

Structureel en flexibel opschalen IC-zorg

In mijn brief van 21 april jl. is als een van de uitgangspunten bij het weer opschalen van de meest urgente reguliere zorg in ziekenhuizen aangegeven, dat er voldoende COVID-19 capaciteit (zowel IC als buiten de IC) en voldoende IC-capaciteit in den brede (flexibel) beschikbaar moet blijven. Het is daarom vanzelfsprekend dat de totale IC-capaciteit de komende periode hoger moet zijn, dan de 1150 plekken die beschikbaar waren voorafgaand aan de coronacrisis.

Het ministerie van VWS en veldpartijen hebben aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) gevraagd om een voorstel te maken over de bandbreedte voor de noodzakelijk beschikbare IC-capaciteit voor de komende jaren. Het gaat dan om de benodigde structurele en flexibel op te schalen IC-capaciteit, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen COVID-19 en non-COVID-19 plekken. Daarbij wordt rekening gehouden met de beschikbare capaciteit aan personeel (waaronder de draagkracht en benodigde rustcapaciteit van verpleegkundigen, artsen en ander personeel), IC-geneesmiddelen en medische apparatuur.

Aangezien er voorlopig geen vaccin tegen COVID-19 zal zijn, het onzeker is hoe het virus zich zal gedragen in de zomer en in het najaar en het feit dat het belangrijk is om ook de reguliere urgente planbare zorg weer op normaal niveau te kunnen uitvoeren, 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 om de Covid-19 zorg te kunnen borgen. Daarnaast zou dat ook niet verstandig zijn. We willen immers nooit meer terug naar de situatie waar ziekenhuizen en hun verpleegkundigen en artsen onder zo'n hoge druk en snelheid de IC-capaciteit moesten opschalen. De structurele en flexibel op te schalen IC-capaciteit zal daarom de komende jaren hoger moeten zijn. Ik wil hierover graag landelijke afspraken maken, om te voorkomen dat in elke regio andere beslissingen worden genomen en zoals gezegd om ook de mensen die werken in de ziekenhuizen houvast en perspectief te bieden te bieden zodat zij duurzaam inzetbaar blijven bij deze belangrijke zorg.

Op basis van technische berekeningen (LPCS, NVIC) wordt de structureel benodigde IC-capaciteit voor COVID-19 patiënten voor in ieder geval de periode tot aan de fase dat er een vaccin beschikbaar is, op gemiddeld 650 bedden geschat. Deze 650 bedden inclusief personele bezetting, hoeven overigens zeker niet altijd en in totaliteit operationeel te zijn (de mate waarin deze bedden bezet zijn hangt uiteraard af van het totaal aantal COVID-19 patiënten op enig moment) maar moeten wel op het moment dat de vraag naar COVID-19 zorg weer toeneemt heel snel beschikbaar zijn. Het gaat hierbij dus om een flexibel opschaalbare en afschaalbare capaciteit

Daarnaast moet ook de reguliere zorg weer worden opgeschaald om gezondheidsschade te voorkomen, wat een beslag legt op de IC-capaciteit (reguliere 550 bedden). Tevens dient de IC beschikbaar te blijven voor de acute zorg (regulier 350 bedden). Tenslotte is het belangrijk nog een kleine buffer van 150 bedden voor onvoorziene omstandigheden te hebben.

Een optelling van het voorgaande betekent dat er naar schatting een behoefte is van zo'n 1700 benodigde IC-bedden. Duidelijk is dat een capaciteit van 1700 IC-plekken niet zomaar geregeld is. Dit vergt veel van mensen en middelen, zeker ook zo vlak na een periode die zeer intens is geweest voor het zorgpersoneel en nog maar heel kort in de buurt komt van de bandbreedtes van voor de Corona periode. Dit vergt dus echt goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan. Ik streef ernaar om begin juni met de betrokken partijen (VenVN, FMS, NVZ, NFU en de ROAZ-en) een plan gereed te hebben hoe we deze verhoogde capaciteit het beste kunnen realiseren. In dat plan wordt in ieder geval aandacht besteed aan de lessen die we kunnen trekken uit de afgelopen periode, fasering en termijnen, personele bezetting en belastbaarheid van medewerker, de precieze organisatie van de zorg op de IC en benodigde apparatuur en geneesmiddelen, maar ook hoe we sturing geven aan de capaciteitsontwikkeling in de komende

periode.. Ook wil ik hierbij nadrukkelijk betrekken de mogelijkheden om een beroep te doen op de IC-capaciteit van buurlanden, met name Duitsland, waar wij de afgelopen weken uitstekend mee hebben samengewerkt en waarvoor ik hier nogmaals mijn dank uitspreek.
Ik hecht er aan te blijven benadrukken dat wij bij alle scenario's voor de toekomst de draagkracht van verpleegkundigen en artsen zeer serieus nemen. We willen immers dat zij dit belangrijke vak de komende jaren op een gezonde manier kunnen blijven uitvoeren. De uitwerking van het bovenstaande zal dan ook zorgvuldig gebeuren, met medeneming van de ervaringen en de inbreng van de achterbannen van VenVN, de NVIC en de FMS.

We hopen het uiteraard niet, maar we zullen ook naar de toekomst toe voorbereid moeten zijn op een toch weer toenemende vraag naar COVID-zorg boven op de hierboven genoemde 1700 IC-plekken. Derhalve zal ik in de planvorming ook zorgdragen voor een additioneel flexibel op te schalen IC-capaciteit, naar potentieel circa 3000 IC-bedden met behulp van een breder personeelsbestand en andersoortige apparatuur (OK en anesthesieapparatuur). Dit mede naar aanleiding van de motie van de leden Asscher en Wilders (25 295, nr. 205)