

To: [5.1.2e] [5.1.2e] ([5.1.2e]) [5.1.2e]@minvws.nl]

From: [5.1.2e] [5.1.2e] ([5.1.2e])

Sent: Fri 1/22/2021 9:38:15 AM

Subject: Opschalingsplan fase 3 (code zwart)

Received: Fri 1/22/2021 9:38:18 AM

[Verdere opschaling COVID 19.pdf](#)

[in de COVID-19 pandemie. Criteria voor fase 3 stap C aansluitend op het NVIC Draaiboek Pandemie.pdf](#)

Beste [5.1.2e]

We denken dat we de documenten gevonden hebben. Naast het Opschalingsplan Covid-19 heeft de LNAZ in september het document "Verdere opschaling COVID-19" gemaakt. Hierin staat beschreven wat er moet gebeuren.

Het plan is om flexibel op te schalen tot 3.000 IC-bedden. Aangezien met Duitsland is afgesproken dat naar schatting 300 Duitse ziekenhuizen, op basis van wederkerigheid, bereid zijn om Nederland te helpen bij een mogelijke tweede golf, is er uit gegaan van het realiseren van 2.400 IC-bedden in Nederlandse ziekenhuizen. De minister van VWS besluit over het moment van opschaling van de 1.700 naar de geambieerde 2.400 IC-bedden in Nederland. Electieve zorg stopt dan nagenoeg. De elf regionale coördinatiecentra patiëntenspreiding (RCPS'en) tezamen met het LCPS zorgen voor regionale en landelijke coördinatie waarbij de alles gelijkmatig wordt verdeeld over Nederland.

Volgens het document van de FMS en KNMG van november 2020 ("in de COVID-19 pandemie.."), vindt de overgang van fase 2 naar fase 3 plaats als ná landelijke opschaling naar maximale reël beschikbare IC-capaciteit en de inzet van beschikbare IC-capaciteit in Duitsland, >80% van de IC-plekken in de Nederlandse ziekenhuizen bezet zijn. Of sprake is van uiterste benutting van IC-capaciteit en (bijna) absolute schaarste, moet landelijk worden vastgesteld (fase 3). Hierover zijn door de IGJ in afstemming met betrokken partijen de volgende afspraken gemaakt:

- 1.LNAZ/LCPS/NVIC monitoren de beschikbare capaciteit zoals beschreven en rapporteren hierover aan de IGJ. Wanneer er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn wordt ingesteld, informeren zij de IGJ en de minister van VWS hier tijdig over.
- 2.Zodra door de LNAZ/LCPS/NVIC is vastgesteld dat er op korte termijn landelijke tekortengaan ontstaan, voert de IGJ een verificatie uit op basis van de recente informatie van de ziekenhuizen en een snelle uitvraag bij de 11 traumacentra.
- 3.De IGJ koppelt hierover tijdig terug aan de zorgaanbieders/veldpartijen. Het LNAZ/LCPS draagt zorg voor het informeren van de zorgaanbieders. De IGJ draagt zorg voor het informeren van het ministerie van VWS over het instellen van 'fase 3'.



Fase 3 wordt landelijk ingesteld voor alle ziekenhuizen en via LNAZ/ROAZ gecommuniceerd

Of sprake is van fase 3 wordt door zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren gezamenlijk vastgesteld in de structuur waarin partijen samenwerken. Nadat door het LNAZ/LCPS/NVIC gezamenlijk een signaal voor fase 3 is afgegeven aan IGJ, zal dit na verificatie door de IGJ bij het ministerie van VWS worden aangegeven. De minister van VWS kan dan besluiten tot communicatie over het bereiken van fase 3. Monitoring van de IC-capaciteit vindt plaats via het LCPS. Fase 3 wordt landelijk afgekondigd en geldt voor alle ziekenhuizen in Nederland.

Het overgaan van fase 2 naar fase 3 is op het moment dat dit voor de eerste keer plaatsvindt, een landelijk moment dat ook in communicatie door partijen (LNAZ/ROAZ) zo wordt ingericht. Daarna is dit een iteratief proces waarin binnen fase 3 binnen een ziekenhuis wisselend sprake kan zijn van triage op basis van criteria zoals vastgesteld voor stap A, stap B (Draaiboek Pandemie) of stap C (dit Draaiboek), afhankelijk van de druk op de IC en beschikbare capaciteit.

Het uitschakelen van fase 3 als geheel moet ook landelijk worden afgestemd door genoemde partijen. Toepassing van triage op basis van de criteria voor fase 3 is dus landelijk voor alle ziekenhuizen geldig en wordt niet op ziekenhuisniveau bepaald. De procesafspraken tussen genoemde partijen blijven bestaan voor de gehele periode dat dit vanwege de COVID-19 pandemie nodig is. De criteria voor triage zoals beschreven in dit Draaiboek zijn alleen bedoeld voor triage van patiënten voor IC-opname. Het document van de FMS en KMG beschrijft de verschillen tussen de stappen A t/m C in fase 3.

Het document “verder opschaling IC-capaciteit” beschrijft wat algemenere zaken: wat betekent het wanneer er meer dan 1.700 IC-bedden nodig zijn en wat is er nodig qua mensen, manieren en middelen om op te schalen naar 2.400 IC-bedden in Nederland.

Een behoefte aan 2.400 Nederlandse IC-bedden betekent dat er sprake is van een zeer grote mate van verspreiding van covid in Nederland. Hierbij zijn de covid-patiënten op de IC slechts het topje van de ijsberg. Het is dan ook van belang om te realiseren dat in dit scenario het niet alleen zaak is om de capaciteit van de ziekenhuizen en in het bijzonder van de IC's uit te breiden. In dit scenario zal de hele zorgketen en daarmee vele andere zorgverleners geconfronteerd worden met grote aantallen covid-patiënten. De hele zorgketen zal zich hierop moeten voorbereiden. Daarbij moet ervoor gewaakt worden dat zorgverleners concurrenten van elkaar worden, bijvoorbeeld waar het gaat om de inzet van schaarse menskracht en middelen. Tot slot: een benutting in Nederland van 2.400 IC-bedden brengt ons in de fase van de zogenoemde code zwart. Voor deze fase hebben de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een document opgesteld voor keuzes in een tijd van schaarste.¹ Daarnaast is voor deze fase op verzoek van VWS eerder al een CABU-plan opgesteld (CABU staat voor covid-19 acute beademingsunit).

Voor het uitbreiden van de capaciteit is extra personeel nodig. Het LNAZ gaat ervan uit dat in het scenario van uitbreiding tot 1.700 IC-bedden al gewerkt wordt met een extra inzet van personeel en dat voor de uitbreiding richting 2.400 IC-bedden in Nederland er geen extra personeel beschikbaar komt. Extra personeel kan in deze fase, en in lijn met de ervaringen tijdens de eerste golf, nog beschikbaar komen door deze te onttrekken aan de electieve zorg in de ziekenhuizen en door personeel van bijvoorbeeld de zelfstandige klinieken in te zetten of door gebruik te maken van 'extra handen in de zorg'. Om genoeg ruimten te creëren wordt van de ziekenhuizen in de regio gevraagd om een plan te maken hoe zij binnen de eigen muren de IC verder kunnen opschalen. De ziekenhuizen beschikken op dit moment niet over apparatuur en middelen om te kunnen voorzien in opschaling naar de 2.400 IC-bedden. Samenwerking met het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) en het Landelijk Consortium Geneesmiddelen (LCG) is cruciaal gezien de afhankelijkheid van apparatuur, hulpmiddelen en medicatie bij het opschalen van de IC-capaciteit.

Om dit alles te financieren moeten VWS, verzekeraars en ziekenhuizen en waar aan de orde ook met de RAV's afspraken worden gemaakt. Het is belangrijk dat de afspraken aansluiten bij de afspraken voor de eerste uitbreidingsvoorstellen en dat er een eenduidige regeling komt. Het voorstel van het LNAZ is om bij een tweede golf in te zetten op een zogenoemde continuïteitsbijdrage van verzekeraars die borgt dat het afgesproken budget van het ziekenhuis (bij het wegvallen van de electieve productie) gehandhaafd blijft en aangewend kan worden voor de covid-zorg. Daarnaast zouden aantoonbare meerkosten voor bijvoorbeeld apparatuur en middelen aanvullend gedekt kunnen worden uit een subsidie van VWS.

Met vriendelijke groeten,

5.1.2e



5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag



06 5.1.2e



5.1.2e @minvws.nl