medisch inhoudelijk tot gelijke uitkomst zou leiden. Dat is blok 3 van de derde fase. Onder leiding van de KNMG wordt op dit moment dus gewerkt aan een richtlijn voor de derde fase, ook in geval de situatie van blok 3 zich zou voordoen. Deze richtlijn zal zoals gezegd breed geconsulteerd worden onder betrokken partijen waaronder artsen, verpleegkundigen, bestuurders, ouderenorganisaties en patiëntenvertegenwoordigers ten einde te komen tot een gedragen standpunt. De huidige bezettingscijfers en de prognoses met betrekking tot de noodzakelijke IC-capaciteit, verschaffen enige lucht en daarmee is het ook mogelijk om deze consultatie zorgvuldig en met de noodzakelijke diepgang te laten plaatsvinden.

Het kabinet heeft het standpunt ingenomen dat indien de hiervoor bedoelde situatie zich onverhoopt zou voordoen, het uitsluitend hanteren van een harde leeftijdsgrens maatschappelijk gezien onacceptabel is en door het kabinet ook niet geaccepteerd zal worden. Zo nodig zal dit standpunt met regelgeving worden bekrachtigd.

Consequenties voor het tuchtrecht en toezicht vanuit de IGJ

Tot slot: in de hierboven bedoelde derde fase is het feitelijk niet meer mogelijk dat een ieder de gebruikelijke zorg krijgt die de zorgaanbieder op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is gehouden te leveren. Het gaat dan om patiënten die, hoewel dat anders wel het geval zou zijn, gezien de overmachtssituatie niet meer een gebruikelijke behandeling krijgen op een IC. Ondanks alle daarop gerichte inspanningen is er immers dan te weinig reguliere IC-capaciteit. Dat betekent niet dat zij geheel verstoken raken van zorg. Zij zullen zo goed mogelijke zorg krijgen in de gegeven omstandigheid. Dat zorgaanbieders onder die omstandigheden niet de anders gebruikelijke zorg, maar wel zo goed mogelijke zorg kunnen verlenen, is hun als medische professionals niet toe te rekenen. Daar zal zoals gezegd de IGJ in de handhaving rekening mee houden en is ook relevant in tuchtrechtelijke zin. De medische professionals zijn immers buiten hun schuld in een situatie van overmacht beland. Wat zo goed mogelijke zorg is, kan worden afgeleid uit de hierboven genoemde richtlijn die voor deze situatie is opgesteld door FMS en KNMG. Deze richtlijn geeft dan aan hoe zorgaanbieders bij een tekort aan IC-bedden moeten handelen en hoe en aan wie de zorgverleners de schaarse middelen moeten toedelen.

Met bovenstaande geef ik invulling aan mijn toezegging aan de VVD, D66, SGP en PVV (d.d. 1 april jl.) om de Kamer te informeren over de verschillende aspecten van fase 3. Ook doe ik hiermee mijn toezegging gestand aan het lid Asscher (PvdA) die mij tijdens het plenair debat van 1 april jl. vragen heeft gesteld over de verschillende scenario's ten aanzien van de IC-capaciteit en fasering.

Tot slot heeft het lid Wilders (PVV) tijdens het debat van 1 april jl. de communicatie vanuit huisartsen naar (kwetsbare) patiënten aan de orde gesteld. Ik heb toegezegd dat ik de NHG om een publiekelijke reactie hierop zou vragen. De brief met de reactie van de NHG op deze kwestie heb ik als bijlage bij deze brief meegezonden.

Aanvullende capaciteit ziekenhuizen

Het lid Ploumen (PvdA) heeft afgelopen week voorgesteld om het Bronovo ziekenhuis in te zetten als locatie voor tijdelijke opvang van extra patiënten. De organisatie van extra capaciteit is belegd bij de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) in overleg met de ROAZ. Ik heb het voorstel van mevrouw Ploumen doorgeleid aan de betreffende DGP en ROAZ. Hiermee acht ik ook de Kamervragen (2020Z06114) van het lid Ploumen van 3 april 2020 beantwoord.

b) Zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis

Als gevolg van de COVID-19 uitbraak neemt de druk op de ziekenhuizen flink toe. Het is daarom van belang dat we ook op andere locaties goede en veilige zorg leveren aan mensen die dat nodig hebben. Het gaat om mensen die niet thuis of in een reguliere instelling kunnen blijven, maar waarvoor opname in een ziekenhuis niet nodig of gewenst is. Daarnaast gaat het om patiënten die niet meer in het ziekenhuis behandeld hoeven te worden, maar die nog niet voldoende hersteld zijn om naar huis te gaan. Ten slotte kan het gaan om patiënten die zijn aangewezen op ziekenhuiszorg maar waarbij ziekenhuizen tegen de grenzen van hun (gezamenlijke) capaciteit aanlopen. Het uitgangspunt is dat mensen zoveel mogelijk in de regio worden opgevangen. De kern van de benadering is vroegsignalering in de 1e lijn, het regionaal organiseren van tijdelijke zorglocaties (Coronacentra en Corona-units in instellingen) voor het bieden van cohortverpleging van verschillende groepen patiënten en een regionaal coördinatiepunt voor toeleiding van kwetsbare patiënten naar de juiste zorg op de juiste plek.

Op 31 maart 2020 heb ik de directeuren publieke gezondheid (DPG-en) van de GGD-regio's gevraagd erop toe te zien dat zorgpartijen in de regio zorgen voor een eenduidig samenwerking en één regionaal coördinatiepunt te organiseren voor de toeleiding van kwetsbare patiënten naar een passende plek. Ik heb hen ook gevraagd de regio te ondersteunen met een gezamenlijk beeld van de vraag naar plekken waar zorg aan kwetsbare patiënten met (een verdenking van) besmetting met COVID-19 zorg kunnen ontvangen. Waar nodig kunnen zij aanvullend op het beschikbare aanbod in "corona-units" binnen bestaande instellingen de regio ondersteunen door het inrichten van tijdelijke "coronacentra", bijvoorbeeld in hotels.

Op 6 april heb ik opnieuw overleg gevoerd met de DPG-en. Op basis van dit overleg en de voortgangsinformatie die zij mij voorafgaand hebben gestuurd constateer ik dat er binnen korte tijd een forse inspanning is geleverd. De GGD GHOR heeft inmiddels een landelijk team met extra capaciteit opgezet die de landelijke coördinatie op zich heeft genomen en de regionale implementatie begeleidt. Het landelijk bureau GGD GHOR draagt er onder andere zorg voor dat goede voorbeelden ten aanzien van de verschillende onderdelen van de regionale aanpak met alle regio's worden gedeeld. Verder wordt er door het landelijke bureau GGD GHOR gewerkt aan ondersteuning zoals het opstellen van richtlijnen, protocollen, modelovereenkomsten etc. ter ondersteuning van de samenwerking in de regio. Er is door de regio's de afgelopen week veel inzet gepleegd om op korte termijn extra capaciteit te creëren. Er zijn ruim 4300 extra plekken beschikbaar (peildatum 3 april 2020), waar zorg (cohortverpleging) kan worden geboden aan o.a. patiënten met een (verdenking van) een COVID-19 besmetting. Ook is er in iedere regio een samenwerkingsstructuur neergezet waarbij veelvuldig is aangesloten bij bestaande structuren. Het ROAZ wordt vaak genoemd als plek waar de coördinatie samenkomt. De DPG-en verwachten met ondersteuning van het landelijk bureau van GGD GHOR en het Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-c) deze week de voorlopige regionale beelden van de potentiële vraag gereed te hebben. Deze zullen de komende weken nauwkeuriger worden en de opdracht voor iedere regio zal steeds nauwkeuriger kunnen worden bepaald. Tot slot werken de DPG-en met ondersteuning van het landelijke bureau GGD GHOR en het LOT-c aan de ontsluiting van digitale informatie over regionale vraag en aanbod van plekken buiten het ziekenhuis ten behoeve van het landelijk beeld en het LCPS. De verwachting is dat dit met ingang van volgende week mogelijk is.