

<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Tekst</i>	<i>Commentaar op tekst</i>	<i>vereniging</i>	<i>reactie</i>
<b>1. Aanleiding</b>				
p. 1	Maximaal beschikbare ic- plaatsen	Heel duidelijk aangeven dat dit voorstel ingaat in fase code zwart dus fase 3 blok 3 in het pandemie protocol van de NVIC	NVIC	Geaccepteerd.
p. 1	Maximaal beschikbare ic- plaatsen	De IC-plaatsen in Duitsland waren niet nodig, heel begrijpelijk dat er hoffelijk van dit genereuze aanbod gebruik is gemaakt, maar er was meer dan voldoende cap in Ndl. Hebben we een model waar duidelijk uit wordt hoeveel IC-bedden we hebben als iedereen exact naar 200% opschaalt, klopt het dat we dan 2300 hebben? Momenteel varieert het opschalingspercentage van +/- 140-320 % en daarbinnen zitten er ook (grote) verschillen tussen de huizen qua verdeling non-COVID en COVID bedden. Stel dat we in extremis 1/3 <sup>e</sup> non-COVID en 2/3 <sup>e</sup> COVID aanhouden (Ik heb veel Italiaanse cijfers gezien via de vz van de ESICM, een van mijn afdelingshoofden, daar was het 45% non-Covid en 55% Covid) dan hebben we 767	NVIC	Relevante opmerking en suggestie die meegenomen is in paragraaf 4. Slotoverwegingen. De uitwerking van dit voorstel valt echter bij de scope van de voorliggende opdracht.

		non-Covid en 1533 Covid. Als je daar bovenop de 11 traumahuizen vraagt om tot 250 of 300% IC-bedden op te schalen (bijv. met hulp van Defensie, er zitten veel IDR huizen tussen) dan zijn dat minder bedden per centrum dan nu de ongeveer 55 per centrum, en meer kans op kwaliteit van zorg.		
<b>2. Inleiding</b>				
p. 2		Maar een verbinding met de IC is onontbeerlijk, al was het maar om een goede triage mogelijk te maken (jonge covid met meer kans dan non-covid met bij multi-orgaanfalen. Verder moet het beleid in elkaars verlengde liggen	NVIC	Geaccepteerd.
p. 2	naamgeving	Voorkeur 1x CABU; 1x CBU	NVIC	CABU
<b>3. COVID Beademings Unit verder uitgewerkt</b>				
p. 2	Protocolaire werkwijze Instelling van de beademing	Let wel, dit zijn geen polio-patienten met gezonde longen maar patienten met een longontsteking met specifieke problemen in vroege en late fase	NVIC	Ter kennisgeving aangenomen.
p. 3	De CBU voor zorg aan COVID-19 patiënt met invasieve beademing Locale intensive care arts van het	Mogelijk niet beschikbaar gezien drukte op regliere IC; kan ook anesthesist of andere acute zorg arts doen bij een dergelijke crisis	NVIC	Geaccepteerd.

	betreffende traumacentrum			
p. 4	1. Personeel De zorg wordt geboden door een team van verpleegkundigen die een specifieke opleiding hebben gevolgd	Maar zonder ervaring met beademde zieke patienten, dan moeten ze er 3 doen in een setting die past bij een oorlogssituatie waar ze niet zoals militairen op voorbereid zijn, op de veel hogere sterfte en potentiële taferelen waar bij ook getrainde militaire (ook geneeskundigen) niet altijd ongeschonden uit terugkomen.	NVIC	Aangepast. Er wordt gestart met een verhouding vpk:patient van 1:2, tenzij de situatie dwingt om deze verhouding op te hogen naar 1:3.
p. 4	1. Personeel	Let op dat je een vrijwaring voor deze dokters en verpleegkundigen regelt, de sterfte zal aanzienlijk hoger liggen dan op de IC bij Covid patienten, dat kan en mag hen op geen enkele manier nagedragen worden, het is onvermijdelijk dat er fouten gemaakt worden en de consequenties daarvan kunnen niet op hun schouders liggen.	NVIC	Aangepast in de tekst waarin dit is aangegeven, alsook in bijlage A.
p. 4	1. Personeel 1) Gebruik maken van medisch en/of paramedisch personeel dat niet in Nederlandse ziekenhuizen werkzaam is en	Let op, ook nu valt al op dat mensen die geen ervaring hebben met het werken in een ziekenhuis veel meer begeleiding nodig hebben., dus zoek toch onder je vrijwilligers naar mensen die een verpleegkundige achtergrond MET ervaring in een ziekenhuis	NVIC	Akkoord. Om deze reden is de keuze gevallen om primair te werven binnen het eigen verpleegkundig personeel van het traumacentrum.

	opgeleid wordt tot CBU-personeel			
p. 4	1. <a href="#">Personeel</a> 2) Inzetten van medisch, paramedisch en facilitair personeel van niet COVID-19 afdelingen in ziekenhuizen die geschoold worden tot CBU-personeel	Momenteel zijn er speciale beschermingsmaatregelen in deze crisis voor studenten en dus ook co-assistenten. Info ophalen bij de onderwijs (vice-decanen), zie ook bijlage	NVIC	Dank voor deze bijlage die we meenemen als bijlage in het onderdeel scholing.
p. 4	1. <a href="#">Personeel</a> 2) Inzetten van medisch, paramedisch en facilitair personeel van niet COVID-19 afdelingen in ziekenhuizen die geschoold worden tot CBU-personeel	Kan dus ook personeel zijn uit andere regionale ziekenhuizen	NVIC	Correct. Het is mogelijk om personeel binnen de ROAZ-regio te werven.
p. 4	1. <a href="#">Personeel</a> ..dat in korte geschoold kan worden...	Invoegen woord: ' tijd '	NVIC	Geaccepteerd.
p.4	1. <a href="#">Personeel</a> "draaien van patienten"	is dit in crisis situatie niet al een stap te ver? Overstijgt dit niet al het niveau van de CBU? Is extreem bewerkelijk en hoogrisico zonder ervaren personeel en middelen	NVIC	Naar onze mening is dit een terecht punt waarover een besluit genomen wordt per individuele patiënt door het behandelend team. Dit zal kunnen wisselen per CBU, afhankelijk van het opleidingsniveau van het personeel. Het per definitie niet toelaten van draaien gaat daarmee te ver en het per definitie uitvoeren van draaien

		(mogelijkheid van spoed re-intubatie bij disloceren tube?). Moet in ieder geval over nagedacht worden. Moet ook zeker voor komen door IGJ zowel als men het risico wil nemen om wel te doen als ook bij besluit om dit in deze situatie niet te doen. Grenzen scherp bepalen en vastleggen in dit document		eveneens. De vrijheid van besluitvorming zal in principe niet anders zijn dan in de situatie voorafgaand aan fase 3 en hebben we daarom niet expliciet beschreven. In bijlage A hebben onder het kopje <i>Positionering en decubitus</i> dit voorbehoud opgenomen.
p. 5	<b>2. Locatie</b> Uitgangspunt is om 55 bedden te creëren per 11 traumacentra.	Zie mijn opmerking op pagina 1 (De IC-plaatsen in Duitsland waren niet nodig, ...)	NVIC	Zie beantwoording bovenaan.
p. 5	<b>3. Materialen, middelen &amp; methode</b> Uitgangspunt is dat voor de eerste categorie <u>zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de materialen die reeds gebruikt worden op de betreffende CBU.</u>	Volgens mij een illusie en niet realistisch in voorliggende crisis-scenario. Nu al onoverbrugbare tekorten. Gedachte aan reguliere IC helemaal laten varen Best haalbare m.i.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient op gewone matras (alleen rugligging?)</li> <li>- Beademing met eenvoudig (transport) apparaat</li> <li>- Medicatie voor o.a. sedatie zonodig per bolus of infuusdruppelpomp</li> <li>- Eenvoudige Propaq-achtige monitoring met ECG, pols,</li> </ul>	NVIC	De tijd die er nog resteert tussen heden en het moment vanaf wanneer het CBU in werking kan worden gebracht maakt het mogelijk om het genoemde uitgangspunt zoveel mogelijk na te streven. Indien hier onoverkoombare blokkades worden vastgesteld zal uiteraard gekozen worden voor het beste alternatief. Voor een beademde patiënt die niet wordt gedraaid is dat beste alternatief zeker geen gewone matras. Het moeten maken van compromissen ten aanzien van de beademingsapparatuur, monitoren en infuuspompen is aannemelijk, maar doet niets af aan het uitgangspunt. Dit item is in Bijlage a onder <i>Compromissen en de ondergrens</i> ook benoemd.

		<p>SaO<sub>2</sub>,intermitterend RR (personeel niet vaardig in invasieve monitoringstechnieken); dit is ook enig beschikbare alarmeringssysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verder monitoring EtCO<sub>2</sub> en diurese</li> <li>- Handgeschreven bedlijsten</li> <li>- Evt echo als beschikbaar met expertise voor vaststelling vullingsstatus</li> </ul> <p>Alleen basic van basic nog realistisch scenario. Dit is 'make do' situatie. Discrepanties t.o.v. reguliere zorg benoemen en accorderen door bv. IGJ</p>		
p. 5	3. Materialen, middelen & methode	Een schets met welk zoete lieve Gerritje dit gaat betalen en later in een beschikbaarheidsbedrag om gaat zetten, apparatuur die onderhouden moet worden en ooit vervangen etc.	NVIC	Dit punt is meegenomen in 4. Slotoverwegingen
p. 6	3. Materialen, middelen & methode Uitgangspunt is dat voor de eerste categorie <u>zo veel mogelijk wordt</u>	Of aangesloten op de IC waar het CBU naar overplaatst wanneer daar ruimte komt, niet allen voor M&M maar ook voor alle beleid	NVIC	Er wordt inderdaad bedoeld op een afstemming van materiaal, middelen en werkprocessen. Dit is in de inleidende alinea van bijlage A expliciet opgenomen.

	<u>aangesloten bij de materialen die reeds gebruikt worden op de betreffende CBU.</u>			
p. 6	3. Materialen, middelen & methode ...de mogelijkheid tot radiologische diagnostiek etc.	En dus niet in de wei maar binnen de muren van een ziekenhuis, je hebt de totale infrastructuur nodig	NVIC	Geaccepteerd en toevoeging gemaakt dat nabijheid tot CT en IC noodzakelijk is.
p. 6	3. Materialen, middelen & methode ... om binnen 48 uur van start te gaan.	Van start met eerste patiënten of direct full-blown open? Dat laatste zou ik zeer afraden. De huidige verdunning van personeel in Ndl is goed gegaan omdat er nog enige geleidelijkheid in zat.	NVIC	Er wordt gestart met een eerste groep van ongeveer 10 a 12 patiënten, waarna gefaseerd wordt opgeschaald met groepen van 10 tot 12 tot 55. Dit is in bijlage A opgenomen.
<b>Bijlage A Kwaliteitskader COVID Beademingsunit</b>				
p. 6	Compromissen en de ondergrens	Er is geen basisniveau of ondergrens in voorliggende crisis-situatie. Het gaat hier om overleven . Iedere patient is er een! Elke dokter/verpleegkundige zal proberen te doen wat maar engzins kan. M.i geen grens benoemen. Dat ontnemt de hulpverleners mogelijkheden en patiënten hun kansen (hoe klein ook). Maakt zorgverleners ook kwetsbaar als ze noodgrepen gebruiken die buiten dit scenario vallen	NVIC	De overweging om deze ondergrens op te nemen is juist om het behandelend team beslissingsbevoegdheid te geven over de zorg die geleverd wordt. Als er in gezamenlijkheid een beleving is van onverantwoorde zorg, dan moet er een mogelijkheid zijn om hier naar te handelen. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de opbouw naar 55 bedden over een langere periode wordt gerealiseerd dan wel dat het maximum aantal bedden verlaagd wordt.

p. 6	Compromissen en de ondergrens	Welke sterfte vinden we dan acceptabel, die zal zeker veel hoger zijn dan op de IC	NVIC	Aangezien er geen ervaring is met het werken op een CBU is deze vraag niet te beantwoorden.
p. 6	Compromissen en de ondergrens	En er terug gevallen moet worden op triage, hiervoor is in dit stuk geen aandacht, terwijl dat een goed alternatief is, zeker als het niet lukt om personeel/ middelen/apparatuur voorhanden te krijgen. Verder zijn er behoorlijk wat patientcharacteristics die de triage kunnen ondersteunen.	NVIC	De triage van de patiënt die in aanmerking komt voor behandeling op de CBU wordt in een separaat document vastgelegd. De KNMG is verantwoordelijk voor de leidraad triage in fase 3. Dit is in de aanleiding opgenomen.
p. 6	<i>Beademing</i> De intensivist is verantwoordelijke voor...	Intensivist zeer waarschijnlijk niet beschikbaar; vervangen door bv. beademingsdeskundige	NVIC	Aangepast naar "medisch specialist die in staat is om vitale functies over te nemen en te ondersteunen" conform eerder in document.
p. 8	<i>Positionering en decubitus</i>	Dat is niet zo eenvoudig als dat het lijkt, zeer arbeidintensief (en met 1 onervaren pleeg op 3 patienten schier onmogelijk) en vereist goede training om dat veilig te kunnen doen, doe dat niet in het basisprotocol, maar laat dat reden zijn om te triageren naar de IC toe	NVIC	Zie eerder aanpassing hierop.
p. 8	Personeel en scholing verhouding van 1 verpleegkundige per 1 – 1,5 patiënt overdag en in de	Op pagina 3 staat onderaan bij personeel dat wordt gestart met 1: 3 en bij langdurigheid van de situatie naar 1:2	NVIC	Aangepast naar 1:2 bij aanvang.

	avond en een verhouding van 1 op 2 in de nacht			
p. 8	Personeel en scholing en superviseert een intensivist of anesthesist	Hierboven staat een specialist voor de ondersteuning van vitale functies.		Aangepast.
<b>Aanvullingen</b>				
		Overall: overweeg heel goed of we dit op deze manier moeten doen, er zijn alternatieven in (combinaties van) andere opschalingsmodellen en triagering die netto wsl een beter resultaat en minder schade aan patiënten en personeel berokkenen. Bij een verkeerde uitvoering is de schade aan het beeld op de medische en verpleegkundige professie groot en de aantrekkelijkheid van het vak een stuk lager (en het was al moeilijk genoeg de afgelopen jaren). Voor de polio-epidemie van de jaren 50 was dit een buitengewoon geschikt model geweest (i.p.v. studenten en andere vrijwilligers om met de hand te beademen). Voor COVID-19 ligt het toch echt anders. De kracht van de Nederlandse gezondheidszorg zit o.a. in het	NVIC	Zie eerder: de leidraad triage in fase 3 van de KNMG zal hiervoor gebruikt worden.

		dagelijks bespreekbaar maken van wel/niet behandelen, de zinvolheid van een behandeling en de kwaliteit van leven (en misschien je laatste dagen), dat is iets om ook in extreme situaties niet uit het oog te verliezen.		
--	--	---	--	--