

## IC capaciteit tijdens de pandemie – Ervaringen en strategieën uit vier landen

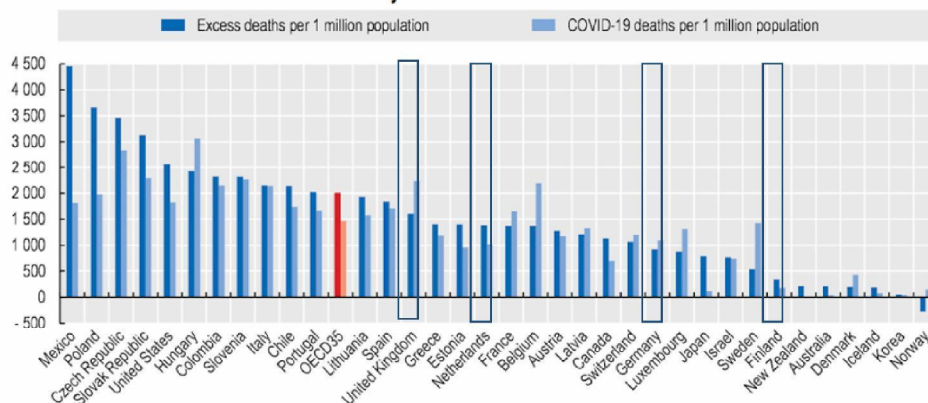
Dit document geeft een kort overzicht van verschillende strategieën om de IC capaciteit te verhogen tijdens de pandemie van vier verschillende landen (Verenigd Koninkrijk, Finland, Duitsland en Frankrijk) – op pagina 5 staat een overzichtstabel.

De vier landen representeren twee verschillende type zorgsystemen. Wij maken dit onderscheid en includeren deze diversiteit, omdat de verschillende type zorgsystemen doorgaans geconfronteerd worden met verschillende kansen en belemmeringen.

- (i) een publiek zorgsysteem (National Health Services – NHS). Bij een publiek systeem wordt de zorg grotendeels via belastingen betaald en zijn de zorgaanbieders hoofdzakelijk publiek. Dit kan zowel centraal als decentraal worden georganiseerd.
  - De grootste uitdaging is capaciteit en personeelstekorten.
- (ii) een solidair verzekeringsmodel (Social Security Health System - SSH). In een SSH systeem wordt de zorg hoofdzakelijk d.m.v. premies gefinancierd en wordt het gedeeltelijk losgekoppeld van het overheidsbudget. Doorgaans zijn de meeste zorgaanbieders privaat.
  - De grootste uitdaging is kostenbeheersing.

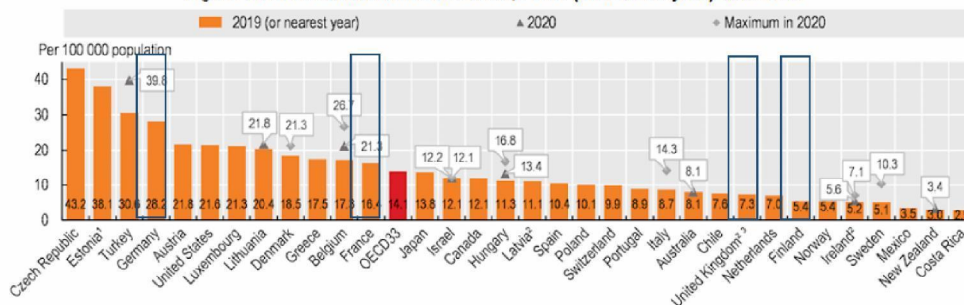
Figuur 1. Oversterfte en gerapporteerde COVID-19 mortaliteit

Figure 2.9. **Cumulative excess mortality compared to reported COVID-19 deaths per million population, January 2020 to end of June 2021**



Figuur 2. Aantal IC bedden per 100 000 populatie (2019)

Figure 5.18. **Adult intensive care beds, 2019 (or nearest year) and 2020**



1. Neonatal and paediatric ICU beds included. 2. Data cover critical care beds only. 3. Data refers to England only.

Source: OECD/Eurostat/WHO Regional Office for Europe Joint Questionnaire on Non-Monetary Health Care Statistics 2021 (unpublished data); Country Health Profiles 2021; Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020; national sources.

**NHS - Verenigd Koninkrijk**

Het Verenigd Koninkrijk kampte voor de crisis al met capaciteitstekorten en personeelstekorten. Publieke ziekenhuizen in de VK staan erom bekend dat de ziekenhuizen jaarlijks in de winterperiode de hoge zorgvraag niet aankunnen. Dit resulteert jaarlijks in lange wachttijden voor o.a. de spoedeisende hulp ([LINK](#)). De VK heeft meerdere maatregelen getroffen om de tekorten tijdens de pandemie te minimaliseren. Hieronder een aantal opvallende maatregelen:

Opschaling capaciteit:

- Bestaande gebouwen zijn omgebouwd naar centers die specifiek COVID-19 patiënten behandelen. Een bekend voorbeeld is de ExCel Conference Center in Londen (kreeg de naam NHS Nightingale Hospital London) waar plaats is gemaakt voor 500 patiënten ([LINK](#)).
- De VK kent een private sector die parallel opereert aan de publieke sector. De overheid had een deal gesloten met de private sector. De NHS kon een beroep doen op de private bedden en ter compensatie hebben ze de verloren inkomsten door de pandemie vergoed (meer info: [LINK](#)). (Momenteel is er wel veel discussie over de hoeveelheid geld dat naar de private sector is gegaan en wat het heeft opgeleverd - 0.08% van het aantal COVID-19 bed dagen is uiteindelijk door de private sector geleverd ([LINK](#)). De kosten zijn niet gepubliceerd.)

Opschaling personeel:

- Personeel die eerder uit de zorg waren getreden (bv. gepensioneerd) werden opgeroepen om mee te helpen. Dit was in de VK zeer succesvol. Meer dan 10 000 zorgprofessionals hebben zich hiervoor aangemeld ([LINK](#)).
- Aan het begin de pandemie werden mensen opgeroepen om als vrijwilliger zich aan te melden. Binnen vier dagen hadden 750 000 mensen zich aangemeld – drie keer zoveel dan de target die de overheid had gezet ([LINK](#)). (Een belangrijke verklaring voor dit succes is dat de NHS een soort 'religie' is in de VK. De Britten zijn trots op hun publieke zorgsysteem. Bv. inzamelacties werden georganiseerd om geld op te halen voor de NHS.)

**NHS - Finland**

Finland heeft een vergelijkbaar publiek zorgsysteem zoals VK. Het grote verschil is dat het zorgsysteem in hoge mate is gedecentraliseerd en dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor het financieren en het organiseren van de zorg. Net als de VK heeft Finland ook een private sector die complementair is aan het publieke systeem.

Opschaling capaciteit:

- De verantwoordelijkheid werd bij de centrale overheid gelegd i.p.v. regionaal om de capaciteit zo efficiënt mogelijk in te zetten ([LINK](#)).
- Verschillende typen ziekenhuiszalen (bv. operatiezalen) werden heringericht om nieuwe IC plekken te creëren. Zodoende kon de capaciteit

worden verdubbeld ([LINK](#)). Bijvoorbeeld, Helsinki University Central Hospital richtte hun gebouwen opnieuw in en maakte een gebouw vrij voor COVID-19 patiënten ([LINK](#)).

•  
Opschaling personeel:

- De overheid investeerde in het verminderen van burn-out klachten onder het zorgpersoneel door support aan te bieden middels externe counseling. Daarnaast is er ook een service portaal beschikbaar gesteld, specifiek voor het zorgpersoneel. Dit portaal biedt o.a. informatie aan over het verbeteren van mentale gezondheid ([LINK](#)).
- Wettelijke doorzettingsmacht werd ingevoerd die de overheid het mandaat geeft om een beroep te doen op het zorgpersoneel. Dit betekent dat zorgpersoneel in zowel de publieke als de private sector zich inzetbaar moeten stellen om, in dit geval, COVID-19 patiënten te verzorgen ([LINK](#)).

**SSH -Duitsland**

Duitsland heeft een relatief hoog zorgaanbod t.o.v. andere landen gemeten in het aantal zorgbedden (incl. ICU bedden) over de totale populatie (zie figuur 2). Duitsland kent ook een relatief hoog aantal ziekenhuizen over de totale populatie. Bijvoorbeeld, Noordrijn-Westfalen heeft een populatie die ongeveer vergelijkbaar is als die van Nederland (17,9 miljoen), maar heeft ong. vier keer zoveel ziekenhuizen dan Nederland. Het hoge zorgaanbod stond voor de pandemie sterk ter discussie wegens inefficiënties en hoge zorgkosten. Tijdens de pandemie kon Duitsland echter de COVID-19 zorg opvangen door de hoge zorgcapaciteit. Er moesten wel maatregelen getroffen worden om het zorgpersoneel op te schalen.

Opschaling capaciteit:

- Minimaal. Reguliere en planbare zorg werd op bepaalde momenten afgeschaald om voldoende capaciteit te garanderen.

Opschaling personeel:

- Duitsland kent een relatief hoog aantal vluchtelingen. Een deel daarvan is ook hoogopgeleid en heeft een medische achtergrond. Echter deze kwalificatie moet eerst worden goedgekeurd in Duitsland voordat zij hun beroep ook mogen praktiseren in Duitsland. Verschillende initiatieven werden doorgevoerd om dat proces te versnellen zodat zij ingezet konden worden tijdens de pandemie ([LINK](#)).
- Het minimum verpleegkundige-patiënt-ratio werd versoepeld zodat ziekenhuizen flexibeler hun personeel in kunnen zetten en zodoende ook meer patiënten kunnen accepteren ([LINK](#)).
- Gepensioneerden die eerder in de zorg hebben gewerkt werden opgeroepen om mee te helpen.

**SSH - Frankrijk**

Frankrijk had een IC capaciteit die ongeveer op het OECD gemiddelde ligt (zie figuur 2). Tijdens de pandemie heeft Frankrijk hun IC capaciteit verhoogt met 95% - van 5054 naar 9860 IC bedden. Hieronder een aantal opvallende maatregelen:

Opschaling capaciteit:

- Ziekenhuizen hebben het mandaat gekregen om hun IC capaciteit te verhogen. Bestaande ziekenhuiszalen zijn omgebouwd en IC materialen zijn herverdeeld over de verschillende afdelingen ([LINK](#)).
- De publieke sector zocht samenwerking met de private sector om meer bedden vrij te maken (vooral in de tweede golf) ([LINK](#)).
- Een medische trein heeft patiënten herverdeeld over de regio's als de IC capaciteit in een bepaalde regio overbezet was ([LINK](#)).
- In totaal zijn 644 patiënten naar Luxemburg, Zwitserland, Duitsland en Oostenrijk overgeplaatst om daar behandeld te worden (19 april 2020) ([LINK](#)).

#### Opschaling personeel:

- In 2007 had Frankrijk een medische reserve in het leven geroepen voor uitzonderlijke situaties m.b.t. de publieke gezondheid. Deze vrijwilligers (o.a. gepensioneerde verpleegkundigen en artsen) hebben artsen en verpleegkundigen tijdens de crisis ondersteund. In de Ile-de-France regio hebben 7000 mensen zich hiervoor aangemeld ([LINK](#)).
- Ministerie van Solidariteit en Volksgezondheid in Frankrijk introduceerde een hotline voor mentale ondersteuning aan het zorgpersoneel ([LINK](#)).

Globaal overzicht strategieën					
		NHS		SSH	
		VK	Finland	Duitsland	Frankrijk
Materiaal	Gebouwen omvormen naar een COVID-19 ziekenhuis	X			
	Herinrichten van bestaande ziekenhuizen		X		X
	Inzetten van private ziekenhuizen	X		X	X
	Patiënten verdelen over het hele land om overbelaste regio's ontlasten		X		X
	Patiënten in andere landen onderbrengen				X
Personeel	Beroep doen op zorgpersoneel dat eerder is uitgetreden (bv. gepensioneerd)	X		X	X
	Wettelijke doorzettingsmacht zodat al het personeel kan worden ingezet		X		
	Inzetten van een medische reservisten				X
	Investeren in mentale gezondheid van zorgpersoneel		X		X

## Overige literatuur:

**Table 1 Strategies used to expand ICU bed capacity during the COVID-19 pandemic**

Area	Strategy
Within ICU	Use of non-operational ICU beds Converting large ICU rooms to double rooms for 2 patients Shifting low-acuity patients to the wards
Within hospital	Repurposing other monitored beds (post-anesthetic care units, stepdown, stroke units, endoscopy suites and emergency departments and operating rooms) to ICUs Repurposing wards to ICUs Establishing de novo ICUs
Outside hospital	Field hospitals

**Table 2 Strategies used to expand ICU staffing pool during COVID-19 pandemic**

Area	Strategy	Drawbacks
ICU staff	Increase the number of patients per staff Cancel vacations Increase the working hours Redeploy trained ICU staff (retired/working in other areas)	These solutions may be used as a short-term solution, but they are likely to increase the risk of complications and burnout
Hospital staff	Use of non-ICU staff to reinforce ICU staff with training provided* Re-distribution of tasks: e.g. interventional radiologists to manage line insertions, anesthesiologists to provide airway management Scale down non-essential activities such as elective surgeries and redeploy staff to ICU	Unintended consequences including patient harm can result from delays in routine care [29, 30, 76, 77]
Non-hospital staff	Deployment of HCWs from other hospitals in the city or other cities	Not feasible in all settings
Other approaches	Transfer patients from less-resourced to better-resourced hospitals	

These strategies are likely to be setting specific; some are applicable in certain settings but not in others

\* Examples of the free courses offered for non-ICU clinicians are the C19\_SPACE Training Courses offered by ESICM (<https://academy.esicm.org/>), the BASIC (Basic Assessment and Support in Intensive Care) course (<https://www.aic.cuhk.edu.hk/web8/BASIC.htm>) and those by the Society of Critical Care Medicine (SCCM, <https://covid19.sccm.org/nonicu/>) and the Saudi Commission for Healthcare Specialties (<https://www.scfhs.org.sa/en/Gratitude/Pages/CriticalCareCrashCourse.aspx>)

Bron: [How the COVID-19 pandemic will change the future of critical care \(nih.gov\)](#)