



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Landelijk Netwerk Acute Zorg

5.1.2e

Newtonlaan 115  
3584 BH UTRECHT

Datum **18 MEI 2020**  
Betreft Opracht opschaling IC-capaciteit

Geachte 5.1.2e

Op 26 maart 2020 heb ik aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om een Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) in te richten en er alles aan te doen wat nodig is om met dit coördinatiecentrum de spreiding van patiënten in goede banen te leiden. In het verlengde daarvan verzoek ik het LNAZ om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de structurele en flexibele opschaling van IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen.

In de periode vanaf 15 maart is het aantal COVID-19 patiënten dat IC-zorg nodig had snel gestegen. In april bedroeg het maximaal aantal COVID-19 patiënten dat gebruik maakte van IC-zorg in Nederland 1378. Met kunst- en vliegwerk, en een enorme toewijding en inzet van de mensen in de zorg is het gelukt om die zorg te bieden. De gevolgen en de impact daarvan waren groot, en zijn dat nog steeds. Voor patiënten, hun naasten, maar ook zeker voor alle zorgprofessionals in de ziekenhuizen. Gelukkig zien we al geruime tijd een daling van het aantal COVID-19 patiënten op de IC, wat ruimte geeft om het personeel te ontlasten en om de urgente reguliere IC-zorg weer te gaan opschalen.

Het is het kabinet er alles aan gelegen om te voorkomen dat we – mocht zich onverhoopt weer een piek in aantallen COVID-19-patiënten voordoen - opnieuw in een dergelijke situatie terecht komen in Nederland. We moeten ervoor zorgen dat zorg voor COVID-19 patiënten dan niet ten koste gaat van de reguliere (non-COVID-19) zorg; we moeten ervoor zorgen dat de ziekenhuizen en het personeel structureel voorbereid en toegerust zijn op een toename van patiënten; en de capaciteit moet daarbij zodanig robuust zijn dat we daarmee ook zwaardere scenario's aankunnen.

In dat licht is het niet realistisch om vast te houden aan een structurele capaciteit van 1150 IC-bedden in de Nederlandse ziekenhuizen (de situatie voor de coronacrisis). Dat zou ook niet verstandig zijn, we willen immers niet meer terug naar de situatie waar ziekenhuizen en hun verpleegkundigen en artsen onder zo'n hoge druk en snelheid de IC-capaciteit moesten opschalen. De structurele en flexibel op te schalen IC-capaciteit zal daarom de komende jaren hoger moeten zijn. Ik vind het belangrijk dat hierover landelijke afspraken gemaakt worden, om

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**

Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Bezoekadres:**

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag

T 5.1.2e  
F 5.1.2e

Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

5.1.2e

T 5.1.2e  
M 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

**Kenmerk**

205367

**Uw brief**

**Bijlage(n)**

-

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*



te voorkomen dat in elke regio andere beslissingen worden genomen en om de mensen die werken in de ziekenhuizen houvast en perspectief te bieden, zodat zij duurzaam inzetbaar blijven bij deze belangrijke zorg.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

### **De benodigde IC-capaciteit**

Op basis van prognoses van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) wordt op dit moment de structureel benodigde IC-buffercapaciteit voor COVID-19 patiënten op gemiddeld 650 bedden geschat. Dat geldt in ieder geval voor de periode totdat een vaccin beschikbaar is. Deze 650 bedden (inclusief personele bezetting) hoeven overigens zeker niet altijd en in totaliteit operationeel te zijn. De mate waarin ze bezet zijn hangt uiteraard af van het totale aantal COVID-19 patiënten op dat moment. Wel moeten deze bedden op het moment dat de vraag naar COVID-19 zorg onverhoopt weer toeneemt snel inzetbaar zijn. Deze bedden moeten dus snel flexibel opschaalbaar en afschaalbaar zijn. Daarnaast moet ook de reguliere zorg weer worden opgeschaald tot het normale niveau (voor zover haalbaar binnen de mogelijkheden van de anderhalvemetersamenleving in de zorginstellingen), hetgeen een beslag legt op de IC-capaciteit (circa 550 bedden). De IC dient tevens beschikbaar te blijven voor de acute zorg (circa 350 bedden). Tenslotte is het belangrijk nog een kleine buffer (circa 150 bedden) voor onvoorziene omstandigheden te hebben. Een optelling van voorgaande cijfers betekent dat er naar schatting een structurele behoefte is van zo'n 1700 benodigde IC-bedden. Aangezien dit een schatting is kan dit aantal voorlopig gebruikt worden als richtcijfer, waarbij de uiteindelijk te realiseren capaciteit hiervan kan afwijken, afhankelijk van de noodzaak en de mogelijkheden.

**Kenmerk**  
205367

Voorop staat dat opschaling naar 1700 IC-bedden niet zomaar is geregeld en dat is ook de reden van mijn verzoek aan u. Deze ophoging vergt bovenal veel van zorgprofessionals, zeker zo vlak na een periode die zeer intens is geweest voor het zorgpersoneel. Juist dit zorgpersoneel is hard nodig en moet goed betrokken worden bij de uitwerking van het plan. Dit vergt een goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan. Ik verzoek u dan ook om de peilingen van de FMS en V&VN, naar de ervaringen van het zorgpersoneel over de afgelopen periode, die op dit moment uitgezet zijn bij hun leden, en het advies van **5.1.2e** **5.1.2e** over de transitie naar de reguliere zorg vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden mee te nemen bij de uitwerking van de opdracht.

Ook moet het plan voorzien in een additioneel flexibel op te schalen IC-capaciteit boven een capaciteit van 1700 bedden naar potentieel circa 3000 IC-bedden. Als er een situatie zou komen waarbij er hoger opgeschaald moet worden dan 1700 IC-bedden, dan komt gebruik maken van een breder personeelsbestand en andersoortige apparatuur aan de orde, evenals tijdelijke afschaling van reguliere non-COVID-19 zorg. Deze situatie wil ik ook uitgedacht en uitgewerkt zien om – hoezeer we dit ook willen voorkomen – voorbereid te zijn op een verder toenemende vraag naar COVID-19-zorg bovenop de hiervoor genoemde 1700 IC-bedden.

Ook wil ik in het plan nadrukkelijk de mogelijkheden betrekken om een beroep te kunnen doen op de IC-capaciteit van buurlanden, met name Duitsland, zowel in de situatie dat de opschaling in de Nederlandse ziekenhuizen nog niet gerealiseerd is, als in de situatie dat er daar bovenop meer IC-bedden nodig blijken te zijn. Dat



vraagt om goede afspraken en het in stand houden van de opgebouwde contacten in de afgelopen periode.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

In het plan wordt in ieder geval aandacht besteed aan de lessen die we kunnen trekken uit de afgelopen periode, over fasering en termijnen van de opschaling, de personele bezetting en belastbaarheid, opleidingen en trainingen, de organisatie van de zorg op de IC en benodigde apparatuur en geneesmiddelen. Maar ook hoe we sturing geven aan de capaciteitsontwikkeling in de komende periode, het draagvlak onder alle betrokkenen, de monitoring van de (actuele) beschikbaarheid van bedden, de verdeling van patiënten en de bekostiging en financiering. Ook wil ik u vragen om in kaart te brengen welke reeds bestaande, tijdelijke, oplossingen vooralsnog in stand gehouden moeten worden.

**Kenmerk**  
205367

Ik hecht eraan te blijven benadrukken dat in het plan de draagkracht van verpleegkundigen en artsen zeer serieus moet worden genomen. We willen immers dat zij dit belangrijke vak de komende jaren op een gezonde manier kunnen blijven uitvoeren. De uitwerking van het bovenstaande moet dan ook zorgvuldig gebeuren, met medeneming van de ervaringen en de inbreng van de achterbannen van V&VN, de NVIC en de FMS.

#### **Waaruit bestaat het plan over de opschaling van de IC capaciteit**

Het plan van de IC-opschaling bestaat uit drie onderdelen:

- Onderdeel 1: flexibele opschaling IC-capaciteit tot 1700 bedden
- Onderdeel 2: IC-capaciteit in Duitsland vroegtijdig inzetten (circa 600 bedden), zolang de opschaling in de Nederlandse ziekenhuizen nog niet gerealiseerd is;
- Onderdeel 3: flexibele opschaling IC-capaciteit naar meer dan 1700 IC-bedden tot circa 3000 IC-bedden (inclusief de mogelijkheid om gebruik te maken van circa 600 bedden in Duitsland)

Ik verzoek u voor de drie onderdelen een concreet plan uit te werken over hoe we deze verhoogde capaciteit het beste kunnen realiseren. Hieronder worden de aandachtspunten per onderdeel verder uitgewerkt. De uitwerking van de onderdelen 1 en 2 dient op 25 juni 2020 opgeleverd te worden. De uitwerking van onderdeel 3 dient uiterlijk begin september 2020 opgeleverd te worden.

Ik verzoek u hierbij nauwe afstemming te hebben met de betrokken partijen V&VN, FMS, NVZ, NFU en de ROAZ-en. Ik verzoek u ook met ZN te spreken.

#### **Onderdeel 1: opschaling IC-capaciteit tot 1700 bedden**

We vragen van het LNAZ om uiterlijk 25 juni 2020 een draaiboek op te leveren waarin de volgende vragen worden uitgewerkt:

- Wat hebben we geleerd van de afgelopen maanden?
- Hoe gaan we de opschaling van de structurele IC-capaciteit in de komende maanden realiseren?
- Welke beperkende factoren zijn er en hoe gaan we die oplossen?
- Welke kansen van de afgelopen maanden moeten we blijven benutten?
- Welke richtlijnen, beroepsprofielen, opleidingen moeten ontwikkeld worden?
- Hoe vertalen we de uitwerking naar een concrete regionale uitvoering? Waar gaat de opschaling wel en niet plaatsvinden?
- Hoe gaan we 24/7 de beschikbaarheid van de acute zorg bedden (IC, COVID-19 en non-COVID-19, doorkijk naar SEH capaciteit) registeren en monitoren?



- Hoe gaan we de verdeling van de IC-patiënten coördineren?
- Hoe gaan we de realisatie van op opschaling monitoren?
- In hoeverre is hiervoor een structurele inbedding van de functie die op dit moment door het LCPS wordt uitgevoerd nodig en hoe kan dit het beste vormkrijgen?

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
205367

Bij het uitwerken van deze vragen moet in ieder geval aandacht besteed worden aan de volgende onderwerpen:

- Personeel (opleiding, fasering, aantrekken/behouden, werkwijze, ratio, profielschets, rusttijd, supervisie)
- Locaties (verdeling over regio, waar wel/niet)
- Draagvlak (bestuurders, zorgprofessionals, veldpartijen)
- Infrastructuur (faciliteiten, gebouw, bedden, apparatuur, pbm, geneesmiddelen)
- Timing en fasering
- Bekostiging en financiering

#### **Onderdeel 2: IC-capaciteit in Duitsland vroegtijdig inzetten**

De afgelopen periode heeft Nederland dankbaar gebruik gemaakt van de welwillendheid van Duitse ziekenhuizen om Nederlandse patiënten op te nemen. De capaciteit in Duitsland zal in de opschalingsfase mogelijk weer vroegtijdig ingezet moeten worden. Niet alleen in de opschalingsfase naar meer dan 1700 bedden (zie onderdeel 3) maar ook als fall-back voorziening zolang de opschaling naar 1700 bedden nog niet volledig gereed is in de Nederlandse ziekenhuizen.

Van het LNAZ vragen we om een beschrijving van de verschillende ervaringen met de patiëntverplaatsingen naar Duitsland. Daarnaast verzoeken we het LNAZ om contact op te nemen met de Duitse collega's om afspraken te maken op welke wijze, indien nodig, een beroep kan worden gedaan op de Duitse IC-capaciteit van 600 bedden bij een COVID-19 piek. Ik verzoek u ook uit te werken wat er voor nodig is om patiënten ook daadwerkelijk te verplaatsten naar Duitsland. Denk hierbij aan de bereidheid om te verplaatsten van zowel zorgaanbieders als patiënten en naasten, het vervoer, de kosten enz.

#### **Onderdeel 3: flexibele opschaling IC-capaciteit naar van 1700 bedden naar circa 3000 bedden**

Het LNAZ wordt verzocht om een actiegericht evaluatie te (laten) doen van de snelle IC-capaciteitsopshaling die in Nederlandse ziekenhuizen heeft plaatsgevonden de afgelopen maanden. Wat ging goed (en moeten we behouden), wat moet anders/beter? In de evaluatie moet aandacht worden besteed aan de gevolgen voor de inhoud van de zorg, het personeel, de infrastructuur, de logistiek en de afschaling van de reguliere zorg.

Daarnaast vragen we het LNAZ een realistisch plan op te leveren waarin wordt uitgewerkt hoe in alle ROAZ-regio's (liefst via regionale opschalingsplannen) zo snel mogelijk, maar wel zorgvuldig en gestructureerd, opgeschaald kan worden van 1700 bedden naar circa 3000 bedden (inclusief de circa 600 bedden in Duitsland). Hierbij worden in ieder geval de volgende aandachtspunten meegenomen:

- Personeel (opleiding, aantrekken, werkwijze, ratio, profielschets, rusttijd, supervisie)
- Locaties (verdeling over regio, waar wel/niet)
- Draagvlak (bestuurders, zorgprofessionals, veldpartijen)



- Infrastructuur (faciliteiten, gebouw, bedden, apparatuur, persoonlijke beschermingsmiddelen, geneesmiddelen)
- Timing en fasering
- Bekostiging en financiering

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
205367

**Tot slot**

Naast de drie onderdelen wat betreft de opschaling van de IC-capaciteit die beschreven zijn in deze brief, denken we ook na over een last resort opschalingsmogelijkheid voor het worst case scenario bij zeer grote pieken van COVID-19 IC-patiënten. Daarbij komen tal van medisch-inhoudelijke, medisch-ethische en bestuurlijke vragen naar voren, waarover de maatschappelijke discussie gevoerd moet worden. Het kabinet bezint zich op welke wijze die discussie het best gefaciliteerd kan worden.

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg  
en Sport,

5.1.2e