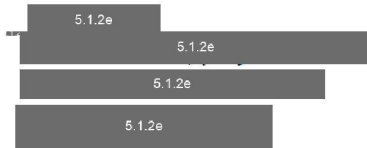


Stvz Project opschaling IC-Capaciteit in Nederland

23 april 2020



Waarom project opschaling IC capaciteit in Nederland?

- 1. Voor piek of post-piekfase Corona virus:** Als op korte termijn óf bij een nieuwe uitbraak van het Coronavirus in de post-piek periode (bijvoorbeeld bij versoepelen intelligente lockdown) de maximale IC-capaciteit van 2400 plekken en overloop naar Duitsland toch onvoldoende is start scenario 3:
 - Scenario 1: vergroten IC-capaciteit in ziekenhuizen Nederland:** Opschaling in de Nederlandse Ziekenhuizen van 1150 plaatsen naar 2400 (is maximum aantal dat IC-artsen en IC-verpleegkundigen aankunnen). Deze uitbreiding is in potentie gerealiseerd.
 - Scenario 2: gebruik maken van aangeboden IC-capaciteit in Duitsland.** Plaatsen van Nederlandse patiënten op IC's in Duitse ziekenhuizen (naar verwachting variërend van tussen de 100 tot 600 plaatsen). Deze uitbreiding is in potentie gerealiseerd.
 - Scenario 3: (worst case scenario).** In gebruik name van maximaal 600 gecreëerde Basic Corona IC-plaatsen in Nederland. Dit scenario is nog niet voorbereid en ook niet in potentie gerealiseerd. Dat is wat binnen het project creëren Basic Corona IC-capaciteit in Nederland gaat gebeuren.
- 2. Voor als de nu opgeschaalde IC-capaciteit langere tijd nodig is:** Het personeel dat nu in de Corona-zorg actief is, verricht topsport: als dit langere tijd duurt is de verwachting dat personeel gaat uitvallen door lichamelijke en/of psychische overbelasting.
- 3. Kans:** Het is sowieso goed een draaiboek te hebben voor pandemie met een dergelijk groot beslag op de IC-capaciteit. We zitten er nu middenin en kunnen de opgedane kennis en ervaring nu direct hiervoor inzetten en zo vasthouden.

Wat zijn de resultaten van het project ?



Resultaten:

Op 30 april is er een eerste versie van het draaiboek dat aangeeft wat er moet gebeuren om 600 CABU-plekken te realiseren. Op 1 juli is er een definitief draaiboek.

Uitgewerkt is:

- a. op welke plaats (locatie inrichting), welke mensen (competenties/training/supervisie), medische hulpmiddelen en andere zaken (denk aan vervoer, logistiek, veiligheid) nodig zijn;
- b. vanaf welk moment en in welke fasering CABU-plekken binnen 48 uur gecreëerd kunnen worden;
- c. hoe de staat van paraatheid is geborgd zijn tot in ieder geval 1 januari 2021 (of zoveel eerder of later als door de minister wordt gevraagd).

➤ *Gekozen is voor de benaming COVID -19 Beademings Unit (werktitel); afgekort tot CABU.*

Belangrijkste specs uit concept kaderstelling CABU (afbakening)

- De CABU is geen reserve IC en wordt alleen gebruikt als de IC's maximaal opgeschaald zijn en de minister fase 3 in werking stelt.
- De CABU biedt uitsluitend de mogelijkheid om mensen met COVID-19 invasief te beademen.
- De CABU is zo ingericht qua ruimte, materiaal, middelen en mensen dat alles wat nodig is om patiënten invasief te beademen aanwezig is.
- De zorg wordt gegeven door specifiek hiertoe opgeleide verpleegkundigen onder supervisie van een medisch specialist die in staat is om vitale functies over te nemen en te ondersteunen.
- De Unit is in tegenstelling tot een IC dan ook niet uitgerust om andere bijkomende behandelingen te geven bijvoorbeeld nierdialyse of het ondersteuning van de ventilatie en circulatie door middel van extracorporele membraanoxygenatie (ECMO).
- Zodra een bed vrijkomt op de IC van het traumacentrum of binnen de eigen ROAZ zal een patiënt vanaf de CABU hier naartoe worden overgeplaatst. Het is daarmee essentieel om de CABU in de nabijheid van de IC te positioneren om een werkbaar transport te realiseren.
- De uitbreiding van de CBU-capaciteit vindt plaats in of in de nabijheid van de 11 traumacentra (uitgangspunt is 55 CBU-plekken per centrum).
- Het personeel is **niet** al ingezet in de opgeschaalde reguliere IC-capaciteit ten behoeve van de bestrijding van Corona.

Centrale/decentrale aansturing en invulling

Het *waarom* = Centraal

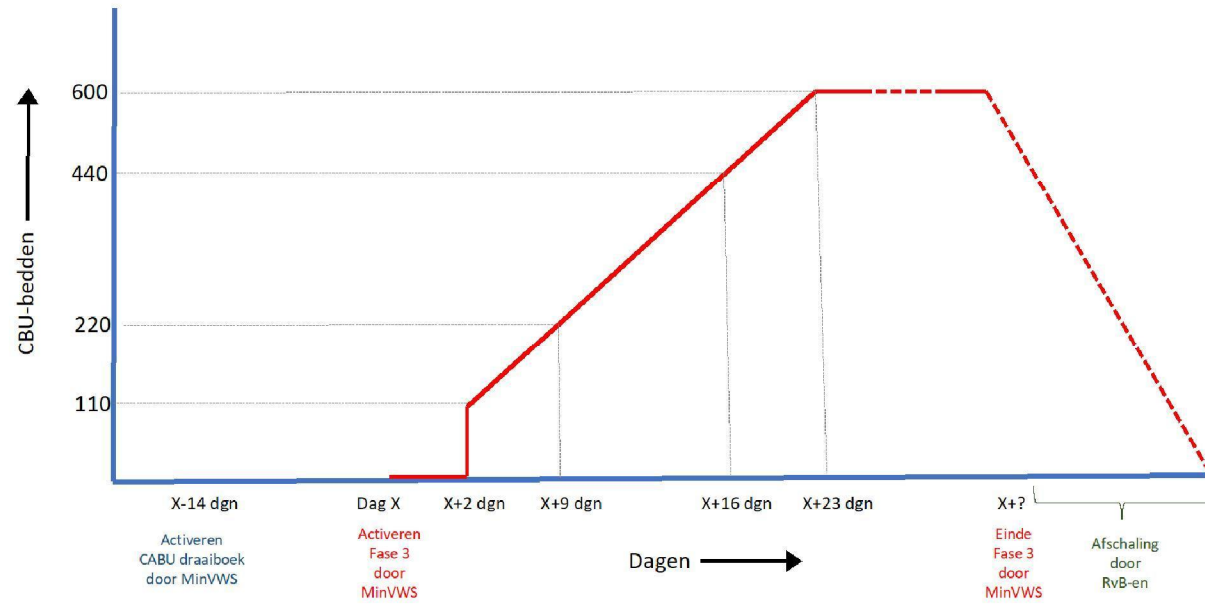
- De besluitvorming over het inzetten van de CABU's ligt centraal bij de minister van VWS.
- Het is aan de traumacentra te zorgen dat ze er klaar voor zijn; dat is centraal bepaald.

Het *wat* = Centraal

- In het draaiboek wordt ook per onderdeel beschreven 'waar de traumacentra klaar voor moeten zijn'.
- Dit is daarmee feitelijk ook centraal bepaald na afstemming met alle betrokken stakeholders.

Het *hoe* = Decentraal

- Hoe zorgen de traumacentra dat ze er klaar voor zijn; daarvoor is decentraal het uitgangspunt.
- Tenzij de centra dit zelf gezamenlijk (centraal) willen regelen (bijv. inkoop merkloze materialen, PBM, opleiding modules).
- De voorzitters van de RvB's van de traumacentra zijn verantwoordelijk voor het nemen van de benodigde maatregelen in hun eigen regio om deze uitbreiding binnen 48 uur te realiseren als de situatie daarom vraagt.



Fasering in 4 fasen met beslismomenten in Draaiboek



Voorlopige opzet Format Draaiboek CABU



1. Wat is een CABU
2. Besluitvorming, organisatie (rollen) en communicatie
3. Ruimtes en lokatie
4. Apparatuur voor patiënt
5. Materiaal voor patiënt
6. Medicatie voor patiënt
7. Materiaal voor Personeel
8. Personeel (medisch en niet-medisch)
9. Scholing & Nazorg
10. Evaluatie (vastleggen ervaringen, verbeterpunten, etc.) en onderhoud

Concept- Stoplichtoverzicht CABU per traumacentrum

	# Bedden	Locatie	Personeel		Materiaal en middelen	Overige diensten	PM	PM
			vpk	arts				
	0							
datum	10							
datum	20							
datum	40							
datum	55							

Dit stoplichtoverzicht zal worden gemaakt n.a.v. de ontvangen inventarisaties per centrum

Tijdsplanning

- 18-4 Afstemming deskundigen in traumacentra en met delegatie NVIC over specs CABU
- 19-4 Reactie IGJ op concept kaderstelling CABU (hoofdvragen i.o.m VWS nader uitzetten bij beroepsgroepen)
- 20-4 Uitvraag vanuit alle werkstromen naar projectleiders traumacentra
- 22-4 Reminder sturen aan projectleiders deadline 23-4 (bellen/ mailen)
- 23-4 Doornemen stvz project in webex met minister, ROAZ en andere partijen
- 23-4 Resultaten terug vanuit de projectleiders traumacentra
- 27-4 Team samenkost op Bernhardkazerne, A'foort
- 27-4 Werkstromen leveren de finale stukken aan voor het Draaiboek
- 28-4 Concept Draaiboek assembleren
- 30-4 Eerste versie Draaiboek vormgeven en opleveren aan ministerie VWS
- 30-4 Mailing aan ROAZ-en en andere partijen van eerste versie Draaiboek
- 04- 5 Afspraken maken met ministerie VWS over vervolg werkzaamheden

Bijlagen

Belangrijkste specs uit concept kaderstelling CABU (protocollen)

De CABU voor zorg aan COVID-19 patiënt met invasieve beademing

- De CABU is toegerust voor de zorg aan patiënten die leiden aan COVID-19 en in de loop van hun ziekteproces een indicatie krijgen voor invasieve beademing.
- De indicatiestelling voor intubatie wordt gesteld door de lokale intensive care arts, anesthesist of spoed interventieteam van het betreffende traumacentrum, conform hun vigerend protocol.

Protocollaire werkwijze

- De CABU is primair ingericht op het bieden van invasieve beademing aan COVID-19 patiënten (en niet op het bieden van andere dan wel aanvullende zorg). Dit is noodzakelijk om te kunnen werken aan de hand van een protocollaire werkwijze.
- De kwaliteitseisen waaraan de zorg binnen deze unit dient te voldoen is vastgesteld in het document “Kwaliteitskader COVID-19 Acute Beademingsunit”. De geprotocolleerde behandeling betreft specifiek:
 - Instelling van de beademing volgens het protocol en aanpassing adhv het protocol en in overleg met supervisie (op afstand)
 - Positionering van de patiënt voor optimale beademing
 - Medicamenteuze bloeddrukregulatie en sedatie
 - Antibiotische behandeling
 - Sondevoeding
 - decubituspreventie

Belangrijkste specs uit concept kaderstelling CABU (personeel)(1)

Teamsamenstelling

- De zorg wordt geboden door een team van verpleegkundigen die een specifieke opleiding hebben gevolgd voor COVID-19 patiënten die beademd worden, onder supervisie van een medisch specialist die in staat is om vitale functies over te nemen en te ondersteunen.

Ratio verpleegkundige per patiënt

- Er wordt gewerkt in een verhouding van 1 verpleegkundige per 2 patiënten. Dit is het streven. Dit aantal zal echter naar 1:3 toegaan wanneer de situatie daartoe noopt. Bij het verlenen van zorg kunnen anderen (aanpalend personeel) ondersteunende taken verrichten.

Geen gebruik van IC personeel dat al is ingezet voor COVID -19 patiënten

- Het uitgangspunt is dat **geen** gebruik gemaakt kan worden van personeel dat al is ingezet voor de zorg aan COVID-19 patiënten. Personeel uit het traumacentrum kan enkel ingezet worden voor het verrichten van supervisie, dat tot een minimum beperkt dient te worden.
- Immers de maximale extra IC capaciteit is al in gebruik genomen als dit scenario in werking treedt. Om de CABU's te bemannen moet dus uitgeweken worden naar ander personeel.

Belangrijkste specs uit concept kaderstelling CABU (personeel)(2)

- Er zijn 3 scenario's mogelijk:
 1. Gebruik maken van medisch en/of paramedisch personeel dat niet in Nederlandse ziekenhuizen werkzaam is en opgeleid wordt tot CABU-personeel (denk aan NGO's als Rode Kruis, Artsen zonder Grenzen, medewerkers van arbodiensten/ zorgverzekeraars, Defensie en/of werkzaam in buitenlandse zorginstellingen etc.)
 2. Inzetten van medisch, para-medisch en facilitair personeel van niet COVID-19 afdelingen in ziekenhuizen die geschoold worden tot CABU-personeel (denk aan verpleegkundigen van 'reguliere afdelingen', co-assistenten, A(N)IOS etc)
 3. Een combinatie van bovenstaande 2 scenario's
 - ER wordt vanuit gegaan dat de CABU-plekken voor COVID-19 patiënten pas worden ingezet als alle 2400 IC bedden zijn bezet. In dat geval zullen grote delen van de reguliere zorg zijn afgeschaald. De aanname is dat scenario 1 onvoldoende personeel zal opleveren dat in korte tijd geschoold kan worden (en onderhouden) om alle 600 bedden te bemannen.
 - Voordeel van scenario 2 is dat medewerkers kunnen worden opgeleid in de eigen ziekenhuizen, werkend met de eigen systemen en werkprocessen en dat kennis op relatief eenvoudige manier kan worden onderhouden (disaster preparedness).
 - Daarnaast lijkt het erop dat de ervaringen die ziekenhuizen hebben opgedaan bij het opschalen in de periode maart-april 2020 kunnen worden meegenomen in het efficiënter inzetten van het reeds geschoolde extra personeel.
- In het Draaiboek wordt ervan uitgegaan dat scenario 2 het meest wenselijke en waarschijnlijke is, al dan niet aangevuld met personeel uit andere sectoren (scenario 3).

Reactie van de IGJ samengevat in 4 hoofdpunten

1° Het document voldoet niet als veldnorm vanwege onvoldoende betrokkenheid van relevante beroepsgroepen;

2° Het document voldoet niet als veldnorm vanwege het ontbreken van handvatten voor het onderscheid tussen onaanvaardbare, aanvaardbare en optimale zorg waardoor onvoldoende invulling gegeven kan worden aan de bestuurlijke en professionele verantwoordelijkheid;

3° Het document voldoet niet als beschrijving van hoe aan de voorwaarden voor (naar omstandigheden) goede zorg moet worden voldaan, omdat het zorgaanbod en de afbakening van zorg onvoldoende zijn beschreven, zowel in termen van behandelvormen als van patiëntenpopulatie;

4° Het document voldoet niet als beschrijving van hoe aan de voorwaarden van (naar omstandigheden) goede zorg moet worden voldaan vanwege het niet uitwerken van belangrijke aspecten, met name op het gebied van personele inzet waaronder competenties, scholing en supervisie. Ook ontbreekt het implementatieplan om dit te realiseren.

Vervolg stappen n.a.v. reactie IGJ

- Het 1^e punt zal in overleg met VWS met betrokken beroepsgroepen worden kortgesloten.
- De andere punten zijn verwerkt in bijlage B bij de concept kaderstelling en worden nader besproken.
- Een implementatieplan zal per traumacentrum worden opgesteld aan de hand van het Draaiboek.