

| <b>Onderwerp: Effect Covid-19 op reguliere zorg en IC-opscaling</b> |   |
|---|---|
| Kernboodschap   | Sinds begin oktober zien we in de ziekenhuizen een toename van de Covid-besmettingen en een onverwacht snelle stijging van de Covid-bezetting in de ziekenhuizen. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) op basis van de beschikbare data is dat deze stijging van de Covid-bezetting op zowel de IC als in de kliniek voor de komende week zal aanhouden.  |
| <b>Acties</b>   |   |
| Lessen eerste golf  | <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 heeft de zorgsector in de zomer van 2020 een Opschalingsplan gemaakt.</li> <li>• Volgens dit opschalingsplan moet er stapsgewijs buffercapaciteit met extra IC-bedden en verpleegbedden bij komen.</li> <li>• Ook moet er fors geïnvesteerd worden in het opleiden van personeel en het aantrekken van nieuwe medewerkers.</li> </ul>   |
| Opschalingsplan LNAZ 30 juni 2020                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De toenmalige minister MZS heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gevraagd om een Opschalingsplan. Dit plan is op 30 juni 2020 aangeleverd.</li> <li>• Het plan voorziet in een opschaling van IC-bedden en klinische verpleegbedden, met daarbij ook maatregelen op het vlak van onder meer de inzet en opleiding van personeel, vervoer, coördinatie, monitoring en informatiedeling.</li> <li>• Voor de uitvoering van het plan heeft het kabinet voor de jaren 2020-2022 circa 500 miljoen euro beschikbaar gesteld.</li> <li>• Dit plan is nu (oktober 2021) nog steeds van kracht.</li> </ul> <p><u>Opbouw opschalingsplan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100% structureel beschikbaar maken van de reeds bestaande IC-capaciteit.</li> <li>2. <b>Totaal:</b> 1150 IC-bedden</li> <li>3. Uitbreiden van de IC-capaciteit met 200 extra IC-bedden (en 400 klinische bedden), structureel voor de duur van de pandemie. Op 1 oktober 2020 moest deze stap gerealiseerd zijn.</li> <li>4. <b>Totaal:</b> 1350 IC-bedden</li> <li>5. Verdere flexibele uitbreiding met 350 extra IC-bedden (en 700 klinische bedden) die alleen worden ingezet voor COVID-patiënten om ene grote piek op te vangen. Gaat ten koste van bedden voor andere patiënten (griep/planbare- en inhaalzorg/ evt. BOSS-bedden). Op 1 januari 2021 moest deze stap gerealiseerd zijn.</li> <li>6. <b>Totaal:</b> 1700 IC-bedden</li> </ol> <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> <li>• MPB/MBI 2022: 35 miljoen in het kader</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De financiering hiervan loopt via een subsidieregeling voor de ziekenhuizen.</li> <li>• Met name de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de IC-capaciteit uit te breiden.</li> <li>• Hierbij wordt – naast de werving van nieuw personeel en het verhogen van contracturen van bestaand personeel – vooral ingezet op de opleiding van "buddies" voor IC-verpleegkundigen. Dat zijn verpleegkundigen van</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>andere afdelingen die kunnen bijspringen op de IC en daar werkzaamheden kunnen uitvoeren onder verantwoordelijkheid van een IC-verpleegkundige.</p>   |
| <p>'Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in COVID-19-pandemie' van 23 oktober 2020</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. 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>3. De regionale samenwerking van alle zorgaanbieders en verzekeraars in de regio wordt uitgebreid, ook ten aanzien van de reguliere zorg.</li> <li>4. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt in beeld welke zorg nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen hierover verantwoorde keuzes kunnen maken.</li> <li>5. De zorgverzekeraars helpen met financiële arrangementen waar dat nodig is.</li> <li>6. Dit beleidskader is (oktober 2021) nog steeds van kracht.</li> </ol>   |
| <p>7. Raamwerk FMS<br/>8. 30 oktober 2020</p>  | <p>9. 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.</p>   |
| <p>10. Afkondiging fase 2D<br/>11. 12 januari 2021</p>   | <p>12. Op 12 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</p>   |
| <p>Aanvullend beleidskader 'kwaliteit en continuïteit fase 3' 22 maart 2021</p>                | <p>Op maandag 22 maart heeft de minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) het verdiepend beleidskader "Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie" aan uw Kamer gestuurd.</p> <p>Het beleidskader fase 3 richt zich op een situatie waarbij de druk op de gehele zorg door het oplopende aantal COVID-19 besmettingen zo groot is, dat de zorg niet meer op gebruikelijke wijze kan worden verleend en er ingrijpende, onconventionele keuzes moeten worden gemaakt. Ik hoop dat deze ernstige, ontwrichtende situaties nooit bewaarheid worden. Om hier toch zo goed mogelijk op voorbereid te zijn, is het beleidskader opgesteld.</p> <p>Het beleidskader heeft als doel dat alle patiënten altijd de nodige basiszorg en -ondersteuning blijven ontvangen en er geen willekeur ontstaat. In het beleidskader zijn vier maatregelen en acties beschreven die nodig zijn voor het waarborgen van de continuïteit van zorg in fase 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De sectorale, regionale en landelijke borging van de continuïteit van zorg</li> <li>• Het verbreden van de informatiepositie over de gehele zorgketen</li> <li>• Financieel comfort voor zorgaanbieders</li> <li>• Communicatie</li> </ul> <p>Het afkondigen van fase 3 is een besluit van de minister voor MZS. Fase 3 kan alleen landelijke afgekondigd worden en gebeurt pas alle opties in fase 2 benut zijn. Het LNAZ informeert de minister voor MZS en de IGJ als er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd. Dit doet het LNAZ op basis van informatie uit de hele zorgketen. De IGJ en de NZa voeren dan een snelle verificatie uit op basis van de meest recente informatie. Op basis van het advies van het LNAZ en de informatie van de IGJ (kwaliteit) en de NZa (toegankelijkheid), wordt fase 3 vastgesteld door de minister voor MZS. De minister voor MZS zal de Tweede Kamer hiervan dan op de hoogte stellen.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>Intrekking besluit afroepen fase 2D<br/>26 mei 2021</p> | <p>Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft de minister verzocht om het besluit tot afkondiging van fase 2D in te trekken nu de aantallen COVID-patiënten op zowel de IC als de kliniek dalen en de verwachting is dat deze trend zich voortzet.</p> <p>Door het intrekken van de afkondiging van fase 2D wordt het aantal IC-bedden teruggebracht van de opgeschaalde capaciteit naar 1.350 bedden en is er de mogelijkheid om reguliere, planbare zorg uit te breiden.</p>  |
| <p>Inhaalzorg en herstel zorgpersoneel<br/>26 mei 2021</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minister MZs heeft op 26 mei 2021 een brief aan de Kamer gestuurd over de aanpak van de inhaalzorg voor patiënten en het herstel van het zorgpersoneel dat in de Covid-pandemie zich bovenmatig heeft ingespannen. Dat moet hand in hand gaan.</li> </ul> <p><u>T.a.v. de inhaalzorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa ziet er conform het kader Passende Inhaalzorg op toe dat partijen hun verantwoordelijkheid nemen en het maximale doen om toegang tot zorg voor patiënten die dat nodig hebben te borgen.</li> <li>• Alle ziekenhuizen maken een inhaalzorgplan en bespreken dat met de zorgverzekeraars.</li> <li>• Belangrijk is dat in alle plannen het perspectief van de patiënt, van het zorgpersoneel en van de keten (nazorg) is meegenomen.</li> <li>• De ambitie is om de inhaalzorg zoveel mogelijk in 2021 geleverd te hebben, met enige doorloop in 2022.</li> <li>• NZa heeft eind augustus een eerste monitor uit met een concreter beeld van de inhaalzorgvraag en de eventuele knelpunten daarbij (welke behandelingen, welke regio's) inclusief actuele wachtlijst-informatie.</li> <li>• De Kamer is op 27 augustus 2021 en 1 oktober 2021 nader geïnformeerd over de NZa-monitor 'Toegankelijkheid van Zorg'.</li> </ul> <p><u>T.a.v. herstelplan zorgpersoneel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FMS en VenVN hebben samengewerkt aan een plan voor het herstel van het zorgpersoneel. Deze zijn inmiddels gereed.</li> <li>• MVWS heeft hierop gereageerd in zijn brief Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector van 3 september 2021.</li> <li>• De komende periode gaat hij met deze partijen na hoe effectief werk gemaakt kan worden het fysieke en mentale herstel van zorgprofessionals</li> </ul> |
| <p>Evaluatie en actualisatie Opschalingsplan LNAZ</p>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het LNAZ heeft een actualisatie van het Opschalingsplan Covid-19 gemaakt.</li> <li>• Ook heeft het LNAZ onderzocht of Covid-zorg ten tijde van de piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden, bijvoorbeeld door concentratie van Covid-zorg op een aantal plekken.</li> <li>• In het kader van deze exercitie hebben de ROAZ-voorzitters bij het LNAZ aangegeven dat er in de huidige situatie voor een korte piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar kunnen worden gemaakt.</li> <li>• In het geactualiseerde Opschalingsplan wordt beschreven hoe op een verantwoorde manier kortdurend opgeschaald kan worden naar 1.350 IC-bedden.</li> <li>• Volgens prognoses van het RIVM kunnen we deze winter een piek verwachten van rond de 500 Covid-patiënten op de IC en moet deze piek met een capaciteit van 1.350 IC-bedden op te vangen zijn.</li> <li>• Het opschalen naar 1.350 IC-bedden is echter geen vanzelfsprekendheid. De belasting van het personeel is lang en hoog geweest. Door de hoge werkdruk, het hoge ziekteverzuim en de wens om kwalitatief goede zorg te blijven leveren wordt het steeds moeilijker om iedere patiënt, zowel Covid als non-Covid, de zorg te geven die het nodig is.</li> <li>• Het LNAZ beschrijft in hun begeleidende brief een aantal randvoorwaarden</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>die nodig zijn om deze opschaling mogelijk te maken en de toegankelijkheid van de zorg zo goed mogelijk te kunnen blijven waarborgen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. We moeten blijven inzetten op het beperken van de instroom van Covid-patiënten in de zorg (maatregelen / rol overheid) en het benutten van de ketencapaciteit voor in-, door- en uitstroom.</li> <li>2. Het spreiden van Covid-patiënten blijft een must om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor iedereen gelijkwaardig te houden.</li> <li>3. Rond een bezetting van 1.150 IC-bedden, zal planbare reguliere afgeschaald worden. Op dat moment zullen we aan Duitsland vragen om IC-patiënten met Covid-19 van ons over te nemen.</li> <li>4. Het LNAZ geeft aan dat een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden op dit moment niet haalbaar is, ook niet wanneer die extra opschaling geconcentreerd zou worden in enkele ziekenhuizen.</li> <li>5. Mochten we alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen zal er opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg worden treden om te bezien welke vervolgstappen nog genomen kunnen worden om de 'piek van de piek' aan te kunnen.</li> <li>6. Mocht dit scenario aan de orde zijn, worden ook de toezichthouders (IGJ en NZa) betrekken.</li> <li>7. Als de piek ondanks alle inspanningen aanhoudend hoog blijft, zal het tijdelijk beleidskader fase 3 in werking treden.</li> </ol> |
| <p><b>Cijfers</b> Stand 1 november 2021</p>  |  |
| <p><b>IC</b></p>   |  |
| <p>Nieuwe opnames<br/>COVID-bezetting<br/>Non-COVID bezetting<br/>Totale Bezetting</p> | <p>18. Hoger dan het weekgemiddelde van 17. Het weekgemiddelde is gedaald met 1 opnames vergeleken met de week ervoor<br/>236<br/>551<br/>975</p>  |
| <p><b>Kliniek</b></p>  |  |
| <p>Nieuwe opnames<br/>COVID-bezetting<br/>Non-COVID bezetting<br/>Totale Bezetting</p> | <p>123. Lager aan het weekgemiddelde van 134. Het weekgemiddelde is gestegen met 44 opnames vergeleken met de week ervoor<br/>976<br/>12.726<br/>13.702</p>  |
| <p><b>COVID ziekenhuisbezetting</b></p>  |  |
| <p>Nieuwe opnames<br/>Totale bezetting</p>   | <p>141 . Hiervan zijn 123 in de kliniek en 18 op de IC opgenomen<br/>1.212. Hiervan liggen er 976 in de kliniek en 236 op de IC.</p>   |



|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>NZa<br/>Monitor<br/>Toegankelijkheid<br/>Zorg 28 oktober<br/>2021</b> | Aantal verwijzingen:<br>Afschaling OK:<br>Percentage (semi) acute zorg:<br>Percentage kritiek planbare zorg:<br>Ziekteverzuim IC:<br>Ziekteverzuim Kliniek: | 95% vergeleken met aantal verwijzingen<br>zonder coronacrisis<br>9,4%<br>100%<br>89% volledig, 11% deels<br>7,7%<br>7,4% |
| <b>Prognoses LCPS<br/>(3 november 2021)</b>                              | Kliniek: Komende week wordt een stijging van de bezetting verwacht.<br>IC: Komende week wordt een stijging van de bezetting verwacht.                       |  |