



Aan de heer 5.1.2e

Ons kenmerk: 2020-05

Datum: 22 april 2020

Betreft: uitvraag voor CABU-plan voor het UMC Utrecht

Geachte heer 5.1.2e beste 5.1.2e

Bijgevoegd het gevraagde ingevulde Excelbestand met de uitvraag voor het CABU-plan voor het UMC Utrecht.

In het bestand zijn nog vele opmerkingen geplaatst en in deze brief treft u aanvullingen aan die niet los gezien mogen worden van het Excel bestand.

Opschaling UMCU

Zoals eerder gesteld zien we graag een gelijkmatiger landelijke opschaling dan tot op heden tot 200% voor ieder huis, een gelijkmatige verdeling over alle huizen van COVID en non-COVID IC/beademingsbedden en dan daarbovenop een veel kleinere dan de nu geschetste extra capaciteit van 55 bedden per centrum in de traumacentra als een redelijker optie met meer kans op kwaliteit van zorg, zie ook de concept kaderstelling van 20 april op pagina 6 bij de slotoverwegingen. Een combinatie met een goede triage leidt tot betere zorg voor meer patiënten. Vooralnog zijn wij bij het invullen van het Excel bestand uitgegaan voor het UMCU van 200% opschaling tot 50 IC-bedden (COVID en non-COVID) en daarbovenop tot maximaal 55 IC/beademingsbedden voor COVID-patiënten in het zwartste scenario. Naast de huidige IC zal meer uitgesproken van het calamiteiten hospitaal gebruik gemaakt moeten worden, naast de inzet van een van de verkoeverruimtes.

5.1.2e

MT

5.1.2e

Tel 088 5.1.2e
5.1.2e

5.1.2e@umcutrecht.nl

Bezoekadres:
Heidelberglaan 100
3584 CX Utrecht

Postadres:
Huispostnummer
5.1.2e
Postbus 85500
3508 GA Utrecht

www.umcutrecht.nl



Reactie op inhoud huidige concept-kaderstelling CABU, gerelateerd aan het ingevulde Excel bestand

Hoe je een CABU ook noemt, het blijft een afdeling met beademingsfaciliteit waar patiënten behandeld worden die in de kwaliteitsstandaard Intensive Care voldoen aan de definitie van een IC-patiënt. Daarnaast wordt de zwaarte van de behandeling van beademings-behoefte COVID-patiënten kennelijk stelselmatig onderschat. De behandeling van deze patiënten kan niet volledig buiten de invloed en input van een IC, mede omdat een goede triage tussen IC en CABU noodzakelijk is, ook voor de mogelijkheden rondom andere orgaanfunctievervangende technieken als CVVH en ECMO/ECLS. De keuze voor een beademingsunit zonder supervisie van een geregistreerde intensivist is derhalve onverantwoord.

Personeel

De keuze voor de CABU kan alleen gerechtvaardigd worden in een situatie waarin er geen enkele andere optie meer voorhanden is. Zoals hierboven beschreven kan de behandeling van een beademingsbehoefte COVID-patiënt dus zelfs in die extreme situatie niet zonder de zorg van een opgeleide IC-verpleegkundige en zonder behandeling van een intensivist. Daar hebben wij bij het invullen van het Excel rekening mee gehouden. De voor ingevulde getallen in het Excel waren voor ons niet te herleiden en volstrekt insufficiënt bij 7/24 bezetting en met hoger ziekteverzuimpercentage dan gebruikelijk, dit moet nader beschouwd worden.

In het huidige voorstel voor een CABU wordt onvoldoende rekening gehouden met de ernst van de ziekte, zoals hierboven geschetst, maar ook onvoldoende rekening gehouden met de gevolgen voor het ingezette personeel waar wij als werkgever voor verantwoordelijk zijn. Het zal onvermijdelijk zijn dat mensen fouten maken omdat ze onvoldoende scholing en ervaring hebben om een dergelijke setting te werken. Daar komen niet alleen de patiënten maar ook het personeel niet ongeschonden uit. Scholing is mogelijk maar afhankelijk van beschikbaarheid van mensen. Tevens is een zekere vrijwaring en een goede psychologische begeleiding een voorwaarde. Zoals tot op heden geformuleerd in de voorstellen worden we als werkgever voor een vrijwel onmogelijke opdracht geplaatst.

In het zwartste scenario waarmee deze CABU-setting nodig wordt, zal de normale zorg zo ver teruggebracht zijn dat personeel beschikbaar komt om de units te bemannen. Dat geldt voor artsen en verpleegkundigen. Voor studenten en co-assistenten bestaat tot op heden een separate regeling waarbij alleen inzet in een non-COVID setting mogelijk is.

Training en scholing

Er is momenteel een korte training beschikbaar om een IC-verpleegkundige terzijde te staan, en zeker niet met de optie beademing. Het belangrijkste knelpunt is het beschikbaar komen van mensen die geschoold willen en kunnen worden. Het personeel is momenteel al ver overstretched ingezet.

Het betreft het (verder) trainen van enkele honderden medewerkers) zonder zekerheid dat van het geleerde gebruik gemaakt gaat worden. Deze kennis en kunde moeten bovendien onderhouden worden. Dit is een zeer grote en kostbare inspanning en enkel verdedigbaar als we in Nederland bereid zijn deze te onderhouden en beschikbaar te laten blijven.

Financiering

Personeel, middelen, apparatuur, scholing en zo voorts voor deze noodvoorziening zijn zeer kostbaar en mogelijk niet eens beschikbaar. De traumacentra kunnen dat niet dragen zonder de rest van de zorg ernstig te benadelen. Met een zekere fasering en genoeg geld is alles mogelijk maar de kosten-effectiviteitsanalyse zal niet gunstig zijn. Een betere voorbereiding met opschaling en triagering zoals onder 'opschaling UMCU' benoemd moet onderzocht worden, het is niet onaannemelijk dat daarmee de kwaliteit beter zal zijn tegen lagere kosten.

Als huis zijn en blijven wij bereid om mee te denken en mee te werken aan een goede en verantwoorde opschaling, de huidige concept kaderstelling voldoet daar nog niet aan. In deze vorm kunnen wij niet zomaar deze verantwoordelijkheid als ziekenhuis op ons nemen.

Met vriendelijke groet

5.1.2e