



Landelijk netwerk
acute zorg

Coördinatie- & opschalingsplan COVID-19

december 2022

Inhoud

1. Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Herziene versie.....	5
1.3 Uitgangspunten en scope van dit opschalingsplan.....	7
1.4 Projectorganisatie.....	7
2. Fasering en bijbehorende coördinatiestructuur.....	8
2.1 Inleiding.....	8
2.2 Toelichting op de fasering.....	8
2.2.1 Toelichting op de situatie en het coördinatieniveau.....	8
2.2.2 Toelichting op instrumenten (handelingsperspectief).....	9
2.2.4 Toelichting op het veranderen van fase bij oplopende druk (besluit).....	12
2.2.5 Toelichting op het veranderen van fase bij aflopende druk.....	13
3. Informatie en monitoring.....	14
3.1 Inleiding.....	14
3.2 Vroegtijdige signalering en monitoring van COVID-19.....	14
3.3 Monitoring aantal patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen.....	14
3.4 Zicht op druk in de zorgketen (Dashboard Zorgketen).....	15
3.5 Vroegtijdige signalering en monitoring van andere factoren en effecten.....	15
4. Regionale en landelijke coördinatie en spreiding over ziekenhuizen.....	17
4.1 Inleiding.....	17
4.2 Spreidingsstrategie.....	17
4.2.1 Spreiding in relatie tot de VVT.....	17
4.3 De RCPS'en.....	18
4.4 Het LCPS.....	18
4.5 Vervoer.....	19
4.5.1 Vervoersafspraken bij spreiding van covidpatiënten.....	19
4.5.2 Opschaling vervoerscapaciteit.....	21
5. Zorg in ketenverband bij toenemende druk.....	24
5.1 Inleiding.....	24
5.2 Samenwerking in de keten.....	24
5.2.1 Samenwerking in de keten richting een fase van crisis bij oplopende pandemische druk.....	25
5.3 Waarborgen van de toegankelijkheid van de SEH.....	25
6. Opschaling van capaciteit in het ziekenhuis.....	27
6.1 Inleiding.....	27
6.2 Fasering uitbreiding IC-capaciteit.....	28
6.2.1 Stappenplan voor opschaling IC-capaciteit in de regio.....	29
6.3 Uitbreiding van de klinische capaciteit.....	30
6.4 Voorwaarden voor opschaling.....	31
6.4.1 Waardering.....	31

6.4.2	Zeggenschap.....	31
6.4.3	Loopbaanperspectief.....	31
7.	Afschalen van reguliere zorg	32
7.1	Inleiding.....	32
7.2	Klassen van zorg	32
8.	Internationale samenwerking op de inzet van IC-capaciteit	34
8.1	Inleiding.....	34
8.2	Afspraken over gebruik Duitse IC-capaciteit	34
9.	Bekostiging	35
10.	Afkortingen.....	36
	Bijlage 1. Stappenplan opschaling personele inzet IC	38
	Bijlage 2. Het commentaar van NVZ en NFU inzake passende bekostiging.....	42

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het is ruim twee jaar geleden dat de eerste patiënt met COVID-19 werd opgenomen in een van de Nederlandse ziekenhuizen. Het virus gaat nog steeds rond. Nog dagelijks worden er covidpatiënten opgenomen en verpleegd en verzorgd in de ziekenhuizen. COVID-19 is hiermee steeds meer onderdeel geworden van het dagelijks leven. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft dan ook een langetermijnstrategie voor COVID-19 uitgewerkt. Een belangrijk onderdeel van deze strategie is de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen. Bij een nieuwe opleving van het virus is het streven om iedereen die het nodig heeft covidzorg te bieden en tegelijkertijd de reguliere zorg zoveel mogelijk door te laten gaan. Dit vraagt om inspanning en samenwerking van zorgaanbieders. Daarvoor is het van belang om gezamenlijk afspraken te maken over hoe te handelen om bij oplopende druk de zorgverlening zo goed mogelijk te waarborgen.

Tijdens de eerste covidgolf in maart 2020 werden het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS'en) opgericht door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Dit in opdracht van het ministerie van VWS om de werklust van de covidzorg over de Nederlandse ziekenhuizen te verdelen zodat de totale patiëntenzorg in Nederland zo goed mogelijk kon doorgaan. Op verzoek van VWS werd door het LNAZ, in nauw overleg met de betrokken veldpartijen, het *Opschalingsplan COVID-19* opgesteld. Dit plan was erop gericht om de ziekenhuizen voor te bereiden op een nieuwe golf van covidpatiënten. Op basis van de ervaringen in 2020 en 2021 is dit plan in oktober 2021 geactualiseerd.

Dit is de herziene versie van het opschalingsplan van oktober 2021. Dit plan richt zich op het opvangen van de covidpandemie in 2022/2023. De onderliggende principes van dit plan zijn verder wellicht ook goed toepasbaar bij andersoortige crises of omstandigheden die de zorg langdurig onder grote druk zetten.

1.2 Herziene versie

Het herziene opschalingsplan COVID-19 is aangepast op basis van de ervaringen van de afgelopen jaren. Daarbij zijn de belangrijkste punten:

- Voor het vaststellen van de beschikbare opschalingscapaciteit voor de intensive care (IC) in 2022/2023 is onder andere gebruikgemaakt van informatie van de NVIC en de V&VN-IC¹ en NICE-data. Dit heeft geleid tot een aanpassing van de maximale opschalingscapaciteit van 1.350 IC-bedden naar 1.250 IC-bedden.
- De 'fair share'² is onlangs geëvalueerd. Gekeken is naar de effecten van het gebruik van de fair share op de toegankelijkheid van de zorg in de regio's. Dit heeft niet geleid tot aanpassingen in de verdeling van covidpatiënten voor de IC en de kliniek, waardoor de eerder gemaakte afspraak over de fair share gehandhaafd wordt. Hierbij is de kanttekening dat ROAZ-regio Limburg een andere grondslag wenst voor de fair share voor de kliniek. ROAZ-regio Noord Nederland is het niet eens met de handhaving

¹ NVIC en V&VN-IC, *Capaciteit intensive care najaar/winter 2022-2023. Een plan voor opschaling tijdens pandemische druk*, mei 2022.

² Deze verdeling van covidpatiënten over de ziekenhuizen moet zorgen voor een evenwichtige verdeling van de covidruk over het land, zodat de toegang tot reguliere zorg in de ziekenhuizen in alle delen van het land in gelijke mate kan worden gewaarborgd. De verdeelsleutel staat in tabel 1 in dit plan.

van de fair share. Zij wensen een (nog uit te werken) systematiek die rekening houdt met de toegankelijkheid van de zorg en regionale factoren.

- Een recente analyse van de opnameredenen van covidpatiënten heeft geen aanleiding gegeven tot wijzigingen in de spreidingsstrategie. Afgesproken is dan ook dat uitsluitend covidpatiënten die vanwege COVID-19 zijn opgenomen in het ziekenhuis in aanmerking komen voor spreiding.
- Adviezen van het 'Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen'³ en de verschillende aangereikte modules zijn meegenomen in dit herziene plan. Dit heeft ertoe geleid dat de scope van dit opschalingsplan is verbreed. Het plan concentreert zich niet langer alleen op de ziekenhuizen, maar beschrijft tevens op hoofdlijnen hoe samenwerking in de zorgketen tussen bijvoorbeeld huisartsen, ziekenhuizen, ambulancediensten en de verpleging, verzorging en thuiszorg kan bijdragen aan de zorg voor covidpatiënten.

Dit geactualiseerde landelijke plan beschrijft per fase van de pandemie (fase 1, fase 2 en fase 3) welke besluiten en maatregelen genomen kunnen worden om de druk op de zorg zo goed mogelijk op te vangen. Het plan is allereerst bedoeld om de opvang van covidpatiënten in de ziekenhuizen landelijk te organiseren. Het beschrijft maatregelen en acties die ingezet kunnen worden om, indien dit nodig is, extra capaciteit beschikbaar te stellen bovenop de reguliere capaciteit. Nadrukkelijker dan in de voorgaande versies beschrijft het plan ook op welke wijze zorgverleners uit de *hele* zorgketen kunnen bijdragen aan het verlenen van de covidzorg in de regio. Het is daarbij aan de regio's zelf om dit verder vorm en inhoud te geven. Dat wordt in dit plan niet nader uitgewerkt. Daarnaast hebben sommige sectoren plannen waarin op- en afschaling meer in detail voor hun eigen sector worden beschreven (bijvoorbeeld het 'Huisartsen rampenopvangplan (HaROP)' voor de huisartsenzorg).

Voor de IC-capaciteit geldt dat een beroep kan worden gedaan op IC-capaciteit over de grens. Deze maatregel heeft niet de eerste voorkeur, maar is wenselijk als daarmee een overgang naar fase 3 (crisis) kan worden voorkomen. Duitsland heeft aangegeven op basis van wederkerigheid wederom bereid te zijn om IC-covidpatiënten over te nemen indien de omstandigheden in hun land dit toelaten.

Een eventuele tweede aanvullende maatregel betreft het inzetten van defensiepersoneel om meer zorgcapaciteit beschikbaar te krijgen. Defensie heeft aangegeven dat zij een eventuele inzet niet op voorhand kan garanderen.

Het is in de voorbereiding op fase 3 voor alle zorgaanbieders legitiem om ook buiten de huidige kaders mogelijkheden te verkennen. Zo hebben regio's en betrokken zorgverleners afgesproken dat indien de maximale capaciteit tekort te dreigt te schieten, zij de reeds eerder ingezette maatregelen van opschaling en aanpassing van de zorgverlening tot het maximum zullen benutten. De kwaliteit van zorg en ondersteuning wordt, waar nodig, teruggebracht tot het minimaal aanvaardbare niveau om op deze manier de niet uit te stellen zorgverlening en de essentiële basisverzorging en -begeleiding nog mogelijk te maken. Dit alles in een uiterste poging om te voorkomen dat in fase 3 de zorg door het ijs zakt en de ondergrens van de gewenste zorgkwaliteit wordt overschreden.⁴ Dit betekent dat het streven in fase 2 is om fase 3 te voorkomen en dus zolang mogelijk en het liefst zo 'laag' mogelijk in fase 2 te blijven.

In alle gevallen is het vanzelfsprekend beter voor de toegang tot de zorg, voor de zorgverlening aan patiënten en de belasting van het personeel als de belasting door COVID-19 beperkt blijft. Vaccinatie en bijpassende

³ Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen, *Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID-19*, juni 2022.

⁴ LNAZ, *Alleen Samen. (Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk*, maart 2021.

maatschappelijke maatregelen blijven voor de zorg van belang om invulling te geven aan kwalitatief goede zorg voor alle patiënten.

Zorgaanbieders zien, bij de herziening van dit opschalingsplan, als grootste uitdaging de beschikbaarheid van personeel. Bij een nieuwe covidgolf zal de zorg de personele capaciteit als knelpunt ervaren om de zorg te organiseren. Deze uitdaging is nog groter als tegelijkertijd de ambitie is om naast de opvang van covidpatiënten ook de reguliere zorg zoveel als mogelijk door te laten gaan.

Tot slot kent iedere covidgolf zijn eigen uitdagingen. De zorg zal niet alleen een plan moeten hebben, maar ook de flexibiliteit om onverwachte uitdagingen het hoofd te bieden.

1.3 Uitgangspunten en scope van dit opschalingsplan

De volgende uitgangspunten zijn van toepassing op dit geactualiseerde plan:

- de zorgvraag wordt zoveel mogelijk opgevangen op lokaal niveau en indien nodig met coördinatie en samenwerking op regionaal niveau, waarbij er zolang mogelijk sprake is van conventionele zorg (fase 1);
- wanneer dit ontoereikend is, zal overgegaan worden naar de fase van opgeschaalde zorg (fase 2). Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgpartijen om met elkaar en ondersteund door landelijke coördinatie tussen de regio's de vraag naar zorg op te vangen;
- partijen spannen zich (binnen hun mogelijkheden) maximaal in om fase 3 te voorkomen.

Het volgende valt buiten de scope van dit plan:

- afspraken over het structureel ophogen van de landelijke IC-capaciteit en/of zorgcapaciteit;
- de landelijke afspraken van VWS met partijen over de werkwijze in fase 3⁵ en het document *Alleen samen. (Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk* van het LNAZ.⁶

Dit plan gaat er verder van uit dat zorgaanbieders beschikken over of zorg dragen voor de voor de (opgeschaalde) zorg benodigde middelen en materialen.

1.4 Projectorganisatie

Deze actualisatie van het *Opschalingsplan COVID-19* is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de betrokken partijen uit de zorgcoalitie van het LCPS, waaronder Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Afdeling Intensive Care (V&VN-IC), de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Ambulancezorg Nederland (AZN), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), het LCPS en de Regionale Overleggen Acute Zorgketen⁷ (ROAZ'en).

Daarnaast heeft afstemming plaatsgevonden met landelijke vertegenwoordigers vanuit de huisartsenzorg, de VVT-sector, de Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), GGD GHOR Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Het opschalingsplan is wederom vastgesteld door de ROAZ-voorzitters, verenigd in het LNAZ.

⁵ VWS, Tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie', Den Haag, maart 2021.

⁶ LNAZ, *Alleen Samen. (Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk*, maart 2021.

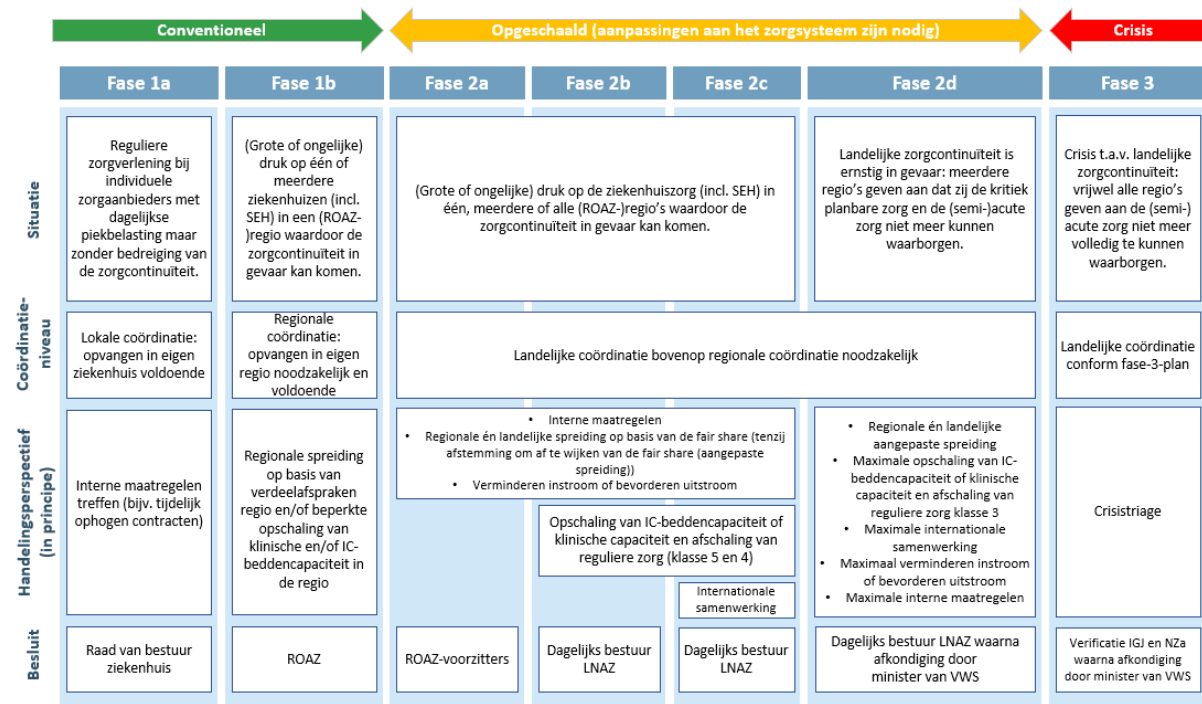
⁷ Ketenpartners in de acute zorg zoals huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, wijkverpleging, verloskundigen, GGZ, VVT, GHOR en GGD zijn samen met de zorgverzekeraars vertegenwoordigd in het ROAZ.

2. Fasering en bijbehorende coördinatiestructuur

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende fases die worden doorlopen bij toenemende druk op de zorgaanbieders en in het bijzonder in de ziekenhuizen (IC, kliniek en SEH). De fases worden weergegeven van 'conventionele zorg' tot 'zorg in een crisissituatie'. Coördinatie van zorg wordt achtereenvolgend lokaal, regionaal of landelijk georganiseerd. Afhankelijk van het coördinatie-niveau kan of kunnen op een glijdende schaal één of meerdere instrumenten worden ingezet om de druk op de zorg op te vangen. Het verschilt per fase waar de verantwoordelijkheid voor de besluitvorming is belegd.

De fasering is weergegeven in figuur 2.1.



Figuur 2.1. Fasering voor coördinatie ten tijde van conventionele zorg, opgeschaalde zorg en zorg in een crisissituatie⁸

2.2 Toelichting op de fasering

2.2.1 Toelichting op de situatie en het coördinatie-niveau

In beginsel dient (acute) zorg lokaal of in de regio te worden geleverd, waarbij continuïteit van zorg het uitgangspunt is. De regie ligt in eerste instantie bij de zorgaanbieders/de ziekenhuizen. Dit geldt ook voor de covidzorg. Wanneer de zorg bij de zorgaanbieder en/of in het ziekenhuis onder druk staat, wordt deze als eerste opgevangen bij de zorgaanbieder en/of in het ziekenhuis (fase 1a) en aansluitend eventueel op regionaal niveau, waar nodig met regionale coördinatie (fase 1b). Dit gebeurt dan op basis van afspraken in ROAZ-verband.

⁸ Er wordt uitgegaan van 999 IC-bedden in fase 1a. Vanaf fase 1a vindt gefaseerde opschaling plaats tot 1.250 IC-bedden in fase 3.

Het kan voorkomen dat regionale coördinatie op een gegeven moment niet meer voldoende is, waardoor er behoefte ontstaat aan bovenregionale/landelijke ondersteuning en aan landelijke coördinatie. Dit is nodig wanneer er (grote of ongelijke) druk op één, meerdere of alle regio's bestaat (fase 2a, 2b en 2c). Omvang én disbalans van de druk spelen dus een grote rol bij de overgang van fase 1b naar fase 2a.

Landelijke coördinatie is ook nodig bij een situatie waarin meerdere regio's aangeven de kritieke planbare zorg en de (semi-)acute zorg niet meer te kunnen leveren (fase 2d) of als vrijwel alle regio's aangeven de (semi-)acute zorg niet meer volledig te kunnen waarborgen (fase 3). Voor meer informatie omtrent de coördinatie in fase 3 kan het document *Alleen Samen. (Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk* geraadpleegd worden.

Het is in ieder geval belangrijk om het op- en afschalen van de zorg zowel regionaal als landelijk vroegtijdig af te stemmen met de ketenpartners vanwege (mogelijke) keteneffecten.

Zoals in de inleiding al is vermeld, is voor de landelijke coördinatie en spreiding van covidpatiënten over de ziekenhuizen eind maart 2020 het LCPS opgericht. Tegelijkertijd en als onlosmakelijk onderdeel van het ontstaan van het LCPS zijn in de elf ROAZ-regio's elf RCPS'en opgezet. In hoofdstuk 4 is hierover meer informatie te vinden.

2.2.2 Toelichting op instrumenten (handelingsperspectief)

De opvolgende fases kennen een bepaalde volgorde voor de instrumenten die kunnen worden ingezet. Sommige instrumenten zijn dermate 'zwaar' dat ze idealiter pas in een latere fase worden ingezet (zoals patiënten naar buurlanden verplaatsen). Bij toenemende druk wordt gekozen voor het nemen van interne maatregelen, het (regionaal) spreiden van patiënten, intensiveren van de ketensamenwerking, opschalen van bedden capaciteit, afschalen van reguliere zorg en het starten van internationale samenwerking alvorens men alles op alles gaat zetten om fase 3 te voorkomen. In de volgende subparagrafen worden de instrumenten in volgorde van zwaarte gepresenteerd.

2.2.3.1. Interne maatregelen

De raad van bestuur kan besluiten om interne maatregelen te nemen om de olopende zorgvraag op te vangen. Die maatregelen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het tijdelijk ophogen van contracten van zorgverleners, het bieden van kinderopvang, medewerkers tijdelijk op een andere afdeling laten werken, het intrekken van vakanties, het uitkeren van bonussen enzovoort.

Daarnaast kan de bestaande arbeidscapaciteit op lokaal niveau worden vergroot door taakdifferentiatie, waarbij bijvoorbeeld zorgondersteuners worden ingezet voor de uitvoering van minder complexe taken om het reguliere zorgpersoneel te ontlasten. Ook het flexibel opleiden van zorgprofessionals is een mogelijkheid die ziekenhuizen kunnen inzetten. Hierdoor kunnen zorgprofessionals inzetbaar zijn voor verschillende werkzaamheden binnen de acute as. De arbeidscapaciteit kan zo worden vergroot, wat vervolgens een positieve impact heeft op de doorgang van klasse 3-, 4- en 5-zorg (zie paragraaf 7.2 voor meer informatie over de klassen van zorg).⁹

Het treffen van interne maatregelen vindt plaats op basis van een glijdende schaal: in fase 1a zet je een minder 'zware' interne maatregel in (bijvoorbeeld het tijdelijk ophogen van contracten) dan in fase 2c (bijvoorbeeld het intrekken van verloven). Deze maatregelen worden ingezet in goed overleg met de zorgverleners.

⁹ Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen, *Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID-19*, juni 2022.

2.2.3.2. Regionale coördinatie en spreiding

Zoals al eerder is vermeld, wordt bij oplopende druk altijd eerst overgegaan van lokale coördinatie naar regionale coördinatie en spreiding van covidpatiënten; dit op basis van afspraken binnen de eigen regio en eventueel aangevuld met een beperkte opschaling van capaciteit, waaronder de klinische en/of IC-bedden capaciteit in de ziekenhuizen in de regio.

2.2.3.3. Landelijke coördinatie en spreiding

Indien regionale coördinatie niet afdoende is, of omdat de verschillen en druk tussen de regio's te veel toenemen, kan overgegaan worden op landelijke coördinatie en spreiding van covidpatiënten (fase 2). Het landelijk spreiden van covidpatiënten gebeurt alleen bij ziekenhuispatiënten. Patiënten die huisartsenzorg nodig hebben en/of verpleging en verzorging ontvangen deze zorg zoveel als mogelijk in de eigen regio of in een direct aanpalende regio.

De verdeling van covidpatiënten over de ziekenhuizen volgens de afgesproken 'fair share' (zie voor nadere toelichting paragraaf 4.2) beoogt een evenwichtige verdeling van de covid druk over het land, zodat de toegang tot reguliere zorg in de ziekenhuizen in alle delen van het land in gelijke mate kan worden gewaarborgd. Echter, naarmate de druk oploopt, kan het spreiden op basis van fair share juist leiden tot te grote verschillen: het ene ziekenhuis of de ene regio moet veel meer aanpassingen doen om de fair share op te kunnen vangen dan het andere ziekenhuis of de andere regio. Indien dit zich voordoet en tot grote verschillen leidt in de toegankelijkheid van zorg voor bijvoorbeeld de kritieke planbare zorg of IC-behoefte zorg in of tussen regio's, kan dit aanleiding zijn om in of tussen de regio's afspraken te maken over aangepaste spreiding. Indien andere factoren leiden tot een hoge ongelijke druk op de zorg, zoals bijvoorbeeld influenza, kan desgewenst na afstemming tussen de regio's ook de fair share worden aangepast. Zie hoofdstuk 4 voor meer informatie over regionale en landelijke coördinatie en spreiding.

2.2.3.4. Verminderen instroom en bevorderen doorstroom (zorg in ketenverband bij toenemende druk)

Een ander instrument voor ziekenhuizen om de continuïteit van zorg te waarborgen, is het verminderen van de instroom van patiënten in het ziekenhuis of juist het bevorderen van de doorstroom van patiënten het ziekenhuis uit. Dit raakt de hele zorgketen. Daarom is vroegtijdige afstemming met ketenpartners uit de VVT-, revalidatie- en huisartsensector van belang. Over de mogelijkheden hiertoe worden in de ROAZ-regio's afspraken gemaakt tussen betrokken zorgaanbieders in afstemming met zorgverzekeraars en de directeurs publieke gezondheid (DPG). Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 5.

2.2.3.5. Opschaling van de bedden capaciteit op de IC en in de kliniek

Een ander in te zetten instrument voor de ziekenhuizen is het opschalen van de bedden capaciteit op de IC en in de kliniek. Het zevendaagse prognosemodel van het LCPS kan een belangrijk hulpmiddel zijn bij de voorspelling van het aantal benodigde bedden. Dit is een model dat een verwachting geeft van het aantal covidpatiënten in de ziekenhuizen tot zeven dagen vooruit. Gekozen wordt voor opschaling op de IC in kleine stappen omdat dit minder impact heeft op de reguliere zorg en het personeel dan opschaling met grote stappen. Opschaling behoeft zowel regionaal als landelijk afstemming. Voor de kliniek zijn dergelijke afspraken niet gemaakt omdat opschaling makkelijker te realiseren is door de grotere aantallen klinische bedden (± 15.000) en minder complex is. Bij het opschalen van bedden capaciteit moet rekening gehouden worden met de factor tijd: indien het opschalen voor een korte periode nodig is, kan er mogelijk meer worden opgeschaald dan wanneer dit voor een langdurige periode nodig is. Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 6.

2.2.3.6. Afschaling van reguliere zorg

Bij het opschalen van bedden capaciteit op de IC en in de kliniek zal op enig moment ook de reguliere zorg gedeeltelijk moeten worden afgeschaald. Het afschalen van reguliere zorg vindt plaats op basis van een glijdende schaal. Pas in fase 2b en 2c kan landelijk worden besloten om de planbare zorg (klasse 5- en 4-zorg) af te schalen. Vanaf fase 2d kan besloten worden om ook de kritieke planbare zorg (klasse 3-zorg) af te schalen. Uitgangspunt is echter dat de (semi-)acute zorg altijd doorgang moet vinden (tenzij fase 3 intreedt). In dit kader is het ook goed te wijzen op de aanvulling op het tijdelijk beleidskader¹⁰ om de klasse 3-zorg zolang en zo goed mogelijk toegankelijk te houden.

Voor de IC geldt dat opschaling van de bedden capaciteit in eerste instantie nog met eigen personeel wordt opgevangen, maar dat op een gegeven moment ondersteuners uit de kliniek nodig zijn waardoor er reguliere zorg moet worden afgeschaald.

Bij de afschaling van reguliere zorg worden zorgverzekeraars in de regio betrokken, aangezien zij vanuit de zorgplicht een verantwoordelijkheid hebben voor het waarborgen van de toegankelijkheid van zowel de (semi-)acute als de planbare zorg. Wanneer wordt besloten de reguliere zorg af te schalen, is het van belang om aandacht te hebben voor goede communicatie. Dit betreft communicatie naar de betrokken zorgverleners, maar vooral ook naar de patiënten voor wie dit gevolgen heeft. Zie hoofdstuk 7 voor meer informatie over het afschalen van reguliere zorg.

2.2.3.6. Internationale samenwerking

Door internationale samenwerking is het mogelijk om covidpatiënten over te plaatsen naar buurlanden. Dit kan de druk op de zorg in Nederland verlichten, maar het is voor de patiënt wel ingrijpend. Vandaar dat dit instrument idealiter zo laat mogelijk wordt ingezet. Echter, naarmate het moeten afschalen van de kritieke planbare zorg meer in zicht komt (fase 2d), dient dit instrument wel te worden ingezet indien de situatie in het buurland daartoe mogelijkheden geeft. Duitsland heeft aangegeven wederom bereid te zijn om IC-covidpatiënten over te nemen indien de omstandigheden in het land dit toelaten. Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 8.

2.2.3.7. Ondersteuning van Defensie

In een crisissituatie zal per situatie een afweging worden gemaakt of militaire bijstand in de zorg passend en in het nationaal belang is. In fase 2d is militaire bijstand in de ziekenhuizen van toegevoegde waarde om extra capaciteit te creëren voor klinische patiënten en extra ondersteuning te bieden aan IC-afdelingen.

Ondersteuning van Defensie is echter niet gegarandeerd en afhankelijk van de mogelijkheden op dat moment. De grootste synergie kan worden bereikt door de militaire bijstand te centraliseren op één locatie in Nederland. De extra capaciteit die dit oplevert, wordt gekwantificeerd en gelabeld als landelijke capaciteit zodat de militaire inzet toekomt aan alle Nederlandse ziekenhuizen en Defensie opereert in het nationaal belang. De inzet van Defensie kan worden aangevraagd op basis van de Regeling militaire steunverlening in het openbaar belang (MSOB). De (eventuele) inzet van Defensie is tijdelijk. Overigens kunnen ook sectoren anders dan de ziekenhuissector een aanvraag indienen voor militaire bijstand.

2.2.3.8. Selectie en triage

Selectie en triage zijn van groot belang bij oplopende druk. Het onderscheid tussen beide is:

¹⁰ Aanvulling op het 'Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie' voor de IC-afhankelijke kritieke planbare zorg, 19 november 2021.

- Medische selectie wordt op dagelijkse basis gedaan. Bij medische selectie worden voor individuele patiënten de voor- en nadelen van een IC-opname afgewogen. De opname moet proportioneel zijn en de kans op herstel moet in redelijke mate voorzienbaar zijn. De performancestatus, comorbiditeit en de ernst van de actuele diagnose worden hierbij meegewogen. Dit wordt besproken met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger waarbij de waarden en normen van de patiënt worden betrokken.
- Triage past alleen bij fase 3 (crisis) van het *Draaiboek Pandemie deel 1*¹¹ van de NVIC. Met triage wordt bedoeld: triage tijdens de zorg binnen het ziekenhuis. Hierbij verschuift het perspectief naar wat het beste is voor de maatschappij. Patiënten worden bij deze triage geprioriteerd voor zorg en de verdeling van (te) schaarse middelen. Er worden beslissingen genomen over wie wel en wie niet levensreddende behandelingen zal krijgen. Triage kan het beste gebeuren op basis van tevoren vastgestelde criteria. In die criteria zijn ook de hiervoor genoemde performancestatus, comorbiditeit en ernst van de actuele diagnose geïncorporeerd. Voor alle patiënten gelden dezelfde criteria.

Zoals vermeld zijn er grenzen aan hoeveel er opgeschaald kan worden. Bij een te grote mate van opschaling zal de kwaliteit van de zorg negatief worden beïnvloed. Dan is er substandaardzorg voor iedereen, waardoor patiënten met goede kansen op overleving slechtere uitkomsten hebben. Selectie leidt niet per definitie tot minder IC-patiënten. Triage kan wél bijdragen aan het capaciteitsprobleem. Triage geschiedt alleen als het landelijk is afgekondigd en dan:

- zolang mogelijk op medische gronden;
- bij medisch identieke patiënten wordt overgaan op triage op basis van het draaiboek triage van de FMS en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).¹²

2.2.4 Toelichting op het veranderen van fase bij oplopende druk (besluit)

Wanneer er sprake is van reguliere zorgverlening (met een dagelijkse piekbelasting) is het aan de zorgaanbieder i.c. de raad van bestuur van het individuele ziekenhuis om de noodzakelijke besluiten te nemen om de zorgvraag met eventuele piekbelasting op te vangen in het eigen ziekenhuis (fase 1a).

Indien er in een ROAZ-regio sprake is van (grote of ongelijke) druk op één of meerdere zorgaanbieders/ziekenhuizen die niet meer kan worden opgevangen door de betreffende zorgaanbieders/ziekenhuizen, zal in ROAZ-verband worden besloten om over te gaan tot regionale coördinatie (fase 1b) en het inzetten van instrumenten om de zorg in de regio op te vangen.

Wanneer er sprake is van oplopende druk die niet meer kan worden opgevangen in de ROAZ-regio of als er een ongelijke druk ontstaat tussen de ROAZ-regio's, nemen de ROAZ-voorzitters in hun gezamenlijke overleg het besluit tot overgang naar fase 2(a) en tot inzet van bijbehorende instrumenten, waaronder het overgaan tot landelijke spreiding van ziekenhuispatiënten via het LCPS. Daarbij vindt de besluitvorming omtrent het verminderen van de instroom dan wel het bevorderen van de uitstroom in het ROAZ plaats in afstemming met alle betrokken partijen in de keten (inclusief bijvoorbeeld de DPG).

Indien de druk blijft oplopen, neemt het dagelijks bestuur (DB) van het LNAZ in afstemming met de ROAZ-voorzitters het besluit om over te gaan naar fase 2b of 2c en het inzetten van daarbij behorende instrumenten. Het DB LNAZ constateert ook wanneer fase 2d van toepassing wordt en fase 2d afgekondigd moet worden,

¹¹ Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), *Draaiboek Pandemie deel 1*, versie 2.1, maart 2021.

¹² KNMG en FMS, *Draaiboek Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie*, V2, 16 juni 2020.

waarna de minister van VWS wordt gevraagd officieel fase 2d af te kondigen. De joint coalition fase 3 van het LCPS¹³ kan de ROAZ-voorzitters advies geven bij de door hen te nemen besluiten in fase 2d.

Het uitroepen van fase 3 is voorbehouden aan de minister van VWS. De voorzitter van het LNAZ informeert de minister van VWS en de IGJ als er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd. Dit gebeurt in afstemming met de joint coalition fase 3 van het LCPS waarin de betrokken zorgpartijen vertegenwoordigd zijn. De IGJ en de NZa voeren dan een snelle verificatie uit op basis van de meest recente informatie. Op basis van het advies van het LNAZ en de informatie van de IGJ (kwaliteit) en de NZa (toegankelijkheid) wordt fase 3 afgekondigd door de minister van VWS. De minister van VWS zal de Tweede Kamer hiervan op de hoogte stellen.¹⁴ Patiënten zullen via landelijke communicatie op de hoogte worden gesteld van het afkondigen van fase 2d en 3.

In principe geldt dat de eerdergenoemde inzet van instrumenten op basis van de glijdende schaal als 'voorwaardelijk' kan worden gezien voor het overgaan naar een andere fase. Wanneer meerdere regio's stelselmatig gebruikmaken van de *beds open for safety and support* (BOSS)-capaciteit¹⁵ is dat ook een trigger voor het veranderen van fase en het opschalen van bedden capaciteit. De regionale en landelijke prognosemodellen zijn hierbij een belangrijke indicator. Het constateren van de faseovergang en/of opschaling van bedden capaciteit dient bij voorkeur een aantal dagen van tevoren afgekondigd te worden, zodat de verschillende zorgorganisaties zich hierop kunnen voorbereiden. De mate van opschaling van de individuele ziekenhuizen – die zich onder andere uit in de te leveren capaciteit – kent beperkingen door tijdsduur. Er dient tijdig besluitvorming plaats te vinden indien de maximale duur van de opgeschaalde capaciteit bereikt wordt.

2.2.5 Toelichting op het veranderen van fase bij aflopende druk

Bij aflopende druk vinden in principe dezelfde beginselen van coördinatie, in te zetten instrumenten en besluitvorming plaats. Bij aflopende druk worden de in te zetten instrumenten afgebouwd, waarbij de besluitvorming afhankelijk is van de fase waarin men zich bevindt. Hierbij moet goed worden overwogen in welke mate en met welke snelheid de reguliere zorg weer kan worden opgeschaald. De ervaring leert immers dat snel afbouwen om ruimte te creëren voor reguliere zorg het herstel van zorgprofessionals niet bevordert.

¹³ De joint coalition fase 3 van het LCPS bestaat naast de LNAZ-voorzitter uit één deskundige vanuit elk van de volgende organisaties of beroepsgroepen: NVZ, NFU, VVT, V&VN, AZN, huisartsen, FMS, GGZ, VGN en GGD-GHOR. Een vertegenwoordiger vanuit de patiëntenorganisaties zal aansluiten als waarnemer.

¹⁴ Kamerbrief over Tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie', 23 maart 2021.

¹⁵ BOSS-bedden zijn plekken die altijd vrij moeten zijn, zodat patiënten die acute IC-hulp nodig hebben direct een bed kunnen krijgen.

3. Informatie en monitoring

3.1 Inleiding

Goede informatievoorziening en monitoring zijn cruciaal ten tijde van crisis. Beide zijn nodig om de noodzaak tot opschaling van coördinatie bij situaties van oplopende druk in de zorg te kunnen zien. Regionale en landelijke (zorg)coördinatie vragen om een regionaal en landelijk informatiebeeld en om snelle en adequate informatiedeling tussen de ROAZ-regio's, het veld en externe partijen (waaronder VWS). Tijdens de covidpandemie zijn verschillende initiatieven opgezet om in deze informatiebehoefte te voorzien. Daarbij is onderscheid te maken tussen: zicht op het covidvirus, zicht op het aantal covidpatiënten in het ziekenhuis, zicht op de (impact van de) oplopende druk door COVID-19 op de zorgketen en zicht op eventuele andere factoren die druk op de zorg geven. De monitoring van de informatie wordt gebruikt voor sturing tijdens de covidpandemie. Het is van belang om daarbij op te merken dat enkel de cijfers geen voldoende beeld geven. Duiding van de cijfers en het maken van afspraken zijn belangrijk.

3.2 Vroegtijdige signalering en monitoring van COVID-19

Het is nodig om vroegtijdig (*early warning*) informatie te hebben over de verspreiding van COVID-19 en deze (regionaal en landelijk) te monitoren, zodat er tijdig kan worden opgeschaald. VWS heeft in 2020 een dashboard (<https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>) ontwikkeld voor vroegtijdige signalering van een toename van het aantal besmettingen en de rondgang van het virus in de maatschappij. Op dit dashboard staat ook informatie die het LCPS verzamelt over het aantal ziekenhuisopnames van covidpatiënten en het aantal IC-covid-opnames, inclusief vastgestelde signaalwaarden. In de laatste versie van het dashboard levert het LCPS ook wekelijks de tekst aan VWS voor de pagina 'Gevolgen voor de zorg'. Dit dashboard, aangevuld met andere relevante informatiebronnen die van invloed kunnen zijn op de druk op de zorg, voorziet het LNAZ, het LCPS en de RCPS'en van informatie die nodig is bij de besluitvorming omtrent fasering en coördinatie.

3.3 Monitoring aantal patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen

Regionale en landelijke coördinatie vraagt om actueel inzicht in bezetting en capaciteit in de ziekenhuizen en buiten de muren van het ziekenhuis (bijvoorbeeld in de sector verpleging en verzorging en/of de thuiszorg).¹⁶ Voor wat betreft de monitoring van het aantal patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen is afgesproken welke items door de ziekenhuizen worden aangeleverd aan de RCPS'en en het LCPS omtrent (covid- en non-covid-)capaciteit en covidbezetting. Deze gegevensset wordt qua inhoud en frequentie van aanlevering aangepast indien de situatie daar aanleiding toe geeft. Belangrijk is dat deze informatievoorziening ook in rustige tijden gecontinueerd wordt om een eventuele stijging tijdig te kunnen zien. Immers, het aantal positieve testen is minder representatief voor de druk op de zorg, en het testbeleid verandert bovendien. Hierdoor wordt monitoring van de druk op de zorg extra belangrijk en is het voor de samenleving een van de belangrijkste signaalwaarden rondom het covidvirus (naast testuitslagen over virusdeeltjes in het rioolwater). Al voor de covidpandemie waren de ROAZ-regio's bezig met het realtime inzichtelijk maken van de beschikbare (acute) zorgcapaciteit. De focus lag hierbij op een systeem dat inzicht biedt in de beschikbaarheid van capaciteit op de spoedeisende hulp (SEH) en de acute afdelingen. De komst van covid heeft deze behoefte aan inzicht in de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen versterkt. Het systeem van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) faciliteert dit inzicht 7 × 24 uur. Het systeem geeft met informatie vanuit de ziekenhuizen automatisch en realtime inzicht in bezetting en capaciteit. Het vervangt de Excel-uitvraag door de RCPS'en en

¹⁶ Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen, *Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID-19*, juni 2022.

het LCPS omtrent (covid- en non-covid-)capaciteit en covidbezetting. Dit speelt in op de noodzaak tot snel en gericht schakelen ten tijde van schaarste en crisis.

De informatie omtrent bezetting en capaciteit in de ziekenhuizen wordt op basis van afspraken gedeeld met de ROAZ-en, het veld en externe partijen in de LCPS-dagrapportage. Hierin worden ook de prognoses voor de covidbezetting getoond. Daarnaast verzorgt het LCPS een overzicht van de gewenste verplaatsingen in tijden van spreiding (beeld van het Patient Evacuation Coordination Center (PECC)). Naast deze twee (in principe) dagelijkse stuurmiddelen wordt er (in principe) wekelijks door het LCPS de weekrapportage uitgebracht. Deze rapportage geeft duiding van de cijfers van de afgelopen weken en kijkt vooruit naar de komende (twee) weken. Hierbij wordt ook informatie gebundeld van andere organisaties zoals het RIVM, de GGD GHOR Nederland en de NZa om een breder beeld te geven van de (covid)druk.

Voor wat betreft de sector verpleging en verzorging worden de landelijk beschikbare en bezette bedden – inclusief prognoses – voor covidpatiënten in de verpleeghuizen en woonzorgcentra door GGD GHOR Nederland gemonitord en weergegeven in de ‘Monitor zorgcontinuïteit niet-acute zorg’. Deze monitor wordt geactiveerd indien de situatie daar aanleiding toe geeft.

3.4 Zicht op druk in de zorgketen (Dashboard Zorgketen)

Begin 2021 is de Landelijke Ketenmonitor Zorg (LKZ) opgesteld door GGD GHOR Nederland, NZa en LCPS. Deze monitor gaf een zo goed en volledig mogelijk regionaal en landelijk beeld van de (op- of aflopende) druk op de totale zorg in Nederland. De monitor leverde ketenbrede informatie op en gaf een goed beeld van de zorgketen als geheel.

In de zomer van 2022 is door VWS aan het LCPS, de NZa en GGD GHOR Nederland gevraagd een verbeterd inzicht te leveren in de keten om bij een eventuele golf in het najaar van 2022 hierop te kunnen acteren. Ook het Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen adviseerde tot het meer en beter regionaal uitwisselen van informatie ter optimalisatie van de efficiënte benutting van patiëntenstromen tussen organisaties. Er is in samenwerking met de ROAZ-regio's gekeken naar de eerdere LKZ en de behoeften van de ROAZ-regio's aan sturingsinformatie. Sinds augustus 2022 is er het Dashboard Zorgketen. Hierin is zowel een overzicht van de huidige druk op de zorg te vinden door een ‘stoplicht’ per ketensector als door een verdiepende pagina per sector. Waar mogelijk kan er van landelijk niveau worden ingezoomd op ROAZ- of veiligheidsniveau en op lokaal niveau. Door informatie op verschillende niveaus inzichtelijk te krijgen én inzicht te hebben in de gehele keten, is het mogelijk tijdig te sturen wanneer zich knelpunten voordoen.

3.5 Vroegtijdige signalering en monitoring van andere factoren en effecten

Een voorbeeld van een andere factor die mogelijk tot druk op de zorg leidt, is het griepvirus. De kans bestaat dat er een forse griepgolf komt. Als die zich voordoet, zal dat een grote belasting vormen voor de zorg. Een aantal jaren geleden heeft dit, zonder covid, al tot problemen geleid in de ziekenhuizen. In afstemming met de ROAZ-regio's wordt besloten of monitoring van andere factoren nodig (en mogelijk) is.

Een ander initiatief dat bijdraagt aan de informatievoorziening omtrent effecten van de druk op de zorg door COVID-19 is het ‘Zorgbeeldportaal’ van de NZa. De NZa heeft ziekenhuizen gevraagd om informatie aan te leveren over diverse indicatoren omtrent druk op de zorg, zoals afschaling van de operatiekamers, de levering van planbare, kritieke planbare en (semi-)acute zorg, het aantal patiënten per verpleegkundige en het ziekteverzuim. Deze informatie is ook relevant bij de fasering en coördinatie.

Ook heeft de NZa een monitor 'Toegankelijkheid van Zorg' ontwikkeld over de gevolgen van de corona-uitbraak voor de medisch-specialistische zorg, de ggz en de vervolgzorg. Het doel van deze monitor is om een beeld te krijgen van de huidige stand van de (uitgestelde) zorg en de toegankelijkheid van de zorg, en te monitoren hoe deze zich ontwikkelen. De monitor geeft onder andere inzicht in cijfers over wachtlijsten en de voortgang van de reguliere zorg.

4. Regionale en landelijke coördinatie en spreiding over ziekenhuizen

4.1 Inleiding

Over het algemeen geldt dat hoe heviger de crisis is, hoe meer de coördinatie en spreiding verschuiven van lokaal naar regionaal naar landelijk niveau, zoals ook al eerder is vermeld. De RCPS'en en het LCPS spelen hierbij een belangrijke rol om de werklast van de covidzorg over de Nederlandse ziekenhuizen te verdelen zodat de patiëntenzorg zo goed mogelijk kan doorgaan.

4.2 Spreidingsstrategie

Door spreiding wordt de werklast van de covidzorg in de ziekenhuizen zo evenredig mogelijk verdeeld over de regio's en kan de totale patiëntenzorg in Nederland zo goed mogelijk doorgaan. De spreiding van covidpatiënten over de ziekenhuizen binnen de regio's vindt plaats op basis van afspraken die zijn gemaakt over de patiëntenverdeling in de regio zelf. De landelijke spreiding vindt plaats op basis van een afgesproken verdeelsleutel, oftewel de 'fair share', zodat iedere regio een evenredig deel van de covidpatiënten ontvangt. Het is dan ook op regionaal en landelijk niveau bepaald welk aandeel een ziekenhuis (voor de RCPS/ROAZ-regio's en voor het LCPS/landelijk) beschikbaar stelt voor covidzorg.

Naarmate fase 3 dichterbij komt, ontstaat er een moment waarop één regio of meerdere regio's, als gevolg van absolute schaarste aan IC-capaciteit, de kritieke planbare zorg (< 6 weken) of later de (semi-)acute zorg niet meer volledig kan of kunnen leveren. Als deze afschaling de 6 weken overschrijdt, gaat er gezondheidsschade optreden bij deze categorie patiënten. Deze regio(s) kan/kunnen worden ontzien door de spreidingsstrategie aan te passen. Door inzet van deze strategie kan een dergelijke situatie worden voorkomen of tenminste worden uitgesteld. De fair share over alle regio's zal worden aangepast naar een fair share over de regio's die nog in staat zijn om patiënten over te nemen. De ROAZ-voorzitters in LNAZ-verband nemen hiertoe een besluit op initiatief van één of meerdere regio's. Wanneer de druk verder toeneemt in fase 2d zal ook deze spreidingsstrategie niet afdoende zijn en wordt er gespreid op basis van beschikbare bedden. Dit betekent dat wordt overgegaan naar fase 3.

Het LCPS verzorgt, zoals in het vorige hoofdstuk ook is vermeld, (in principe dagelijks) een overzicht van de gewenste verplaatsingsrichtingen op basis van het actuele beeld. Afgesproken is dat uitsluitend patiënten die vanwege COVID-19 zijn opgenomen in het ziekenhuis in aanmerking komen voor spreiding. De operationele uitvoering van deze spreidingsstrategie vindt plaats in afstemming tussen de RCPS'en en het LCPS en is onderdeel van het *Handboek Landelijke Coördinatie* van het LCPS/RCPS.







4.2.1 Spreiding in relatie tot de VVT

Bij spreiding is het van belang om ook aandacht te hebben voor de doorstroming bij ontslag uit het ziekenhuis naar de VVT van de van buiten de regio overgeplaatste covidpatiënten. Dit kan inzichtelijk worden gemaakt door regionale uitwisseling van capaciteitsgegevens en (contact)informatie om de efficiënte benutting van patiëntenstromen tussen organisaties te kunnen optimaliseren. Het gaat daarbij om inzicht in meerdere patiëntengroepen, waaronder covidpatiënten, in de VVT.¹⁷

¹⁷ Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen, *Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID-19*, juni 2022.

4.3 De RCPS'en

De rollen, taken en verantwoordelijkheden van de RCPS'en tijdens de covidpandemie zijn vastgelegd (figuur 4.1). De regio's hebben het RCPS verder naar eigen inzicht ingericht, waarbij in afstemming met het LCPS en op basis van de regionale behoefte een RCPS geformeerd wordt. Het RCPS heeft op regioniveau een vergelijkbare doelstelling als het LCPS en verzorgt de regionale beeldvorming en operationele spreiding. In afstemming tussen RCPS en LCPS worden de openings- en bereikbaarheidstijden vastgesteld. In figuur 4.2 wordt meer informatie gegeven over de rollen en verantwoordelijkheden van de RCPS'en.

	RCPS (niet actief)	Minimaal RCPS	Maximaal RCPS
 Fase en situatie	Fase 1a Reguliere zorgverlening	Fase 1b Regionale covidpiek	Fase 2a, 2b, 2c, 2d en 3 Meerdere regionale covidpieken
 Rol RCPS	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Inzicht en signaleren als onderdeel van het ROAZ 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten <ul style="list-style-type: none"> Regionale coördinatie van patiëntverplaatsingen 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten <ul style="list-style-type: none"> Regionale coördinatie van patiëntverplaatsing Samenwerking met LCPS voor bovenregionale verplaatsingen
 Inrichting en bemensing	Contactpersoon(en) voor het RCPS binnen het ROAZ	<ul style="list-style-type: none"> Indicatie bemensing: 2 – 4 personen 	<ul style="list-style-type: none"> Indicatie bemensing: 4 – 8 personen
 Informatie	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan het LCPS Inzicht en signaleren van mogelijke knelpunten 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan het LCPS Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan LCPS (evt. meerdere keren per dag) Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten
 Patiënten matching	Door de individuele ziekenhuizen, zonder tussenkomst van het RCPS	<ul style="list-style-type: none"> Regionale matches door het RCPS Gebruik van PMR-tool door RCPS en ziekenhuizen 	<ul style="list-style-type: none"> Regionale matches door het RCPS, bovenregionaal door het LCPS Gebruik van PMR-tool door ziekenhuizen, RCPS en LCPS
 Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> Communicatie via regulier overleg ROAZ Communicatie via reguliere ROAZ-kanalen 	<ul style="list-style-type: none"> Structureel overleg tussen LCPS en RCPS <ul style="list-style-type: none"> Structureel overleg in de regio RCPS communicatie naar ketenpartners 	<ul style="list-style-type: none"> Structureel overleg tussen LCPS en RCPS <ul style="list-style-type: none"> Structureel overleg in de regio RCPS communicatie incl. informatie van LCPS naar ketenpartners

Figuur 4.1. Rollen, taken en verantwoordelijkheden RCPS per fase




4.4 Het LCPS

Het LCPS kent twee kerntaken: naast monitoring van de druk op de zorgketen (zie hoofdstuk 3) verzorgt het LCPS de bovenregionale spreiding. Het LCPS, als onderdeel van het LNAZ, heeft een actieve rol op het gebied van bovenregionale patiëntverplaatsingen vanaf het moment dat landelijke coördinatie plaats gaat vinden (vanaf fase 2a).

Vóór deze fase, in fase 1a en 1b, monitort het LCPS de covidbezetting in ziekenhuizen en signaleert het eventuele pieken of incidenten. In figuur 4.2 staan de volledige rollen en verantwoordelijkheden van het LCPS per fase. De precieze beschrijving van landelijke taken en verantwoordelijkheden bij het overgaan naar verschillende fasen is vastgelegd in een handboek.¹⁸ Gelet op de huidige pandemie wordt in alle fasen van het plan voorzien in deze informatie.

Nauwe samenwerking met een groot aantal geselecteerde stakeholders, zoals brancheverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, coördinatieorganen op regionaal en nationaal niveau, patiëntenvertegenwoordiging en toezichthouders, is essentieel. Onder andere voor het creëren van draagvlak en een goede werking van de coördinatie van dit opschalingsplan. Dit is dan ook een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van het LCPS. Daarnaast is betrokkenheid bij het LCPS en/of RCPS van medisch-inhoudelijke experts, zoals intensivisten en verpleegkundigen uit relevante delen van de keten, essentieel.

¹⁸ LCPS/RCPS, *Handboek Landelijke Coördinatie*, juni 2020.

	Fase 1a	Fase 1b	Fase 2 (a, b en c)	Fase 2d	Fase 3
 Landelijk	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders Eventuele escalatiemogelijkheid voor patiëntenspreiding vanuit behoefte regio 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders Landelijke coördinatie Regie over internationale samenwerking Landelijke opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders Landelijke coördinatie Regie over internationale samenwerking Landelijke opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit Monitoren coronadashboard Informeren stakeholders Landelijke coördinatie Regie over internationale samenwerking
 Regionaal	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit Informeren LCPS & veld Regionale coördinatie Regionale spreiding op basis van verdeelafspraken regio Beperkte opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit Informeren LCPS & veld Regionale coördinatie Regionale opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit Informeren LCPS & veld Regionale coördinatie 	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in regionale capaciteit Informeren LCPS & veld Regionale coördinatie
 ZKH	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opvangen van pieken Interne maatregelen 	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opschalen Informeren RCPS Beperkte opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opschalen 	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opschalen 	<ul style="list-style-type: none"> Informatievoorziening Lokaal opschalen

Figuur 4.2. Rollen, taken en verantwoordelijkheden LCPS per fase

4.5 Vervoer

Oplopende druk in de ziekenhuizen en regionale en landelijke spreiding van covidpatiënten kunnen ook tot extra druk op het vervoer leiden. Het gaat hierbij zowel om de ambulancezorgaanbieders als de mobiele intensive care unit (MICU). Om het vervoer bij oplopende druk te optimaliseren, zijn er gezamenlijke afspraken gemaakt door de betrokken ketenpartners.

4.5.1 Vervoersafspraken bij spreiding van covidpatiënten

4.5.1.1. Vervoer van IC-patiënten

Conform de geldende kwaliteitsstandaard worden IC-patiënten vervoerd door MICU-teams in speciaal daarvoor ingerichte voertuigen. In de reguliere situatie zijn er zeven MICU-voertuigen beschikbaar voor het vervoer van IC-patiënten. De indicatiestelling voor MICU-transport wordt gecoördineerd door de zeven regionale MICU-coördinatoren.

Deze MICU-coördinatoren hebben ook in tijden van spreiding het overzicht op het bovenregionale covidvervoer georganiseerd door het LCPS en hebben het overzicht op het regionale covid- en non-covid-IC-vervoer. Dit proces is reeds geïmplementeerd bij de regionale meldkamers ambulancezorg (MKA's). De MKA's dragen zorg voor een actuele registratie in het Geïntegreerd Meldkamer Systeem (GMS). Reeds geplande ritten worden ook door de MKA's in het GMS geregistreerd.

Een toename van de bezettingsgraad van het aantal (opgeschaalde) IC-bedden heeft effect op het aantal vervoersbewegingen voor IC-patiënten. Een onevenredige verdeling van de instroom in de Nederlandse ziekenhuizen – waardoor landelijke patiëntenspreiding nodig is – is bepalend voor het aantal vervoersbewegingen. Daarbij is het principe van 'fair share' leidend. Om goed gebruik te kunnen maken van de beschikbare MICU-capaciteit is het streven om bij matching door het LCPS voor 12:00 uur de patiënt nog dezelfde dag te verplaatsen. Bij matching door het LCPS na 12:00 uur wordt de IC-overplaatsing ingepland voor de volgende dag tussen 08:00 en 12:00 uur.

Bij acute capaciteitsproblemen kan altijd worden beoordeeld of een eerdere inzet van een MICU haalbaar is. Daarnaast is er de mogelijkheid om patiënten met ‘begeleid IC-vervoer’ te verplaatsen conform het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) (versie 8.1), het protocol Interklinische overplaatsing en de ‘Richtlijn Interklinisch transport van IC-patiënten 2019’ van het NVIC.

Zoals ook door het Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen is genoemd, kan met de inzet van kliniegedelegeerde zorg met behulp van *high flow nasal oxygen* (HFNO) een opname op de IC in een aantal gevallen worden voorkomen. Het Expertteam oppert ook om het vervoer van HFNO-patiënten mogelijk te maken om de inzet van HFNO te stimuleren. Met de huidige inrichting van een MICU kan nu geen HFNO-patiënt worden vervoerd, doordat het HFNO-systeem significant meer zuurstof verbruikt in vergelijking met andere beademingssystemen. Aanpassingen aan een vervoersmiddel zijn vereist om dit te kunnen realiseren. De FMS heeft eerder in haar ‘Leidraad Criteria voor overplaatsing van COVID-19 patiënten naar een ander ziekenhuis’¹⁹ opgenomen dat een patiënt met HFNO niet kan worden overgeplaatst.²⁰

Vervoer van klinische patiënten

4.5.1.2. Vervoer van klinische patiënten

Conform de geldende kwaliteitsstandaard worden klinische patiënten vervoerd door de ambulancezorg. De indicatiestelling voor ambulancezorg wordt gedaan door de meldkamer ambulancezorg. Ook voor het vervoer van klinische patiënten in tijden van spreiding geldt dat om goed gebruik te kunnen maken van de beschikbare ambulancecapaciteit het streven is om bij matching door het LCPS voor 12:00 uur de patiënt nog dezelfde dag te verplaatsen. Bij matching door het LCPS na 12:00 uur wordt de klinische overplaatsing ingepland op de volgende dag tussen 08:00 en 12:00 uur.

Bij acute capaciteitsproblemen kan altijd worden beoordeeld of een eerdere inzet van de ambulancezorg haalbaar is.

4.5.1.3. Coördinatie van vervoer

Verzoeken tot overplaatsing van covidpatiënten worden via lokale ziekenhuizen, het RCPS en/of het LCPS ingediend. Er wordt onderscheid gemaakt tussen planbaar en spoedvervoer. Vanwege redenen van efficiëntie is het wenselijk om deze twee typen te scheiden zodat de inzetbare uren van de MICU en de ambulancezorg optimaal benut worden.

4.5.1.4. Planbaar vervoer

Vanaf fase 2 vindt er centrale afstemming plaats over het vervoer van klinische en IC-patiënten. Dagelijks wordt het planbare vervoer, in afstemming met LCPS (dispatch AZN), RCPS en MICU, in kaart gebracht en ingepland voor vervoer op de volgende dag. Hierbij geldt dat het ontvangende ziekenhuis het bed reserveert voor de reeds aangemelde patiënt. Zoals eerder genoemd, zijn er afspraken gemaakt over de matching door het LCPS op gezette tijden en het moment dat de patiënt wordt verplaatst.

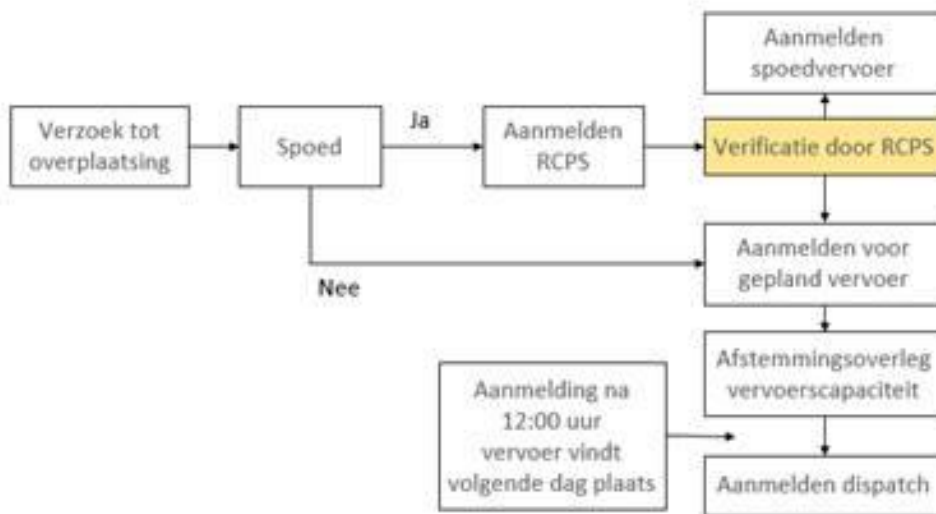
¹⁹ FMS, *Leidraad Criteria voor overplaatsing van COVID-19 patiënten naar een ander ziekenhuis*, versie 29 november 2021.

²⁰ Mogelijk komt er een aanvulling op de richtlijn ‘Niet-invasieve ademhalingsondersteuning – organisatie van zorg’ om toch patiënten met HFNO te kunnen vervoeren. Deze richtlijn dient in dat geval afgestemd te worden met de ambulancezorg.

4.5.1.5. Spoedvervoer

Te allen tijde is het mogelijk om een aanvraag tot spoedvervoer te doen. De spoedindicatie wordt bepaald op basis van een absoluut tekort aan beschikbare klinische of IC-bedden, inclusief BOSS, of een patiëntgebonden indicatie. In de planning van het vervoer wordt er rekening mee gehouden dat er voldoende ruimte is om ook het spoedvervoer te faciliteren.

Het verzoek tot spoedoverplaatsing wordt in het geval van een absoluut tekort aan (IC-)bedden geverifieerd door het RCPS, waarbij er primair wordt gezocht naar een regionale oplossing. Mocht er regionaal geen (IC-)capaciteit beschikbaar zijn, dan zal het LCPS de aanvraag tot spoedvervoer overnemen. Bij een verzoek tot spoedoverplaatsing op basis van een patiëntgebonden reden, vindt er geen verificatie plaats. Voor deze aanvraag geldt de reguliere werkwijze.



Figuur 4.3. Proces voor spoedvervoer

Partijen gaan ervan uit dat alle IC-houdende ziekenhuizen zijn voorbereid op de 'Richtlijn Interklinisch transport van IC-patiënten 2019' van de NVIC en dat ze de daarvoor benodigde middelen beschikbaar hebben. Daarbij is het voor de ziekenhuizen van belang om vast te stellen dat deze middelen toepasbaar zijn in de ambulances van de eigen RAV.

4.5.2 Opschaling vervoerscapaciteit

4.5.2.1. Opschaling MICU-capaciteit

Het opschalen van vervoerscapaciteit is sterk afhankelijk van de actuele situatie. Er is een directe relatie tussen het aantal IC-bedden en het aantal beschikbare MICU-voertuigen. De bemensing van de MICU wordt immers onttrokken aan de IC. Of opschalen van MICU-capaciteit mogelijk is, hangt dan ook af van de lokale situatie. Ook het soort van MICU-opscaling (uitbreiden van inzetijden, dan wel een extra MICU-team overdag) zal kunnen wisselen per centrum.

Vanaf fase 2 vindt er een 'afstemmingsoverleg vervoerscapaciteit' plaats indien dat noodzakelijk geacht wordt door een van de deelnemers of omdat het operationele proces daar om vraagt. In dit overleg zijn de NVIC, de AZN, de MICU-coördinatoren en het LCPS vertegenwoordigd. Op basis van het actuele beeld wordt besloten of opschaling van vervoerscapaciteit geïndiceerd is en hoe deze het beste vormgegeven kan worden. Indien de

voorgestelde opschaling een negatief effect heeft op de IC-capaciteit, zal het dagelijks bestuur LNAZ hierover besluiten.

Aansluitend op het opschalingsmodel van het LNAZ wordt het volgende opschalingsmodel voor vervoer van IC-patiënten gevolgd:

- Regionale MICU-coördinatie zoals gebruikelijk in niet-crisissituaties. Bij te veel aanvragen wordt hulp ingeroepen van naburige MICU-centra.
- Indien ondanks hulp van naburige MICU-centra de transportcapaciteit tekortschiet, zal landelijke MICU-bijstand gevraagd worden en kan zo nodig overgegaan worden tot opschaling van de landelijke MICU-capaciteit naar maximaal 14 MICU's (haalbaarheid is afhankelijk van de lokale situatie per MICU-centrum en kan ten koste gaan van IC-capaciteit).

Daarnaast betreft het handelingsperspectief voor opschaling van de MICU-capaciteit de volgende maatregelen:

- uitbreiding van de inzetijden van de MICU's; dan wel
- inzet van een helikopter.

Zoals ook gebruikelijk in een niet-crisissituatie is er conform het LPA 8.1-protocol en de 'Richtlijn Interklinisch transport van IC-patiënten 2019' ruimte om IC-patiënten met een begeleid transport over te plaatsen. De indicatie hiervoor wordt gesteld door de verwijzend intensivist en deze faciliteert conform de gestelde eisen van de NVIC-richtlijn ook het transport.

4.5.2.2. Opschaling helikoptertransport

Bij de start van de pandemie is gebruikgemaakt van een helikopter om IC-patiënten te verplaatsen, waarbij het mobiel medisch team (MMT) van de helikopter, bestaande uit een MMT-arts en een MMT-verpleegkundige, de zorg voor de patiënt in de lucht verzorgt. De inzet van dit MMT ten behoeve van het vervoer van IC-patiënten met COVID-19 over grote afstanden is sinds 2020 onderdeel van dit plan. De inzet van een helikopter kan wederom een optie zijn indien, ondanks een effectief gebruik van de MICU's, de transportcapaciteit tekort dreigt te schieten. De helikopter kan dan ingezet worden bij transporten over grote afstanden (> 100 km). Tevens kan de helikopter ingezet worden bij transporten naar het buitenland. Het aantal helikopters dat geschikt is voor vervoer van IC-covidpatiënten is evenwel beperkt. De helikoptertransport wordt geleverd vanuit de reservecapaciteit van de Lifeliners en betreft de LL5.

Daarnaast is in Nederland één ambulancehelikopter beschikbaar (met een back-up). Deze ambulancehelikopter is de Waddenheli van RAV-Fryslân die wordt ingezet voor acute zorg op de Waddeneilanden en kan om deze reden niet ingezet worden voor het vervoer van covidpatiënten. De covidpandemie heeft tot nu toe geleerd dat wanneer deze Waddenheli voor IC-transport wordt ingezet voor covidpatiënten, er feitelijk geen alternatief beschikbaar is om eenzelfde niveau van acute zorg op de Waddeneilanden te garanderen. Inzet van de reservehelikopter van de Waddenheli is wel mogelijk indien deze niet nodig is ter vervanging van de Waddenheli. Afstemming rondom nut en noodzaak van de inzet hiervan zal in samenwerking met VWS worden gedaan.

4.5.2.3. Opschaling vervoer bij overplaatsingen naar het buitenland

Indien het noodzakelijk wordt om patiënten over te plaatsen naar het buitenland, wordt hiervoor primair een helikopter ingezet (uitgezonderd voor korte transportafstanden in de grensregio). Dit voorkomt de langdurige afwezigheid van een MICU in het eigen verzorgingsgebied.

4.5.2.4. Opschaling ambulancecapaciteit

Naast de opschaling van de specialistische vervoerscapaciteit kan er behoefte ontstaan om de reguliere ambulancecapaciteit uit te breiden voor klinische patiënten. Het handelingsperspectief hiervoor zal bepaald worden door de actuele omstandigheden. Optimalisatie van de capaciteit is hierbij een belangrijk item op een vergelijkbare wijze als bij het MICU-vervoer (zie paragraaf 4.5.2.1). Het ambulancevervoer zal conform de bestaande afspraken worden uitgevoerd. Hierbij worden de volgende mogelijkheden geboden:

- de uitplaatsende RAV verzorgt het vervoer;
- de ontvangende RAV verzorgt het vervoer;
- conform sectorale afspraken over ambulancebijstand kan de ambulancecapaciteit worden uitgebreid. Het vervoeren van klinische patiënten per bus onder verantwoordelijkheid van de RAV is hierbij een optie.

5. Zorg in ketenverband bij toenemende druk

5.1 Inleiding

Het accent in dit plan ligt weliswaar op de ziekenhuizen, maar de intensieve samenwerking met ketenpartners uit de sector verpleging en verzorging, de revalidatiezorg, de wijkverpleging en de huisartsenzorg is essentieel om de druk in de acute zorgketen op te kunnen vangen. Dit gaat zowel om een goede horizontale afstemming tussen bijvoorbeeld huisarts en wijkverpleging, als verticaal in de keten. Ten tijde van oplopende druk is het van belang dat partijen in de regio zich committeren om elkaar te ondersteunen en dat er afspraken worden gemaakt in de keten om de continuïteit van de acute zorg te waarborgen. Zo kunnen sectoren elkaar ondersteunen door patiënten op te vangen uit een andere sector of door het anders organiseren van zorg, vervroegde uitstroom of overnemen van zorg. Afstemming en afspraken hieromtrent worden gemaakt op lokaal niveau en/of in regionaal verband. Hierbij is het goed te bezien hoe ook patiëntenvertegenwoordiging kan worden betrokken. Bij de regionale afstemming zitten ook de zorgverzekeraars aan tafel die vanuit hun zorgplicht een belangrijke verantwoordelijkheid hebben voor het waarborgen van de toegankelijkheid van zowel de (semi-)acute als de planbare zorg.

5.2 Samenwerking in de keten

Door goede samenwerking in de keten kan de doorstroom van patiënten worden bevorderd. In deze paragraaf worden enkele voorbeelden van samenwerkingsopties benoemd, maar er zijn uiteraard meer mogelijkheden. Een krachtig voorbeeld van samenwerking in de keten is het verminderen van de instroom van patiënten in het ziekenhuis door patiënten met zuurstof (en thuiszorg) in de thuisomgeving te behandelen en te monitoren zoals ook door het Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen²¹ als module wordt genoemd. Dit kan ziekenhuizen ontlasten doordat ziekenhuisopnames worden voorkomen en/of vervroegd ontslag van patiënten mogelijk wordt gemaakt. De inzet van zuurstof in de thuisomgeving kan ook worden ingezet bij andere patiëntgroepen (bijvoorbeeld patiënten met griep of hartfalen) om zo in het ziekenhuis zorg op te kunnen schalen voor covidpatiënten. Afstemming met betrokken partijen (waaronder huisartsen en thuiszorg) is hierbij essentieel. De mate van deze inzet wordt beperkt door de beschikbaarheid van menskracht en op enig moment ook door beperking van apparatuur. Op regioniveau worden afspraken gemaakt over implementatie van de modules en andere maatregelen om de keten te ontlasten. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat waar van toepassing zorgverzekeraars, op basis van een constructieve dialoog, meewerken aan het bekostigen van deze maatregelen.

Een ander voorbeeld is de inzet van vroegsignalering van hoogrisicopatiënten, dat wil zeggen signalering door de wijkverpleging en/of de huisartsenpraktijk voordat de patiënt in zorg komt. Vroegsignalering of vergelijkbare interventies met hetzelfde doel in combinatie met preventieve interventies dragen daarmee bij aan de doorgang van klasse 3-, 4- en 5-zorg doordat de druk op de zorg afneemt. Daarnaast draagt het bij aan het verlagen van de druk op vrijwel alle ketenpartners doordat hiermee de instroom van patiënten voorkomen kan worden. Deze activiteit bevindt zich op de scheidslijn van het publieke domein en de zorg. In Nederland is hiermee ervaring opgedaan door de inzet van het *early warning*-systeem (EWS) in de regio Amsterdam.²²

Ook bleek het mogelijk om covidpatiënten medisch verantwoord en ten dele versneld uit te plaatsen naar tijdelijke extra bedden in de verplegings- en verzorgingsinstellingen (inclusief geriatrische revalidatie). Dit

²¹ Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen, *Optimalisatie ziekenhuiscare in tijden van COVID-19*, juni 2022.

²² Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen, *Optimalisatie ziekenhuiscare in tijden van COVID-19*, juni 2022.

bevordert de doorstroming van covidpatiënten naar zorg in de eerste lijn of de sector verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT-sector). Ook hiervoor is het van belang dat er in het ROAZ met de betrokken VVT-instelling en de zorgverzekeraar afspraken worden gemaakt. Voor de zorg in de thuisituatie moeten wijkverpleegkundigen en de technische thuiszorgverpleegkundigen ook over de materialen kunnen beschikken om thuisisolatiebedden te realiseren.

Tevens bestaat de mogelijkheid dat klinische covidpatiënten uit ziekenhuizen door revalidatiecentra worden overgenomen. In al deze gevallen wordt bij voorkeur gewerkt volgens het proces van *advance care planning*, zodat tijdig de juiste zorg op de juiste plek geboden kan worden.

Ook kan bij oplopende druk worden ingezet op de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de zelfstandige behandelcentra (ZBC's) door het uitplaatsen van zorg om zodoende de druk op de klasse 4- en klasse 5-zorg te verlagen. Met de inzet van de ZBC's kan de klasse 3-zorg – de kritieke planbare zorg – doorgang vinden en kunnen de wachtlijsten voor klasse 4- en klasse 5-zorg beheersbaar blijven.²³ Op regioniveau zal worden bepaald in hoeverre deze samenwerking kan worden ingezet. Aandachtspunt hierbij is dat het geen knelpunten mag opleveren elders in de keten zoals in de VVT-zorg of in de wijkverpleging en niet mag leiden tot personele tekorten elders.

Ook huisartsenposten en SEH's kunnen elkaar mogelijk ondersteunen bij oplopende druk. Voor al deze voorbeelden geldt dat het maken van afspraken en de afstemming plaatsvinden op lokaal of regionaal niveau en binnen de mogelijkheden van betrokken partijen. Zo mogelijk wordt hierbij ook patiëntenvertegenwoordigers betrokken. Tot slot is het goed om ook aandacht te hebben voor de nazorg van covidpatiënten – met name door de wijkverpleging – en de behandeling van long-covidpatiënten waarbij ketensamenwerking essentieel is.

Daarnaast kunnen zorgorganisaties, om te voorzien in de behoefte aan tijdelijke, snel inzetbare zorgcapaciteit bij crises, een beroep doen op zorgreservisten die zich hebben aangesloten bij het initiatief van de Stichting Extra ZorgSamen.²⁴ Deze Nationale Zorgreserve (NZR) is bedoeld als een *last resort* daar waar organisaties er intern, met behulp van uitzendbureaus of in regionale samenwerking met andere zorgorganisaties, niet meer uitkomen.

5.2.1 Samenwerking in de keten richting een fase van crisis bij oplopende pandemische druk

Naarmate de druk oploopt, kan de samenwerking met ketenpartners worden geïntensiveerd. Er zijn dan ook regionale en sectorale plannen opgesteld die een handelingsperspectief bieden aan zorgverleners in de keten bij een oplopende (pandemische) druk. Meer informatie hierover is opgenomen in het fase 3-plan van het LNAZ (*Alleen Samen. (Crisis)zorgverlening in de keten bij toenemende pandemische druk*).

5.3 Waarborgen van de toegankelijkheid van de SEH

Om de toegankelijkheid van de (semi-)acute zorg in de regio te waarborgen, is het van belang te voorkomen dat SEH's een presentatiestop afkondigen ten gevolge van een gebrek aan klinische capaciteit voor patiënten met COVID-19. Een presentatiestop bij een ziekenhuis heeft een grotere stroom covid- en non-covidpatiënten tot gevolg in de andere regionale ziekenhuizen. Dit kan leiden tot overmatige drukte (*crowding*) op de andere SEH's met alle negatieve gevolgen van dien. Het vergroot de kans dat ook op deze SEH's een presentatiestop

²³ Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen, *Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID-19*, juni 2022.

²⁴ Kamerbrief VWS, Lange termijn aanpak COVID-19, september 2022.

moet worden afgekondigd. Een presentatiestop van de SEH heeft ook gevolgen voor de ambulancezorgaanbieders die hierdoor langer onderweg zijn, waardoor de paraatheid in de regio onder druk kan komen te staan. In een periode van piekbelasting, zoals bijvoorbeeld ten tijde van een covidpandemie, is het belangrijk dat alle SEH's in een regio hun functie kunnen blijven vervullen, zodat ook de andere faciliteiten (bijvoorbeeld aanvullende diagnostiek en operatiekamers) van de ziekenhuizen gelijkmatig kunnen worden belast. Voldoende klinische capaciteit is ook van belang voor de IC en het operatiecomplex, omdat ook zij de patiënten moeten kunnen overplaatsen naar een afdeling.

Om een gebrek aan klinische capaciteit (bij covid) te voorkomen, is het van belang om vroegtijdig klinische patiënten te spreiden, in plaats van een tijdelijke presentatiestop op de SEH af te kondigen. De afspraken binnen de regio en tussen de RCPS'en en het LCPS voorzien erin om dit te realiseren. Om dit te bereiken wordt dagelijks de landelijke en regionale prognose in beschouwing genomen om te beoordelen welke klinische capaciteit van een individueel ziekenhuis nodig is. Gedurende kantooruren kan zodoende de opnamecapaciteit worden vrij gepland voor de verwachte opnames die dag, zodat de toestroom van covidpatiënten in de avond en nacht kan worden opgevangen. Juist omdat overplaatsen in de avond, de nacht of het weekend complexer is dan gedurende de dag, dient er overdag capaciteit vrij te worden gemaakt. Het vroegtijdig patiënten uitplaatsen en gelijkmatig binnen Nederland verdelen, voorkomt de noodzaak van een presentatiestop op de SEH's en daardoor van een ongelijkmatige verdeling van drukte binnen de acute zorg.

6. Opschaling van capaciteit in het ziekenhuis

6.1 Inleiding

Uitgangspunten voor de opschaling zijn de 999 IC-bedden (conform het overzicht in de *Staatscourant*²⁵) waarover tussen VWS en de ziekenhuizen eerder afspraken zijn gemaakt en de recente afspraak in het Integraal Zorgakkoord (IZA)²⁶ over uitbreiding van de IC-capaciteit richting 1.150 bedden.

Gegeven de 999 IC-bedden en het uitgangspunt dat er conform de kwaliteitsstandaard wordt gewerkt, gaat het om grofweg 800 bezette IC-bedden (conform NICE). De NVIC en V&VN-IC hebben eerder al aangegeven dat de optimale IC-bedbezetting 80% is zodat er altijd (BOSS-)capaciteit in de regio is om een patiënt op te nemen. De feitelijke beschikbaarheid hiervan kan in de praktijk afwijken onder invloed van vacatures en verzuim (mede veroorzaakt door COVID-19). Zo maken de NVIC en de V&VN-IC in hun rapport van mei 2022²⁷ melding van een door hen geschatte feitelijk optimale bezetting van 740 IC-bedden op dat moment.

De minister van VWS heeft aangegeven ten aanzien van de langetermijnaanpak covid dat het van belang is dat de IC-infrastructuur erop is toegerust om een mogelijk grote toestroom van covidpatiënten bij een volgende opleving zo goed mogelijk te kunnen opvangen zonder dat de reguliere zorg daar langdurig onder lijdt. De minister van VWS zal afspraken maken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars over opschaling tot 1.150 IC-bedden, waarbij personeel op basis van de zorgvraag flexibel kan worden op- en afgeschaald zonder dat dit ten koste gaat van de reguliere zorg.²⁸ Afspraken over de dekking van de kosten hiervan moeten nog komen.

Dit hoofdstuk beschrijft de voorwaarden om op geleide van het toenemende beroep op de zorg vanwege COVID-19 tot een maximale IC-bedden capaciteit en de benodigde kliniekcacpaciteit te komen. De inhoud van dit hoofdstuk is mede gebaseerd op het rapport van de NVIC en de V&VN-IC van 2022.²⁹ Voor het uitbreiden van het aantal IC-bedden geldt dat het opschalen binnen de regio wordt afgestemd. Deze opschaling zal alleen mogelijk zijn door samenwerking van de verschillende afdelingen én als aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. Opschaling heeft immers een grote impact op zowel het (verpleegkundig (gespecialiseerd)) personeel als op de patiënt.

Bij voorkeur wordt opschaling van bedden capaciteit voorkomen. Indien er toch substantieel moet worden opgeschaald, is het van belang dat overheidsmaatregelen worden ingezet om de druk op de zorg acuut te verlichten.

²⁵ *Staatscourant* 8 oktober 2021, nr. 43120.

²⁶ ActiZ e.a., *Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg*, september 2022.

²⁷ NVIC en V&VN-IC, *Capaciteit intensive care najaar/winter 2022-2023. Een plan voor opschaling tijdens pandemische druk*, mei 2022.

²⁸ Kamerbrief VWS, *Lange termijn aanpak COVID-19*, september 2022, blz. 13.

²⁹ NVIC en V&VN-IC, *Capaciteit intensive care najaar/winter 2022-2023. Een plan voor opschaling tijdens pandemische druk*, mei 2022.

6.2 Fasering uitbreiding IC-capaciteit

Stap 1. Beschikbaar maken van 1.141 IC-bedden

Bij toenemende druk wordt tijdelijk de IC-capaciteit in lijn met de eerdere afspraken van VWS met de ziekenhuizen, zoals opgenomen in de *Staatscourant*, opgeschaald naar 1.141 bedden. Dit zal een forse opgave zijn waardoor opschaling daarom slechts incidenteel bij piekbelasting kan worden bereikt.

Het structureel ophogen van de IC-capaciteit naar 1.141 IC-bedden in verband met de verwachte (niet aan COVID-19 gerelateerde) toenemende zorgvraag, is op dit moment niet mogelijk. Ondanks de ruime materiële en fysieke beschikbaarheid van IC-bedden en het opleiden van nieuwe IC-verpleegkundigen, zorgen factoren als ziekteverzuim en uitstroom ervoor dat er voor deze bedden onvoldoende personeel beschikbaar is. Dit blijkt onder andere uit het eerdergenoemde rapport van de NVIC en V&VN-IC.

Stap 2. Beschikbaar maken van 1.250 IC-bedden

Uitgaande van de huidige formatie, de druk op de zorg vanwege verzuim en de 999 beschikbare IC-bedden kan er momenteel maximaal naar 1.250 IC-bedden worden opgeschaald. Dit was eerder 1.350. Dit kan worden gerealiseerd indien er ondersteuners op de IC worden ingezet, de verpleegkundige-patiëntratio naar 1 : 2,5 gaat en het een beperkte periode (c.q. een aantal weken) betreft. De ondersteuners worden daarbij ook onttrokken aan de rest van de organisatie. Dit heeft effect op de andere zorg, waardoor afschaling van een deel van de reguliere zorg nodig is. Bij opschaling naar 1.250 IC-bedden voor covidzorg is er geen ruimte meer voor uitgestelde zorg. Daarnaast heeft patiëntenspreiding door de MICU's invloed op het aantal IC-bedden. Er is immers meer personeel nodig om de MICU te kunnen bemannen; dit personeel kan dan niet ingezet worden op de IC. Waar de extra IC-bedden gesitueerd zijn, kan verschillen per afdeling.

Het nemen van deze stap heeft effect op de kwaliteit van de zorg voor patiënten en voor de kwaliteitsbeleving (werkvreugde, vitaliteit) van het werk door het personeel. De beschikbare kennis, de beschikbare tijd en de kwaliteit van het personeel worden immers over een groter aantal patiënten verdeeld. Gebleken is dat langdurig opschalen gepaard gaat met verdunning van de inzet van personeel en leidt tot een gevoel van verlies van kwaliteit van zorg, toename van burn-outs, PTSS-klachten en morele stress onder personeel en daardoor tot ziekte en uitstroom.³⁰ Evenals bij opschaling naar 1.141 IC-bedden is opschaling naar 1.250 IC-bedden maar voor een beperkte duur (een beperkt aantal weken) mogelijk.

De mogelijkheid om op te schalen naar 1.250 IC-bedden hangt ervan af of de basisformatie op orde is. Per afdeling/ziekenhuis/regio kan dit in de tijd wisselen. Daarnaast heeft een eventueel hoog verzuim door covid een negatief effect op deze opschaling. Monitoring van beschikbare formatie c.q. capaciteit is daarom van belang. Hierbij dient te worden aangemerkt dat afdelingen verschillen, personele bezetting verschilt en de zorgwaarde van patiënten kan verschillen. Het kennen van aantallen maakt nog niet dat zonder andere gegevens een vertaling naar absolute capaciteit gemaakt kan worden. Monitoren dient verder niet enkel op basis van getallen te worden gedaan; de menselijke maat mag niet uit het oog verloren worden.

Ook hangt de mogelijkheid om op te schalen naar 1.250 IC-bedden af van de ontwikkeling van het virus en de impact ervan op ziekenhuisopnames. Zo zien we bij de omikronvariant meer covidpatiënten in het ziekenhuis

³⁰ Heesakkers, H. et al. 2021. The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive and Critical Care Nursing* 65: 1-6; Kok, N. et al. 2021. Coronavirus Disease 2019 Immediately Increases Burnout Symptoms in ICU Professionals: A Longitudinal Cohort Study. *Critical Care Medicine* 49(3): 419-427; Meynaar, I.A. et al. 2021. Burnout, resilience and work engagement among Dutch intensivists in the aftermath of the COVID-19 crisis: A nationwide survey. *Journal of Critical Care* 62: 1-5.

die zijn opgenomen vanwege een andere aandoening, maar ook toevallig positief testen. Dit heeft gevolgen voor de zorgzwaarte en de organisatie van zorg voor covidpatiënten en remt de mogelijkheid tot opschaling.

Stap 3. Opschaling naar meer dan 1.250 IC-bedden

Het opschalen naar meer dan 1.250 IC-bedden tot de eerder genoemde 1.700 IC-bedden is op papier misschien mogelijk, maar in de praktijk onwenselijk en onmogelijk. Voor deze mate van opschaling zijn zoveel ondersteuners nodig dat elders in de zorg te grote problemen ontstaan. De absolute gezondheidswinst van meer IC-capaciteit door deze manier van opschalen is ook kleiner dan de gezondheidsschade.

Wel wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij de materiële infrastructuur van 1.700 IC-bedden in stand houden. Er is namelijk de afgelopen twee jaar geïnvesteerd in de benodigde apparatuur en inventaris om toch in geval van nood te kunnen opschalen tot maximaal 1.700 IC-bedden. De verdeling van deze 1.700 bedden over de regio's is conform het opschalingsplan uit 2020.³¹

In vergelijking tot voorgaande plannen lijkt de capaciteit (op papier) voor covidpatiënten op de IC dus te worden gereduceerd. Deze reductie wordt echter in zekere mate gecompenseerd door het realiseren van de inzet van kliniekgedelegeerde zorg met behulp van de *high flow nasal oxygen* (HFNO). Hierdoor kan invasieve beademing in een aantal gevallen voorkomen worden, waardoor er geen IC-bed nodig is, maar de patiënt op een verpleegafdeling kan verblijven. Ook met het tijdelijk uitbreiden van de *post anesthesia care unit* (PACU)-capaciteit kan de druk op de IC worden verlicht doordat patiënten kunnen worden overgeplaatst naar een minder intensieve zorgsetting. Dit geldt echter enkel voor een gedefinieerde groep patiënten. Dit komt ook naar voren in het rapport van het Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen.

6.2.1 Stappenplan voor opschaling IC-capaciteit in de regio

In de voorgaande periode is bij de landelijke opschaling van de IC-capaciteit uitgegaan van gefaseerde uitbreiding van bedden. De beschikbaar te stellen capaciteit werd daarbij afgestemd op de zorgvraag. Dit maakte het mogelijk om niet meer capaciteit na te streven dan noodzakelijk. Dit beleid zal in het najaar worden gecontinueerd. De regio's zal worden gevraagd om hun bijdrage te leveren naar rato van hun 'fair share'. Hierbij zullen stappen worden gehanteerd om van 999 IC-bedden naar 1.141 tot 1.250 IC-bedden te komen. De regio's wordt gevraagd dit met de ziekenhuizen in de regio af te stemmen, zodat bij de verschillende stappen duidelijk is wat de consequenties zijn voor de ziekenhuizen en de afdelingen in de ziekenhuizen.

In dit opschalingsplan wordt uitgegaan van een opschaling naar 1.250 IC-bedden conform het volgende overzicht. Dit overzicht is een afgeleide van de eerdere afspraken over aantallen bedden tussen de ziekenhuizen en VWS in het kader van de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19.³² De fair share die iedere regio gevraagd wordt te leveren voor de 1.250 IC bedden is gelijk aan het aandeel dat de regio eerder werd gevraagd.

³¹ LNAZ, *Opschalingsplan COVID-19*, juni 2020.

³² *Staatscourant* 8 oktober 2021, nr. 43120.

Opschaling IC-bedden per ROAZ-regio	Verdeelsleutel	Uitgangssituatie	Uitbreiding IC-bedden naar 1.141 (fase 1+)	Uitbreiding IC-bedden naar 1.250
Totaal AZEUR	4,2%	44	44	53
Totaal NAZMN	7,4%	74	83	91
Totaal NAZNW + SZN	15,1%	157	174	189
Totaal NAZZ	6,9%	68	80	86
Totaal AZO	8,9%	77	102	111
Totaal NAZL	9,3%	79	103	116
Totaal AZNN	10,4%	108	120	130
Totaal NAZW	9,6%	99	109	120
Totaal TCZW	13,9%	144	160	174
Totaal NAZB	14,4%	149	166	180
Totaal	100%	999	1.141	1.250

Tabel 1. Overzicht opschaling IC-bedden per ROAZ-regio

Op regionaal niveau zijn verschillende strategieën ten aanzien van opschaling denkbaar. Zo kunnen alle aangewezen ziekenhuizen tegelijkertijd naar rato opschalen of dit kan gefaseerd in verschillend tempo per ziekenhuis plaatsvinden. De feitelijke wijze van opschaling binnen een regio is de verantwoordelijkheid van het betreffende ROAZ. Op die manier kan het opschalingsmodel afgestemd worden op de kenmerken van de regio.

6.3 Uitbreiding van de klinische capaciteit

De huidige dominante variant van het covidvirus (omikron) leidt tot meer druk in de kliniek dan op de IC. Door het grote aantal klinische bedden in Nederland hoeft de totale bedden capaciteit – in tegenstelling tot de IC – procentueel evenwel minder fors te worden opgeschaald. Dit omdat deze opschaling in de praktijk makkelijker te realiseren is vanwege grotere aantallen klinische bedden (± 15.000) en mindere complex is in vergelijking met opschaling van het aantal IC-bedden. Wel dient zo nodig de klinische capaciteit, gealloceerd voor bijvoorbeeld COVID-19 of andere virussen, te worden opgeschaald. Dit gaat dan ten koste van de reguliere zorg. Het op- en afschalen van deze klinische bedden capaciteit vindt plaats naar gelang de behoefte op basis van de zevendaagse prognose. Uitgangspunt is dat zowel non-covid- als covid-IC-patiënten in het betreffende ziekenhuis de klinische nazorg krijgen. In lijn met de vorige jaren is de bijdrage die iedere regio gevraagd wordt te bieden aan de opvang van klinische covid-patiënten gelijk aan de 'fair share' voor de IC.

Opgemerkt moet worden dat een intensieve ondersteuning in de kliniek een deel van de IC-opnames kan voorkomen. Daarnaast is er bij oplopende druk in de kliniek minder personeel beschikbaar om te ondersteunen op de IC, wat kan zorgen voor een hogere druk op de IC. Andersom werkt het ook zo: indien er IC-bedden capaciteit wordt opgeschaald, zijn er op de IC meer ondersteuners nodig (uit de kliniek), wat ten koste gaat van beschikbaar personeel in de kliniek. Ook dient er rekening mee te worden gehouden dat bij oplopende druk de zorgzwaarte anders kan worden (bijvoorbeeld door strengere selectie). Dit geldt zowel voor de IC als de kliniek.

Zoals al eerder genoemd, kan er met de inzet van kliniekgedelegeerde zorg met behulp van de HFNO in een aantal gevallen invasieve beademing worden voorkomen, waardoor er geen IC-bed nodig is. Echter, bij het implementeren van meer intensieve behandelingen buiten de IC dient rekening gehouden te worden met het

effect op de verpleegkundige-patiëntratio in de kliniek. Verschuiven van intensieve zorg van de IC naar de kliniek gaat immers gepaard met een verkleining van deze ratio.

6.4 Voorwaarden voor opschaling

6.4.1 Waardering

Zorgprofessionals, waaronder (gespecialiseerde) verpleegkundigen, hebben een belangrijke rol in het toegankelijk houden van de zorg. Zeggenschap is essentieel voor de waardering van zorgprofessionals. Waardeer kennis en ontwikkeling in financieel en immaterieel opzicht. Het ontbreken van waardering in de vorm van zeggenschap, loopbaanperspectief en financiële beloning is, naast werkdruk, personeelstekort en balans tussen werk en privé, de belangrijkste reden die genoemd wordt voor uitstroom naar andere functies.

6.4.2 Zeggenschap

Professionele zeggenschap en positionering door, voor en met zorgprofessionals, waaronder (gespecialiseerde) verpleegkundigen en verzorgenden, is essentieel in de ontwikkeling en het behoud van de beroepsgroep, zo stellen V&VN-IC, NVZ en NFU.³³ De zorgprofessionals dienen directe invloed te hebben op de wijze van de invulling en organisatie van de zorg. Door borging van het belang van zorgprofessionals in besturen van ziekenhuizen kunnen zij volwaardige gesprekspartners zijn bij de besluitvorming in de organisaties. Lokaal betekent dit dat ziekenhuisbestuurders voor de opvang van covidpatiënten samenwerken met artsen, (gespecialiseerde) verpleegkundigen en andere zorgprofessionals om de plannen uit te werken.

6.4.3 Loopbaanperspectief

Zorgprofessionals, waaronder (gespecialiseerde) verpleegkundigen, moeten gefaciliteerd worden om door te groeien binnen hun beroep, met behoud van tijd voor directe patiëntenzorg. Door functies te creëren waarin patiëntenzorg gecombineerd kan worden met onderwijs, kwaliteitsbeleid, onderzoek of management kunnen zorgprofessionals bouwen aan een carrière en behouden worden voor de directe patiëntenzorg. Aandacht voor deskundigheidsbevordering moet te allen tijde blijven bestaan en gefaciliteerd worden.

³³ V&VN, NFU en NVZ, 'Vergroten van professionele zeggenschap van zorgprofessionals'. Kort programmavoorstel voor VWS, 3 september 2021.

7. Afschalen van reguliere zorg

7.1 Inleiding

Zoals al aangegeven in hoofdstuk 2 kunnen verschillende instrumenten worden ingezet om de covidzorg op te vangen bij toenemende druk, waaronder het afschalen van de reguliere zorg. De laatstgenoemde maatregel wordt voorafgegaan door het opschalen van de bedden capaciteit op de IC en in de kliniek. Het afschalen van reguliere zorg vindt plaats op een glijdende schaal en veelal in combinatie met het opschalen van covidzorg. Keuzes over het afschalen van reguliere zorg worden gemaakt op basis van de ernst van de ziektebeelden, de potentiële gezondheidsschades en de kansen op herstel. De afgelopen periode heeft ons geleerd dat het afschalen van reguliere zorg een ingrijpend instrument is met (grote) impact voor de betrokken patiënten. Goede communicatie naar de betrokken zorgverleners, maar vooral ook naar de patiënten die dit raakt, is daarbij erg belangrijk.

7.2 Klassen van zorg

Figuur 7.1 onderscheidt vijf klassen van urgentie die voor de klinische zorg toepasbaar zijn. Covidzorg valt onder klasse 1- en klasse 2-zorg.

Klasse		Definitie in dit document	Termijn van zorg
Klasse 1 en 2	<i>Semi-acute zorg</i>	Zorg noodzakelijk, zeer hoog risico op gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 1 week.	< 1 week
Klasse 3	<i>Kritieke planbare zorg</i>	Aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 6 weken.	< 6 weken
Klasse 4	<i>Overig planbare zorg</i>	Enig risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel > 6 weken.	> 6 weken
Klasse 5	<i>Overig planbare zorg</i>	Geen permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel te verwachten.	> 6 weken

Figuur 7.1. Klassen van urgentie van klinische zorg (FMS)

Bij een oplopende druk kan worden besloten om op een gegeven moment de reguliere zorg af te schalen, te beginnen bij het afschalen van de klasse 5- en klasse 4-zorg – de planbare zorg. Klasse 3-zorg – de kritieke planbare zorg die binnen zes weken moet plaatsvinden – moet zoveel mogelijk doorgang blijven vinden, anders belanden we in fase 2d. Indien we toch in fase 2d komen, kan het voorkomen dat de klasse 3-zorg niet binnen de termijn van zes weken kan worden geboden. Bij overschrijding van deze termijn bestaat de mogelijkheid dat de klasse 3-zorg voor een patiënt overgaat naar klasse 2-zorg;³⁴ dit is een mogelijkheid en ter beoordeling aan

³⁴ FMS, *Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk*, versie 1.0, oktober 2020.

de hoofdbehandelaar van de patiënt. Dat kan vervolgens leiden tot een toename van de klasse 2-zorg, oftewel de semi-acute zorg.

8. Internationale samenwerking op de inzet van IC-capaciteit

8.1 Inleiding

Er zijn goede bilaterale contacten tussen de ziekenhuizen in het oosten van Nederland en collega-instellingen aan de andere kant van de grens. Bij oplopende coviddruk kon er contact worden gelegd met de Duitse bondsstaat Noordrijn-Westfalen en met individuele ziekenhuizen in de bondsstaat Nedersaksen voor het overnemen van IC-covidpatiënten. Dit is een zwaar instrument, gelet op de ingrijpende ervaring voor de patiënt en diens familie, dat idealiter zo laat mogelijk wordt ingezet.

8.2 Afspraken over gebruik Duitse IC-capaciteit

Op basis van de herbevestigde afspraken met Duitsland mag Nederland ook in de toekomst een beroep doen op Duitse IC-capaciteit. Het betreffen wederkerige afspraken waarbij niets is afgesproken over aantallen patiënten. Het gaat om afspraken over IC-zorg met de Duitse bondsstaat Noordrijn-Westfalen en met individuele ziekenhuizen in de bondsstaat Nedersaksen. De afspraken tussen Nederland en Duitsland voorzien in het gebruik van elkaars IC-bedden in gevallen van nood.

Voor Nederland gaat dit om een situatie waarin wordt opgeschaald richting de 1.250 IC-bedden en deze capaciteit onvoldoende dreigt te worden. Op dat moment zal Nederland in overleg treden over het sturen van IC-behoefte patiënten naar Duitsland. Gelet op de beperkte capaciteit om patiënten naar Duitsland te kunnen vervoeren, is het van belang om tijdig te beginnen met het overplaatsen van covid-IC-patiënten.

Met de Universitätsklinikum Münster, als Duits coördinatiepunt voor de beschikbare IC-bedden in de deelstaat Noordrijn-Westfalen, is gewerkt aan de operationele voorbereiding van de overdracht van patiënten naar Duitsland en vice versa. Medewerkers van de NIVC en collega's in de Universitätsklinikum werken hiertoe nauw samen. De gemaakte operationele afspraken zijn vastgelegd in een gezamenlijk Duits- en Nederlandstalig handboek getiteld *Handboek gebruik Duitse capaciteit*. Dit handboek is separaat van dit rapport uitgebracht en beschikbaar voor betrokkenen. Beide partijen schenken bijzondere aandacht aan de lessen die zijn geleerd uit ervaringen van betrokken patiënten en hun familie. Verplaatsing van een ernstig zieke patiënt naar een andere stad en wellicht een ander land is – naast de praktische uitdagingen – vooral een emotioneel zeer ingrijpende ervaring voor de patiënt en diens familie.³⁵

³⁵ De afdeling IQ Healthcare, onderdeel van Radboudumc, heeft een onderzoek in voorbereiding naar de ervaringen van covidpatiënten die vanuit Brabant en Limburg zijn verplaatst naar ziekenhuizen in andere (Nederlandse) provincies en van patiënten die zijn verplaatst naar Duitse ziekenhuizen. De resultaten daarvan worden later dit jaar verwacht en zullen door het LNAZ worden gebruikt voor eventuele aanpassingen van het protocol.

9. Bekostiging

Passende bekostiging van de betrokken partijen is een randvoorwaarde om dit plan te kunnen uitvoeren. Dit was de afgelopen jaren van belang, maar geldt ook voor 2023. Het gaat daarbij niet alleen om bekostiging van de (extra) capaciteit in de ziekenhuizen. Het gaat ook om de bekostiging van het ambulancevervoer, het MICU-transport en de eventuele inzet van de covidhelikopter voor het spreiden van covidpatiënten. Het geldt ook voor de eventuele inzet van tijdelijke extra bedden in de verplegings- en verzorgingsinstellingen en de coördinatie en informatievoorziening door het LCPS en de RCPS'en.

De afspraken over de bekostiging maken, in lijn met voorgaande jaren, geen onderdeel uit van dit coördinatie en opschalingsplan COVID-19. Partijen committeren zich aan de inhoud van dit coördinatie- en opschalingsplan. Daarbij zijn afspraken over de financiering een randvoorwaarde. Het is aan partijen om met zorgverzekeraars, VWS en de NZa te komen tot passende afspraken.

In dit kader is het goed om mee te geven dat NVZ en NFU aandacht vragen voor de nog niet gerealiseerde invulling van deze passende bekostiging voor 2023. Het is voor hen geen optie om dit coördinatie- en opschalingsplan te onderschrijven zonder deze randvoorwaarde te benoemen. Het commentaar van NVZ en NFU is daarom als bijlage 2 toegevoegd aan dit opschalingsplan.

10. Afkortingen

AIOS	arts in opleiding tot specialist
ALS	Advance Life Support
ANIOS	arts niet in opleiding tot specialist
ANW-diensten	avond-, nacht-, of weekenddiensten
AZN	Ambulancezorg Nederland
BOSS	beds open for safety and support
DB	dagelijks bestuur
DPG	directeur publieke gezondheid
GGD	gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHOR	geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
GIC	Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GMS	Geïntegreerd Meldkamer Systeem
HFNO	high flow nasal oxygen
IC	intensive care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LKZ	Landelijke Ketenmonitor Zorg
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg
LPZ	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
MICU	mobiele intensive care unit
MKA	meldkamer ambulancezorg
MMT	mobiel medisch team
MSOB	militaire steunverlening in het openbaar belang
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICE	Nationale Intensive Care Evaluatie
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PA	physician assistant
PACU	Post Anesthesia Care Unit
PECC	Patient Evacuation Coordination Center
PMR	Patient Movement Request
RAV	regionale ambulancevoorziening
RCPS	Regionaal Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	spoedeisende hulp
VS	verpleegkundig specialist
V&VN-IC	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Afdeling Intensive Care
VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg

VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZKH	ziekenhuis
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 1. Stappenplan opschaling personele inzet IC

Inleiding

Volgende en gekwalificeerd personeel is onmisbaar bij het uitbreiden en flexibel opschalen van de zorgcapaciteit. De op te schalen personele inzet betreft de IC, maar ook de verpleegafdelingen en de overige zorgketen. Ook ondersteunende diensten zullen veelal moeten opschalen.

Deze bijlage beschrijft hoe, ideaal gezien, er opgeschaald kan worden op de IC qua personele inzet. Hoe dit in de praktijk gaat werken, is afhankelijk van de beschikbaarheid van personeel. Per stap van opschaling wordt de benodigde inzet van verpleegkundig, ondersteunend en medisch personeel beschreven. Hierbij worden per stap ook uitgangspunten benoemd die bij de stap passen.

Stappenplan personeel bij opschaling IC

Verpleegkundigen

Stap 1 (1.150 IC-bedden). De IC-zorg wordt zoveel mogelijk door IC-verpleegkundigen gedaan. Voor het invullen van de vacatures kan gedacht worden aan:

- het inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen die niet structureel (meer) werkzaam zijn op de IC. Dit kan gerealiseerd worden in een duurzaam en structureel roulatiesysteem. Combinatiebanen (intern) moeten beter mogelijk gemaakt worden en nieuwe combinatiebanen kunnen worden ontwikkeld. Het roulatiesysteem geschiedt op vrijwillige basis;
- het aantrekken van IC-verpleegkundigen die niet langer werkzaam zijn in een ziekenhuis. Ook hier kan gedacht worden aan het creëren van combinatiebanen;
- het tijdelijk uitbreiden van (flexibele) contracturen van IC-verpleegkundigen;
- zicht creëren op voormalig IC-verpleegkundigen in een regio. Van deze personen een bestand opbouwen, het contact onderhouden en ze waarderen en erkennen. Om mogelijke inzet op de IC te faciliteren, zullen bepaalde hindernissen geslecht moeten worden;
- het loslaten van minimale contracturen (minimaal 24 uur per week werkzaam zijn op de IC). Denk aan 'seizoensgebonden' mogelijkheden voor het inzetten van (voormalig) IC-verpleegkundigen;
- het tijdelijk uitbreiden van contracturen onder goede (financiële) voorwaarden. Voor fulltime IC-verpleegkundigen zal gekeken moeten worden naar specifieke mogelijkheden. Bovendien zullen de voorwaarden voor uitbreiden van het contract van parttime medewerkers niet gunstiger moeten zijn dan het contract van reeds fulltime werkende IC-verpleegkundigen.

Gezien de verwachting dat het invullen van de vacatures niet op de korte termijn ook de gewenste formatie voor de volgende stap gaat opleveren, is mogelijk ook in stap 1 een rol weggelegd voor ondersteuners. Gedacht kan worden aan:

- verpleegkundigen met aanvullende vakinhoudelijke kennis om de IC-verpleegkundigen te ondersteunen;
- het veel beter doorvoeren van het advies om niet-verpleegkundige taken van IC-verpleegkundigen over te laten nemen. Denk bijvoorbeeld aan een centrale apotheek;
- professionals die de niet-verpleegkundige taken van IC-verpleegkundigen overnemen, zoals inzet van de technische dienst, de voedingsdienst, het secretariaat en paramedische zorgprofessionals.

Stap 2 (1.250 IC-bedden). Het team zoals dat bij stap 1 staat omschreven, is de basis voor de opschaling naar 1.250 IC-bedden.

In deze stap kan op korte termijn gedacht worden aan:

- een nog grotere inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen van de andere acute afdelingen. Dit heeft wel tot gevolg dat op de andere acute afdelingen zeer waarschijnlijk een differentiatie van werkzaamheden zal moeten plaatsvinden;
- tijdelijke inzet van voormalig IC-verpleegkundigen die nu andere functies vervullen en toewerken naar (beter georganiseerde) combinatiebanen;
- tijdelijk uitbreiden van (flexibele) contracturen van IC-verpleegkundigen.

Op de langere termijn:

- is het doel meer IC-verpleegkundigen te hebben opgeleid. Ondersteuners die basiscompetenties (ontwikkeld) hebben, krijgen de mogelijkheid zich verder te ontwikkelen tot IC-verpleegkundige of in een andere rol binnen de acute afdeling;
- ondersteuners en verpleegkundigen afkomstig van andere (niet-acute) afdelingen kunnen worden bijgeschoold om als ondersteuner op de IC te gaan werken;
- exploreren en implementeren of uitbreiden van taakdifferentiatie.

Gedurende een piekbelasting is de ondersteuning van alle ondersteunende professionals maximaal nodig:

- Alle gespecialiseerde verpleegkundigen uit het roulatiesysteem worden ingezet. Ook de acute verpleegkundigen moeten maximaal ingezet worden.
- Het hele team wordt de mogelijkheid geboden om de contracturen te verhogen.
- Verloven kunnen op vrijwillige basis ingetrokken worden.
- Enkel continue roosters plannen mits dat door de medewerkers gedragen wordt.

Voor een piekfase zijn de volgende oplossingsrichtingen denkbaar:

- inzet van studenten aan een opleiding binnen de gezondheidszorg. De afgelopen periode heeft geleerd dat ondersteunend personeel naast de voornoemde ondersteuners ook te vinden is binnen medische opleidingen en opleidingen die een raakvlak hebben met de gezondheidszorg. Dit sluit aan bij het *community-oriented medical education* (COME)-principe waarbij de behoefte van de maatschappij een rol speelt;
- inzet van defensiepersoneel. Hierbij moet men zich goed realiseren dat zij ook elders in het ziekenhuis ingezet kunnen worden, zodat personeel vrijgespeeld kan worden dat beter inzetbaar is op de IC.^{36, 37}

Voor de lange termijn kan overwogen worden om na het behalen van de bachelor en de start van de coschappen een verplichte opleiding en stage te doen om IC-ondersteuner of ondersteuner op een andere afdeling te worden. Tijdens de coschappen blijven de geneeskundestudenten 'reservist' en dus oproepbaar

³⁶ Gallagher T.H., Schleyer A.M. 'We Signed Up for This!' — Student and Trainee Responses to the Covid-19 Pandemic. N Engl J Med. 2020 Apr 8. DOI: 10.1056/NEJMp2005234. Online ahead of print.

³⁷ Association of American Medical Colleges. Interim guidance on medical students' participation in direct patient contact activities: principles and guidelines. March 30, 2020 (<https://www.aamc.org/system/files/202003/Guidance%20on%20Student%20Clinical%20Participation%203.17.20%20Final.pdf>). opens in new tab).

ingeval er moet worden opgeschaald. Eenzelfde constructie is denkbaar voor defensiepersoneel en studenten vanuit andere opleidingen met affiniteit voor de zorg.

Voor al het ondersteunende en tijdelijke personeel dient onderwijs ontwikkeld en gegeven te worden. Niet enkel om geschoold te worden, maar eveneens om geschoold te blijven. Om het ondersteunende personeel in te zetten, dienen alle barrières die hun inzet belemmeren, zoals contracten, toegang enzovoort, zoveel mogelijk geslecht te worden. Inzet van P&O om dit proces te faciliteren is aangeraden.

Intensivisten

Stap 1 (1.150 IC-bedden). Op dit moment lijkt het dat voor de invulling van stap 1 de aan de IC-afdeling verbonden reguliere formatie van intensivisten afdoende is. Dit op basis van de situatie dat deze vaak al (deels) is afgestemd op de bij deze stap passende formatie. Hier geldt de norm van minimaal 0,5 fte/IC-bed. De formatie moet echter in ieder geval zo zijn dat er op verantwoorde wijze 24/7-zorg geleverd kan worden zonder dat intensivisten meer dan 48 uur per week werken.

Stap 2 (1.250 IC-bedden). Indien regionaal en/of lokaal blijkt dat uitbreiding van het aantal intensivisten nodig is voor stap 2, dient de formatie van intensivisten te worden uitgebreid. Ervan uitgaande dat stap 2 enkel voor crisissituaties geldt en niet voor een structurele opschaling, is er vooralsnog minder noodzaak om de formatie intensivisten structureel uit te breiden boven het niveau nodig voor stap 1. Hier geldt echter de beperking dat als de piekbelasting langer dan een maand duurt, ook voor de formatie van intensivisten de checklist van de NVIC ten aanzien van de geldende kwaliteitseisen moet worden gevolgd. Intensivisten die ook een taak buiten het primaire proces hebben, zoals in het management en de organisatie, in onderzoek, opleiden en onderwijs, zouden gedurende de crisis met name ingezet kunnen worden in de zorg. Dit geldt voor een bepaalde korte periode. Taken kunnen gedurende die tijd door anderen worden overgenomen. Als dit te lang duurt, gaat het ten koste van de kwaliteit op middellange termijn.

Bij opschaling naar stap 2 kan gedacht worden aan:

- ondersteuning door meer IC-artsen/PA's/VS-en;
- formatie voor extra intensivisten;
- op vrijwillige basis uitbreiden van contracten (aantal uren dat wordt gewerkt);
- inzetten van GIC-geregistreerde intensivisten die op dat moment (deels) niet werkzaam zijn op de IC;
- inzetten van andere specialisten onder supervisie van een intensivist. Hierbij geldt echter de beperking dat het niet ten koste moet gaan van de overige zorg;
- taakherschikking, waarbij een aantal taken tijdelijk kan worden uitbesteed aan andere specialisten. Ook hiervoor geldt dat het uitbesteden van taken niet ten koste mag gaan van de overige zorg;
- tijdelijk opschorten van niet-patiëntgebonden taken (periode van een maand);
- vrijwillig intrekken van verloven voor vakantie, congresbezoek enzovoort.

IC-artsen, physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS)

Stap 1 (1.150 IC-bedden). Juist omdat er binnen de taakomschrijving van IC-artsen maar beperkt sprake is van niet-patiëntgebonden activiteiten, zal bij uitbreiding van het aantal operationele bedden de formatie IC-artsen volgens de adviezen van de checklist van de NVIC moeten worden uitgebreid. Voor PA's en VS-en is dit meer geborgd.

Stap 2 (1.250 IC-bedden). Voor de invulling op korte termijn kunnen medewerkers die eerder als arts (AIOS, ANIOS, PA, VS) op de IC werkzaam zijn geweest terug worden gevraagd.

Voor een ondersteunende rol als intensivist of IC-arts kunnen specialisten (niet-intensivisten), op basis van partieel overlappende competenties, logischerwijs ook voortkomende uit het opleidingstraject dat intensivisten doorlopen, taakgericht worden ingezet. Hierdoor wordt de intensivist ontlast en kan deze zodoende een groter aantal patiënten overzien en superviserend behandelen. Op lange termijn is door het opnemen van een IC-stage in meer opleidingen tot medisch specialist het mogelijk om ook hier een reservistenpool te creëren die ingezet kan worden tijdens een piek.

Ondersteuners

Opschalen is veelal, in ieder geval in stap 2, alleen mogelijk met ondersteunend personeel. Voorwaarde voor dat personeel is dat het:

- aanvullend is opgeleid als ondersteuner;
- een vaste groep is;
- intrinsiek gemotiveerd is;
- bij voorkeur niet als zorgprofessional in het ziekenhuis werkt.

De ondersteuners zijn een mogelijke bron voor verdere doorontwikkeling binnen het ziekenhuis en daarmee ook op de IC. Bovendien zijn de ondersteuners volwaardig lid van het team van medewerkers op de IC.

Bijlage 2. Het commentaar van NVZ en NFU inzake passende bekostiging

Bij de publicatie van het oorspronkelijke opschalingsplan van 30 juni 2020 hebben ziekenhuizen en umc's in afwachting van de afspraken over de bekostiging de (maatschappelijke) opgave op zich genomen om de beschikbaarheid van IC-bedden te vergroten. Het ging hier om een inspanning om de beschikbaarheid van IC-bedden in Nederland te vergroten. Voor 2021 en 2022 zijn met VWS en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de bekostiging. Zo is op basis van het opschalingsplan uit 2020 o.a. de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19 door VWS opgesteld. Het definitieve controleprotocol is echter nog steeds niet beschikbaar met als gevolg een financiële onzekerheid voor ziekenhuizen.

Per 1 januari 2023 wordt de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19 echter beëindigd en is het uitgangspunt dat de financiering en levering van de zorg aan COVID-19 patiënten onderdeel wordt van de normale bedrijfsvoering van ziekenhuizen en contractering door zorgverzekeraars. Landelijke afspraken over financiering komen pas in beeld wanneer sprake is van een nieuwe pandemische crisissituatie. Voor de definiëring hiervan zijn de opschalingsfases uit het opschalingsplan gebruikt. De minister heeft bepaald dat alle elementen van de crisisregeling pas zullen worden ingezet vanaf fase 2D.

Het reguliere bekostigingssysteem is echter niet geschikt om tot een passende bekostiging voor de opschaling tot 1150 bedden te komen. Zorgverzekeraars geven aan dat zij geen beschikbaarheid voor IC-zorg contracteren en dat dit de verantwoordelijkheid van de overheid is middels subsidies en/of beschikbaarheidsbijdragen. Zonder adequate bekostiging van de gevraagde beschikbaarheid en de contractering hiervan kan deze ook niet worden gerealiseerd. Om de landelijke beschikbaarheid van 1150 bedden te kunnen waarborgen dient dan ook voor 1 januari 2023 een passende bekostiging naast het reguliere systeem ingericht te worden. Ook om de beschikbaarheid boven de 1150 IC-bedden in een crisissituatie te kunnen realiseren, dienen ziekenhuizen op passende wijze te worden vergoed als er geen sprake is van crisis. Uitgangspunt daarbij is dat ziekenhuizen wel degelijk extra kosten maken om de bedden in de lucht te houden (o.a. personeelskosten, opleidingskosten) en om de infrastructuur hiervoor op orde te houden (o.a. onderhoud en afschrijving). Een vergoeding dient dan ook in deze twee aspecten te voorzien.

De NVZ en NFU hebben in reactie op het besluit van de minister, om pas in fase 2D over te gaan tot een crisisregeling, aangegeven dat er al eerder sprake is van landelijke sturing en een crisisregeling daarom al in eerdere fases opportuun is. Daarnaast is in dit opschalingsplan samenwerking de dominante factor en niet concurrentie. Het gaat niet alleen over het maken van afspraken over 'het leveren van zorg', maar ook over 'het treffen van voorbereidingen om zorg te kunnen leveren als de situatie daarom vraagt'. Dat start al in fase 2B en 2C en niet pas in fase 2D en 3. Het is belangrijk dat de noodzakelijke samenwerking niet wordt gehinderd door regelgeving met betrekking tot marktwerking en door gebrek aan middelen binnen de bestaande (bekostiging)systematieken en daar wordt op dit moment niet in voorzien.



Colofon

Auteurs: LNAZ

Redactie: Bureau LNAZ

Uitgave: December 2022