

## Bijlage 2c Projectvoorstel prognose Coronacentra capaciteit

### Aanleiding

Tijdens de Corona-uitbraak is GGD/GHOR verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Sinds op 27 februari jl. in Noord-Brabant de eerste COVID-19 besmetting in Nederland werd vastgesteld, doorloopt de overheid de verschillende fases van bestrijding van een infectieziektenuitbraak. Inmiddels lijkt de eerste golf over zijn piek heen. We kijken vooruit naar een situatie waarin het beleid gericht is op een constante lage besmettingsgraad gedurende een langere tijd, op weg naar groepsimmunitet of tot een vaccin beschikbaar komt.

Onlangs is door het LCPS berekend dat de Corona-uitbraak gedurende ~3 jaar een extra IC-capaciteit van 639 bedden vraagt. Naast extra IC-capaciteit, zal er ook extra capaciteit nodig zijn buiten het ziekenhuis. Deze capaciteit is voor de opvang van COVID-patiënten die geen ziekenhuiszorg (meer) nodig hebben en voor patiënten waarvoor opvang in de thuissituatie niet mogelijk is, maar waarvoor geen ziekenhuisopname geïndiceerd is. Tijdens de eerste piek zijn deze patiënten voor ~70% in VV-instellingen op bedden die vrijkwamen door afgeschaalde reguliere zorg, zoals ELV of GRZ. Het beleid is erop gericht om bij een volgende golf de reguliere (ziekenhuis)zorg minder of niet af te schalen<sup>1</sup>. Daarom zullen er ook extra plekken buiten het ziekenhuis moeten worden gecreëerd, in bestaande instellingen of in nieuw ingerichte locaties, zoals zorghotels.

VWS heeft op korte termijn behoefte aan een eerste duiding van de omvang van de benodigde capaciteit voor COVID-zorg buiten het ziekenhuis, zodat zij de voorbereiding hierop in gang kan zetten. Om in korte tijd een zo goed mogelijke inschatting te maken stellen wij een onderstaande aanpak voor.

### Aanpak

De benodigde extra niet-ziekenhuis COVID-zorg capaciteit hangt af van drie parameters: besmettingsgraad, kans op opname en ligduur. De besmettingsgraad baseren we op de LCPS-berekening<sup>2</sup> voor benodigde IC-capaciteit, om eenduidigheid in prognoses te behouden. De andere twee parameters staan los van IC-capaciteit en de LCPS-berekening. Voor een zo goed mogelijke inschatting berekenen we deze via twee methodes: 1) top-down en 2) bottom-up.

#### Methode 1: top-down

Top-down leiden we de benodigde extra niet-ziekenhuis COVID-zorg capaciteit op basis van het verloop van de bezetting IC en kliniek over de afgelopen periode. Hierbij gaan we ervanuit dat er een vaste relatie bestaat tussen opname van COVID-patiënten in IC en kliniek en buiten het ziekenhuis. Data die we hiervoor gebruiken zijn landelijke historische data voor bezetting van IC-opnames (bron: NICE) en niet-IC-opnames (bron: RIVM) in ziekenhuizen over de afgelopen 3 weken, en bezetting van Coronacentra (bron: LOT-C uitvraag grootschalige voorzieningen, zorghotels en tijdelijke opvang in bestaande zorginstellingen). Voor de laatste bron is verdere duiding van de uitgevraagde data noodzakelijk.

#### Methode 2: bottom-up

We baseren de benodigde extra niet-ziekenhuis COVID-zorg capaciteit op kans op opname (instroom vanuit het ziekenhuis en de thuissituatie), en de gemiddelde ligduur. Hiervoor inventariseren en valideren we deze parameters vanuit de GGD/GHOR-regio's, de grootste

<sup>1</sup> Gommers, COVID-19 - Bericht van de voorzitter, d.d. 26-04-2020

<sup>2</sup> LCPS, IC-capaciteit, d.d. 24-04-2020

Coronacentra, enkele ziekenhuizen en brancheorganisatie Actiz. Vervolgens koppelen we deze informatie aan ziekenhuisopnames in de regio's o.b.v. RIVM-data, om de benodigde niet-ziekenhuis COVID-zorg capaciteit af te leiden.

#### *Dataverzameling*

Het eindresultaat wordt nauwkeuriger door het bottom-up methode te baseren op zoveel mogelijk datapunten. Deze datapunten bestaan uit kengetallen t.a.v. opname en ligduur bij zorgaanbieders. Wij zijn hiervoor afhankelijk van de kennis, data en contacten van de regio's. Wij vragen hen om donderdag 30/4 en vrijdag 1/5 mee te werken aan de data-uitvraag en ons in contact te brengen met de grootste aanbieders in hun regio.

Door de korte doorlooptijd van dit traject kunnen we alleen gebruikmaken van de data die uiterlijk 1 mei beschikbaar is vanuit de regio's en aanbieders.

#### *Uitgangspunten bij berekening*

- Uitbraak blijft komende 3 jaar landelijk op een gelijk niveau, waarbij de IC-bezetting 639 bedden is (in lijn met berekening LCPS).
- Reguliere zorg blijft gedurende de uitbraak zoveel mogelijk gehandhaafd en dus kunnen COVID-patiënten niet worden opgevangen op bestaande bedden.
- Regionale piekbelasting door verschil in besmettingsgraad tussen regio's wordt landelijk opgevangen door patiëntverplaatsingen
- Type patiënt dat in Coronacentrum wordt opgenomen en duur van opname is komende drie jaar vergelijkbaar met afgelopen periode; verandering van dit beleid heeft invloed op de benodigde extra niet-ziekenhuis COVID-zorg capaciteit
- We maken geen onderscheid tussen de verschillende bedtypen. De exacte benodigde voorzieningen, PBM en personeel zijn afhankelijk van de zorgvraag van de COVID-patiënt

#### **Concreet eindresultaat**

Het eindresultaat is een het benodigd aantal extra niet-ziekenhuis COVID-zorg bedden (met bandbreedte), dat overeenkomt met een constante IC-COVID-bezetting van 639 bedden.

Het eindresultaat is voorzien van een toelichting op de berekening en gehanteerde aannames en gaat begeleid met een notitie t.a.v. regionale verschillen vanuit de DPG's.

#### **Scope**

Binnen scope zijn de 'extra bedden' voor COVID-zorg bedoeld voor tijdelijke opvang van patiënten buiten het ziekenhuis. Buiten scope is niet-COVID-zorg, COVID-zorg binnen ziekenhuizen, COVID-zorg in gespecialiseerde revalidatiecentra voor patiënten na langdurige IC-opname met beademing en COVID-zorg aan eigen cliënten van zorginstellingen.

#### **Planning**

- Donderdag 30/4: ophalen benodigde data bij regio's
- Vrijdag 1/5: ophalen benodigde data bij regio's
- Zondag 3/5: delen concept inschatting (18.00 uur)
- Maandag 4/5: bespreken concept inschatting (10.00 uur)  
Afronden definitieve inschatting (15.00 uur)