

Landelijk Coördinatiecentrum
Patiënten Spreiding

Mogelijkheden voor extra IC capaciteit

Een eerste verkenning



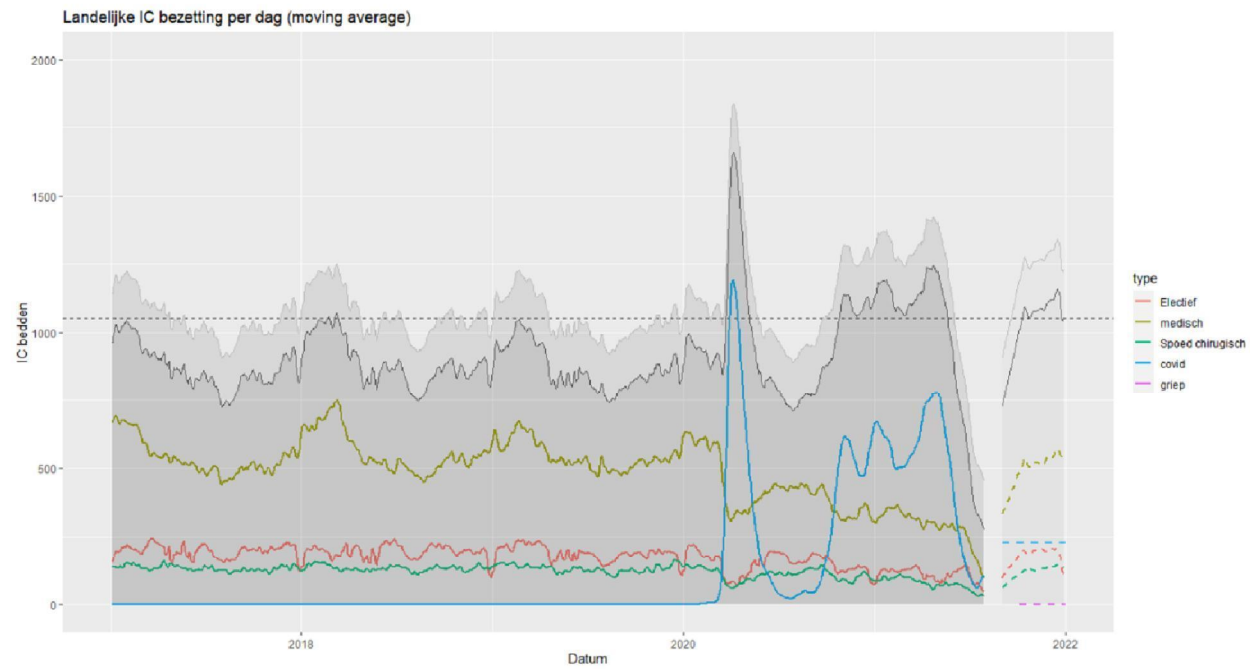
Kader



- Opdracht minister: extra capaciteit door concentratie boven op 1350 IC bedden
- LNAZ: opdracht is een aanvulling op opschalingsplan. De opschaling tot 13350 IC bedden vindt plaats als beschreven. De eventuele extra capaciteit moet worden gerealiseerd binnen dat kader.
- Extra capaciteit zou eventueel gecreerd kunnen worden door concentratie (en gezamenlijke inzet) om te komen tot drie HUB's in de regio's met het grootste patiëntenaanbod.
- De HUB's vormen gezamenlijk de nationale overflow capaciteit. Coördinatie vindt plaats via LCPS.
- Bij voorkeur worden HUB ingericht aansluitend / binnen bestaande ziekenhuiszorg waarbij er voor de logistieke, huishoudelijke, facilitaire/ICT en medisch ondersteunende taken zoals laboratoria etc. een beroep gedaan wordt op de reeds bestaande voorziening
- HUB's vallen onder lokale verantwoordelijkheid met regionale/landelijke ondersteuning.



Scenario 2 | Huidige COVID-bezetting, geen griep en geen inhaalzorg -> 1300 IC-bedden nodig





Positionering in opschalingsplan LNAZ

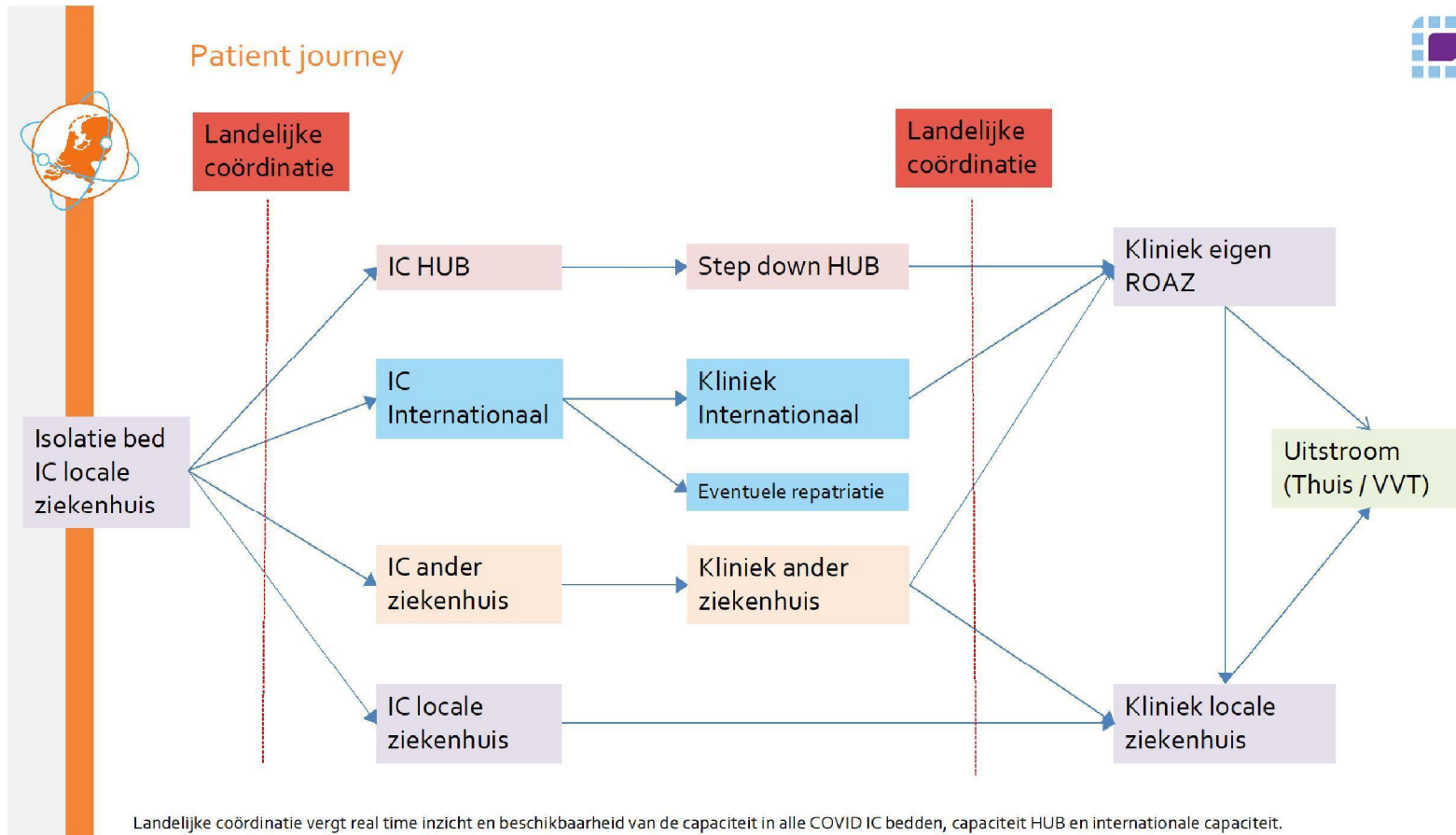


		Conventioneel		Opgeschaald (aanpassingen aan het zorgsysteem zijn nodig)			Crisis	
		Fase 1a	Fase 1b	Fase 2a	Fase 2b	Fase 2c	Fase 2d	Fase 3
Coördinatie- niveau	Situatie	Reguliere zorgverlening bij individuele zorgaanbieders met dagelijkse piekbelasting maar zonder bedreiging van de zorgcontinuïteit.	(Grote of ongelijke) druk op één of meerdere ziekenhuizen (incl. SEH) in een (ROAZ-)regio waardoor de zorgcontinuïteit in gevaar kan komen.	(Grote of ongelijke) druk op de ziekenhuiszorg (incl. SEH) in één, meerdere of alle (ROAZ-)regio's waardoor de zorgcontinuïteit in gevaar kan komen.			Landelijke zorgcontinuïteit is ernstig in gevaar: meerdere regio's geven aan dat zij de kritiek planbare zorg en de (semi-) acute zorg niet meer kunnen waarborgen.	Crisis t.a.v. landelijke zorgcontinuïteit: vrijwel alle regio's geven aan de (semi-) acute zorg niet meer volledig te kunnen waarborgen.
	Coördinatie- niveau	Lokale coördinatie: opvangen in eigen ziekenhuis voldoende	Regionale coördinatie: opvangen in eigen regio noodzakelijk en voldoende	Landelijke coördinatie bovenop regionale coördinatie noodzakelijk			Landelijke coördinatie noodzakelijk: 'All out'	Landelijke coördinatie
	Handelingsperspec- tief (in nationale)	(Eventuele) interne maatregelen treffen (bijv. tijdelijk ophogen contracten)	Regionale spreiding op basis van de fair share en/of beperkte opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit in de regio	<ul style="list-style-type: none"> Regionale én landelijke spreiding op basis van de fair share (tenzij afstemming om af te wijken van de fair share (aangepaste spreiding)) Verminderen instroom of bevorderen uitstroom Interne maatregelen 			aangepaste spreiding • Maximale opschaling van IC-bedden capaciteit of klinische capaciteit en afschaling van reguliere zorg Klasse 3 • Maximale internationale samenwerking • Maximaal verminderen instroom of bevorderen uitstroom • Maximale interne	Crisistriage
	Cons- tater- ing	Raad van Bestuur ziekenhuis	Voorzitter ROAZ	ROAZ-voorzitters in ALV LNAZ	Dagelijks Bestuur LNAZ	Dagelijks Bestuur LNAZ	Dagelijks Bestuur LNAZ waarna afkondiging door Minister van MSZ	IGJ waarna afkondiging door Minister van MSZ



Besluit tot preparatie







Middelen



1. Locatie met aantal volledige IC bedden met bewakingsmonitor, beademingsmachine, ICT voorzieningen, infuuspompen, CVVH en beschikbaarheid/toegankelijkheid diagnostiek (radiologie en laboratorium)
 2. Locatie voor een step down faciliteit.
- Wat kunt u binnen uw regio realiseren bovenop uw deel van 1350 IC bedden?
 - Wat heeft u nog nodig van buiten uw regio (omliggende regio's)?
 - Welke belemmeringen ziet u binnen uw regio/uw zorgorganisatie om deze hub te realiseren?



Materialen



1. Disposables

2. PBM

3. testmateriaal, testcapaciteit

- Wat kunt u binnen uw regio realiseren t.a.v. de bovenstaande onderwerpen voor een hub bovenop uw deel van 1350 IC bedden?
- Wat hebt u nog nodig werpen van buiten uw regio (omliggende regio's)?
- Welke belemmeringen ziet u binnen uw regio/uw zorgorganisatie om deze hub te realiseren?



Medicatie



1. Medische gassen (opslagcapaciteit)
 2. Apotheekcapaciteit (voorraad, opslag en bereiding)
 3. Infuusvloeistoffen (voorraad en opslag)
- Wat kunt u binnen uw regio realiseren t.a.v. de bovenstaande onderwerpen voor een hub bovenop uw deel van 1350 IC bedden?
 - Wat hebt u nog nodig werpen van buiten uw regio (omliggende regio's)?
 - Welke belemmeringen ziet u binnen uw regio/uw zorgorganisatie om deze hub te realiseren?



Personeel



1. Medisch: Intensivisten, IC artsen
 2. Verpleegkundig: IC verpleegkundigen, buddy's, verpleegkundigen (stepdown)
 3. Ondersteunend personeel: afdelingsassistenten, fysiotherapie en secretaresses
 4. Ondersteunende diensten: apotheek, radiologie en klinisch laboratorium en personeel facilitaire diensten.
- Wat kunt u binnen uw regio realiseren t.a.v. de bovenstaande onderwerpen voor een hub bovenop uw deel van 1350 IC bedden?
 - Wat hebt u nog nodig van buiten uw regio (omliggende regio's)?
 - Welke belemmeringen ziet u binnen uw regio/uw zorgorganisatie om deze hub te realiseren?



Transportcapaciteit



- Voldoende materiaal en middelen om patiënten (binnen de regio) te verspreiden/op te halen (MICU) en voldoende capaciteit (binnen de regio) om patiënten met een ambulance weer uit te plaatsen vanuit de Stepdown faciliteit.
-
- Wat kunt u binnen uw regio realiseren bovenop uw deel van 1350 IC bedden?
- Wat hebt u nog nodig van buiten uw regio (omliggende regio's)?
- Welke ondersteuning hebt u van de overheid /LCPS/LNAZ /toezichthouders etc. nodig om deze hub te realiseren?

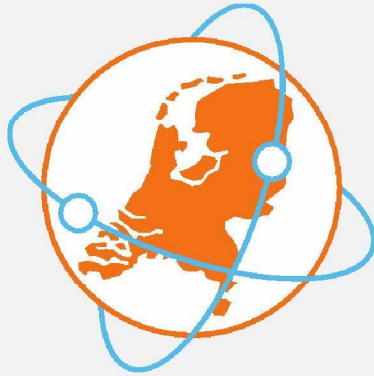


Overige vragen



- Hoe wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd?
Zal de eventuele overflow binnen de governance van een bestaand ziekenhuis vallen en daarmee onder het bestaande crisis kwaliteitsplan of is er een apart kader nodig (en acceptabel)?
- Hoe wordt de toegang tot zorg gewaarborgd?
Is Hub toegankelijk voor Covid patienten uit andere ROAZ (nationale coordinatie?)
Verdrukt de Hub de reguliere zorg niet (nog) meer dan in andere ROAZ
- Welke ondersteuning hebt u van de overheid /LCPS/LNAZ /toezichthouders etc. nodig om deze hub te realiseren? Denk daarbij aan zowel rondvoorwaarden, juridisch kader en (financiële) middelen.
- Welke belemmeringen ziet u binnen uw regio/uw zorgorganisatie om deze hub te realiseren?

Achtergrond informatie



LCPS

Landelijk Coördinatiecentrum
Patiënten Spreiding

 Landelijk netwerk
acute zorg



Crisis IC zorg: Opvanglocaties in Nederland



De beschikbare IC capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen zal gebruikt worden om zo veel mogelijk de non-Covid zorg te accommoderen.

De eerste opvang voor Covid-patiënten vindt plaats via de reguliere processen.

Bij overschrijden van (nader te bepalen) trigger wordt fase 2D actief. In die fase wordt ook gebruik gemaakt van capaciteit in de centrale opvang (Hub)



Locatie



- Bij voorkeur aansluitend / binnen bestaande ziekenhuiszorg waarbij er voor de logistieke, huishoudelijke, facilitaire/ICT en medisch ondersteunende taken zoals laboratoria etc. een beroep gedaan wordt op de reeds bestaande voorziening
- Een of enkele centrale locaties die flexibel kunnen worden ingericht
 - Uiteindelijke omvang afhankelijk van personele inzet*
 - Grote cohorten i.v.m. schaalvoordeel*
- In eerdere fase is gedacht aan een grote HUB in het calamiteitenhospitaal.
- Nu onderzoek van mogelijkheden voor HUB's in drie ROAZ: Noord West, Zuid-West en Zwolle
- Iedere Hub beschikt naast een of meerdere IC cohorten ook een step down unit:
 - Maakt de uitstroom van de cohorten ten alle tijden mogelijk
 - Vanaf stepdown worden patiënten i.p. binnen 72(?) uur overgebracht naar ziekenhuis in verzendend ROAZ
 - Omvang is groot genoeg om volledige uitstroom van cohort(en) gedurende 72 uur te kunnen bufferen (30% van HUB-IC capaciteit?)



Patiënten populatie



- Om de HUB zo efficiënt mogelijk in te richten kan aan standaardisatie van de "patiënten" populatie gedacht worden
- Patiënten die buiten deze categorie vallen worden op de reguliere IC's behandeld
- Meest voor de hand liggend zijn patiënten met een acute infectieziekte (Covid, eventueel influenza) zonder majeure complicaties
 - Geen ECMO, geen transplantaties, geen majeure co-morbiditeit, geen zwangeren, geen dialyse (aandeel dialyse uitzoeken)
- Voor alle patiënten met een acute infectieziekte die tijdens fase 2D worden gepresenteerd op een Nederlandse IC vindt centrale bedden coördinatie en selectie voor de HUB plaats.
- Patiënten / familie / behandelaars hebben geen recht om van overplaatsing af te zien



Personele bezetting HUB



- Voor schaalvoordelen volledig inzetten op (grote) cohorten
(Minimum) omvang cohort 24 bedden
- Gespecialiseerd personeel moet “onmiddellijk” inzetbaar zijn in de zorg => ondersteuning moet optimaal zijn om “inwerken” te voorkomen
- Gebruikelijke kaders moeten worden opgerekt (werken in crisistijd) maar wel passen binnen minimale wettelijke vereisten (geen CABU)



Personele inzet op 24 beds cohort



- Regie verpleegkundigen:
Met superviserende taken
- Buddy's
Verschillende gradaties
- Ondersteuners
Gezien de snel wisselende personele samenstelling van de HUB zal hier zwaarder op moeten worden ingezet dan bij een reguliere IC
- Intensivisten:
Medisch eindverantwoordelijken
- IC artsen:
Basisartsen



Regie verpleegkundige



- “Up to date” IC verpleegkundige met BIG registratie
 - Eindverantwoordelijke voor verpleegkundige zorg patiënt*
 - Stuurt team van buddy's aan*
 - Niveau van de buddy's bepaald aantal bedden dat kan worden gedaan*
 - In combinatie met categorie 1 buddy's => vooral superviserend
 - In combinatie met categorie 2 buddy's => samen meerdere patienten
 - In combinatie met categorie 3 buddy's => “zelf” met hulp



Categorie 1 buddy



- Het betreft zelfstandig inzetbaar zorgpersoneel (met de competenties van een IC verpleegkundige)
IC verpleegkundige niet inzetbaar als regie verpleegkundige (bv zonder recente werkervaring, kort gediplomeerd etc)
Gespecialiseerd verpleegkundige (CCU/SEH/ambulance) of vergelijkbaar (anesthesie medewerker, PACU verpleegkundige) met aanvullende scholing
IC verpleegkundige zonder geldig BIG registratie
 - (Ex) IC verpleegkundige buiten zorg werkzaam (hoe weer current te krijgen?)
 - Recent gepensioneerd
 - Buitenlands opgeleid IC verpleegkundige
- Kan onder vleugels van regie-verpleegkundige volledige zorg voor meerdere (Covid) IC patiënten verzorgen
- Mogelijk met aanvullende scholing/ervaring naar niveau van IC verpleegkundige te krijgen



Categorie 2 buddy



- Betreft personeel met zorg opleiding maar niet op gewenst niveau.
- Kan onder supervisie basis zorg en bewakingstaken uitvoeren bij twee (Covid) IC patiënt
- Dient aanvullend te worden opgeleid om inzetbaar te zijn op Hub
- Basisopleiding:
 - Afgeronde bachelor geneeskunde*
 - MC verpleegkundige*
 - BAZ verpleegkundige*
- Welke competenties zijn noodzakelijk en moeten worden aangeleerd?



Categorie 3 buddies



- Het betreft algemeen verpleegkundigen of ander zorgpersoneel zonder specifieke competenties
Wel "handjes aan bed" maar geen bewakingstaken
- Hier mogelijk rol voor personeel van "buiten de zorg"
Defensie
Nationale zorg reserve



Categorie 4 Buddies



- Betreft ondersteundend personeel met specifieke basis opleiding en derhalve specifieke taken direct gerelateerd aan patientenzorg
- Fysiotherapeuten voor mobilisatie
- Apothekers medewerkers voor VTGM
- Laboranten voor afname lab/kweken
- Draaiteam voor assistentie bij buikligging
- Dietist en voedingsassistenten
- Opname team?



Overige personele inzet op 24 beds Cohort



- Administratief personeel:
Alle diensten tenminste twee
- Logistiek
Runners/bevoorrading : alle diensten tenminste twee
- Facilitair:
Schoonmaak: alle diensten twee (inclusief aan/uitkleed service)
- Ziekenhuis organisatie: indien ingebed in bestaande organisatie dan kan daarop worden teruggevallen voor tal van voorzieningen. In geval van "stand alone" moet dat apart worden georganiseerd:
Diagnostiek (laboratorium, radiologie etc), ICT, management, onderhoud etc



Medische inzet op 24 beds Cohort



- IC artsen:
 - Dagdienst 3*
 - Avonddienst 3*
 - Nachtdienst 3*
- Intensivisten:
 - Dagdienst 2*
 - Avonddienst 1*
 - Nachtdienst 1*
- Indien meer intensivisten beschikbaar kan aantal IC artsen omlaag



Bezetting HUB Dagdienst



24 bedden
4 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
2 intensivisten
2 IC artsen

24 bedden
4 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
2 intensivisten
2 IC artsen

Ondersteuning:
Apotheek
Fysio etc

24 bedden
4 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
2 intensivisten
2 IC artsen

24 bedden
4 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
2 intensivisten
2 IC artsen

Optioneel
Opnameteam
Draaiteam



Bezetting HUB Avond dienst



24 bedden
3 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
1 intensivist
2 IC artsen

24 bedden
3 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
1 intensivist
2 IC artsen

Veiligheid:
Bijstandsteam
2 ICV + IC arts

Ondersteuning:
Apotheek
Fysio etc

24 bedden
3 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
1 intensivist
2 IC artsen

24 bedden
3 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
1 intensivist
2 IC artsen

Optioneel
Draaiteam



Bezetting HUB Avond dienst



24 bedden
2 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
1 intensivist
2 IC artsen

24 bedden
2 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
1 intensivist
2 IC artsen

Veiligheid:
Bijstandsteam
2 ICV + IC artsen

Ondersteuning:
Apotheek
Fysio etc

24 bedden
2 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
1 intensivist
2 IC artsen

24 bedden
2 regie verpleegkundigen
8 Categorie 1 buddy's
1 intensivist
2 IC artsen

Optioneel
Draaiteam



Reguliere Inzet



1:?	Normaal	Opgeschaald	
Dag		1,5	2,0
Avond		4,75	2,5
Nacht		2,0	3,0

Bezetting	dag	avond	nacht	additioneel *	per dag
24 beds IC (opgeschaald)					
IC verpleegkundige		12	10	8	30
buddy		12	10	8	30



Regulier vs Hub



1:?	Normaal	Opgeschaald	
Dag		1,5	2,0
Avond		1,75	2,5
Nacht		2,0	3,0

Bezetting	dag	avond	nacht	additioneel *		per dag
24 beds IC (opgeschaald)						
IC verpleegkundige		12	10	8		30
buddy		12	10	8		30
24 beds Cohort						
regieverplk		4	3	2	4 2 vpk per dienst	13
buddy cat 1 en/of		8	8	8	0	24
buddy cat 2		12	12	8	0	32



Schaalvoordeel zichtbaar



1:?	Normaal	Opgeschaald	
Dag		1,5	2,0
Avond		1,75	2,5
Nacht		2,0	3,0

Bezetting	dag	avond	nacht	additioneel *		per dag
24 beds IC (opgeschaald)						
IC verpleegkundige		12	10	8		30
buddy		12	10	8		30
24 beds Cohort						
regieverplk		4	3	2	4 2 vpk per dienst	13
buddy cat 1		8	8	8	0	24
en/of						
buddy cat 2		12	12	8	0	32

Omgerekend per 24 uur			
Omvang Hub	IC Verpleegkundigen	Omvang Regulier Opgeschaald	
24	13	10	
48	22	18	
72	31	25	
96	40	33	



Vervoer



- Met oog op de beperkte beschikbaarheid van transport wordt er naar gestreeft om patientenvervoer zo veel mogelijk **tijdens de dagdienst** (levert ook voordelen op voor personele bezetting HUB) te laten plaatsvinden.
- De opvangmogelijkheden (BOSS bedden) in de reguliere ziekenhuizen voor patienten moeten daar in principe toereikend voor zijn
- Transport IC patient naar HUB:
 - MICU capaciteit beperkt*
 - Helicopter*
 - Begeleid IC transport (standaard patient)?*
- Transport aan eind IC traject "altijd" van kliniek naar kliniek => ambulance vervoer (ALS/BLS)



Nationale coördinatie



- Alle patiënten (binnen de target populatie) vallen onder de nationale coördinatie
- Aangezien dit acute patiënten betreft zal dit betekenen dat deze verspreid over gehele etmaal zullen komen
- De nationale coördinatie moet dan ook volcontinue beschikbaar zijn
 - Aansluitend aan aanmelding wordt bepaald waar patiënt naar toe gaat (eigen IC, IC elders, Hub, buitenland)
 - Transport wordt op korte termijn geregeld:
 - transport naar andere IC zou op ieder moment moeten kunnen plaatsvinden (MICU aanvraag via co's?)
 - Transport naar HUB ip alleen gedurende dag (binnen 24 uur)
 - Transport internationaal ip alleen gedurende dag (binnen 48 uur?)



Nationale Coördinatie



- LCPS/RCPS 24/7 in bedrijf:
 - Volledig PECC 24/7 aanwezig incl chieff pecc
 - CMO 24/7 bereikbaar
 - Internationale desk alleen tijdens kantooruren?
 - Dispatch niet 's nachts

Ook op "rustige" momenten in avond en nacht worden de verplaatsingen van de volgende dag voorbereid.



Kosten(1)



- Opstartkosten:

Landelijk Projectteam / stuurgroep (organisatorisch, zorg, bouwkundig, werving, scholing etc).

Opstartkosten: Verbouwing (afhankelijk locatie)

Inrichting apparatuur (afhankelijk beschikbaarheid op locatie)

Lokaal projectteam

- Lopende kosten per cohort:

Personeel: Medisch

Verpleegkundig

Ondersteunend

Patiëntgebonden: Medicatie / medische gassen

Disposables

Diagnostiek

Overig: Facilitair ziekenhuis (gas/water/licht, ICT, afvalverwerking etc).

Overhead ziekenhuis (patientenadministratie, HR, management etc).



Kosten Bemensing



- Bij rekrutering van Nederlands personeel zal geconcurrereerd moeten worden met bedrijfsleven. Inhuur zal derhalve voor commerciële tarieven plaatsvinden. Hierbij moet worden gedacht aan huidige marktprijs + 20%

Intensivisten: € 175 per uur

IC verpleegkundigen: € 100 per uur

- Gezien de honorering mag dan ook een robuuste werk attitude worden verwacht
- NB gezien de bezoldiging zal er ook een aanzuigende werking zijn naar personeel werkzaam binnen reguliere zorg



Tijdspad



- Historisch gezien zijn december t/m maart de drukste maanden van de IC
- Eventuele overflow moet beschikbaar zijn per 1/12/21
- Inrichting van overflow voor minimaal vier maanden aan te gaan

- 27 Oktober aanleveren plan aan VWS (2 wkn)
- 10 November terugkoppeling van VWS (2 wkn)
- 1 December overflow (3 wkn)

Toetsen: is drie weken voor een dergelijk project wel realistisch? Startdatum eventueel opschuiven naar 1-1-22?