

## Scenarioanalyse maatregelen COVID-19 - Inbreng VWS/directie Curatieve Zorg

### **Algemeen:**

- Alle COVID-maatregelen van het kabinet zijn – op advies van het OMT<sup>1</sup> – ingesteld om te verspreiding van het virus maximaal te controleren, met als doel dat de zorg (de verpleeghuizen, de thuiszorg, de ziekenhuizen en de intensive care afdelingen) niet overbelast raakt; zodat er steeds voldoende capaciteit is om de mensen te helpen die het meest kwetsbaar zijn.
- We mogen aannemen dat deze maatregelen het beoogde effect hebben (gehad). Het is aan het RIVM om dat te berekenen en aan het OMT om daarover advies over te geven.
- We mogen aannemen dat het afschalen of intrekken van deze maatregelen leidt tot een beperktere controle van het virus dan in de huidige situatie; wat weer leidt tot meer besmettingen, meer patiënten en een toenemend beroep op curatieve zorgcapaciteit.
- Dat is op dit moment – en met het oog op het marathon-scenario dat voor de bestrijding van het COVID-virus voorzien is – niet verstandig:
  - Vanwege de huidige zorg aan COVID-patiënten draait de zorg op sommige plekken fors boven het normale niveau, tot 200% opschaling. Het is onverstandig als hier bovenop nog eens extra COVID-patiënten moeten worden verzorgd; ook is het risicovol en onverstandig om de zorg voor een langere tijd in een dergelijke opgeschaalde situatie te laten werken. Ook het personeel moet immers weer eens een dag vrij kunnen hebben.
  - De urgente reguliere (non-COVID) zorg is op dit moment flink afgeschaald. Denk hierbij aan patiënten met kanker of hart- en vaatandoeningen. Als er zich weer extra COVID-patiënten aandienen, dan zal opschaling van deze urgente reguliere zorg langer op zich laten wachten, met alle negatieve effecten (oplopende gezondheidsschade) die daaraan verbonden zijn.

### **Inzoomen op reguliere zorg**

- Het opschalen van de reguliere zorg (eerstelijns, tweedelijns, derdelijns zorg, paramedische zorg etc.) hangt af van:
  - De aanwezigheid van voldoende PBM voor veilige zorgverlening.
  - De beschikbaarheid van voldoende personeel
  - De mogelijkheden van de 1,5 meter samenleving,
- Het aanpassen van maatregelen heeft op alle drie de bovenstaande punten invloed:
  - Als er maatregelen worden afgeschaald, waardoor er een toename van COVID-patiënten komt, zal er weer een groter beroep op PBM worden gedaan voor de zorg voor deze groep. Er blijft dan minder over voor de reguliere zorg.
  - Als er maatregelen worden afgeschaald, waardoor er een toename van COVID-patiënten komt, zal er weer een groter beroep op personeel worden gedaan voor de zorg voor deze groep. Er blijft dan minder personeel over voor de reguliere zorg.
  - Als de 1,5 meter samenleving vraagt dat er meer PBM buiten de zorg gebruikt moeten worden (zoals nu in Oostenrijk het geval is), gaat dat ten koste van de PBM die binnen de (reguliere) zorg gebruikt kunnen worden.
- Er worden momenteel (onder leiding van de NZa) plannen gemaakt om de urgente reguliere zorg weer naar normaal niveau terug te brengen. Het is van belang dat deze plannen straks kunnen worden uitgevoerd en niet weer bijgesteld of ingetrokken moeten worden als er vanwege afschaling van maatregelen sprake zal zijn van hernieuwde toename van COVID-patiënten. Dat is funest voor de motivatie van het zorgpersoneel, voor de effectiviteit van handelen en voor het vertrouwen van de patiënten.

<sup>1</sup> NB: Alleen de maatregel om de (basis)scholen te sluiten heeft het OMT in zijn advisering nooit expliciet verbonden aan het maximaal controleren van het virus.

**Voorbeeld IC-zorg:**

- In de normale situatie is de totale IC-capaciteit in Nederland circa 1150 IC-bedden. De gemiddelde bezetting daarvan in de normale situatie is:
  - Medisch-noodzakelijke (o.a. longontsteking, sepsis, hartstilstand, overdosis) en spoedchirurgische zorg: 600 bedden
  - Geplande (chirurgische) zorg: 320 bedden
  - Onbezet (20%): 230 bedden
- In de huidige Covid-situatie is de IC-capaciteit opgeschaald tot 2400 bedden. Dat is meer dan 200% ten opzichte van de normale situatie. Die bedden zijn tot nu toe nog niet allemaal nodig geweest. Op deze capaciteit moeten we niet rekenen bij het loslaten van de maatregelen; een dergelijke IC-bezetting is in het marathon-scenario niet oneindig vol te houden voor personeel.
- Er zijn verschillende manieren (elk met een eigen realiteit) om naar de beschikbare IC-capaciteit te kijken. Variërend van een situatie waarbij IC-capaciteit in de normale situatie als uitgangspunt wordt genomen (1150 bedden) tot een situatie waarbij de maximaal opgeschaalde IC-capaciteit het uitgangspunt is (2400 bedden). Daarbinnen moet altijd een reservering gemaakt worden naar de bedden die per definitie altijd nodig zijn voor medisch-noodzakelijke (non-COVID) spoedzorg; en daarnaast moet er een keuze gemaakt worden voor de mate waarin urgente planbare IC-zorg kan worden verleend – naast de IC-bedden voor de COVID-patiënten.
- In dit voorbeeld gaan we uit van de uitwerking van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), die uitgaat van een IC-capaciteit van in totaal 1400 bedden in het marathon-scenario. Daarbinnen houdt zij rekening met een inperking van 20% van de capaciteit vanwege de vakantieperiode (juni-juli-augustus) van het zorgpersoneel; en met 10% marge. Voor deze periode gaan zij uit van een reële capaciteit van in totaal 1000 IC-bedden (COVID en non-COVID), waarvan als gemiddelde bezetting wordt aangenomen:
  - Medisch-noodzakelijke en spoedchirurgische zorg: 360 bedden
  - Overige zorg (COVID en planbare IC-zorg): 640 bedden
- De beschikbaarheid van bedden voor COVID-zorg in het NVIC-voorbeeld hangt af van de mate waarin opschaling van urgente geplande non-COVID IC-zorg aan de orde is (*is politieke vraag*):
  - De NVIC gaat zelf uit van een reservering voor urgente geplande IC-zorg van 150 bedden (alleen voor cardiochirurgie, aneurysma's, thoracotomie, gastro-intestinale kanker).
  - Dan zouden 490 bedden voor COVID-patiënten beschikbaar zijn.
  - Als de planbare IC-zorg weer tot op normaal niveau wordt teruggebracht, vraagt dat 320 bedden.
  - In dat geval zouden 320 bedden voor COVID-patiënten beschikbaar zijn.
- Deze maximum aantallen IC-patiënten kunnen voor RIVM de input zijn voor hun modellen. Hierbij gelden wel enkele belangrijke aandachtspunten:
  - Er blijft een landelijke regie op de spreiding van IC-patiënten (COVID en non-COVID) nodig om de capaciteit maximaal te benutten (opgeschaald blijven tot landelijk 1400 IC-bedden en de optimale verdeling van patiënten). Zo nodig kunnen afspraken gemaakt worden over concentratie van groepen patiënten/behandelingen in bepaalde ziekenhuizen.
  - Binnen dit voorbeeld is er geen ruimte om achterstanden in de planbare urgente IC-zorg in te halen. Als dat wenselijk is, zullen (tijdelijk) minder dan 320 IC-bedden voor COVID-patiënten beschikbaar zijn.
  - We voorzien een 'psychisch-organisatorisch' effect van de instroom van COVID-patiënten op de maatregelen die in ziekenhuizen worden getroffen met betrekking tot hun reguliere zorgverlening op de IC. Zodra de ziekenhuizen de curve met COVID-patiënten weer omhoog zien gaan, zal hun reactie zijn om direct weer urgent-planbare IC-patiënten af te bellen, uit angst de IC-capaciteit over te belasten. Daarmee zal het probleem voor de reguliere urgente zorg meer dan evenredig snel oplopen.