



Landelijk plan van aanpak tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen i.v.m. COVID-19

Definitieve versie, 18 augustus 2020

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1 Aanleiding	4
2 Landelijk zijn 300-2000 bedden als tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen nodig	6
Epidemie kent piekbelasting tot landelijk 2000 extra bedden buiten ziekenhuizen	6
Benodigde tijdelijke zorgcapaciteit voor de komende tijd is uitgedrukt in opschalingsniveaus	7
Benodigde capaciteit gaat uit van landelijke opvang bij regionale piekbelasting	7
3 Opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit is vastgelegd in regionale plannen	9
In de regio's wordt tijdelijke zorgcapaciteit in opschalingsplannen beschreven	9
Regionale plannen bevatten onderdelen capaciteit, specifieke doelgroepen en organisatie	9
Gezamenlijk tellen de regionale plannen op tot 300, 850 en 2000 bedden	11
4 Opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit vindt gefaseerd en gecoördineerd plaats	13
Bij regionale piekbelasting kan opvang van patiënten in buurregio's nodig zijn	14
Opschaling vindt gefaseerd en gecoördineerd plaats	15
Monitoringsfrequentie en -detaillering beweegt mee met opschalingsniveau	16
Opgeschaalde regio's stemmen af met buurregio's en zijn agendapunt bij DPG-raad	17
Bijlage 1 – Toelichting berekening landelijk benodigd aantal bedden buiten ziekenhuizen	18

Managementsamenvatting

Op het hoogtepunt van de eerste COVID-golf in Nederland waren 1250 COVID-patiënten opgenomen buiten de muren van het ziekenhuis. Voor deze patiënten was 1) opname in het ziekenhuis niet (langer) gewenst of mogelijk of medisch niet zinvol of 2) kon zorg in de thuissituatie niet veilig of efficiënt georganiseerd worden. De dreiging van een eventuele tweede COVID-golf vraagt om planvorming t.a.v. tijdelijke zorgcapaciteit voor deze patiënten buiten ziekenhuizen, om de juiste zorg op de juiste plek voor deze patiënten te borgen.

Directeuren publieke gezondheid (DPG-en) hebben tijdens deze crisis de opdracht toe te zien dat voldoende tijdelijke zorgcapaciteit voor deze patiënten (waarvan opname in ziekenhuis niet (langer) gewenst of mogelijk of medisch niet zinvol of zorg in de thuissituatie niet veilig of efficiënt georganiseerd kan worden) geborgd is. Hiertoe zijn in de regio's plannen opgesteld, waarin de organisatie van deze tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen op veiligheidsregio-niveau is vastgelegd. Door de regionale benadering sluiten de plannen goed aan bij de regionale context en de ervaringen zoals opgedaan tijdens de eerste COVID-golf. Dit document is een integrale weergave van de regionale plannen en de samenhang daartussen, en vormt samen met de regionale plannen het landelijke plan tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen i.v.m. COVID-19.

Landelijk zijn komende tijd 300 tot 2000 bedden als tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen nodig. De epidemie kent een golfbeweging, met een piekbelasting tot landelijk 2000 bedden buiten de ziekenhuizen. De gemiddelde bedbezetting buiten ziekenhuizen is geraamd op ~850. De benodigde zorgcapaciteit voor de komende tijd is uitgedrukt in opschalingsniveaus, inclusief indicatieve richtaantallen per regio.

De opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit is vastgelegd in regionale plannen. Elke regio beschrijft in deze plannen de onderdelen capaciteit, specifieke doelgroepen en organisatie. Gezamenlijk tellen de regionale plannen op tot 300 bedden die direct beschikbaar zijn, 850 bedden die beschikbaar zijn binnen 72 uur en 2000 bedden die beschikbaar zijn binnen 2 weken.

Regio's schalen gefaseerd en gecoördineerd op. Daarvoor zijn regionale opschalingsniveaus geformuleerd, die aansluiten bij de landelijke aantallen van 300, 850 en 2000 bedden. De benodigde capaciteit op de verschillende niveaus is gedefinieerd vanuit het uitgangspunt van regionale opvang waar mogelijk, landelijke samenwerking waar nodig. Monitoringsfrequentie en -detailering op landelijk niveau bewegen mee met het regionale opschalingsniveau. Opgeschaalde regio's stemmen af met buurregio's en zijn agendapunt bij DPG-raad.

ZN, ActiZ, VGN, DPG-en, NZa en VWS zien het als een gezamenlijke opgave om extra zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen te realiseren. De financiering van beschikbaarheid, zoals beschreven in het ramingsmodel en de regionale plannen voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen, wordt door verzekeraars en aanbieders uitgewerkt en is uiterlijk 1 september 2020 gereed.¹ Beschikbaarheid van capaciteit zoals opgenomen in de regionale plannen is onder voorbehoud van financiering.

¹ Brief Minister van VWS aan de voorzitters van ZN, ActiZ, VGN, GGZ-NL, NZa en de directeuren publieke gezondheid, d.d. 15 juli 2020

1 Aanleiding

De snelle organisatie van COVID-zorg buiten het ziekenhuis getuigt van een ongekennde inzet en flexibiliteit van zorgpersoneel en -aanbieders. In korte tijd zijn duizenden opvangplekken gecreëerd voor een ziektebeeld wat niemand ooit eerder gezien had. Zorgverleners hebben een enorme prestatie geleverd, onder vaak zware omstandigheden.

Op het hoogtepunt van de eerste COVID-golf in Nederland waren 1250 COVID-patiënten opgenomen buiten het ziekenhuis. Het grootste deel van deze patiënten herstelde na een ziekenhuisopname, om daarna weer naar huis te kunnen. Voor een kleiner deel van de patiënten was geen ziekenhuiszorg geïndiceerd, maar kon de zorg in de thuissituatie niet veilig of efficiënt georganiseerd worden. Hiertoe behoorden ook verschillende kwetsbare groepen, zoals GGZ- en GHZ-cliënten. Tijdelijke opvang buiten de ziekenhuizen vormt daarmee een cruciaal onderdeel van de COVID-zorg.

Tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen is op regionaal niveau georganiseerd. Het betreft veelal herstellende zorg voor kwetsbare personen, idealiter dicht bij de patiënt georganiseerd. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande samenwerkingsverbanden en reguliere structuren voor triage en verwijzing, in samenspraak met ROAZ of RONA. Hierdoor versterkt de regionale invulling van de organisatie van tijdelijke zorgcapaciteit de borging van zorgcontinuïteit.

De dreiging van een tweede COVID-golf vraagt om planvorming van tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen. Inmiddels loopt het aantal COVID-besmettingen in ons land weer op en bestaat een reële kans op een tweede COVID-golf. Op het moment van schrijven zien we vooral regionale brandhaarden, in het bijzonder in grote steden.

De organisatie van tijdelijke zorgcapaciteit tijdens een tweede golf vraagt om een balans tussen het beschikbaar houden van capaciteit en het beperken van leegstand. Het vrijmaken van benodigde capaciteit is een grotere uitdaging dan tijdens de eerste COVID-golf, omdat reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang zal blijven vinden. Bij de eerste COVID-golf werd veelal gebruik gemaakt van ELV- en GRZ-bedden, die beschikbaar waren door het afschalen van de geplande ziekenhuiszorg. Tegelijkertijd is tijdens de eerste COVID-golf veel capaciteit in grootschalige voorzieningen opgezet, maar uiteindelijk onbenut gebleven door het afbuigen van de groeicurve van het virus.

Uit de eerste golf is ook duidelijk geworden dat de organisatie van personeel en middelen, de opvang van specifieke doelgroepen en de coördinatie van patiëntstromen geborgd moeten zijn. Maximale opschaling vraagt in veel regio's om samenwerking tussen aanbieders, om aan het benodigde personeel en middelen te kunnen voldoen. De opvang van psychogeriatrische, GGZ- en GHZ-cliënten met COVID vraagt om specifieke eisen aan locatie en personeel. Coördinatie van patiëntstromen vraagt om de organisatie van triage- en transferpunten en monitoring.

Directeuren publieke gezondheid (DPG-en) hebben tijdens deze crisis de opdracht er op toe te zien dat voldoende capaciteit geborgd is voor kwetsbare groepen buiten de ziekenhuizen.² Tijdens de eerste COVID-golf hebben de DPG-en hun verantwoordelijkheid genomen door samen met zorgaanbieders in alle veiligheidsregio's de opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen te borgen.

² Brief Minister van VWS aan directeuren publieke gezondheid, d.d. 31 maart 2020

De Minister van VWS vraagt de DPG-en om de organisatie van tijdelijke zorgcapaciteit ook bij een tweede COVID-golf te borgen.³ Dit document geeft antwoord op de volgende vragen:

- Welke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen is de komende tijd nodig?
- Hoe is tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen op regioniveau georganiseerd?
- Hoe vindt opschaling plaats op regionaal en bovenregionaal niveau?

Samen met de regionale plannen vormt dit document het landelijk plan tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen i.v.m. COVID-19. Hoofdstuk 2 beschrijft de landelijk benodigde tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen op de middellange termijn. Hoofdstuk 3 beschrijft de structuur van de regionale plannen. Hoofdstuk 4 gaat in op de gefaseerde en gecoördineerde wijze van opschaling.

³ Brief Minister van VWS aan de voorzitters van ZN, Actiz, VGN, GGZ-NL, NZa en de directeuren publieke gezondheid, d.d. 15 juli 2020

2 Landelijk zijn 300-2000 bedden als tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen nodig

Tijdens de eerste COVID-golf zijn maximaal 1250 ⁴ bedden buiten het ziekenhuis bezet geweest. De landelijke prognose voor het aantal benodigde bedden aan tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen is 300-2000. De epidemie kent pieken en dalen met een periodieke piekbelasting tot landelijk 2000 extra bedden in tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen. De meeste patiënten stromen in vanuit ziekenhuis. Specifieke doelgroepen (GGZ, GHZ) zijn veelal binnen de eigen sector opgevangen. De geraamde capaciteit gaat uit van landelijke opvang bij regionale piekbelasting, om grote regionale overcapaciteit te voorkomen.

Epidemie kent piekbelasting tot landelijk 2000 extra bedden buiten ziekenhuizen

Tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen is bedoeld voor tijdelijke opvang van COVID-19-patiënten waarvoor 1) opname in het ziekenhuis niet (langer) gewenst of mogelijk is of medisch niet zinvol wordt geacht of 2) waarvoor zorg in de thuissituatie niet veilig of efficiënt georganiseerd kan worden. Tijdens de eerste COVID-golf is de bedbezetting van tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen wekelijks gemonitord door het Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-C). Het LOT-C vroeg hiertoe wekelijks de bedbezetting uit bij veiligheidsregio's. Op het hoogtepunt van de eerste COVID-golf waren 1250 bedden bezet. ⁴

Landelijk zijn de komende periode 300-2000 extra bedden als tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen nodig (Figuur 1, op 4 mei door de DPG-en gepresenteerd aan de Minister van VWS ⁵). Dit aantal is gebaseerd op een extrapolatie van de data van de eerste COVID-golf (analyse Gupta Strategists). De relatieve uitstroom van ziekenhuis naar tijdelijke opvang buiten het ziekenhuis nam gedurende het verloop van de eerste COVID-uitbraak toe. Bij een sneller verplaatsingsbeleid, zoals tijdens de tweede helft van de eerste uitbraak, ligt de verwachte piek op ~2000 bezette bedden. De ondergrens van 300 is gebaseerd op een prognose van de bezetting in tijdelijke opvang buiten ziekenhuizen uitgevoerd op 22 mei. ⁶ Uitgangspunt hierbij is dat opnamebeleid en patiëntkenmerken in tijdelijke opvang buiten ziekenhuizen bij een tweede golf vergelijkbaar zijn met de eerste COVID-uitbraak. Indien in regio's verwacht wordt dat het opnamebeleid anders is dan tijdens de eerste COVID-uitbraak, dan wordt dit regionaal in de plannen voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen opgenomen.

De coronavirus-pandemie wordt, tot de beschikbaarheid van een vaccin, gekenmerkt door afwisselende uitbraken met fluctuaties in patiëntaantallen. Deze fluctuaties zullen liggen tussen een ondergrens van 300 en een bovengrens 2000 bedden. De gemiddelde bedbezetting buiten ziekenhuizen is geraamd op ~850.

De geraamde tijdelijke zorgcapaciteit betreft voornamelijk zorgcapaciteit voor ouderen na een ziekenhuisopname zonder IC-opname met intensieve beademing. Ongeveer 85% van de instroom in tijdelijke opvangcentra was vanuit het ziekenhuis, de resterende 15% vanuit de thuissituatie. Als het opnamebeleid en de patiëntkenmerken in tijdelijke opvang bij een tweede COVID-golf sterk wijzigen,

⁴ Het aantal van 1250 bezette bedden is gerapporteerd op 16 april 2020. Meer dan 90% van deze bedden is afkomstig uit VVT, zorghotel of grootschalige voorziening en is ingezet voor somatische of VVT-patiënten

⁵ Brief Minister van VWS aan de voorzitters van ZN, Actiz, VGN, GGZ-NL, NZa en de directie van publieke gezondheid, d.d. 15 juli 2020; Factsheet prognose tijdelijke zorgcapaciteit CCD CHOR 4 mei 2020

⁶ Gedurende of na het verloop van de tweede golf kunnen deze prognoses worden herijkt met recentere informatie over besmettingsgraad en bezetting van tijdelijke bedden.

heeft dit effect op de geraamde capaciteit. Specifieke doelgroepen, zoals GGZ- en GHZ-cliënten, zijn tijdens de eerste COVID-golf veelal binnen de eigen sector opgevangen.

Bezetting tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen

[aantal bedden t.b.v. tijdelijke opvang COVID-patiënten vanuit thuisituatie of na ontslag uit het ziekenhuis]



Figuur 1. Bezetting tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen

Benodigde tijdelijke zorgcapaciteit voor de komende tijd is uitgedrukt in opschalingsniveaus

De geraamde tijdelijke zorgcapaciteit is vertaald naar een basisniveau en opschalingsniveaus (Figuur 2). Het niveau basis telt landelijk 300 bedden, die direct beschikbaar moeten kunnen zijn. Opschalingsniveau *midden* telt landelijk op tot 850 bedden, die binnen 72 uur beschikbaar moeten kunnen zijn. Opschalingsniveau *hoog* telt landelijk op tot 2000 bedden, die binnen twee weken beschikbaar moeten kunnen zijn. Op basis van inwoners ouder dan 70 jaar zijn de aantallen bedden verdeeld over de 25 veiligheidsregio's. Het betreft een indicatieve verdeling, die gezien moet worden in het licht van de regionale situatie en lokaal opnamebeleid.

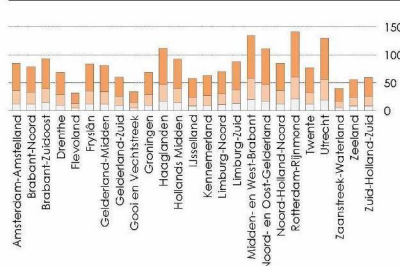
Vertaling landelijke prognose naar opschalingsniveaus

[landelijk aantal bedden, opschalingsniveaus]



Verdeling landelijke capaciteit over de 25 veiligheidsregio's¹

[aantal bedden per veiligheidsregio]



Figuur 2. Vertaling landelijke prognose naar opschalingsniveaus en verdeling over 25 veiligheidsregio's.

Benodigde capaciteit gaat uit van landelijke opvang bij regionale piekbelasting

Het opvangen van piekbelasting binnen de regio zou in iedere regio vragen om een grote overcapaciteit in beschikbare bedden. De coronavirus-pandemie kenmerkt zich immers door lokale

uitbraken. Ter illustratie: tijdens de eerste COVID-piek waren op de tijdelijke opvang voor COVID-patiënten buiten het ziekenhuis in veiligheidsregio Brabant-Noord door het hoge aantal besmettingen in de regio 2,5x meer bedden bezet dan verwacht zou worden op basis van het landelijke beeld. De volgende keer is dit mogelijk een andere regio. Als alle regio's zich op een dergelijke regionale piekbelasting zouden voorbereiden vraagt dit om een grote overcapaciteit in beschikbare bedden. Dit is onwenselijk en onnodig als gebruik kan worden gemaakt van gezamenlijke opvang.

Door bij regionale piekbelasting gebruik te maken van capaciteit in buurregio's kan het aantal benodigde bedden per regio gereduceerd worden. Bij een kleine stabiele uitbraak kunnen patiënten gewoon binnen de regio opgevangen worden. Bij een regionale piek kan eventueel gebruik gemaakt worden van capaciteit in naburige regio's. De noodzaak hiertoe hangt af van de verdubbelingstijd van het virus en de opschaaftsnelheid binnen de regio. Dit betekent wel dat bij een regionale uitbraak (een deel van de) buurregio's gelijktijdig opschalen. Bij bovenregionale piekbelasting wordt capaciteit in het hele land ingezet.

3 Opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit is vastgelegd in regionale plannen

De organisatie van tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen is op veiligheidsregio-niveau vastgelegd in regionale plannen. De plannen bevatten de vaste onderdelen capaciteit, opvang van specifieke doelgroepen en organisatie. Het onderdeel capaciteit beschrijft de directe beschikbaarheid van het regionale equivalent van 300 bedden, en de opschaling tot 850 en 2000 bedden binnen 72 uur en 2 weken, respectievelijk. Gezamenlijk tellen de regionale plannen op tot de landelijk geraamde 300, 850 en 2000 bedden.

In de regio's wordt tijdelijke zorgcapaciteit in opschalingsplannen beschreven

De opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen is onder verantwoordelijkheid van de DPG-en op veiligheidsregio-niveau vastgelegd. Hiertoe zijn in de regio's plannen opgesteld, waarin ook de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders zijn beschreven bij de uitvoering van de plannen. Het proces van goedkeuring van de plannen voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen verloopt in elke regio anders (soms via ROAZ, soms via RONAZ of vergelijkbaar besluitvormend gremium) en is vastgelegd in de regionale plannen. Door de regionale benadering sluiten de plannen goed aan bij de regionale context en de ervaringen zoals opgedaan tijdens de eerste COVID-golf. Acht regio's werken voor de organisatie van tijdelijke zorgcapaciteit samen in 3 samenwerkingsverbanden (Figuur 3). Dit zijn NW3 (Kennemerland, Noord-Holland-Noord en Zaanstreek-Waterland), West-Nederland (Hollands-Midden en Haaglanden) en Brabant (Brabant-Noord, Brabant-Zuidoost en Midden- en West-Brabant). In totaal zijn 20 regionale plannen voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen opgesteld.

Overzicht van veiligheidsregio's en regionale opschalingsplannen



Figuur 3. Overzicht van veiligheidsregio's en regionale opschalingsplannen

Regionale plannen bevatten onderdelen capaciteit, specifieke doelgroepen en organisatie

De veiligheidsregio's verschillen sterk in omvang, organisatie van zorg en besluitvormingsstructuren. Tegelijkertijd bestaat de wens om de organisatie van tijdelijke zorgcapaciteit op landelijk niveau te borgen. Daartoe hebben de regio's eigen plannen voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen opgesteld, aan de hand van 8 vaste onderdelen (Figuur 4). Deze onderdelen hebben betrekking op de organisatie van capaciteit (de regionale equivalenten van 300, 850 en 2000 bedden), de opvang van specifieke kwetsbare patiëntgroepen (GGZ en GHZ) en de organisatie van tijdelijke zorgcapaciteit.

Deze onderdelen zijn gebaseerd op de brief van de Minister van VWS (d.d. 31 maart 2020) en de ervaringen van de regio's met opschaling tijdens de eerste COVID-golf. De invulling van de verschillende onderdelen ligt bij de regio's, in nauwe samenwerking met de regionale zorgaanbieders. Hieronder volgt per onderdeel een korte toelichting.

Vaste onderdelen regionaal opschalingsplan		Toelichting
Capaciteit	1 Bedden niveau basis direct beschikbaar (<24 uur)	Aantal beschikbare bedden in VV binnen 24 uur, afspraken met specifieke zorgaanbieders over beschikbaarheid bedden
	2 Opschaling tot niveau midden <72 uur	Aantal beschikbare bedden in VV binnen 24 uur, afspraken met zorgaanbieders, opvang PG-patiënten, onderscheid type zorg
	3 Opschaling tot niveau hoog <2 weken	Aantal beschikbare bedden in VV binnen 24 uur, afspraken met zorgaanbieders, opvang PG-patiënten, onderscheid type zorg, organisatie/vrij maken van bedden, personeel en hulpmiddelen
Specifieke doelgroepen	4 Opvang van GGZ-cliënten met COVID	Voldoende bedden beschikbaar voor opvang GGZ-patiënten, zorgaanbieder aangewezen als opvanglocatie/regiocoördinator
	5 Opvang van CHZ-cliënten met COVID	Voldoende bedden beschikbaar voor opvang GGZ-patiënten, zorgaanbieder aangewezen als opvanglocatie/regiocoördinator
Organisatie	6 Zorgcoördinatie en monitoring	Centraal coördinatiepunt voor triage en patiëntspreiding, monitoring van patiënten en capaciteit
	7 Besluitvormingsstructuur t.a.v. op- en afschaling	Beschrijving regionaal samenwerkingsverband t.b.v. besluitvorming, procesafspraken t.a.v. op- en afschaling
	8 Goedkeuring opschalingsplan	Goedkeuring opschalingsplan door ROAZ of RONAZ

Figuur 4. Vaste onderdelen regionaal plan voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen

1. Organisatie van 300 bedden

Voor de opvang van COVID-patiënten buiten het ziekenhuis worden regio's gevraagd een representatief aandeel van de 300 bedden direct beschikbaar te kunnen maken (binnen 24 uur). Twee onderdelen die deze capaciteit borgen zijn:

- Specificeren van het exacte aantal beschikbare bedden binnen 24 uur.
- Aanwijzen van specifieke zorgaanbieders die deze bedden beschikbaar stellen.

2. Organisatie tot 850 bedden binnen 72 uur

De regio's zijn gevraagd om een plan op te stellen om een representatief aandeel van 850 bedden binnen 72 uur te kunnen organiseren. Onderdelen die deze capaciteit borgen zijn:

- Specificeren van het exacte aantal beschikbare bedden binnen 72 uur.
- Aanwijzen van specifieke zorgaanbieders die deze bedden beschikbaar stellen.
- Borgen van zorg voor psychogeriatrische patiënten.
- Borgen van verschillende type zorg (herstelzorg, geriatrische revalidatie, palliatief).

3. Organisatie tot 2000 bedden binnen twee weken

De regio's zijn ook gevraagd om een plan op te stellen om binnen 2 weken een representatief aandeel van 2000 bedden te kunnen organiseren. Hiervoor zijn drie aanvullende onderdelen relevant, omdat het grotere aantallen bedden betreft, waarvoor vaak een tijdelijke locatie wordt ingericht:

- Specificeren van het exacte aantal beschikbare bedden binnen 2 weken.
- Vastleggen van specifieke zorgaanbieders/locaties die deze bedden beschikbaar stellen.
- Borgen van zorg voor psychogeriatrische patiënten.
- Borgen van verschillende type zorg (herstelzorg, geriatrische revalidatie, palliatief).
- Specificeren van organisatie (tijdelijke locatie) of vrij maken bedden (bestaande locatie).
- Specificeren van organisatie van voldoende personele capaciteit.
- Specificeren van organisatie van voldoende medische hulpmiddelen.

4. Organisatie van bedden voor GGZ-cliënten

De opvang van GGZ-cliënten besmet met COVID-19 vraagt om gespecialiseerde zorg. Het aantal bedden benodigd voor deze doelgroep is beperkt en wordt los van de hierboven genoemde aantallen gezien. Deze opvang kan onderdeel zijn van reguliere crisisopvang of (boven)regionaal georganiseerd worden. Twee onderdelen borgen de zorg voor deze patiënten:

- Specificeren dat voldoende opvang beschikbaar is voor GGZ-cliënten.
- Vastleggen welke aanbieder de opvang voor deze cliënten borgt of coördineert.

5. Organisatie van bedden voor GHZ-cliënten

De opvang van GHZ-cliënten besmet met COVID-19 vraagt om gespecialiseerde zorg. Het aantal bedden benodigd voor deze doelgroep is beperkt en wordt los van de hierboven genoemde aantallen gezien. Deze opvang kan onderdeel zijn van reguliere crisisopvang of (boven)regionaal georganiseerd worden. Twee onderdelen borgen de zorg voor deze patiënten:

- Specificeren dat voldoende opvang beschikbaar is voor GHZ-cliënten.
- Vastleggen welke aanbieder de opvang voor deze cliënten borgt of coördineert.

6. Zorgcoördinatie

Borging van de zorgcontinuïteit buiten ziekenhuizen vraagt om een centraal coördinatiepunt:

- Organiseren van een centraal coördinatiepunt voor patiënttriage, -verdeling en -vervoer.
- Beleggen van monitoring van aantal patiënten en aantal beschikbare bedden.

7. Besluitvorming

Besluitvorming voor op- en afschaling vraagt om vastlegging van verantwoordelijk gremium en gemaakte procesafspraken:

- Beschrijven van samenstelling regionaal samenwerkingsverband t.b.v. besluitvorming.
- Beschrijven van concrete afspraken over besluitvorming t.a.v. op- of afschaling.

8. Goedkeuring

Het proces van goedkeuring van de plannen voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen verloopt in elke regio anders (soms via ROAZ, soms via RONA of vergelijkbaar besluitvormend gremium) en is vastgelegd in de regionale plannen.

In alle veiligheidsregio's is de opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit op bovenstaande vaste onderdelen geborgd. Vanuit GGD GHOR Nederland zijn hiertoe alle regionale plannen voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen opgehaald en geïnventariseerd. De opstellers van de plannen zijn individueel geïnterviewd. Daarnaast hebben de opstellers ervaringen uitgewisseld met andere regio's en elkaars aanpak getoetst tijdens best practice sessies.

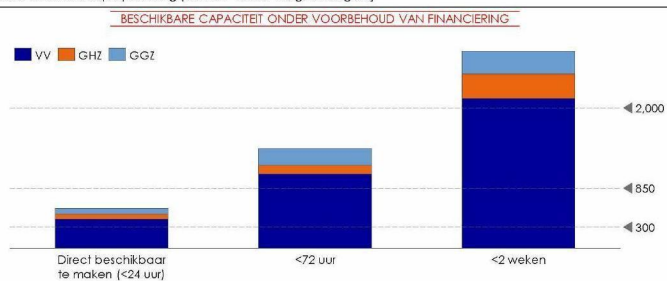
De regionale plannen voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen zijn centraal verzameld bij GGD GHOR Nederland. Tegelijkertijd zijn de plannen levende documenten, die al naar gelang het verloop van de epidemie en nieuwe ervaringen verder aangescherpt worden. Het beheer van de meest actuele versies van de regionale plannen en benodigde verwerking van de wijzigingen in landelijke plannen is geborgd bij GGD GHOR Nederland.

Gezamenlijk tellen de regionale plannen op tot 300, 850 en 2000 bedden

Alle regionale opschalingsplannen bevatten plannen voor de opschaling tot de regionale equivalenten van 300, 850 en 2000 bedden. De 300 bedden moeten direct beschikbaar kunnen zijn (binnen 24 uur), de 850 bedden binnen 72 uur en de 2000 bedden binnen twee weken. Dit is op voorwaarde dat het signaleringssysteem is ingeregeld en bovenregionale opvang is geregeld. Indien dit niet is ingesteld,

dan is mogelijk snellere opschaling nodig dan twee weken. De regionale equivalenten zijn indicatief, berekend op basis van inwoners 70+ per regio. Veel regio's wijken enigszins af van deze indicatieve aantallen, omwille van efficiënte organisatie of eigen ervaringen t.a.v. opnamebeleid. Gezamenlijk tellen de beschikbare aantallen bedden op tot ruim 300, 850 en 2000 bedden (Figuur 5).

Tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuis direct beschikbaar te maken (<24 uur), <72 uur en <2 weken
[aantal bedden o.b.v. conceptopschalingsplannen van 25 veiligheidsregio's]



Figuur 5. Tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen

4 Opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit vindt gefaseerd en gecoördineerd plaats

De opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen kent vier regionale opschalingsniveaus: basis, midden, hoog en crisis. Gecoördineerde opschaling met buurregio's maakt inzet van bovenregionale zorgcapaciteit mogelijk. Getrapte monitoring beweegt mee met opschalingsniveau en biedt balans tussen benodigde inzichten en informatielast. Opgeschaalde regio's stemmen af met buurregio's en zijn een vast agendapunt op DPG-vergadering. Regio's schalen op naar een hoger niveau aan de hand van een eigen systematiek of algemene richtlijn.

De opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen kent vier regionale opschalingsniveaus: basis, midden, hoog en crisis (Figuur 6). De eerste drie niveaus komen overeen met de regionale equivalenten van de landelijke opschalingsdoelstellingen: regionaal aandeel van 300 bedden direct beschikbaar (<24 uur), 850 bedden binnen 72 uur en 2000 bedden binnen twee weken. Omdat regio's opschalen op geleide van de regionale ontwikkeling van de COVID-uitbraak kunnen regio's in verschillende opschalingsniveaus zitten. Hieronder volgt per regionaal opschalingsniveau een korte toelichting.

Kenmerken	Basis	Midden	Hoog	Crisis
Opvang COVID-patiënten	• Opvang binnen de regio	• Opvang binnen de regio	• Opvang binnen regio en evt. bovenregionaal	• Opvang bovenregionaal en evt. landelijk
Opschaling tijdelijke zorgcapaciteit	• Direct beschikbare basis-capaciteit	• Opschaling naar midden binnen regio	• Opschaling naar hoog binnen regio • Opschaling naar midden in buurregio's	• Opschaling naar hoog in buurregio's • Evt. inzet grootschalige noodlocaties
Monitoring	• waakvlam: 1x per week beperkte uitvraag	• alert: 1x per week gedetailleerde uitvraag	• alert: 1x per week gedetailleerde uitvraag	• kritiek: 2x per week gedetailleerde uitvraag
Afstemming	• Reguliere afstemming	• Afstemming buurregio's • Agendapunt DPG-en	• Afstemming buurregio's • Agendapunt DPG-en	• Afstemming alle regio's • Agendapunt DPG-en

Figuur 6. Overzicht regionale opschalingsniveaus

Opschalingsniveau basis [regionale equivalent van 300 bedden]

Op regionaal opschalingsniveau basis kunnen alle COVID-patiënten buiten het ziekenhuis binnen de regio binnen de direct beschikbare capaciteit worden opgevangen (regionaal equivalent van 300 bedden). Er vindt dan ook geen opschaling plaats. Monitoring vindt, in "waakvlam"-modus, laagfrequent plaats.

Opschalingsniveau midden [regionale equivalent van 300-850 bedden]

Op regionaal opschalingsniveau midden schaalde de regio op naar het regionale equivalent van 850 bedden. Patiënten kunnen nog steeds binnen de regio worden opgevangen, maar het aantal patiënten neemt toe. Dit vraagt om frequentere monitoring op landelijk niveau en afstemming tussen buurregio's.

Opschalingsniveau hoog [regionale equivalent van 850-2000 bedden]

Als het aantal patiënten verder toeneemt schaalde de regio maximaal op naar niveau hoog, het regionale equivalent van 2000 bedden. Afhankelijk van de opschaalingsnelheid moeten patiënten mogelijk in naburige regio's worden opgevangen. Buurregio's zal mogelijk gevraagd worden om ook op te schalen. Landelijke monitoring vindt twee keer per week plaats en buurregio's staan in nauw contact. De capaciteit is vast agendapunt in de DPG-raad.

Opschalingsniveau crisis [regionale equivalent van >2000 bedden]

Als de maximale capaciteit in de regio overschreven wordt, zit de regio in niveau crisis. Patiënten zullen in andere regio's opgevangen moeten worden. In sommige regio's zijn plannen voor grootschalige noodvoorzieningen beschikbaar, welke in overleg met de ROAZ/ROAZ en buurregio's als noodoptie ingezet kunnen worden.

Bij regionale piekbelasting kan opvang van patiënten in buurregio's nodig zijn

Het landelijk plan voor tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen gaat uit van de mogelijkheid om bij regionale piekbelasting gebruik te maken van capaciteit in buurregio's (Figuur 7). Dit is alleen relevant als de maximaal beschikbare capaciteit in de eigen regio onvoldoende snel opgeschaald kan worden, of regionale piekbelasting zo groot is dat de maximaal beschikbare capaciteit in de eigen regio onvoldoende is. Bij bovenregionale piekbelasting zal capaciteit in het hele land ingezet worden. De inzet van bovenregionale zorgcapaciteit is vergelijkbaar met het intelligente opschalingsmodel zoals de GGD'en dat toepassen voor het bron- en contactonderzoek COVID-19.⁷

Hulp van buurregio's om regionale piekbelasting op te vangen

Bij kleine, stabiele uitbraak → regionale opvang
Maakt gebruik van bestaande regionale structuren om regio-specifieke vragen te beantwoorden



Bij regionale piek → spreiding naar naburige regio's
Maakt efficiënt gebruik van bovenregionale capaciteit



Bij bovenregionale piek → landelijke spreiding
Beperkt bovenregionale actieve leegstand en overbelasting

Ter illustratie: bedbezetting tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen Brabant-Noord tijdens piek⁷

Tijdens de eerste COVID-piek was bedbezetting in veiligheidsregio Brabant-Noord 2,5x hoger dan verwacht op basis van landelijk beeld. De volgende keer is dit mogelijk een andere regio.



Figuur 7. Bovenregionale opvang van regionale piekbelasting

Het heeft de voorkeur patiënten zoveel mogelijk in de eigen regio, dicht bij de patiënt thuis, op te vangen. Het organiseren van voldoende capaciteit voor het opvangen van piekbelasting in de regio zou echter vragen om een grote overcapaciteit. Door gebruik te maken van bovenregionale capaciteit bij regionale piekbelasting kan het aantal benodigde bedden landelijk beperkt blijven. Bovendien draagt concentratie van tijdelijke zorgcapaciteit bij aan efficiënte inzet van schaars personeel en middelen.

De eventuele opvang van patiënten in buurregio's is sterk afhankelijk van de verdubbelingstijd van het aantal besmettingen en de opschaalingsnelheid van de zorgcapaciteit in de regio. In een

⁷ GGD GHOR Nederland, Opschalingsplan bron- en contactonderzoek COVID 19, juni-september 2020

worstcasescenario, met een zeer korte verdubbelingstijd van het aantal besmettingen en geen mogelijkheid sneller op te schalen, zullen patiënten bovenregionaal opgevangen moeten worden bij overschrijden van de beschikbare capaciteit binnen de regio.

Opschaling vindt gefaseerd en gecoördineerd plaats

Het moment van opschaling is afhankelijk van het verloop van de epidemie in de regio en de regionale flexibiliteit in opschaling. Regio's bespreken met de zorgaanbieders de benodigde op- en afschaling en regio's bepalen zelf wanneer zij de capaciteit in hun regio op- of afschalen op basis van eigen op- en afschalingsmethodieken. Deze bestaan bijvoorbeeld uit een regionaal monitoringssysteem en vooraf vastgestelde drempelwaarden. Doel hiervan is steeds te bepalen of de regionale zorgcapaciteit in lijn is met de verwachte benodigde zorgcapaciteit:

- Past de verwachte vraag binnen het basisniveau [regionaal equivalent van 300 bedden]?
- Is opschaling naar niveau midden nodig [regionaal equivalent van 300-850 bedden]?
- Is maximale opschaling naar niveau hoog nodig [regionaal equivalent tot 2000 bedden]?
- Is bovenregionale opvang nodig om aan verwachte benodigde zorgcapaciteit te voldoen?

Regio's verfijnen hun op- en afschaling door middel van vroege waarschuwing, verfijnde prognoses en versnelde opschaling. Tijdens de eerste COVID-golf stroomde ongeveer 85% van de patiënten in tijdelijke opvangcentra in vanuit het ziekenhuis. Door de instroom van COVID-patiënten in ziekenhuizen te monitoren, kunnen regio's een verwachte stijging van instroom naar tijdelijke opvangcentra ongeveer een week eerder zien aankomen. Door de verdubbelingstijd van de uitbraak in de regio te monitoren, kan een regio nauwkeurig bepalen op welk moment opschaling van tijdelijk zorgcapaciteit nodig is. Tot slot kan een regio de opschaling <2 weken (voor een deel van de bedden) versnellen en nauwkeuriger plannen, waardoor meer flexibiliteit in op- en afschaling ontstaat. In de praktijk verloopt op- en afschalen dan ook geleidelijker dan in tranches van de regionale equivalenten van 300, 850 en 2000 bedden.



Regionaal opschalingsniveau¹
[beschikbare capaciteit/opschaling²]

	Normaal	Midden	Hoog	Crisis
Binnen regio	300 bedden direct beschikbaar	Opschaling naar 850 bedden	Opschaling naar 2000 bedden	Evt. inzet grootschalige voorzieningen
Buurregio's	300 bedden direct beschikbaar	Normaal 300 bedden	Midden Opschaling naar 850 bedden	Hoog Opschaling naar 2000 bedden
Landelijk	300 bedden direct beschikbaar	Normaal 300 bedden	Normaal 300 bedden	Midden Evt. opschaling naar 850 bedden

Figuur 8. Gecoördineerde regionale opschaling tijdelijke zorgcapaciteit

Om bij regionale piekbelasting effectief gebruik te kunnen maken van bovenregionale zorgcapaciteit, is gecoördineerde opschaling met buurregio's noodzakelijk. Dit betekent dat als een regio start met opschalen boven de direct beschikbare capaciteit, buurregio's ook voorbereidingen treffen voor eventuele opschaling. Eventuele bovenregionale opvang is relevant bij regionale opschaling boven niveau *midden*. Als een regio verder opschaalt, naar niveau *hoog* of *crisis*, starten een of meer

buurregio's in overleg ook met opschalen (Figuur 8). De capaciteitsbehoefte in buurregio's is daarbij afhankelijk van twee factoren: de opschalingstijd tot het regionale equivalent van 2000 bedden en de verdubbelingstijd van het aantal patiënten. Bij opschaling naar niveau crisis (en dus overschrijding van de regionale capaciteit) is bovenregionale opvang van patiënten per definitie aan de orde. De opschaling van capaciteit in buurregio's heeft verband met de spreiding van patiënten over ziekenhuizen in Nederland. Eventuele bijkomende benodigdheden, zoals vervoer, worden in het overlegorgaan in de regio (ROAZ, RONAZ of ander passend orgaan in de regio) in relatie tot de patiëntenspreiding in ziekenhuizen besproken.

Monitoringsfrequentie en -detaillering beweegt mee met opschalingsniveau

Het landelijke monitoringsniveau beweegt mee met de regionale opschalingsniveaus en biedt een balans tussen benodigde inzichten en informatielast (Figuur 9). Landelijke monitoring van bezetting en beschikbare capaciteit is cruciaal om eventuele (boven)regionale knelpunten in capaciteit vroegtijdig te herkennen. Hiertoe vond tijdens de eerste COVID-golf een wekelijkse capaciteitsuitvraag voor tijdelijke opvang buiten het ziekenhuis plaats door LOT-C. Het kan meerwaarde hebben om de monitoring van capaciteit bij een eventuele volgende golf opnieuw bij LOT-C of een vergelijkbaar orgaan te beleggen. Tegelijkertijd betekent de landelijke capaciteitsuitvraag een aanzienlijke informatielast voor regio's en aanbieders. Daarom schaaft de landelijke monitoringsfrequentie en -detaillering mee met het regionale niveau van opschaling van tijdelijke zorgcapaciteit.

De monitoringsniveaus schalen op landelijk niveau op. Bij een grotere regionale of bovenregionale uitbraak intensificeert GGD GHOR Nederland de landelijke monitoring, om de uitbraak steeds een stap voor te kunnen blijven. Hieronder volgt per landelijk monitoringsniveau een korte toelichting.



Figuur 9. Getrapte monitoring tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen

Landelijk monitoringsniveau waakvlam

Indien de besmettingsgraad laag is en alle patiënten opgevangen kunnen worden binnen de direct beschikbare capaciteit van 300 bedden vindt monitoring op 'waakvlam' niveau plaats. Dit betekent een laagfrequente uitvraag (2-wekelijks) van bezetting en huidige capaciteit bij VV-aanbieders van tijdelijke zorgcapaciteit.

Landelijk monitoringsniveau middenhoog

Indien de besmettingsgraad stijgt en één of meer regio's gaan opschalen naar *midden* of *hoog* (>300 bedden) vindt monitoring op 'middenhoog' niveau plaats. Dit betekent een uitvraag van eens per

week, waarbij bezetting en huidige capaciteit bij VV-, GGZ- en GHZ-aanbieders van tijdelijke zorgcapaciteit wordt uitgevraagd. Regionaal kan de uitvraag van tijdelijke zorgcapaciteit worden verhoogd als een regio dit nodig acht voor goede monitoring.

Landelijk monitoringsniveau crisis

Indien de besmettingsgraad verder stijgt en in één of meer regio's de maximale capaciteit wordt overschreden (niveau *crisis*, >2000 bedden), vindt monitoring op 'crisis' niveau plaats. Dit betekent een uitvraag van tenminste twee keer per week, waarbij bezetting en huidige capaciteit bij VV-, GGZ- en GHZ-aanbieders van tijdelijke zorgcapaciteit wordt uitgevraagd. Daarnaast wordt regio's gevraagd naar de mogelijkheid van inzet van grootschalige noodlocaties.

Opgeschaalde regio's stemmen af met buurregio's en zijn agendapunt bij DPG-raad

Vanaf het moment van eerste opschaling vindt frequente afstemming tussen regio en buurregio's plaats. Het opschalen van tijdelijke zorgcapaciteit kan betekenen dat bij regionale piekbelasting een beroep gedaan moet worden op de beschikbare capaciteit in buurregio's. Buurregio's kunnen eventueel voorbereidingen treffen voor opschaling, mede afhankelijk van de ontwikkeling in de eigen regio.

Vanaf het moment van opschalen door één regio vormt de tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen een vast agendapunt op de DPG-vergadering. Op deze manier hebben de DPG-en een landelijk beeld van de tijdelijke zorgcapaciteit, kunnen zij eventuele bovenregionale knelpunten tijdig signaleren en kunnen zij de regio's ondersteunen via GGD GHOR Nederland. Zo biedt GGD GHOR Nederland onder meer monitoring en prognoses.

Bijlage 1 – Toelichting berekening landelijk benodigd aantal bedden buiten ziekenhuizen

De landelijke prognose voor het aantal benodigde bedden aan tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen is 300-2000, met een gemiddelde bezetting van 850 bedden. Deze bijlage licht de uitgangspunten en methode van deze prognose toe.

De prognose van benodigde tijdelijke zorgcapaciteit is onderhevig aan een aantal uitgangspunten met betrekking tot doelgroep, opnamebeleid, doorgang van reguliere zorg en bovenregionale samenwerking:

- De **tijdelijke zorgcapaciteit** buiten ziekenhuizen is bedoeld voor opvang van COVID-19-patiënten waarvoor 1) opname in het ziekenhuis niet (langer) gewenst of mogelijk is of medisch niet zinvol wordt geacht of 2) waarvoor zorg in de thuissituatie niet veilig of efficiënt georganiseerd kan worden. Intramurale VVT-cliënten met COVID-19 worden waar mogelijk in eigen instelling verzorgd, maar kunnen bij noodsituaties ook worden opgevangen op deze bedden. Intra- en extramurale GHZ- en GGZ-patiënten worden binnen de eigen sector opgevangen en zoveel mogelijk in de eigen instelling.
- Het **opnamebeleid** en de patiëntkenmerken in tijdelijke opvang buiten ziekenhuizen zijn vergelijkbaar met de eerste COVID-uitbraak.
- Tijdens de eerste COVID-golf is veel **reguliere zorg** uitgesteld of afgezegd. Tijdens de tweede golf blijft de reguliere zorg zoveel mogelijk gehandhaafd.
- Regionale piekbelasting door verschil in besmettingsgraad tussen regio's wordt **bovenregionaal** en/of landelijk opgevangen door patiëntverplaatsingen. Dit beperkt de verdringing van reguliere zorg door COVID-zorg en maakt efficiënt gebruik van bovenregionaal beschikbare capaciteit.

Naast bovenstaande uitgangspunten is de prognose afhankelijk van de volgende parameters:

- Gemiddelde ligduur COVID-patiënt in het ziekenhuis (niet-IC) is 7 dagen (bron: NICE).
- Gemiddelde ligduur COVID-patiënt op tijdelijke opvang buiten het ziekenhuis is 10,5 dag.⁸
- Na ontslag uit ziekenhuis gaat 45% van COVID-patiënten naar tijdelijke opvang.⁴
- Van patiënten op tijdelijke opvang buiten ziekenhuis is 85% doorverwezen door het ziekenhuis en 15% vanuit huisarts of eigen instelling.⁴

Gegeven bovenstaande uitgangspunten en modelparameters is de landelijke prognose voor het aantal benodigde bedden aan tijdelijke zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen 300 tot 2000:

- De ondergrens van 300 bedden is gebaseerd op een geprognoseerde bezetting van COVID-patiënten in tijdelijke opvang buiten ziekenhuizen op 22 mei.⁹
- Gemiddeld zijn op de middellange termijn 850 bezet voor de tijdelijke opvang van COVID-patiënten buiten het ziekenhuis. Deze bezetting volgt een gemiddelde bezetting op de IC van 639 COVID-patiënten¹⁰, met een gemiddelde IC-opnameduur van 16 dagen¹¹.
- De verwachte landelijke piekbezetting van 2000 bedden is gebaseerd op de piek van de eerste COVID-golf, met opnamebeleid vergelijkbaar met de tweede helft van de uitbraak.

⁸ Bron: data-uitvragen GGD/GHOR-regio's in april, publicatie zorgaanbieders

⁹ Bron: voorspelmodel gebruikt bij dashboards Coronacentra d.d. 22 mei 2020

¹⁰ Stabiel aantal COVID-19-patiënten met constant 639 IC-patiënten zoals berekend door LCPS/NVIC. Bron: https://www.stichting-nice.nl/COVID_rapport.pdf

¹¹ Bron: NICE

Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht
ggdghor.nl

