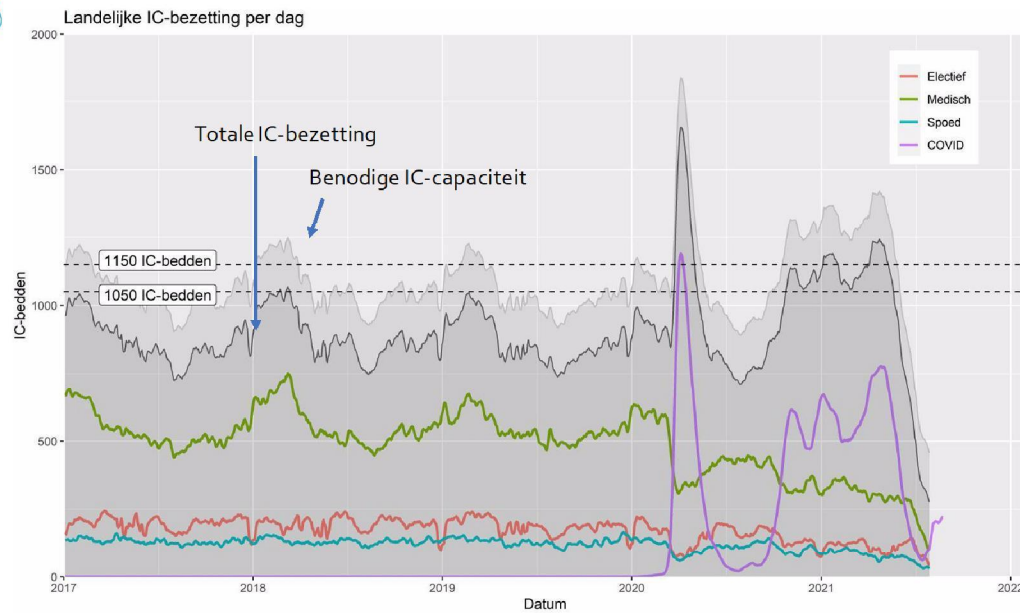


## Ter informatie | Historische data reguliere zorgdruk en COVID-zorg 2017 – juli 2021



### Toelichting

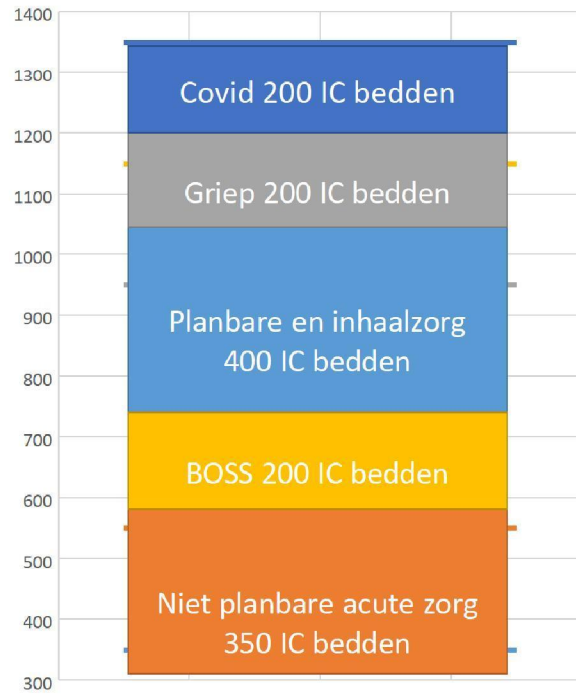
Deze grafiek laat zien hoe de reguliere zorgdruk er voor- en tijdens de COVID-pandemie (tot 31 juli 2021) uitzag. In de scenario's vullen we deze grafiek aan met de mogelijke bezetting voor de maanden september t/m december.

### Conclusie

De IC-afdelingen in Nederland werken met een kraptemodel: er is weinig tot geen ruimte voor extra capaciteit bij onvoorziene scenario's. Deze krapte is ieder jaar vooral in februari zichtbaar.

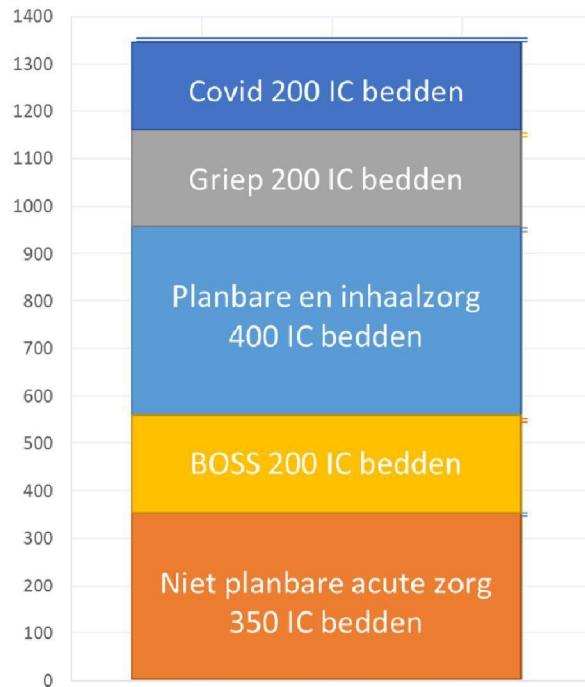
IC-bedden: inclusief BOSS-bedden voor calamiteiten; Ziekenhuiscapaciteit: NICE-data; Medische zorg = niet planbare zorg; Electieve zorg = planbare zorg

# Capaciteit zorg | 1350 IC-bedden (1)



- Uitgangspunt bij gelijkblijvende vaccinatiegraad:
  - Iedereen die niet gevaccineerd is krijgt Covid
  - Totaal nog ca 3000 IC opnames voor de boeg
  - Beleidsdoel: de IC opnames uitsmeren over de tijd
- Uitgangspunt zorg:
  - De zorg kan 1350 IC bedden aan (*hoe lang nog*)
  - Elke winter is de basiscapaciteit 1150 IC bedden
  - Dat betekent dat er **200 bedden** beschikbaar zijn voor Covid patiënten
- Geen gratis keuzes: de IC capaciteit niet verder ophogen is niet gratis:
  - Reguliere zorg categorie 4 en 5 afschalen (orthopedie, vasectomie, KNO, cosmetische chirurgie)
  - Kritiek planbare zorg afschalen (zorg die binnen 6 weken moet)
  - Temporiseren inhaalzorg
  - Minder BOSS bedden accepteren
  - Zolang er geen griep is deze bedden invullen met covid patiënten
- Geen gratis keuzes: de IC capaciteit wel verder ophogen is ook niet gratis:
  - Tijdelijk extra werken (werkdruk/verzuim?)
  - Tijdelijk anders opgeleid personeel inzetten (kwaliteit?)
  - Tijdelijk een 1 op 4 bezetting (kwaliteit?)

# Capaciteit zorg | 1350 IC-bedden (2)



*Geen gratis keuzes, maar wie maakt ze eigenlijk?*

- Wat regel je op organisatieniveau?
  - Zicht op de vraag of zorgprofessionals het aankunnen.
  - De afweging tussen deze keuzes voor de eigen organisatie.
  - Waarin medezeggenschap zorgprofessionals geborgd is.
  - Ruimte wordt benut in verlengde arm-constructie (BIG).
- Wat regel je op regionaal niveau?
  - Aandeel in 1350 IC bedden borgen.
  - Patiënten (en dus werkdruk) spreiden binnen de regio.
  - Personeel spreiden binnen de regio (mogelijk ook vanuit VVT?).
  - Regionale pool van verpleegkundigen (met bv. ervaring afgelopen jaar op COVID-units/COVID-afdeling verpleeghuizen, etc)?
- Wat regel je op landelijke niveau?
  - Borgen van de totale vaste capaciteit van 1350 IC bedden.
  - Bovenregionale spreiding IC patiënten
- Wat regel je op rijksniveau?
  - Adequate set maatregelen waarmee de 3000 verwachte IC opnames zoveel mogelijk worden gespreid.
  - Ruimte voor ziekenhuizen om verantwoorde keuzes te maken tussen tempo reguliere/inhaalzorg en tijd/ruimte voor zorgprofessionals (herstel).



## Signaalwaarden | Verschuiven in risiconiveau

| Nieuw voorstel      | Waakzaam → Zorgelijk | Zorgelijk → Ernstig | Ernstig → Zeer Ernstig |
|---------------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| IC opnames per dag  | 10 (160)             | 20 (320)            | Vervalt                |
| Zkh opnames per dag | 40                   | 80                  | Vervalt                |

- We houden vast aan de huidige grenswaarden maar we verschuiven deze naar een lager risiconiveau, waardoor de systematiek minder streng wordt.
- Tussen haakjes staat tot welke covid bezetting dit zal leiden, uitgaande van een gemiddelde ligduur van 16 dagen op de IC (gemiddeld 16,1 over het afgelopen halfjaar, bron: St. NICE).
- Bij deze signaalwaarden doen we de volgende **veronderstellingen (PM Check RIVM)**:
  - Het RIVM verwacht dat tussen de 2.200 en 3.400 niet-beschermden met COVID-19 op een gegeven moment op de IC zullen komen. Deze signaalwaarden geven inzicht in de situatie op dat moment, met de mogelijkheid om in te grijpen om zo het aantal ziekenhuis- en IC-opnames te spreiden.
  - De toename in het aantal opnames per dag zal – vanwege de hogere vaccinatiegraad – naar verwachting niet meer zo snel groeien en niet meer leiden tot een hoge piekbezetting. Hierdoor is er meer tijd- dan voorheen- om in te grijpen als de ziekenhuiscijfers oplopen.
  - Op basis van deze veronderstellingen is het verantwoord om de huidige grenswaarden voor een lager risiconiveau te laten gelden.
  - Boven de 10 IC opnames per dag (wat leidt tot ca. 160 bezette bedden) kan ingegrepen worden om oplevingen beheersbaar te houden. Dit betekent dat er ingegrepen kan worden met maatregelen in risiconiveau zorgelijk en ernstig.

# Ventiel 1 | Duitsland – Noordrijn-Westfalen

- IC bedden in Noordrijn-Westfalen inzetten
  - Om tijdelijk meer covid patiënten op te kunnen vangen dan 200
  - Om meer zekerheid te hebben dat de zorg het aan kan (ook onder bezetting van 1350 bedden)
  - Om het langer vol te houden met minimale maatregelen (lag in eerste golf gevoelig in Duitsland)
- Bijkomend voordeel:
  - Creëert psychologisch al ruimte in het hoofd ook als het nog niet nodig is
  - Creëert wedstrijdgevoel. Dit willen we niet dus we zetten alles op alles
- Nadeel en risico's
  - Intensivisten willen 'hun' patient niet kwijt
  - Lastig voor familieleden
  - Politiek: we kunnen het dus niet zonder Duitsland
- Met Duitsland bespreken hoe de situatie daar is en wat de mogelijkheden zijn
  - Ernst belt met zijn counterpart in Noordrijn-Westfalen
  - Ernst bespreekt dit in het ROAZ overleg
  - Directie IZ neemt op ambtelijk niveau contact op met ministerie in Noordrijn-Westfalen
  - Minister neemt contact op met counterpart in Noordrijn-Westfalen
  - CZ en Z schakelen met ZN over de financiering (in de eerste golf hielp Duitsland gratis, nu niet meer)

## Ventiel 2 | Concentreren IC-covid zorg

- Concentreren IC Covid zorg:
  - Om tijdelijk meer covid patiënten op te kunnen vangen dan 200
  - Om meer zekerheid te hebben dat de zorg het aan kan (ook als er nog geen 1350 bedden bezet zijn)
  - Kan mooie overgang / samenhang zijn met traject pandemische paraatheid en robuust zorglandschap
  - Dit wilden we in zomer 2020 al (in ziekenhuizen die meer dan 15 IC bedden hadden)
- Nog heel veel vragen:
  - Is dit doelmatiger?
  - Lukt dit qua zorgprofessionals?
  - Gaan de ziekenhuizen die opgebouwde IC capaciteit kwijt raken dit accepteren?
  - Gaan de ziekenhuizen die extra IC capaciteit moeten leveren dit accepteren?
  - In hoeveel ziekenhuizen en welk type ziekenhuizen moet je concentreren?
  - Kun je buiten bestaande ziekenhuizen gaan werken?
  - Hoe snel gaat dit in werking treden?
  - Wat doen we met de subsidie die loopt tot eind 2022?
  - Welk mandaat is nodig?
  - Wat gaat dit kosten?
- Groot traject, wat zijn de eerste stappen:
  - En petit comité bespreken of dit wenselijk en haalbaar is (werkgroep opschalingsplan?)
  - Bij een go, opdracht VWS aan werkgroep opschalingsplan zomer 2020 (vanaf nu werkgroep toekomst IC)
  - Uitwerken plan door werkgroep toekomst IC (VWS sluit aan)
  - Klankbordgroep breed veld samenstellen
  - Koppelen aan bredere vraag IC capaciteit robuust zorglandschap (aantal en locatie)
  - Mogelijk subsidie aanpassen
- Intern VWS:
  - Projectteam samenstellen met CZ, Z, Pzo, MEVA

## Opschalingsplan LNAZ | Duitsland

- Er wordt onderscheid gemaakt tussen de twee bondsstaten in Duitsland; Noordrijn – Westfalen en Nedersaksen
- De afspraken tussen Nederland en Duitsland voorzien in het gebruik van elkaars IC-bedden in gevallen van nood (opschaling richting 1700 IC-bedden).
- In deze fase zal in Nederland parallel ook worden ingezet op beperking van non-Covid-zorg.
- Er is uitbreiding nodig van MICU-transport, IC-begeleid transport en heliverplaatsingen voor Covid-IC-patiënten van Nederland naar Duitse ziekenhuizen.
- Er zijn in totaal 58 Nederlandse IC-patiënten opgenomen geweest in Duitse ziekenhuizen, waarvan de meesten in de deelstaat Noordrijn-Westfalen.
- Voor de in april en mei 2020 overgeplaatste patiënten is de financiering geborgd door Zorgverzekeraars Nederland.

## MOU | Nederland en Noordrijn-Westfalen

- For the treatment of patients in hospitals, national borders should not be an obstacle.
- If one of the parties reaches limitations in securing appropriate IC during the Corona-crisis, they will assist each other as good as possible.
- The Netherlands and North Rhine-Westphalia agree upon that each state will cover possible expenses arising from treatment and/ or transportation of their residents if the regular compensation of health insurance proves inadequate or insufficient.
- Both partners commit themselves to meet immediately after the Corona crisis in order to remove further existing obstacles with the aim to improve healthcare on both sides of the border.