



Ministerie van  
Volkshuisvesting, Ruimtelijke  
Ordening en Infrastructuur



# Opschalingsplan COVID-19

17 juli

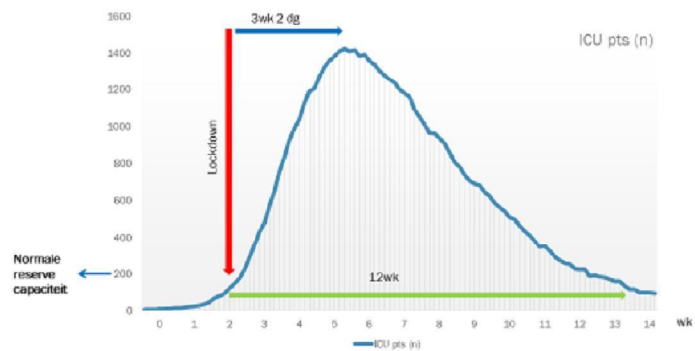
(10)(2e)  
(10)(2e) (1) (10)(2e)



## Facts en figures



**COVID IC patienten** | Het aantal patienten op de IC admissions piekte 3 weken & 2 dagen na de lockdown, en kwam pas na 12 weken terug op lockdown niveau.



- 27 februari: Eerste diagnose COVID-19 patiënt in Nederland
- 15 maart: Start intelligente lockdown
- 20 maart: LCPS opgericht voor landelijke spreiding
- 7 april: maximaal aantal bereikt (1424 covid patienten op de IC en 2900 op verpleegafdeling)



### Eerste golf

- Met kunst en vliegwerk opgeschaald
- Grote gevolgen voor personeel
- Hulp van Duitsland
- Landelijke coördinatie
- Reguliere zorg afgeschaald

### Mogelijke tweede golf

- Met man en macht voorkomen: controlestrategie als basis
- Reguliere zorg moet doorgaan
- Nu 1150 IC bedden → niet genoeg → opdracht LNAZ
- Voldoende beschermingsmaterialen en apparatuur is noodzakelijk
- Zorgpersoneel goed betrekken en voorbereiden



## Opdracht aan Landelijk Netwerk Acute Zorg

Opdracht:

- Lessen trekken eerste piek
- Opschalen tot 1700 IC bedden, doorgaan regulier zorg
- Vroegtijdig inzetten capaciteit in Duitsland
- Opschaling tot 3000 bedden bij extreme piek

Kerngroep met 4 werkgroepen:

- Werkgroep personeel en opleiden
- Werkgroep fasering, coördinatie en infrastructuur
- Werkgroep Duitsland en vervoer
- Werkgroep financiën en bekostiging

Nauwe samenwerking V&VN, NVIC, FMS, NVZ, NFU, ZN, AZN, NZa

## Realiseren van IC-capaciteit | realiseren van capaciteit in verschillende stappen, meerdere randvoorwaarden die van belang zijn

Realiseren van structurele en flexibele opschaling van IC-capaciteit in drie stappen:

### Stap 1

**Capaciteit:** 100% structureel beschikbaar = **1.150** bedden

**Toelichting:** door formatie tekort wordt er nu structureel met een tekort gewerkt.

### Stap 2

**Capaciteit:** 120% structureel beschikbaar = **1.350** bedden

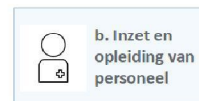
**Toelichting:** extra operationele bedden binnen de muur van de IC. In overleg met regio en zorgverzekeraars.

### Stap 3

**Capaciteit:** 150% flexibel beschikbaar = **1.700** bedden

**Toelichting:** extra operationele bedden buiten de muren van de IC. In overleg met regio en zorgverzekeraars. Reguliere zorg afschalen naar 80%

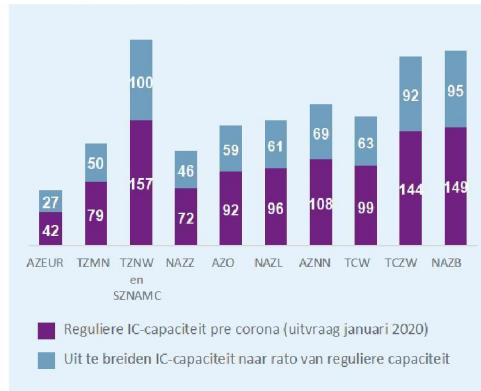
Om deze IC-capaciteit te realiseren is het noodzakelijk dat randvoorwaarden zijn ingericht op het gebied van:



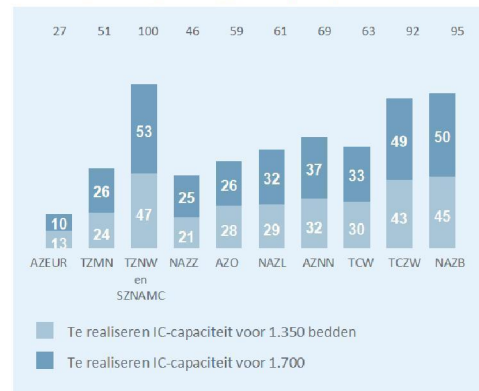
## Verdeling over de regio | elke ROAZ-regio draagt naar rato bij aan uitbreiding van IC-capaciteit zowel in structurele 1.350 als flexibele 1.700 bedden

3a

Naar rato verdeling van de aanvullende capaciteit over de ROAZ regio's om te komen tot 1.700 IC-bedden



Bij uitvraag per ROAZ lijken onderstaande aantallen haalbaar voor opschaling gelet op de fysieke ruimte\*






### Vervolgstappen

- ROAZ en verzekeraars: Regionale afspraken over verdeling van capaciteit over de ziekenhuizen

### Standpunt VWS

- Doelmatigheidsredenen: Opschaling ten eerste in ziekenhuizen die nu al 15 IC bedden hebben die voor 80% bezet zijn (ongeveer 26 ziekenhuizen)
- Vinden kleine ziekenhuizen lastig, die willen ook 2-3 bedden erbij (1 miljoen per bed). Daar is opschalen lastig, reguliere zorg moet bijna meteen afgeschaald worden, lastig om buddiesysteem in te richten

## Inzet van personeel | IC-verpleegkundigen grootste knelpunt voor opschaling, ook onvoldoende IC-artsen, verpleegkundige specialisten en physician assistants

	 Knelpunten voor opschaling	 Oplossingsrichting korte termijn	 Oplossingsrichting structureel
Verpleegkundigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grootste bottleneck voor opschaling</li> <li>Uitstroom IC-verpleegkundigen al jaren groter dan instroom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tijdelijk uitbreiden van contracturen</li> <li>Aantrekken van oud-IC-verpleegkundigen</li> <li>Personeel van acute afdelingen inzetten als ondersteuner op de IC</li> <li>Intrekken van verloven op vrijwillige basis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behouden, werven en opleiden van meer IC-verpleegkundigen door inzet op waardering, loopbaanperspectief, en zeggenschap</li> <li>IC-ontwikkeltrajecten ondersteuners en basis acute zorg verpleegkundigen</li> </ul>
Intensivisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voldoende intensivisten voor opschaling naar de structurele 1.150 en 1350 bedden</li> <li>Voor 1.700 bedden onvoldoende intensivisten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uitbreiden van contacturen</li> <li>Inzetten van andere specialisten voor ondersteuning</li> <li>Taak herschikking</li> <li>Tijdelijk opschorten niet patiënt gebonden taken</li> <li>Intrekken van verloven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uitbreiden formatie intensivisten</li> <li>Ondersteuning door IC-practitioners (bijv. op gebied van beademing)</li> <li>Ondersteuning door meer IC-artsen, PA of VS</li> </ul>
IC-artsen, Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistants (PA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onvoldoende IC-artsen, VS en PA voor opschaling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terugvragen AIOS, ANOIS, en VS die al eerder werkzaam zijn geweest op de IC</li> <li>Inzetten van andere specialisten als IC-arts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opleiden van meer IC-artsen, VS en PA</li> </ul>

## Opleiden van personeel | inzetten op opleiden van personeel op korte, middellange en lange termijn, ook aandacht voor ruimte voor begeleiding

### Uitgangspunten voor opleiden

- Ook focus op het behoud van mensen nodig
- Vanuit het perspectief van opleiden niet haalbaar om bij opschaling tot 1700 IC bedden de reguliere zorg 100% te laten doorgaan, maar op 80%.
- Het opleiden van personeel vraagt inspanning van de ervaren IC-verpleegkundige
- 'Out of the box' denken en klassieke paden verlaten is noodzakelijk
- Kijken naar de hele keten en kijken naar alternatieve doelgroepen om in te zetten

### Voorgestelde activiteiten

- Korte termijn (tot 1 oktober):
  - vaste groep ondersteuners IC verpleegkundigen opleiden in de zomer (OK assistenten, coassistenten, apothekersassistenten)
  - Korte scholingsprogramma's acute zorg verpleegkundigen en niet-intensivisten
- Middellange termijn (vanaf 1 oktober)
  - CZO flex level versnellen
  - Benutten Bachelor Medische Hulpverlener
  - IC programma in landelijke opleidingsstructuur



## Gebouw, apparatuur en middelen | creëren en verbouwen noodzakelijk voor opschaling, CVVH-apparatuur naar verwachting knelpunt voor opschaling

### Creëren, verbouwen, bijbouwen

- Bijbouwen lijkt niet nodig voor opschalen tot 1700
- Verschilt per ziekenhuis of creëren of verbouwen nodig is.

### Apparatuur en middelen

- Gecoördineerd door het LCH
- Per juli 2020 voldoende bedden, beademingsmachines, bewakingsmonitors en infuuspompen voor 1.700 bedden
- Aanvullende CVVH-apparatuur (dialyse) pas in december 2020 verwacht
- Disposables overgelaten aan individuele ziekenhuizen met streven naar ijzeren voorraad van 8 weken

### Geneesmiddelen

- Gecoördineerd door het LCG
- Geen knelpunten voor additionele bedden wat betreft medicatie

### Vervolgstappen

- Aanvullende analyses door LCG over feitelijk gebruik in COVID-crisis
- Afstemming tussen ROAZ en LCG over benodigde medicatie
- Afstemming tussen ROAZ, LCH en de taskforce over uitlevering apparatuur

**Impact op de keten** | naast het vergroten van IC-capaciteit ook van belang om effect op klinische capaciteit, revalidatiezorg en VVT-instellingen mee te nemen

#### Kliniek

- Bij opschalen IC capaciteit tot 1700 bedden hoort een opschaling van de klinische capaciteit van 1100 bedden
- Opschaling kliniek kan grotendeels in 2020 gerealiseerd worden
- Hier moeten regionale afspraken over gemaakt worden

#### Revalidatiezorg

- Capaciteit van Medisch Specialistische Revalidatiezorg (MSR) is tijdens de eerste piek voldoende gebleken dankzij de terugval in reguliere zorg
- Met voorgenomen opschaling van IC-bedden met het behoud van reguliere zorg zal de huidige (MSR) capaciteit niet voldoende zijn

#### VVT-instellingen

- Tijdens de eerste golf was het niet nodig om noodvoorzieningen te gebruiken (door het afschalen van reguliere zorg)
- Situatie verschilt sterk per regio (zowel aanbod als vraag)
- Nog geen kwantitatieve inschatting van de benodigde VVT-capaciteit bij nieuwe piek en behoud van reguliere zorg

#### Vervolgstappen

- Maken van afspraken in de regio over afstemming en samenwerking in de keten bij een eventuele 2<sup>e</sup> piek
- Kwantificeren van uitstroom naar VVT en revalidatiezorg op basis van ervaringen eerste piek en voorspellend model opstellen

**Coördinatie, spreiding en inzicht** | mate van crisis vraagt lokale, regionale of landelijke coördinatie. Nog stappen te maken op informatievoorziening.

#### Dagelijkse aanlevering data

- Aan LCPS en voor gebruik dashboard
- Aantal COVID en non-COVID patiënten op de IC
- Aantal COVID patiënten in de kliniek

#### Fases in coördinatie

- Weinig IC bezetting → ziekenhuizen zelf
- Meerdere IC's >80% bezet → RCPS coördineert spreiding in de regio
- In de hele regio >80% bezet → LCPS coördineert landelijke spreiding (en spreiding richting Duitsland)
- Coördinatie vervoerscapaciteit moet meegenomen worden
- LCPS (nu in ErasmusMC) gaat waarschijnlijk ondergebracht worden bij LMS in Zeist





#### Inzicht in actuele capaciteit en bezetting

- regionale en landelijke coördinatie vraagt om actueel inzicht in capaciteit en bezetting.
- Het streven is om hier één systeem voor te hebben wat 24/7 realtime voorziet in benodigde inzicht.
- Uitwisseling patiëntinformatie is ook noodzakelijk

4b

## Vervoer | gebruik van de uitgebreide IC-capaciteit heeft consequenties voor vervoer tussen ziekenhuizen en naar Duitsland

Voor het verplaatsen van COVID IC-patiënten is het mogelijk om in de toekomst een beroep te doen op onderstaande typen vervoer

<p><b>MICU</b></p> 	<p><b>Omschrijving:</b> momenteel 7 MICU's beschikbaar, twee daarvan rijden 24 uur per dag, de overige 16 uur per dag</p> <p><b>Opschalen:</b> capaciteit kan per direct opgeschaald worden naar ~14 MICU's die 24 uur per dag rijden. Hiervoor is extra personeel (intensivist, IC-verpleegkundige en chauffeur) nodig</p>
<p><b>IC-bus</b></p> 	<p><b>Omschrijving:</b> IC-bus in van de drie noordelijke RAV's. Meerwaarde bij lange afstand, &gt; 4 patiënten en naar dezelfde locatie</p> <p><b>Opschalen:</b> landelijk te gebruiken, moet nog wel nader worden ingericht voor het transport van maximaal 6 IC-patiënten</p>
<p><b>Helikopter</b></p> 	<p><b>Omschrijving:</b> Vervoer per helikopter beschikbaar onder regie van het MMT van het Radboudumc</p> <p><b>Opschalen:</b> wanneer transport over lange afstanden (&gt;100km) of wanneer transportvraag de capaciteit overstijgt</p>
<p><b>Begeleid IC-transport</b></p> 	<p><b>Omschrijving:</b> Als beschreven in richtlijnen NVIC "Interklinisch transport van IC-patiënten".</p> <p><b>Opschalen:</b> RAV's creëren voor deze opschaling een flexibele schil van één voertuig per regio dat kan worden ingezet als ambulance en eenvoudig geschikt gemaakt kan worden voor begeleid IC-transport. Met NVIC zijn afspraken gemaakt over de eisen aan de inrichting en personele bezetting.</p>

### Vervolgstappen

- Overleg door MICU-organisatie over uitbreiding naar maximaal 14 eenheden en besluit hierover door de verantwoordelijke ziekenhuizen
- In opgeschaalde situatie medici inroosteren (7 x 24 uur) voor vervoer van IC-patiënten

## Afspraken met Duitsland | afspraken gemaakt over samenwerking met Duitsland.

### Uitgangspunten voor gebruik Duitse capaciteit

- Afspraken tussen Duitsland en Nederland over gebruik van elkaars IC-capaciteit in geval van nood
- Afspraken zijn op basis van wederkerigheid
- Vraagt om politieke betrokkenheid
- Samenwerking richt zich op de Duitse bondsstaat Noordrijn- Westfalen en individuele ziekenhuizen in de bondsstaat Nedersaksen
- Er zijn geen afspraken gemaakt over aantallen bedden of patiënten, waarschijnlijk 600 IC-bedden beschikbaar
- Contact warm houden en activeren bij opschaling tot 1350 bedden, vooral op basis van beperkte vervoerscapaciteit

4b

## Financiering | Snel inzicht nodig

Koten verbonden aan IC-opscaling onder te verdelen in zes domeinen

1. Bedden en materiaal (IC en kliniek)
2. Personeel
3. Opleiding
4. Vervoer
5. Inrichten van de keten
6. Coördinatie

De bijkomende kosten van IC-opscaling kunnen op verschillende manieren gefinancierd worden

1. bekostiging via tarieven
2. beschikbaarheidsbijdrage
3. Mix van tarief en beschikbaarheidsbijdrage
4. Subsidie vanuit VWS

### Vervolgstappen

- Snel inzicht kosten nodig voor overleg met ministerie Financiën (werkgroep onder leiding van de Nza)
- Welke keuze maken we: geld uit premie of begroting of uit extra COVID-19 middelen