

Zorgen dat de zorg het aankan

1. Zorg voor patiënten in de keten

Actueel beeld COVID-zorg in de ziekenhuizen

Sinds half augustus zien we in de ziekenhuizen een plateaufase van relatief hoge COVID-belasting. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) op basis van de beschikbare data is een stabiele COVID-bezetting op zowel de IC als in de kliniek, waarbij er geen aanleiding is tot daling in de komende weken. Deze bezettingscijfers maken dat in een periode waarin ook zorgverleners een aantal weken vakantie hebben en het ziekteverzuim hoger is dan in de pre-corona tijd, de druk op de acute zorg als hoog wordt ervaren.

Op dit moment (**stand 13 september 2021**) zijn volgens het LCPS in totaal 658 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 208 COVID-patiënten op de IC en PM COVID-patiënten in de kliniek. Om de instroom van nieuwe COVID-patiënten op te vangen en om de druk op de IC- en verpleegafdeling zo goed mogelijk over de ziekenhuizen te verspreiden, wordt er (boven)regionaal samengewerkt en worden COVID-patiënten verspreid als dat nodig is. Het LCPS is operationeel voor bovenregionale spreiding. Afgelopen week hebben er 18 (boven)regionale verplaatsingen plaatsgevonden.

Actueel beeld COVID-zorg buiten het ziekenhuis

GGD GHOR Nederland houdt middels de Monitor Zorgcontinuïteit niet-ziekenhuiszorg periodiek bij hoe het staat met de eerstelijnsverblijfsbedden die beschikbaar zijn voor COVID-patiënten die niet naar het ziekenhuis hoeven, of die het ziekenhuis juist mogen verlaten, maar voor wie het niet mogelijk is om (direct) thuis te worden verzorgd.

Er zijn landelijk momenteel voldoende eerstelijnsverblijf COVID-bedden beschikbaar. In veruit de meeste veiligheidsregio's is de situatie rondom personeel, middelen en processen beheersbaar. In enkele regio's wordt een verhoogde druk ervaren, met name veroorzaakt door personele capaciteitsproblemen. Dit is vergelijkbaar met het beeld van de vorige monitor van eind augustus. In drie regio's worden knelpunten ervaren in de doorstroom van ziekenhuis naar de vervolgzorg. Deze knelpunten hebben te maken met de doorstroom van non-COVID-zorg richting de thuiszorg en VV-sector. Dit wordt deels opgevangen met de tijdelijke bedden capaciteit in de verzorging en verpleging. Knelpunten worden regionaal besproken en daar ook opgepakt. Landelijk zijn er geen grote knelpunten geïdentificeerd.

Stand van zaken toegankelijkheid reguliere zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) publiceerde eind augustus de eerste Monitor Toegankelijkheid van Zorg. De monitor geeft gedetailleerd inzicht in de ontwikkeling in de wachttijden, productie en verwijzingen, om daarmee de druk op de medisch specialistische zorg en vervolgzorg te monitoren en de mate waarin inhaalzorg wordt geleverd. Ik heb de belangrijkste inzichten op het gebied van inhaalzorg in de brief van 27 augustus reeds met uw Kamer gedeeld.¹

De meest actuele gegevens van de NZa (d.d. 9 september jl) maken inzichtelijk dat het aantal verwijzingen op dit moment rond de 98% ligt van het verwachte aantal in een normale situatie zonder corona. Het aantal verwijzingen is daarmee op niveau. 48 ziekenhuizen geven aan alle planbare zorg te leveren, 15 ziekenhuizen geven aan deels planbare zorg te leveren. Wat betreft kritiek planbare zorg (zoals bijvoorbeeld orgaantransplantaties of oncologische operatieve ingrepen) schalen 7 ziekenhuizen deze nog deels af. Hiervan geven er 5 aan niet alle kritiek planbare zorg tijdig (binnen 6 weken) te kunnen leveren. Bij de vorige meting ging dit nog om 6 ziekenhuizen. In de monitor wordt ook inzichtelijk dat het verzuimcijfer onder zorgpersoneel hoog blijft.

¹ Kamerstuk 29248-332

Gezien de actuele situatie in de ziekenhuizen vind ik het belangrijk vinger aan de pols te houden. Ik zal uw Kamer dan ook, zoals reeds toegezegd, opnieuw informeren over de eerstvolgende Monitor Toegankelijkheid van Zorg die in de loop van de maand september zal verschijnen.

Toegankelijkheid van de (curatieve) zorg richting het najaar

Zorgverleners in de brede Nederlandse gezondheidszorg hebben de afgelopen anderhalf jaar veel te verstouwen gekregen. In totaal zijn meer dan 70.000 COVID-patiënten opgevangen in de ziekenhuizen. Er zijn 4.500 bovenregionale verplaatsingen uitgevoerd en meer dan 10.000 verplaatsingen binnen de regio. Een gezondheidscrisis die al meer dan anderhalf jaar aanhoudt, trekt een zware wissel op vele professionals die dag en nacht voor ons klaarstaan. De hele keten van wijkverpleging tot spoedeisende hulp tot verpleeghuis is ingezet en bijgesprongen, met ook een grote inspanning in de opvanglocaties buiten het ziekenhuis. Het is aanhoudend druk bij de huisartsen. En ook in een sector als de kinder- en jeugdpsychiatrie ondervindt men de gevolgen van de stijging van psychische problemen bij jongeren door corona.

Door deze continue en langdurige belasting staat de toegankelijkheid van de zorg onder druk. Ook de NZa heeft mij in haar brief van 10 september j.l. laten weten dat de risico's voor de toegankelijkheid van zorg nog zijn niet geweken (zie bijlage bij deze brief). Het ziekteverzuim onder personeel is hoog, waardoor collega's nóg meer diensten moeten draaien om het rooster rond te krijgen. Daarnaast verwacht de NZa dat er nog zo'n 170.000 tot 210.000 operaties worden ingehaald. Bij patiënten die al maanden moeten wachten op een knieoperatie of heupprothese, geeft dit veel persoonlijk leed en ongemak. De huidige situatie raakt daarmee ook de niet-coronazorg. NZa waarschuwt voor het gegeven dat de kritiek planbare zorg nog niet altijd volgens planning wordt gegeven (zie ook hierboven - stand van zaken). Ze roept in haar brief op om het risico opnieuw de (kritiek) planbare zorg te moeten afschalen zoveel mogelijk te beperken.

Ook de IGJ heeft mij geïnformeerd over haar beeld van de huidige situatie in de zorg (zie bijlage bij deze brief). Zij geeft aan dat de druk 'stabiel hoog' is, maar op dit moment beheersbaar. Echter noemt zij de situatie wel een 'kwetsbaar evenwicht' en naarmate deze situatie langer zal voortduren, nemen de kwetsbaarheden toe.

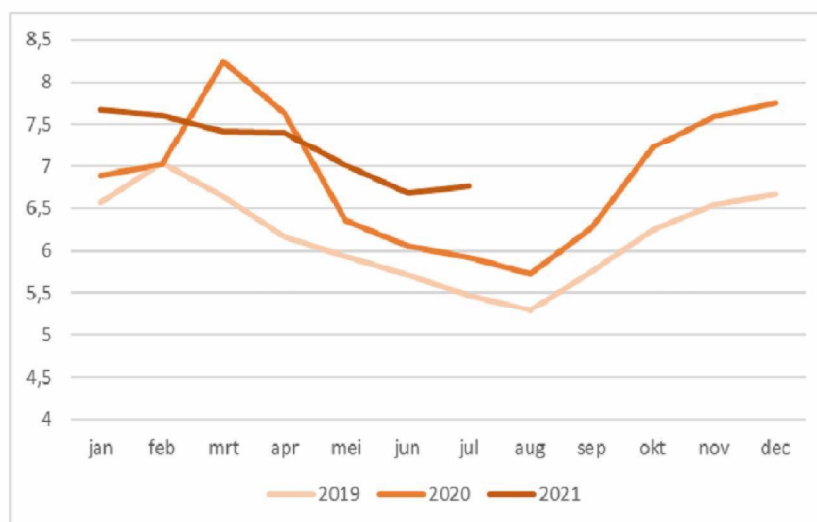
IGJ meldt mij dat, wanneer dit evenwicht wegvalt, er op verschillende plekken in de zorgketen risico's voor de veiligheid van zorg en de continuïteit van individuele patiëntenzorg ontstaan. Dit betreft met name de geboortezorg en de reguliere spoedzorg. In deze acute ketens komen tijdelijke, lokale 'piekmomenten' voor. Ten gevolge van grotere drukte moeten patiënten langer wachten of verder reizen. Het gevaar dat het binnen regio's en zelfs regio-overstijgend niet lukt om patiënten tijdig de benodigde zorg te leveren neemt steeds verder toe, naarmate zich meer knelpunten voordoen of deze langer duren. Het vergt intensieve samenwerking en grote alertheid bij alle ketenpartners om ernstige incidenten in de zorg te voorkomen.

De IGJ volgt de komende periode de ontwikkelingen nauwgezet. Bij signalen dat knelpunten onvoldoende snel worden geadresseerd kan de inspectie zorgaanbieders of regio's hier gericht op aanspreken en ondersteunen bij het zoeken naar oplossingen.

Het RIVM verwacht dat iedereen die voor een vaccinatie in aanmerking komt, maar nog niet is ingeënt, vroeg of laat in aanraking komt met het coronavirus. Dat betekent dat er naar verwachting nog zo'n 16.000 tot 22.000 Nederlanders het risico lopen om in het ziekenhuis te komen als gevolg een infectie met het coronavirus. Daarnaast verwacht het RIVM nog 2.200 tot 3.400 IC-opnames door COVID. Wat we nog niet kunnen voorspellen, is wanneer deze IC-opnames in de tijd gaan plaatsvinden. De piek kan dit najaar komen, maar het is ook mogelijk dat het aantal IC-opnames plaatsvindt over een langere periode in de tijd. Als we er in slagen het aantal nog te verwachten IC-opnames door COVID zoveel als mogelijk in de tijd te spreiden, is de kans veel groter dat alle noodzakelijke zorg voor COVID- en non-COVID-patiënten verleend kan worden.

Het LCPS heeft daarom met het oog op het najaar scenario's uitgewerkt, waarbij zij in kaart heeft proberen te brengen wat er gebeurt met de IC-bezetting in Nederland als er 'verstoringen' zouden

optreden. Daaruit komt het beeld naar voren dat er weinig tot geen ruimte is voor onvoorziene scenario's. Cruciaal zijn de verdere ontwikkeling van de COVID-bezetting, de mate waarin een (mogelijk eerdere en langere) griepgolf druk legt op de zorg en de het tempo waarin reeds uitgestelde zorg kan worden ingehaald. Vooruitkijkend richting het najaar zijn er tegelijk grote onzekerheden met betrekking tot het verdere verloop van COVID (zie ook paragraaf 7) en daarmee over de vraag hoelang de zorg de huidige druk nog aankan. Daarbij gaat het niet alleen om de ziekenhuizen maar om de hele zorgketen, met andere woorden de mate waarin bijvoorbeeld de wijkverpleging of huisarts de COVID- en non-COVID-zorg nog aankunnen is een factor waar we



rekening mee moeten houden.

Zorgprofessionals

Gezien deze ontwikkelingen kunnen we niet anders dan rekening houden met een aanhoudend zwaar najaar voor de zorg. Te meer ook omdat de bezetting van het personeel zich niet rooskleurig ontwikkelt. Er zijn personeelstekorten in de gehele keten van de acute zorg (van huisartsenzorg, wijkverpleging, zorgverlening in het ziekenhuis, ambulancevervoer tot verpleeghuiszorg), die hard nodig zijn om de benodigde capaciteit in de keten van COVID-zorg te realiseren. Het ziekteverzuim onder personeel is hoog, waardoor collega's meer diensten moeten draaien om het rooster rond te krijgen. In juli bedroeg het ziekteverzuim 6,8%, een lichte stijging ten opzichte van juni. Ten opzichte van juli 2019 is het ziekteverzuim nu circa 1,3% hoger.² Onder IC personeel bedraagt het ziekteverzuim circa 7%³. Daarnaast is de gemiddelde verzuimduur in de afgelopen maanden opgelopen van 26 dagen naar 31, wat wijst op een stijging van het langdurig verzuim⁴. Ook is de gemiddelde onregelmatigheidstoeslag nog altijd fors hoger dan in 2019, in het bijzonder in de ziekenhuizen. Dit duidt op een blijvend hoger beroep op het zorgpersoneel.⁵

Figuur X: ziekteverzuim zorgpersoneel (zorgbreed)

Bron: Vernet, 2021

Een beperkte bezetting is een zeer kwetsbaar element, want de brede zorgketen — en met name de doorstroom hierbinnen — is juist in deze fase van de pandemie zo essentieel. Deze doorstroom kan stagneren wanneer er geen capaciteit (bedden en/of zorgprofessionals) beschikbaar is om de zorg te verlenen. Dat houdt bijvoorbeeld in dat patiënten langer in het ziekenhuis zullen blijven die eigenlijk ontslagen kunnen worden en hiermee kostbare bedden bezet houden. Ik hecht daarom

² Bron: Vernet, 2021, wordt gepubliceerd op [Arbeidsmarkt zorg | Inzet zorgmedewerkers | Volksgezondheidszorg.info](#)

³ Bron: NZA, 2021

⁴ Bron: Vernet, 2021, te vinden op <https://insetzorg.arbeidsmarktbeeld.nl/insetzorg-landelijk-dashboard>

⁵ Bron: PFZW, 2021, zie factsheets op [Arbeidsmarkt zorg | Inzet zorgmedewerkers | Volksgezondheidszorg.info](#)

waarde aan de Landelijke Ketenmonitor Zorg, die tweewekelijks wordt uitgebracht door het LCPS, de NZa en GGD GHOR en de zorgcontinuïteit ketenbreed inzichtelijk maakt.

Belastbaarheid van de zorg

De nieuwe fase die we ingaan is erop gericht dat de samenleving weer meer open gaat, waarbij tegelijkertijd de druk op de zorg beheersbaar blijft. Dit laatste betekent dat we rekening moeten houden met de capaciteitsgrenzen van de zorg, waarbij het doel is om de voorziene druk op de zorg in het najaar en de winter zoveel als mogelijk te spreiden. Dit om heviger ingrijpen zoveel mogelijk te voorkomen. Er is een duidelijke grens aan wat de zorg aankan.

De **5.1.2e** hebben vastgesteld dat er voor een piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar zijn. Deze bedden zijn als volgt opgebouwd:

- 350 IC-bedden voor acute niet-planbare zorg zoals bijvoorbeeld een zwangerschapsvergiftiging of een gescheurde aorta (grote lichaamsslagader);
- 200 BOSS-bedden. Deze bedden zijn voor patiënten die acuut hulp nodig hebben na bijvoorbeeld een zwaar meervoudig verkeersongeluk of een grote explosie;
- 400 IC-bedden voor planbare- en inhaalzorg. Deze capaciteit is nodig voor patiënten die na een reguliere behandeling op de OK IC zorg nodig hebben;
- 200 IC-bedden voor de griep. Hiermee worden iedere winter oplevingen van influenza opgevangen;
- 200 IC-bedden voor COVID-19 patiënten.

Dit betekent dus dat er 200 bedden beschikbaar zijn voor COVID-patiënten. Onder voorbehoud van voldoende inzetbaar personeel en optimale doorstroming in de keten, blijft bij 200 IC-bedden voor COVID-19 patiënten de zorg overeind. Daarom is het van belang om verdere overbelasting van de zorgprofessionals te voorkomen. Wanneer er vanwege oplopende patiëntaantallen met corona meer dan 200 IC-bedden nodig zijn, dan zijn er mogelijkheden dit aantal tijdelijk te vergroten, deze mogelijkheden zijn echter niet "gratis": zij vergen een afweging als de situatie zich voordoet. Zo kan er tijdelijk wat meer speling zijn zolang er weinig of geen griep is. De griepbedden kunnen dan worden ingezet voor COVID-patiënten.

Ook kan er tijdelijk wat speling zijn op de planbare zorg. Als we meer bedden willen inzetten voor COVID-patiënten dan is daar personeel van de OK's en klinische afdelingen voor nodig. Het stuwmeer aan zorg dat moet worden ingehaald zal dan verder oplopen. De reguliere zorg zal dan afgeschaald moeten worden. De afwegingen die hierbij gemaakt moeten worden, zijn beschreven in het Tijdelijk beleidskader acute zorg⁶ en het bijbehorende raamwerk van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). De keuzes die gemaakt worden, zullen gezondheidsschade en mogelijk verlies van levensjaren met zich meebrengen. Daarnaast hebben de keuzes ook sociale, maatschappelijke en economische gevolgen.

Omdat ik vind dat we alles in het werk moeten stellen om potentiële gezondheidsschade en andere nadelige consequenties voor de patiënt en zorgprofessional zoveel als mogelijk te voorkomen, blijf ik steeds onderzoeken of en hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen. Hiermee voldoe ik tevens aan de toezegging aan het Kamerlid Van den Berg over de reflectie op de toekomst van coronazorg en de toezegging aan het Kamerlid Gündogan over zorgcapaciteit zonder uitstel van reguliere zorg.

Vorige week heb ik in dit licht gesproken met mijn collega-minister Laumann van Noordrijn-Westfalen. Onderwerp van gesprek was de samenwerkingsafpraak die gemaakt is tussen Nederland en Noordrijn-Westfalen, ten tijde van de eerste golf. Destijds is afgesproken dat naar gelang de situatie in eigen land, beide landen de intentie hebben wederzijds IC-patiënten over te nemen wanneer één van de partijen tegen de grenzen aanloopt van het leveren van goede IC-zorg. In het overleg van vorige week hebben beide partijen deze afspraak nogmaals bekrachtigd.

⁶ Kamerstuk 29 247, nr. 317

Ik heb daarop het LCPS gevraagd met haar Duitse counterpart voorbereidingen te treffen voor mogelijke uitplaatsingen.

Daarnaast heb ik het LNAZ gevraagd te verkennen of de verdere COVID-zorg ten tijde van piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden, bijvoorbeeld door concentratie van COVID-zorg op een aantal centrale plekken die flexibel kunnen worden ingericht, naast de al bestaande capaciteit in de ziekenhuizen. Indien ik hierover meer duidelijk is zal ik uw Kamer hierover informeren.

Vervolg regionale aanpak voor zorg aan kwetsbare patiënten door 5.1.2e-en

Op 31 maart 2020 heb ik de directeuren publieke gezondheid 5.1.2e-en) een brief gestuurd waarin ik hen vraag verantwoordelijkheid te nemen bij de totstandkoming en borging van een regio-overstijgende aanpak ten behoeve van een veilige en efficiënte zorgverlening aan kwetsbare patiënten.⁷ De betreffende brief sluit aan op de wettelijke taak vanuit de Wet Publieke Gezondheid (WPG) die de 5.1.2e-en al hadden, maar die in relatie tot de activiteiten op het gebied van COVID-19 nog eens specifiek zijn bekrachtigd.

Concreet hebben de 5.1.2e-en zich de afgelopen maanden o.a. beziggehouden met het organiseren en monitoren van voldoende capaciteit buiten de ziekenhuizen en het coördineren van de doorstroming in de keten. Ik vind het belangrijk dat de 5.1.2e-en zich blijven inzetten om zicht te blijven houden op continuïteit van zorg. En daar waar knelpunten ontstaan, deze tijdig te signaleren door middel van monitoring. Ik heb de 5.1.2e-en daarom in een brief van 18 augustus j.l. verzocht om de sturende rol binnen de brede keten te continueren zolang de pandemie hierom vraagt, tot uiterlijk 1 juli 2022 of eerder als de situatie dat toelaat.⁸

⁷ Digitaal te vinden via: [Regionale aanpak zorg aan kwetsbare patiënten vanwege COVID-19 | Brief | Rijksoverheid.nl](#)

⁸ Digitaal te vinden via: [Vervolg regionale aanpak zorg aan kwetsbare patiënten vanwege COVID-19 | Brief | Rijksoverheid.nl](#)