

Redeneerlijn flexibele opschaling IC-capaciteit (t.b.v. Catshuis / M van Rijn)

Naar een breder perspectief op IC-capaciteit

- Het nu belangrijke uitgangspunt in de kabinetsaanpak van de Covid-crisis is (naast het beschermen van kwetsbare groepen) de capaciteit van de zorg: "de zorg moet het aankunnen".
- Daarom kijken we bij de beoordeling van het matigen van de strenge Covid-maatregelen steeds naar Covid-besmettingscurve en IC-bezettingscurve.
- Tot nu toe is de capaciteit van de zorg steeds "vastgezet" als alles wat er op dat moment beschikbaar is. Daar zijn de OMT-adviezen en maatregelen van het kabinet steeds op geënt.
- Voor de komende fase van de crisis moeten we verder kijken: niet naar wat het huidige capaciteitsaanbod van de IC-zorg nu is (of vroeger was), maar naar wat dat idealiter structureel zou moeten zijn.
- Om dat te bepalen moeten we niet alleen maar door een medische bril kijken naar wat aan IC-capaciteit haalbaar is (vanwege personeel, middelen) in de ziekenhuizen. Dat is een te nauwe benadering.
- Maar we moeten dit breder benaderen: wat zou vanuit maatschappelijk oogpunt, vanuit economisch oogpunt de beste IC-capaciteit zijn, wetende dat uit sociaal-maatschappelijke en economische problematiek ook weer gezondheidsschade kan ontstaan?
- Immers de effecten van de maatregelen bestaan uit veel meer "vervolgkosten", zoals:
 1. Kosten in de zorg breed (hoe meer je dicht houdt hoe minder zorg opgeschaald kan worden, hoe meer non-covid gezondheidsschade)
 2. Sociaal maatschappelijke kosten: gevolgen van binnen blijven, geen sociaal contact, vereenzaming, kwetsbare mensen, handhaving van "thuis blijven", wat doet het met veiligheid openbare orde. Hoe lang kun je mensen binnen houden?
 3. Economische factoren: hoe langer je wacht met "normaal" hoe meer economische schade
- Je moet in besluitvorming alle "vervolgkosten" meenemen en op basis daarvan de nieuwe gewenste balans bepalen in de behoefte aan flexibel opschaalbare IC-capaciteit.

Benodigde aanpak

- Ter voorbereiding van deze besluitvorming moeten we een discussie voeren met deskundigen uit een bredere kring dan alleen medici. Dus ook bijvoorbeeld deskundigheid op het gebied van sociologie, economie, veiligheid. En om te voorkomen dat deze bredere discussie te zeer een mathematisch-modelmatige exercitie wordt, horen daarbij ook bijvoorbeeld de gedragswetenschap en (economische) filosofie aan te schuiven (vanuit aandacht voor moreel-ethische principes)
- We denken daarbij aan: FMS (10)(2e), VenVN (10)(2e), Kwaliteitsraad ZIN/RVS (10)(2e), RIVM (10)(2e), SCP (10)(2e), CPB (10)(2e), ROAZ (10)(2e), Ziekenhuis (10)(2e), gezondheidseconoom (via MEVA), IGJ, minister, (10)(2e).
- Deze groep kan (ook) als een soort toetsgroep voor de minister fungeren
- De bovenstaande benadering vraagt uitwerking op vier aspecten:
 1. Cijfermatige uitwerking: op twee gebieden
 - a. Er moet inzicht komen in de relatie tussen de (afschaling) van de Covid-maatregelen van het kabinet en de verwachte instroom op de IC's. Dit inzicht kan RIVM geven op basis van hun modellen.
 - b. Er moet inzicht komen in de totale schade (zorgbreed, economisch, sociaal-maatschappelijk) die ontstaat vanwege de Covid-maatregelen. Zie verderop een eerste schets hiervan.
 2. Zorginhoudelijke uitwerking: Er moet inzicht komen in de wijze waarop een flexibel opschaalbare IC-capaciteit kan worden vormgegeven en operationeel kan zijn (welke kennis, welk personeel, welke middelen, welke nazorg)
 3. Maatschappelijke uitwerking: Er moet inzicht komen in de mogelijke bijkomende effecten en de maatschappelijke beleving als er een situatie zou zijn waarin voor langere tijd een grotere groep Covid-patiënten op de IC's moeten worden opgenomen. Hier ligt ook een relatie met de situatie in de verpleeghuizen.
 4. Governance uitwerking: Er moet een model worden gemaakt voor de gewenste sturing op de beoogde bezetting van de flexibele IC-capaciteit. In welk gremium gebeurt dat, hoe brengen we alles bij elkaar en wie maken de keuzes?

- Na het vaststellen van de nieuwe gewenste (bandbreedte van) IC-capaciteit is het daarna aan een andere tafel met een andere groep (medisch, organisatorisch, bestuurlijk) deskundigen om een plan te maken om die IC-capaciteit daadwerkelijk te realiseren (plus te faseren).

Huiswerk te doen m.b.t. flexibele opschaling IC-capaciteit

- In Nederland hebben we standaard 1150 IC-bedden in ziekenhuizen. Dat is nu maximaal gestretcht naar 2400 bedden.
- Daarin is een verdeling gemaakt voor covid en non-covid met 2 uitersten
- In huidige afgeschaalde vorm zijn nu ca 350 bedden bezet met non-covid, dus theoretisch zijn ca 2000 covid-bedden realiseerbaar.
- In de Gommers-lijn gaan we terug naar 1150 bedden totaal voor covid en non-covid.
- Wat we nodig hebben is IC-capaciteit die enerzijds ruimte geeft aan opschaling van de reguliere non-covid zorg (dat is meer dan nu 350, meer dan regulier 550, wellicht iets van 700/800) en anderzijds voldoende capaciteit overhoudt voor covid (op basis van de modellen van RIVM/LCPS en rekening houdend met gedragseffecten bij een exit strategie komt dat op basis van de huidige voorzichtige inzichten op ca 600/700 covid-bedden)
- Om van 1150 tot ca 1500 bedden te komen is het nodig om aan de grotere ziekenhuizen te vragen om die extra behoefte op te vangen
- Om van 1500 naar ca 2400 bedden te komen is nodig:
 - Dat alle ziekenhuizen meedoen
 - Dat er een goed op- en afschalingsplan is (LCPS neemt initiatief ism NZa en RIVM)
 - Dat er capaciteit in Duitsland als "ventiel" geregeld is
 - Dat er meer personeel opgeleid moet worden (wellicht specifiek voor covid IC-zorg).
- Daar komt nog bij dat we als gevolg van influenza en RS-virus eigenlijk ieder jaar op IC al capaciteitsproblemen zien van oktober tot en met maart. Daar komen de covid-bedden dan nog bovenop. Ik denk dat we dus niet alleen tot aan de komst van het vaccin, maar ook daarna structureel meer capaciteit nodig hebben (plus ijzeren voorraad).
- In het ROAZ-overleg op 23 april is afgesproken dat LCPS (10)(2a) het voortouw neemt om samen met NZa en RIVM advies te geven over nieuwe gewenste (bandbreedte van) IC-capaciteit.

Eerste uitwerking MEVA over de vervolgcosten

- Het schema onderaan deze notitie (gemaakt binnen leerstoel prof. (10)(2a) (10)(2b) Radboud) geven aan met welke effecten rekening moet worden gehouden. Deze kunnen worden gekwantificeerd (uiteraard met onzekerheidsmarges). Dan ontstaat een beeld of en wanneer de gezondheidswinst door de covid aanpak (zie onder) wellicht wordt overtroffen door negatieve effecten.
- Het directe gezondheidsverlies door covid-19 is enorm, maar er zijn ook 'verdringingseffecten' door het wegvallen van electieve zorg (inclusief IC etc.). Indien deze schade het gezondheidsverlies door covid-19 overtreft ontstaat een netto gezondheidsverlies. Indien gewenst kunnen we – met aannames- een indicatieve berekening maken, inclusief een verdere uitwerking van de onderstaande punten.
- *Quarantainemaatregelen hebben op zichzelf negatief effect op mentale volksgezondheid*
Een lockdown is op zichzelf slecht voor de mentale volksgezondheid. Studies naar de effecten van quarantaine bij SARS (ook uitgevoerd in (10)(2a)), Ebola, en recente (10)(2a) studies naar COVID-19, laten zien dat van de zwaardere aandoeningen met name PTSS optreedt. Studies tonen toename van 5-30%. De hoogste scores worden gevonden voor neerslachtigheid (73%) en geïrriteerd zijn (57%). Suicide treedt ook op. Deze effecten blijven ook na quarantaine aan de orde (verslaving, vermijdingsgedrag. Doordat PTSS vaak gepaard gaat met comorbiditeiten neemt ook de kans op andere psychische én somatische aandoeningen toe (CVM, diabetes-2, artritis, dementie etc). Deze effecten zijn groter bij een langer durende lockdown (> 10 dagen), onvrijwillige lockdown, mensen met lage SES en mensen met co-morbiditeiten. Goede communicatie en bevoorrading (zorg, voedsel etc.) kunnen een beschermend effect hebben

- *Recessies leiden niet per se gepaard tot hogere sterfte, wel slechtere mentale volksgezondheid*
Van recessies is bekend dat ze via werkloosheid en financiële onzekerheid, meer suïcides, depressies en angststoornissen veroorzaken. De grote hangt mede af van (bezuinigingen op) sociale zekerheid. Hierbij geldt als pluspunt dat Nederland goede overheidsfinanciën heeft, maar als minpunt dat er hoge private schulden en veel ZZP'ers en deeltijdwerkers zijn. De overige effecten zijn minder eenduidig. Recessies correleren met gelijkblijvende of zelfs lagere sterfte, vooral doordat diverse recessies gepaard gingen met lagere HVZ sterfte. Sommige onderzoekers wijzen dat toe aan een gezondere leefstijl, hoewel de leefstijl onder risicogroepen juist ongezonder lijkt te worden. Andere positieve effecten: betere luchtkwaliteit en minder bedrijfs- en verkeersongevallen. Hoe langer en intensiever de recessie hoe meer negatieve mentale effecten deze positieve effecten zullen compenseren. Al deze effecten zijn sterk contextafhankelijk. Zo nam het aantal zelfmoorden in (10)(2a) na 2008/2009 in absolute zin beperkt toe, omdat er al relatief weinig zelfmoord werd gepleegd. De afname in verkeersongevallen was ook beperkt in landen waar al relatief weinig mensen stierven door een verkeersongeval, zoals Nederland.
- *De druk op de GGZ zal fors toenemen, maar dit zie je niet snel terug in sterftcijfers*
Vóór de crisis waren er al wachtlijsten voor GGZ-behandelingen. Dóór de crisis gaan mogelijk GGZ-aanbieders omvallen, en zal de vraag naar deze zorg juist toenemen. GGZ-schade wordt echter veelal onderbelicht in berekeningen van de vervolgschade van crises, doordat de relatie tussen oorzaak en gevolg vaak lastig is vast te stellen. Daarnaast speelt mee dat de directe sterfte door GGZ-aandoeningen beperkt is, maar mensen met aandoeningen als depressie-/angststoornissen talrijk en vaak nog jong zijn. GGZ-aandoeningen veroorzaken dus weinig directe sterfte, maar veel indirecte sterfte (door comorbiditeiten) en directe ziektelast.

