



Opschaling IC Capaciteit regio West

Onderwerp: Opschaling IC capaciteit conform LNAZ IC plan/ structureel-flexibel
 Datum: 23-07-2020

Context

Het Landelijk Network Acute Zorg (LNAZ) heeft op 29 juni het opschalingsplan COVID-19 aangeboden aan het ministerie van VWS. Een van de onderdelen van dit plan betrof de uitwerking structurele én flexibele opschaling van de IC-capaciteit in Nederland. Dit om goed voorbereid te zijn op een mogelijke nieuwe piek in het aantal COVID-patiënten, waarbij de planbare zorg doorgang blijft vinden.

Als reactie op de aanbiedingsbrief die de minister bij dit plan aan de Kamer heeft meegegeven, is op 9 juli jl. een brief vanuit onze regio gestuurd naar VWS (bijlage 1 in dit document). In deze brief staan de elementen benoemd waar onze regio aandacht om vraagt, betreffende de opschaling en concentratie van (COVID)IC-zorg, de financiering van opschaling, inzet en opleiden van personeel en de benodigde klinische capaciteit.

Vanuit regio West benadrukken wij nogmaals dat concentratie van COVID ICzorg zeer onwenselijk is en dat wij daarmee een afwijkende verdeling hanteren dan door VWS is gesteld. In de regio hebben wij een opschalingsplan voor de COVID-IC zorg ontwikkeld waarmee de verdeling van COVID-zorg bij een volgende piek doelmatig over de regio verspreid wordt (bijlage 2 in dit document). Om de IC-capaciteit voor zowel COVID- als Non-COVID te borgen, zowel structureel als flexibel, dienen bouwkundige aanpassingen gedaan te worden.

Uitbreiding IC-capaciteit LNAZ plan

In het LNAZ COVID-19 plan wordt uitgegaan van 3 stappen in structurele en flexibele opschaling:

- Stap 1: 1.150 bedden (100% beschikbaar maken)
- Stap 2: 1.350 bedden (120% beschikbaar maken) > structureel
- Stap 3: 1.700 bedden (150% beschikbaar maken) > flexibel

Voor regio West betekent dit de volgende uitbreiding:

Huidige capaciteit: 99 IC-bedden (gemiddelde operationele IC-capaciteit over 2019)

- Stap 1: +11 bedden (100% beschikbaar maken)
- Stap 2: + 19 bedden structureel = 129 bedden
- Stap 3: +33 bedden flexibel = 162 bedden

Hoe deze verdeling er uit ziet per stap per ziekenhuis staat vermeld in tabel 1.

Een aantal kanttekeningen bij deze tabel:

1. De IC verdeling kan in stap 2 en in stap 3 alleen gerealiseerd worden met de genoemde bouwkundige aanpassingen.
2. De indicatieve bedragen die in dit document genoemd worden zijn onder voorbehoud en kunnen afwijken van de daadwerkelijke berekeningen.
3. Om de genoemde IC-capaciteit van deze bedden te operationaliseren is personeel en apparatuur nodig waar ook kosten aan verbonden zijn. Deze kosten zijn in dit document niet meegenomen maar zijn essentieel om de genoemde aantallen te kunnen realiseren.
4. In de bouwkundige aanpassingen en genoemde bedragen is geen rekening gehouden met alleen volledige sluiskamers en zal deels gebruik worden gemaakt van IC druppelcontact in combinatie met cohortverpleging. Dit vraagt om een andere werkwijze. Graag vragen wij hier landelijk aandacht voor.
5. In deze verdeling is rekening gehouden met een reële opschaling van fysieke bedden conform het regionale opschalingsplan voor IC-COVID zorg.



Tabel 1. IC verdeling per ziekenhuis per stap

	Stap 1 structureel 110 IC bedden (100%)		Stap 2 structureel 129 IC bedden (incl. inbedding IC COVID)		Stap 3 structureel 129 + 33 flexibel (=162) (incl. inbedding IC COVID)	
	Huidig*		Haalbaar Met verbouwing	Indicatief bedrag bouwkosten	Haalbaar Met verbouwing	Indicatief bedrag bouwkosten
Alrijne	10	11	13	n.v.t.	16	n.v.t.
Groene Hart Ziekenhuis	10	11	12	Plaatsen van tijdelijke schotten: 15.000 en 100.000 voor een benodigde permanente situatie (vervangen door gangpuilen)	16	Plaatsen van tijdelijke schotten: 15.000 en 100.000 voor een benodigde permanente situatie (vervangen door gangpuilen)
Haaglanden MC (Antoniusshove - Westeinde)	20	22	26	Bouwkundige aanpassing ICU: 984.000	33	n.v.t. indien stap 2b gerealiseerd is
Haga Ziekenhuis	16	18	22	Plaatsen van nooddeur op cohort IC: 50.000	26	n.v.t. indien stap 2b gerealiseerd is
Langeland Ziekenhuis	2	2	4	Aanpassingen in isolatie-sluizen: 400.000	8	n.v.t. indien stap 2b gerealiseerd is
LUMC	29	32	38	1.728.300 (realiseren van 2 VHK-isolatie IC kamers) / verhuizing kantoor	45	n.v.t. indien stap 2b gerealiseerd is
Reinier de Graaf Gasthuis Delft	12	13	14	Plaatsen van schotten op cohort afdeling + luchtsysteem: 15.000	18	n.v.t. indien stap 2b gerealiseerd is
Totale IC capaciteit	99	110	129		162	

*gemiddelde operationele capaciteit 2019



Bijlage 1. Brief naar VWS als reactie op aanbiedingsbrief van de minister

Aan: Mevr. Drs. (10)2e, minister voor Medische Zorg en Sport
 Cc: Dhr. Prof.dr. E.J. Kuipers, voorzitter Landelijk Netwerk Acute Zorg

Datum: 9 juli 2020
 Betreft: Reactie ziekenhuizen ROAZ regio West op aanbiedingsbrief LNAZ opschalingsplan COVID-19

Geachte,

Op 29 juni jl. is vanuit het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) het opschalingsplan COVID-19 aangeboden aan de minister van VWS. Deze heeft in een aanbiedingsbrief (dd 30 juni jl.) het plan aangeboden aan de Tweede Kamer. De brief van de minister heeft ons, de zeven ziekenhuizen uit ROAZ-regio West, zeer verontrust. Graag brengen wij de volgende problemen onder uw aandacht, die op korte termijn om uw aandacht vragen.

- x In het plan wordt uitgegaan van een stapsgewijze opschaling. Voor wat betreft de opschaling in stap 1 (naar 1150 IC bedden) wordt de verantwoordelijkheid neergelegd bij de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Teneinde te voldoen aan het voorgestelde tijdsplan zullen wij per direct investeringen moeten doen om deze opschaling te bewerkstelligen. Gebleken is dat de gesprekken met de zorgverzekeraars veel tijd kosten en de afgelopen crisis heeft ons geleerd dat achteraf blijkt dat er veel discussie ontstaat over de vergoeding van kosten en gelede schade. Wij kunnen vanuit onze bestuurlijke verantwoordelijkheid niet voldoen aan de opschaling zonder voorafgaande toezegging op welke wijze de financiering zal plaatsvinden.
- x In de brief van de minister wordt geconcludeerd dat de opschaling in stap 1 en stap 2 binnen de bouwkundige grenzen moet kunnen plaatsvinden (gedacht wordt aan beperkte bouwkundige aanpassingen binnen een beperkt aantal ziekenhuizen). Pas bij stap 3 wordt uitgegaan van bouwkundige aanpassingen, waarbij stellig geconcludeerd wordt dat nieuwbouw niet nodig is. Gezien het structurele karakter van de opschaling en de voorwaarde dat voorkomen moet worden dat reguliere zorg verdrongen wordt, is deze conclusie te makkelijk gesteld. Ook voor opschaling in stap 1 en stap 2 zullen bouwkundige aanpassingen noodzakelijk zijn om tevens de reguliere zorg te kunnen blijven bedienen.
- x Overleg met de zorgverzekeraar is uiteraard normaliter de tafel waar dergelijke onderhandelingen dienen plaats te vinden. Wij maken ons zorgen over het budgettaire macro kader waarin dergelijke opschalingen moeten worden vrijgemaakt. Als aanpassingen hier binnen vallen, dan zal dit ten koste gaan van de non-Covid zorg waarover juist zoveel druk is uit alle maatschappelijke geledingen om die te hervatten i.v.m. gelede gezondheidsschade. Daarnaast hebben ziekenhuizen te maken met de afspraak tussen NVZ/NFU met ZN om tot einde van het jaar minimaal 80% van de afgesproken productieafspraken te realiseren.
- x Voor de opschaling naar stap 3 (flexibiliteit om tussen de 1350 en 1700 bedden te realiseren) is in de brief opgenomen dat er snel een concrete invulling moet komen. Ook hiervoor geldt dat wij voorafgaand duidelijkheid moeten verkrijgen wie de kosten vergoedt en niet achteraf hierover met een partij de discussie moeten voeren.
- x Er wordt aangegeven dat er vanuit doelmatigheidsredenen vanuit wordt gegaan dat extra capaciteit eerst gerealiseerd wordt in ziekenhuizen die momenteel een IC hebben van 15 bedden of meer, met daarbij een bezetting van tenminste 80 %. Deze stellingname komt niet uit het advies van het LNAZ en wordt door onze partners in onze ROAZ-regio niet onderschreven. Dit uitgangspunt van de minister heeft ons inziens consequenties voor de verdeling van capaciteit zoals wij dit in ROAZ verband zijn overeengekomen.
 Binnen de regio is zeer zorgvuldig gekeken wie met welke doelmatige investeringen hoeveel bedden zou kunnen bijdragen aan opschaling, zodat de non-Covid zorg zo lang mogelijk niet geremd hoeft te



worden. Door deze bedden van 7 nauw samenwerkende ziekenhuizen te concentreren bij 3 ziekenhuizen ontstaat daar een situatie die noopt tot grotere verbouwingen, meer personeel in reservepools en een grotere taakstelling in het opleiden van verpleegkundigen dan zij zelf hebben aangegeven aan te kunnen. De vraag is waarom de minister hier op de stoel van de ROAZ-regio s gaat zitten?

- x Concentratie van de opvang op enkele ziekenhuislocaties kan doelmatig lijken, maar patiënten komen met verdenking Covid vanuit eerste lijn binnen op alle HAP s/SEH s. Daar zal opvang in isolatie gedaan moeten worden tot testresultaten bekend zijn. In die tijd ziet men mensen verslechteren tot IC behoeftig. Bij concentratie van COVID-zorg zal dit leiden tot meer vervoersbewegingen in de regio hetgeen zowel persoonlijke consequenties heeft voor de patiënt als nadelige financiële gevolgen.
- x De inzet van (sub)regionale ketens bij een pandemie zijn essentieel. Inwoners, huisartsen en ambulances zullen zich richten op het dichtstbijzijnde ziekenhuis en huisartsenpost. Daaruit resulteren opnames in kliniek en IC. Om de kliniek te ontlasten is gebleken dat huisartstriage en uitplaatsing naar VVT een grote rol spelen. In de plannen wordt uitsluitend naar ziekenhuiscapaciteit kliniek/IC gekeken en te weinig naar planvorming in de hele keten. Als concentratie van (IC) capaciteit doorzet, zoals de brief van de minister suggereert, heeft dat grote consequenties voor subregionale ketens. Daar moeten de plannen ook in voorzien.
- x Voor het opleiden van de verpleegkundigen stelt de minister dat hier Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ) gelden voor kunnen worden ingezet en dat dit instrument al bestaat. De minister gaat er in de brief aan voorbij dat er dan wel sprake moet zijn van een (structurele) verhoging van de KIPZ gelden om die opleidingsbehoefte te kunnen realiseren. Indien de minister bedoeld heeft dit uit het bestaande KIPZ te financieren zegt hij daarmee tegen alle andere beroepsgroepen in de ziekenhuizen dat hun ontwikkeling niet meer voldoende relevant is. Voor het behoud van medewerkers is dit desastreus.
- x In het advies van het LNAZ wordt helder gemaakt dat er tegenover de uitbreiding met 550 IC-bedden 900 extra klinische bedden moeten staan qua capaciteit als de non-Covid zorg niet drastisch meer wordt afgeschaald. In de brief van de minister komen deze klinische consequenties niet meer naar voren. Wij verwachten ook op dit punt duidelijkheid te verkrijgen van de Minister waarbij het uitgangspunt is dat - gelijk als bij de opschaling van IC bedden - wij voorafgaand duidelijkheid moeten verkrijgen over de bekostiging van de realisatie hiervan.

Ondanks de waardering die de minister in de eerste alinea van de aanbiedingsbrief uitspreekt zijn er grote zorgen over de financiële middelen om te kunnen voldoen aan het plan wat het LNAZ heeft aangeboden. Vanuit regio West wordt de vraag gesteld om zo spoedig mogelijk met een antwoord vanuit de minister te komen op bijgaande reactie, om de grote inspanning te kunnen leveren om de bevolking van onze regio en de rest van Nederland veilig te stellen bij volgende pandemieën.

Met vriendelijke groet,

namens de ziekenhuisbesturen in ROAZ-regio West,

Drs. Y.M. Wilders, Alrijne Ziekenhuis,
M.L.C. Telgenkamp, Groene Hart ziekenhuis,
Drs. C.H.G.M. van de Wiel MMC, Haga ziekenhuis,
I.C.D.Y.M. Wolf-de Jonge, Haaglanden Medisch Centrum,
Drs. E. Booden, Langeland ziekenhuis,
Prof.dr. C.G.J.M. Hilders, Reinier de Graaf Gasthuis

(10)(2e)

Prof. dr. Dhr. D.H. Biesma, LUMC,
Voorzitter ROAZ regio West



Bijlage 2. Fasering op-/afschalingsplan IC COVID

Context

Om een tweede golf van COVID-patiënten op te kunnen vangen wenst de regio een op-/afschalingsplan voor Covid IC en klinische bedden capaciteit te hebben. Verwacht wordt dat dit zal leiden tot meer gestructureerde wijze van op-/afschaling binnen de regio met betere spreiding van Covid-patiënten waardoor druk geleidelijk verdeeld kan worden. Door de betrokken ziekenhuizen is de wens uitgesproken om in de fasering van op- en afschaling een evenredige wijze de IC en klinische Covid-capaciteit in de ziekenhuizen te verdelen, rekening houdend met de doorgang van de Non-COVID (IC) zorg. In bijgaand schrijven wordt het totale overzicht van de verdeling binnen de regio per fase per ziekenhuis weergegeven met focus op de IC-COVID zorg. NB. Na fase groen zal de COVID IC-zorg impact gaan hebben op de non-COVID IC zorg als er bouwkundige aanpassingen worden gerealiseerd.

Totale IC-capaciteit over 2019

Organisatie	Plaats	Totale IC-capaciteit (gem. operationele capaciteit 2019)	% van totaal
Alrijne	Leiderdorp	10	10
Groene Hart Ziekenhuis	Gouda	10	10
Haaglanden MC (Antoniushove-Westeinde)	Den Haag	20	20
Haga Ziekenhuis	Den Haag	16	16
Langeland Ziekenhuis	Zoetermeer	2	2
LUMC	Leiden	29	30
Reinier de Graaf Gasthuis Delft	Delft	12	12
Totaal	West	99	100

Fasering gerelateerd aan regionale IC -COVID bezetting

Fase	aantal COVID IC - bezet	t/m
1. Groen	0	30
2. Geel	31	60
3. Oranje	61	90
4. Rood	91	120
5. Zwart	121	>

Toelichting fasering:

Er is gekozen voor stapsgewijs een bezetting van 30 COVID-IC omdat dit lijkt overeen te komen met de fasering hoe deze de eerste COVID-golf is verlopen. De piek in de eerste golf betrof 121 bezette COVID IC-bedden. Deze situatie is, gelet op reguliere zorg, niet meer wenselijk en zou in bijgaande tabel in zwart terecht komen. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met de doorgang van de non-Covid zorg.



Totaaloverzicht fasering verdeling COVID IC per ziekenhuis voor tweede golf

Organisatie	Totale IC-capaciteit 2019	Fasering o.b.v. IC-COVID				
		Fase	Fase	Fase	Fase	Fase
Alrijne	10	3	6	9	12	12
Groene Hart Ziekenhuis	10	3	6	9	12	12
Haaglanden MC (Antoniushove-Westeinde)	20	3	6	9	12	12
Haga Ziekenhuis	16	3	6	9	12	12
Langeland Ziekenhuis	2	2	3	4	5	6
LUMC	29	7	19	26	38	38
Reinier de Graaf Gasthuis Delft	12	4	7	11	15	15
Totaal	99	31	61	91	122	123

Toelichting overzicht fasering verdeling COVID IC per ziekenhuis

Gebaseerd op de verdeling van IC-capaciteit in 2019 is een evenredige berekening gemaakt per fase per ziekenhuis voor het opschalen van COVID IC-capaciteit. Hiertoe is het aandeel van IC-capaciteit per ziekenhuis over de totale IC-capaciteit in 2019 omgerekend naar percentages. Dit percentage is vervolgens gelegd op de (bezette) COVID IC-bedden per fase waaruit de verdeling per ziekenhuis is ontstaan. Deze berekening gaat uit van de minimale benodigde bezetting voor COVID-IC bedden. Het kan zijn dat ziekenhuizen in de betreffende fase meer IC-capaciteit beschikbaar hebben, dit is in bijgaande tabel verwerkt. Bij de genoemde aantallen gaan we ervan uit dat het laatst beschikbare bed in de betreffende fase een crashbed betreft. Dit bed is voor de eerste acute opvang, wat betekent dat de patiënt op dit bed z.s.m. overgeplaatst dient te worden.

Verder vallen COVID-IC patiënten die niet langer positief getest worden onder de noemer IC non-COVID.

NB. In de verdeling hebben het HMC, LUMC en Haga ziekenhuis in samenspraak kleine correcties doorgevoerd waardoor er in de ziekenhuizen naar verwachting (minimale) ruimte overblijft voor (acute) non-Covid IC.

Aanbieden van zowel COVID Non-COVID IC zorg

In deze fasering is gerekend met het minimaal aantal benodigde IC-bedden voor COVID-patiënten.

Dit betekent dat er per fase steeds minder capaciteit beschikbaar is voor de reguliere non-Covid (IC) zorg. Dit is niet wenselijk. **Om zowel de Covid als de Non-Covid zorg aan te kunnen blijven bieden zijn er bouwkundige aanpassingen in de ziekenhuizen nodig. Wanneer dit niet wordt gerealiseerd zal de non-Covid (IC)zorg in het gedrang gaan komen.**



Totaaloverzicht fasering verdeling COVID kliniek per ziekenhuis factor 2

Tabel 4. Verdeling IC COVID per ziekenhuis		Fasering o.b.v. kliniek-COVID				
Organisatie		Fase	Fase	Fase	Fase	Fase
Alrijne		12	20	32	40	40
Groene Hart Ziekenhuis		12	20	32	40	40
Haaglanden MC (Antoniushove-Westende)		12	20	32	40	40
Haga Ziekenhuis		12	20	32	40	40
Langeland Ziekenhuis		4	6	8	10	12
LUMC		14	38	52	76	76
Reinier de Graaf Gasthuis Delft		8	14	22	30	30
Totaal		62	122	182	244	246

Toelichting overzicht fasering verdeling COVID kliniek per ziekenhuis

In het landelijk opschalingsplan van de LNAZ wordt gesteld dat een factor van 2,0 aangehouden moet worden voor het aantal COVID-klinische bedden dat per COVID-IC bed benodigd is. Dit komt overeen met de factor waar regio West in de eerste golf mee te maken had. Hierbij gaat het om zowel verdachte als bewezen COVID-patiënten. Bovenstaande tabel geeft weer hoeveel klinische bedden de ziekenhuizen per fase beschikbaar moeten stellen voor COVID-zorg. Bij de genoemde aantallen gaan we ervan uit dat de 2 laatst beschikbare bedden in de betreffende fase crashbedden betreffen. Dit bed is voor de eerste (acute) opvang; wat betekent dat de patiënt op dit bed z.s.m. overgeplaatst dient te worden.

Samengevat totaaloverzicht fasering verdeling COVID IC en kliniek per ziekenhuis

Tabel 5. Totaaloverzicht IC + Kliniek Covid		Fasering o.b.v. IC-COVID									
Organisatie	Totale IC-capaciteit 2019	Fase		Fase		Fase		Fase		Fase	
		IC	Kliniek	IC	Kliniek	IC	Kliniek	IC	Kliniek	IC	Kliniek
Alrijne	10	3	6	6	12	9	18	12	24	12	24
Groene Hart Ziekenhuis	10	3	6	6	12	9	18	12	24	12	24
Haaglanden MC (Antoniushove-Westende)	20	12	20	12	20	32	20	40	20	40	40
Haga Ziekenhuis	16	12	20	12	20	32	20	40	20	40	40
Langeland Ziekenhuis	2	2	4	3	6	4	8	5	10	6	12
LUMC	29	7	14	19	38	26	52	38	76	38	76
Reinier de Graaf Gasthuis Delft	12	4	8	7	14	11	22	15	30	15	30
Totaal	99	122	244	122	244	182	244	122	244	123	246

Toelichting totaaloverzicht COVID IC en kliniek

Naast het bereik van het aantal bezette bedden dat per fase is vastgesteld, is **het moeten overgaan tot een cohortafdeling ook een criterium** voor een individueel ziekenhuis om over te moeten gaan op een volgende fase. De uiteindelijke besluitvorming tot het overgaan naar een volgende fase ligt bij beide DPG's en voorzitter ROAZ, nadat deze in het (ingelaste) bestuurlijk overleg ziekenhuizen besproken is.