

## Verhogen IC capaciteit

Aangezien er voorlopig geen vaccin tegen COVID-19 zal zijn, het onzeker is hoe het virus zich zal gedragen in de toekomst en ook de reguliere planbare zorg weer op normaal niveau uitgevoerd moet worden, is het niet realistisch om te denken dat een structurele capaciteit van 1150 IC-bedden (de situatie voor de coronacrisis) in de komende periode voldoende is. De structurele en flexibel op te schalen IC-capaciteit zal daarom de komende jaren hoger moeten zijn.

Bij de opschaling van de toekomstige IC capaciteit zijn er verschillende fases te onderscheiden. Het LCPS heeft met input van het RIVM en op basis van de ervaringen van de afgelopen twee maanden berekend welke IC capaciteit we in ons land voor de komende langere periode nodig hebben:

- Fase 1: Structureel opschalen naar ongeveer 1700 IC bedden (650 COVID-19, 550 reguliere zorg, 350 acute zorg, 150 onvoorzien)
- Fase 2a: Flexibel opschalen naar ongeveer 2400 IC bedden
- Fase 2b: Tegelijkertijd gebruik maken van IC capaciteit (600 bedden) in Duitsland
- Fase 3: CABU faciliteit boven de 3000 bedden (zwart scenario)

Er zijn landelijke afspraken nodig om te voorkomen dat in elke regio andere beslissingen worden genomen en om alle betrokkenen houvast en perspectief te bieden.

### Proces uitwerken plan

- Het voorstel op korte termijn bespreken in ROAZ overleg
- Opdracht vanuit VWS aan LNAZ om een plan uit te werken wat betreft de opschaling van de IC capaciteit, zowel structureel als flexibel als zwart scenario.
- Inrichten van een landelijke programma organisatie die het plan gaat uitwerken onder leiding van Wouter Bos

### Uit welke elementen bestaat de opdracht

Werk een breed gedragen plan uit over het verhogen van de IC capaciteit en neem hierbij mee:

- Een evaluatie van het proces tot nu toe
- De vragen die beantwoord moeten worden per fase (zie hieronder)
- Het ontwikkelen van richtlijnen
- Het ontwikkelen van profielschetsen en opleidingsplannen
- De concrete vertaling naar de (regionale) uitvoering van het plan
- De benodigde landelijke sturing en monitoring

### Eerste voorstel van vragen die uitgewerkt moeten worden per opschalingsfase

#### **Fase 1: Structureel opschalen naar ongeveer 1700 bedden**

- Zijn dit de juiste aantallen als we kijken naar de meest recente COVID-19 modellen?
- Hoeveel IC bedden zijn er nu per ziekenhuis?
- Breiden we de structurele IC capaciteit in elk ziekenhuis uit of alleen in bepaalde (grote) ziekenhuizen?
- Staan ziekenhuizen hier positief of negatief tegenover, wie wil wel en niet, wat zijn de knelpunten en bezwaren, wat zijn de kansen?
- Verspreiden we de patiënten evenredig per regio of landelijk? Wie gaat dit coördineren? Blijft het LCPS dit coördineren?
- Hoeveel tijd is er nodig om dit voor elkaar te krijgen?
- Is er draagvlak onder het personeel en onder de bestuurders?
- Hoeveel rusttijd heeft het personeel nodig om bij te komen van de eerste piek?
- Welk type personeel (profielchets) is nodig voor deze structurele opschaling?
- Kan er in een andere verhouding vpgk/patient gewerkt worden (bijvoorbeeld 1:2)?
- Kan er met een buddy-systeem gewerkt worden?
- Welke supervisie is nodig?
- Hoe kunnen we extra IC-personeel opleiden, wat gaan we ze leren, hoeveel tijd kost dit, hoe houden we kennis up to date als capaciteit niet altijd benut wordt.

- Waar kan personeel vandaan gehaald worden, welke consequenties heeft dit voor de reguliere zorg?
- Wat doet dit personeel als niet de volledige capaciteit bezet is?
- Hoeveel extra apparatuur is er structureel nodig, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra PBM is er structureel nodig, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra medicijnen zijn er structureel nodig, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra fysieke ruimte en voorzieningen (sluizen enz) zijn er nodig, is die er al, moet er intern verbouwd worden of extern bijgebouwd?
- Welke ethische vragen zijn er en hoe gaan we daar mee om, of liggen die vooral bij de hogere aantallen?
- Wat kost deze structurele uitbreiding? Wie gaat dit betalen? Waaruit gaan we dit betalen?

**Fase 2a: Flexibel opschalen naar ongeveer 2400 IC bedden**

- Zijn dit de juiste aantallen als we kijken naar de meest recente COVID-19 modellen?
- Waar regelen we de flexibele opschaling: In een paar traumacentra, in alle traumacentra, ook in een paar STZ ziekenhuizen, in alle ziekenhuizen?
- Binnen hoeveel tijd moet de flexibele opschaling volledig operationeel zijn.
- Moet er meteen opgeschaald worden van 1700 naar 2400 of werken we met tussenfasen.
- Verspreiden we de patiënten evenredig per regio of landelijk? Blijft het LCPS dit coördineren?
- Wie wil wel en niet, wat zijn de knelpunten en bezwaren, wat zijn de kansen?
- Hoeveel tijd is er nodig om dit voor elkaar te krijgen?
- Is er draagvlak onder het personeel?
- Welk type personeel (profiel/chets) is nodig voor deze flexibele opschaling?
- Kan er in een andere verhouding vpgk/patient gewerkt worden (bijvoorbeeld 1:3)?
- Kan er met een buddy-systeem gewerkt worden?
- Welke supervisie is nodig?
- De reguliere zorg zal waarschijnlijk afgeschaald worden in deze fase, hoe gaan we daar mee om?
- Welk type personeel gebruiken we voor deze fase? Personeel wat normaal gesproken in de reguliere zorg op andere terreinen werkt? Hoe kunnen we ze opleiden, wat gaan we ze leren, hoeveel tijd kost dit, hoe houden we kennis up to date als deze fase maar sporadisch in gang wordt gezet?
- Hoeveel extra apparatuur is er nodig voor deze flexibele fase, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra PBM is er nodig voor deze fase, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra medicijnen zijn er nodig voor deze fase, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra fysieke ruimte en voorzieningen (sluizen enz) is er nodig, is die er al, moet er intern verbouwd worden of extern bijgebouwd?
- Werken we alleen met de hoogste kwaliteit apparatuur of is mindere kwaliteit (maar nog steeds goede kwaliteit) bespreekbaar? Halen we apparatuur van andere plekken in het ziekenhuis (OK)?
- Welke ethische vragen zijn er en hoe gaan we daar mee om. Denk aan: dit kun je niet verwachten van personeel, realiseren we ons de impact, is het eerlijk en rechtvaardig, welke risico's zijn aanvaardbaar
- Wat kost deze structurele uitbreiding? Wie gaat dit betalen? Waaruit gaan we dit betalen?

**Fase 2b: Tegelijkertijd gebruik maken van IC capaciteit (600 bedden) in Duitsland**

- Gaan we de capaciteit in Duitsland meteen benutten als we boven de 1700 IC bedden uitkomen of pas in een latere fase?
- Moeten ziekenhuizen al gaan uitplaatsen als ze nog niet helemaal vol liggen?
- Wordt dit per ziekenhuis, regionaal of landelijk besloten?
- Hoeveel bedden zijn er beschikbaar voor Nederlandse patiënten?
- Wie gaat er structurele afspraken maken en vastleggen?
- Waar in Duitsland zijn deze bedden beschikbaar?

- Welke ethische vragen moeten we beantwoorden: Willen artsen hun patiënten wel uitplaatsen als ze nog ruimte hebben, vertrouwen we de Duitse gezondheidszorg, kunnen we de patient dit aandoen, kunnen we de familie dit aandoen?
- Hoe regel je het vervoer?
- Hoeveel kost een Duits IC-bed. Hoe gaan de dit betalen en wie doet dat?
- Wat doen we als Duitsland zelf de bedden nodig heeft?

**Fase 3: CABU faciliteit boven de 3000 bedden (zwart scenario)**

- Wanneer zetten we deze fase in?
- Wie bepaalt dat deze fase ingezet moet worden?
- Een CABU is geen volwaardige IC. Willen we dit?
- Werken we hier standaard met apparatuur van mindere kwaliteit?
- Waar regelen we de CABU faciliteiten? In een paar traumacentra, in alle traumacentra, ook in een paar STZ ziekenhuizen?
- Binnen hoeveel tijd moet de CABU volledig operationeel zijn.
- Moet er meteen opgeschaald worden van 2400 naar 3000 of werken we met tussenfasen.
- Wie wil wel en niet, wat zijn de knelpunten en bezwaren, wat zijn de kansen?
- Hoeveel tijd is er nodig om dit voor elkaar te krijgen?
- Is er draagvlak onder het personeel?
- Welk type personeel (profielchets) is nodig voor de CABU?
- Kan er in een andere verhouding vpgk/patient gewerkt worden?
- Kan er met een buddy-systeem gewerkt worden?
- Welke supervisie is nodig?
- Welk type personeel gebruiken we voor deze fase? Personeel wat normaal gesproken in de reguliere zorg op andere terreinen werkt? Hoe kunnen we ze opleiden, wat gaan we ze leren, hoeveel tijd kost dit, hoe houden we kennis up to date als deze fase misschien wel nooit in gang wordt gezet?
- Hoeveel extra apparatuur is er nodig voor deze flexibele fase, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra PBM is er nodig voor deze fase, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra medicijnen zijn er nodig voor deze fase, zijn die er al, wat is levertijd?
- Hoeveel extra fysieke ruimte en voorzieningen is er nodig, is die er al, moet er intern verbouwd worden of extern bijgebouwd?
- Welke ethische vragen zijn er en hoe gaan we daar mee om. Denk aan: dit kun je niet verwachten van personeel, realiseren we ons de impact, is het eerlijk en rechtvaardig, welke risico's zijn aanvaardbaar
- Wat kost deze CABU faciliteit? Wie gaat dit betalen? Waaruit gaan we dit betalen?