

## Factsheet COVID-19 debat: Reguliere zorg en IC-opstapeling

Onderwerp: Effect Covid-19 op reguliere zorg en IC-opstapeling	
<p>Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De toename van het aantal COVID-patiënten lijkt langzaam te gaan stabiliseren. Het LCPS verwacht ook voor komende week een lichte daling in het aantal COVID-patiënten in de kliniek en op de IC. Echter, heeft het LCPS ook een prognose gemaakt voor wat betreft de Britse variant. Daarin beschrijft het LCPS dat er eerst een lichte daling in het totaal aantal besmettingen wordt verwacht, maar dat dit daarna snel kan stijgen. De snelheid waarmee dit gebeurt hangt af van het aandeel dat de Britse variant heeft in het aantal besmettingen en van de R.</li> <li>• De druk op de ziekenhuiszorg blijft nog steeds hoog. Naast de covid-zorg is er nog een stuwmeer aan uitgestelde zorg, zowel zichtbaar als onzichtbaar (minder verwijzigingen).</li> <li>• Daarbij is het landelijk gemiddelde voor ziekteverzuim onder zorgpersoneel 7,8%. Dit is een lichte daling ten opzichte van vorige week.</li> <li>• Op 23 oktober is een aanvullende tijdelijke werkwijze afgesproken om in heel het land te waarborgen dat zowel COVID-patiënten als andere patiënten, voor wie een behandeling niet kan wachten, op zorg kunnen blijven rekenen.</li> <li>• De verdringing van de reguliere zorg kunnen we in dit stadium niet tegengaan, om de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt landelijk in stand te houden en de zorgverleners hierin te ondersteunen is de reguliere zorg categorie 4 en 5 landelijk afgeschaald.</li> <li>• Dit is noodzakelijk de om COVID-zorg, de acute zorg en de kritieke planbare zorg door te kunnen gaan.</li> <li>• Bij acute zorg moet je dan bijvoorbeeld denken aan mensen die gewond zijn geraakt bij een verkeersongeluk – vanzelfsprekend worden zij altijd geholpen.</li> <li>• Met kritieke planbare zorg bedoelen we geplande behandelingen die niet kunnen wachten. Denk bijvoorbeeld aan kankerbehandelingen waarbij uitstel zou kunnen leiden tot een blijvende verergering van de gezondheidsproblemen. Of zelfs tot minder kans op overleven.</li> </ul>
<p>Samenvatting van onderwerp dat voorligt</p>	<p>Hiertoe zijn in het Tijdelijk beleidskader vijf maatregelen genomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het LCPS krijgt een meer sturende rol bij de verdeling van COVID-patiënten over het land. Zij bepalen steeds een week vooruit welke capaciteit moet worden vrijgehouden voor de COVID-zorg. Hier kunnen ziekenhuizen zich dan tijdig op voorbereiden.</li> <li>2. <i>StavaZa: Op 11 januari heeft de Minister op verzoek van de LNAZ fase 2D formeel afgekondigd. Dit is in lijn met de diverse maatregelen die reeds door het LCPS worden genomen om de COVID-zorg landelijk te verdelen.</i></li> <li>3. De Federatie van Medisch Specialisten (FMS) ontwikkelt hulpmiddelen waarmee artsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in de regio de juiste keuzes kunnen maken over de organisatie van de zorg.</li> <li>4. <i>StavaZa: Het Raamwerk is 30 oktober gepubliceerd en ondersteunt artsen en ziekenhuisbestuur bij de keuzes waar ze voor staan betreft het afschalen van zorg. Op basis van het Raamwerk worden lokaal en regionaal gesprekken gevoerd, waarmee we zien dat het zijn functie dient.</i></li> <li>5. De regionale samenwerking van alle zorgaanbieders en verzekeraars in de regio wordt uitgebreid, ook ten aanzien van de reguliere zorg.</li> <li>6. <i>StavaZa: Hierin is een rol weggelegd voor het ROAZ en de DPG'en om binnen de regio met de betrokken partijen oplossingen te vinden.</i></li> <li>7. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt in beeld welke zorg nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen hierover verantwoorde</li> </ol>

	<p>keuzes kunnen maken.</p> <p>9. <i>StaVaZa: Het Zorgbeeldportaal is werkzaam en levert wekelijks een inhoudelijk beeld van de druk op de zorg en de beschikbare capaciteit. Dit wordt zowel landelijk als regionaal in kaart gebracht.</i></p> <p>10. De zorgverzekeraars helpen met financiële arrangementen waar dat nodig is.</p> <p>11. <i>StaVaZa: Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn akkoord over een regeling voor 2021. Daarnaast is er financiële ondersteuning vanuit VWS voor ziekenhuizen, zoals bij de opschaling van IC-bedden.</i></p>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de eerste golf is de planbare zorg grotendeels afgeschaald geweest.</li> <li>• Een belangrijke les was dat de capaciteit aan IC- en verpleegbedden in de ziekenhuizen omhoog moest.</li> <li>• En een andere belangrijke les was dat er veel gezondheidsschade was ontstaan door de afschalen van de reguliere zorg; en dat dit voortaan zo veel mogelijk voorkomen moest worden.</li> <li>• Op basis van deze lessen is de zorgsector deze zomer aan de slag gegaan met het Opschalingsplan.</li> <li>• Daarmee komt er stapsgewijs buffercapaciteit met extra IC-bedden en verpleegbedden bij.</li> <li>• En wordt er fors geïnvesteerd in het opleiden van personeel en het aantrekken van nieuwe medewerkers.</li> <li>• Inmiddels is de tweede corona golf een feit, sneller, eerder en langer dan verwacht. Ondanks de genomen maatregelen, is het niet meer mogelijk om de volledige reguliere zorg te blijven verlenen.</li> </ul>
Handelingsperspectief	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naast het tijdelijk beleidskader wordt met het Opschalingsplan verder gewerkt aan het realiseren van nog eens 350 extra IC-bedden en 700 klinische bedden per 1 januari 2021. (zie cijfers voor actuele stand)</li> <li>• Er wordt gewerkt aan het werven en opleiden van extra personeel.</li> <li>• Er zijn afspraken met Duitsland (Noordrijn Westfalen en Nedersaksen) gemaakt om -op basis van wederkerigheid en in geval van nood- elkaar bij te staan</li> <li>• Hulpverzoek defensie: qua inzet van medisch defensiepersoneel lopen gesprekken met ziekenhuizen en de vvt-sector, hiervoor kan een aanvraag worden ingediend nadat EHvdZ en het Rode Kruis zijn benaderd. VWS ontfermt zich over deze aanvragen.</li> <li>• Er wordt ook naar verdere maatregelen en initiatieven gekeken, zoals naar de mogelijke concentratie van COVID-patiënten binnen regio's en/of op landelijk niveau. Het uitgangspunt van het LNAZ is dat deze zorg wordt geboden in de bestaande ziekenhuisinfrastructuur.</li> <li>• Tot slot wordt samen met partijen ingezet op communicatie zodat mensen weten waar ze aan toe zijn, wat ze kunnen verwachten en welke mogelijkheden er zijn. Met koepels wordt gewerkt aan een aanpak.</li> </ul>
Aanvullend beleidskader 'kwaliteit en continuïteit fase 3'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgbreed bereidt men zich voor op mogelijke scenario's die – vanwege nieuwe virusmutanten – leiden tot hoog oplopende aantallen COVID-patiënten en waarin ernstige, ontwrichtende gevolgen zijn voor de gehele breedte van de Nederlandse zorg ("fase-3").</li> <li>• In alle geledingen van de zorg – sectoraal en regionaal – moeten goede en actuele crisisplannen voor fase-3 aanwezig zijn, die op elkaar aansluiten en onderling vergelijkbaar zijn.</li> <li>• Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft de opdracht gekregen van MZS om een vergelijkingskader voor de regionale plannen fase-3 op te stellen. Daarbij wordt gekeken naar: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ de aansluiting op sectorale plannen,</li> <li>○ de keuzes op het gebied van kwaliteit van zorg in de hele keten bij oplopende pandemische druk,</li> <li>○ hoe wordt omgegaan met personele schaarste, de rolverdeling, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende</li> </ul> </li> </ul>

	<p>partijen,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o en afspraken over communicatie en informatievoorziening.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daarnaast stelt M MZS een aanvullend beleidskader "kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van de pandemie" op, dat begin maart gereed is. Het kader is gericht op het : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Het maximaliseren van de regionale ketensamenwerking en de aansluiting tussen ROAZ- en veiligheidsregio's</li> <li>o Het inrichten van een structuur voor landelijke regie</li> <li>o Up-to-date beschikbaar hebben van concrete regionale en sectorale crisisplannen</li> <li>o Vastleggen van afspraken om de toegankelijkheid van de zorg in den brede te borgen</li> </ul> </li> </ul>
Politieke afspraken en betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het tijdelijk beleidskader is afgestemd met LNAZ, LCPS, FMS, NVZ, NFU, ZKN, ZN/zorgverzekeraars, LHV, V&amp;VN, Patiëntenfederatie, IGJ en de NZa.</li> <li>• Het LCPS is sinds 23 september weer operationeel om bovenregionaal te zorgen voor patiëntenspreiding.</li> </ul>
Cijfers	<p>Stand 21 februari:</p> <p>kliniek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In totaal zijn er 1.315 patiënten met COVID-19 in de kliniek. De totale kliniek bezetting is 12.363 bedden.</li> <li>• Vandaag zijn er 123 nieuwe COVID-opnames, dit zijn 33 opnames minder dan gisteren en is lager dan het weekgemiddelde van 173. Het weekgemiddelde is gestegen met 11 opnames ten opzichte van de week ervoor.</li> </ul> <p>ic</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stand is nu 534 COVID-patiënten op de IC en 461 non-COVID patiënten op de IC. De totale IC-bezetting bedraagt daarmee 1.117.</li> <li>• Het aantal nieuwe COVID-opnames op de IC bedraagt 34, dit zijn 14 opnames meer dan gisteren en is meer dan het weekgemiddelde 28. Dit weekgemiddelde is gestegen met 1 ten opzichte van de week ervoor.</li> <li>• De totale IC-capaciteit op dit moment is 1.297. Deze bestaat uit bezette bedden (COVID en non-COVID), BOSS-capaciteit en vrije capaciteit</li> <li>• Er moeten 182 BOSS bedden beschikbaar zijn voor COVID en non-COVID zorg, dat is op dit moment het geval.</li> </ul> <p>Verplaatsingen en Duitsland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er bevinden zich geen patiënten in Duitsland.</li> <li>• In de afgelopen 24 uur zijn er 12 patiënten verplaatst tussen de regio's, waarvan 5 IC-patiënten.</li> </ul> <p>Gemiste verwijzingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op dit moment (rapportage 17-02) ligt het aantal verwijzingen op 74% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis.</li> <li>• In de laatste twee weken is het aantal verwijzingen 50 duizend minder dan verwacht.</li> <li>• De schatting gemiste verwijzingen MSZ tot nu: 1,355 miljoen</li> <li>• Dat huisartsen minder verwijzen betekent niet dat al deze mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Een deel van deze zorg zal niet ingehaald worden, bijvoorbeeld omdat patiënten door de huisarts behandeld kunnen worden of omdat klachten vanzelf over gaan.</li> </ul> <p>Eerste data NZa zorgbeeldportaal (wordt niet geduid!) (stand 17 februari)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afschaling OK 30%. Op 1 februari was dit 35%.</li> <li>• Druk IC = 3 (op 5)</li> <li>• Druk in de kliniek = 2.9 (op 5)</li> <li>• Druk overige zorg = 2.6 (op 5)</li> <li>• Percentage dat (semi-)acute zorg kan leveren = 100%</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentage dat kritiek planbare zorg kan leveren = 75% (25% deels)</li> <li>• Percentage dat planbare zorg kan leveren = 3% (75% deels, 22% nee)</li> <li>• Ziekteverzuim onder zorgpersoneel 7,8%</li> </ul> <p><b>Conclusie:</b> Sommige ziekenhuizen hebben tijdens de tweede golf ook de (semi-)acute zorg en de kritieke planbare zorg al deels moeten afschalen. Dat onderstreept het belang van actueel inzicht in de capaciteit in de regio. Door de planbare zorg verder af te schalen is het streven om de (semi-)acute en de kritiek planbare zorg te waarborgen.</p> <p>Piek eerste golf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op het hoogtepunt van de eerste covid-golf (d.d. 7 april 2020), lagen 1.424 Nederlandse covid-patiënten op IC's in Nederland en Duitsland.</li> <li>• Op diezelfde dag lagen 2.900 covid-patiënten op verpleegafdelingen.</li> </ul> <p>De opschaling van de klinische bedden en IC capaciteit gaat in 2 fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• per 1 oktober om een uitbreiding van 1150 naar 1350 IC-bedden en aanvullend ook 400 extra klinische covid-bedden.</li> <li>• per 1 januari 2021 gaan het om opschaling met nog eens 350 flexibele IC-bedden (tot een totaal van 1700 bedden) en 700 extra flexibele klinische bedden.</li> </ul> <p>Prognose LCPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De komende 7 dagen wordt er landelijk een daling van het aantal bezette klinische en IC-bedden voor patiënten met COVID-19 verwacht.</li> <li>• Daarna stijgt de vraag naar IC-capaciteit: tegen eind maart wordt het benodigd aantal IC-bedden geschat op meer dan 1.350.</li> <li>• R-waarde Niet-Britse variant: 0,84 (vorige week 0,8)</li> <li>• R-waarde Britse variant: 1,15 (vorige week (1,13)</li> <li>• Gemiddelde R-waarde: 0,96 (vorige week 0,91)</li> </ul> <p>De kosten voor de opschaling van de IC capaciteit zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2020 € 118 miljoen</li> <li>• 2021 € 174 miljoen</li> <li>• 2022 € 154 miljoen</li> </ul> <p>De bedragen zijn gereserveerd in deze VWS begroting, zie Wijziging van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2021 (Incidentele supplettoire begroting inzake Coronamaatregelen).</p> <p>De financiering hiervan loopt via een subsidieregeling voor de ziekenhuizen. We geven in deze subsidieregeling aan dat er tussentijds bekeken wordt of afschaling (van bedden en dus van financiële ondersteuning) mogelijk is als Covid-19 er niet meer is.</p>
--	--