

Expert tafel Lessons Learned – Thema IC capaciteit

Online bijeenkomst via WebX op woensdag 12 augustus 2020

Deelnemende experts aan deze experttafel:

1. Armand Girbes - hoogleraar intensive-care geneeskunde en klinisch farmacoloog VU Amsterdam
2. Hans van der Hoeven – hoogleraar infectieziekten Radboud instituut voor Health Sciences, intensivist IC afdeling
3. Iwan van der Horst Intensivist/cardioloog en wetenschappelijk hoofddocent Critical Care - Rijksuniversiteit Groningen
4. Lieke Poot – afdelingshoofd, klinisch fysicus Isala, voorzitter NVKF
5. Marcel Olde Rikkert – hoogleraar klinische geriatrie, faculteit Medische Wetenschappen, Donders Center of Medical Neurosciences, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud Universiteit Nijmegen
6. Michael Brouwers – revalidatiearts De Hoogstraat Revalidatie
7. Rowan Marijnissen – verpleegkundige en voorzitter V&VN

Namens de beleidsdirectie Curatieve Zorg is Stan Dekker aanwezig en vanuit het projectteam Lessons Learned zijn Victor Toom en Stefanie Kooiman aanwezig. Gespreksbegeleiding: Martijn van Ooijen. Verslaglegging: Jeroen Hellings.

Verdieping naar aanleiding van de geschreven position papers

In de position papers lezen we veel constructieve feedback. We bespreken een aantal rode draden.

Vasthouden en versterken.

In de position papers staat een aantal elementen om te behouden en verder versterken:

- Goede samenwerking tussen verschillende disciplines binnen de keten bv. patiënten overdragen tussen ziekenhuizen.
- Regionale en landelijke inkoop en verdeling van schaarse materialen, zoals voldoende beademingsapparatuur en PBM's.
- Regionale afstemming betreffende triage in het ziekenhuis voor de benodigde vervolgzorg en inzicht in de regionale sociale kaart
- Aandacht voor behoud van de IC verpleegkundigen, opleiding van nieuwe IC verpleegkundigen en (mentale) ondersteuning voor bestaande IC verpleegkundigen.
- buiten de bestaande protocollen kunnen werken

Nieuw en/of anders doen:

In de position papers staan een aantal elementen om nieuw of anders te doen bij een volgende golf:

- het optimaliseren van de uitstroom van de IC en triage voor vervolgbehandeling voor revalidatie.
- Betere en meer waardering van (ic) verpleegkundigen en vergroten zeggenschap.
- ROAZ-regio en IC-regio gelijkschakelen en meer samenwerken, bijvoorbeeld verdeling van het aantal bedden in de regio's weggelaten voor de grote IC's.
- Landelijke uitlevering van apparatuur zo veel mogelijk gestandaardiseerd en in lijn met apparatuur in specifieke ziekenhuis.

- Stroomlijnen van goedbedoelde particuliere initiatieven en voorkomen dat ziekenhuizen er te druk mee zijn.
- Beter balanceren tussen IC en klinische bedden.
- Meer aandacht voor assessment van kwetsbaarheid en multimorbiditeit van de oudere COVID-19 patiënt in gehele zorgpad plus bijbehorende maatregelen.

In het gesprek over deze punten benadrukken de experts dat hierbij nog ontbreekt:

Sturen vanuit de regio, als het vastloopt 1 landelijk coördinatiecentrum. Het goed afspreken van wie wanneer en waarover stuurt – regionaal en landelijk – en de onderlinge afstemming is daarbij van belang. Landelijke sturing heeft in de eerste golf soms de regionale organisatie verstoort. De wens is om de sturing primair bij regio neer te leggen. Op regio niveau is men beter in staat de samenwerking tussen ziekenhuizen, de IC-capaciteit en aanmelding van patiënten te organiseren en regelt men bijvoorbeeld ook het uitwisselen van personeel. Alleen als het regionaal vastloopt, dan moet er één landelijk coördinatiecentrum zijn met een goede doorzettingsmacht en bestaande uit medewerkers met meer vakinhoudelijke expertise. Denk hier ook aan de samenwerking met Duitsland, dat is meer een landelijk vraagstuk waarover nu afspraken gemaakt kunnen worden.

Informatie- en data uitwisseling tussen ziekenhuizen. Het snel en effectief delen van informatie en data tussen ziekenhuizen is van groot belang. Denk hierbij aan bijv. de beschikbaarheid van bedden om patiënten op de juiste plek op het juiste moment te krijgen. En het gebruik van de juiste, herkenbare termen en definities. Wat storend was dat het LCPS tijdens de crisis in-gebruik-zijnde termen aanpaste en dat de kennis daar soms ontbrak. Dat creëert verwarring en dat moeten we voorkomen in een tweede golf.

Verdiepingsthema voortkomend uit de position papers

Verdiepingsvraag: Hoe voorkomen we dat opschaling van de IC-bezetting meteen ten koste gaat van de reguliere (IC)-zorg?

COVID-zorg centreren of niet? De experts bespreken de mogelijkheid van aparte COVID-zorg ziekenhuizen en het oormerken van ziekenhuizen als zijnde 'niet COVID-zorg'. COVID-zorg is namelijk inefficiënt en verstoring voor het reguliere ziekenhuisproces (zeker in kleinere ziekenhuizen) en het scheiden ondersteunt de effectiviteit van alle zorg. Een deel van de experts is het hiermee eens, maar anderen benadrukken dat ook de kleine ziekenhuizen mee moeten doen in de COVID-zorg – hooguit met minder capaciteit. Grote ziekenhuizen hebben hoog specialistische taken die niet elders in regio belegd kunnen worden, daarom kunnen ze niet enkel een COVID-centrum worden. Ook creëert dat in sommige regio's problemen op gebied van ambulance-transfer vanwege de geografische afstanden en is het voor verpleegkundigen er zwaar en daarom niet wenselijk alleen maar COVID patiënten te verzorgen.

De experts zijn het erover eens dat ook hier in eerste instantie op regio niveau keuzes gemaakt moeten worden en pas als dat niet werkt een landelijk coördinatiecentrum kan ondersteunen (denk aan uitwisseling van IC-verpleegkundigen of patiënten). Essentieel is daarbij om IC-verpleegkundigen vroeg bij dit gesprek te betrekken. Denk hierbij aan afvaardiging van verpleegkundigen bij de gesprekken in de IC regio, ROAZ en OMT.

Aandacht voor opleiden van IC verpleegkundigen en voldoende materiaal. In het eigen ziekenhuis is het van groot belang dat verpleegkundigen nu in IC-taken geschoold worden, zodat niet enkel IC-verpleegkundigen deze taken kunnen uitvoeren. Dit zorgt voor meer flexibiliteit bij een nieuwe piek op de IC en voorkomt dat IC-personeel te zwaar belast wordt. Naast schaars personeel was er schaarste aan materialen. Materialen en apparatuur zijn van poliklinieken, klinieken en OK weggehaald om ingezet te worden op de IC, hetgeen sterk heeft bijgedragen aan het moeten afschalen van de reguliere zorg. Daarnaast was er volgens experts een grote schaarste aan

persoonlijke beschermingsmiddelen, waardoor het gebruik tot de hoogstnoodzakelijke afdelingen (zoals IC) beperkt werd. Dit moet voorkomen worden in een eventuele tweede golf.

Spiegelen van een beleidsvoornemen

Op verzoek van de minister voor MZS heeft het LNAZ, samen met ROAZ'en en deskundigen, een Opschalingsplan COVID -19 op gesteld. Dit Opschalingsplan is nu in uitvoering bij de LNAZ, de ROAZ-en, het zorgveld (zoals de ziekenhuizen en het ambulancevervoer). Stan Dekker vraagt de experts om dit beleid te spiegelen.

Belangrijke aandachtspunten volgens de experts zijn:

Meer aandacht en waardering voor de verpleegkundigen. Er is een breed gedragen zorg dat motivatie en beschikbaarheid van verpleegkundigen in het najaar onvoldoende is om een eventuele tweede golf op te vangen: "Verpleegkundigen hebben een energie-injectie nodig, en dat kan alleen door waardering." Waardering zit verpakt in de salaris en beloning, maar ook in carrièreperspectief, loopbaanmogelijkheden en zeggenschap over bijv. de aanpak van de corona-crisis. NFU, NVZ en zeker ziekenhuisbesturen kunnen hier het voortouw in nemen. Ook de minister heeft hier een belangrijke rol in, want hij vraagt in zijn brief om opschaling per oktober en januari, maar de overheid faciliteert niet extra. De experts vinden het oneerlijk om op basis van deadlines eisen te stellen, maar niet te faciliteren. De experts geven aan dat verandering van beloning op één plek (in dit geval IC) problemen zal leiden tot tekort aan verpleegkundigen op andere afdelingen. Zorg voor voldoende verpleegkundigen in de breedte en niet enkel op IC – de zorg is georganiseerd als keten.

Snelheid van de verhoging van de IC-capaciteit niet realistisch en op punten onduidelijk. Het gaat hierbij om de brief rondom opschaling van 1150 naar 1350 en in geval van een piek 1700 IC-bedden. Dit roept vragen op over de snelheid van de implementatie ervan – de experts lijkt het niet haalbaar om de 1350 zo snel te realiseren en al helemaal niet de 1700. De vraag is ook of hierdoor niet toch de vakmatige norm van IC-verpleegkundigen overschreden wordt (1 op 3 patiënten). Er is onduidelijkheid over de uitgangspunten: Is de verhoging van de IC capaciteit naar 1350 van structurele aard of wordt deze na de COVID-crisis afgebouwd? Dit heeft invloed op de grote van het basispersoneelsbestand. Stan Dekker geeft aan dat de kosten voor het opschalen van IC's zullen worden vergoed, want dit is toegezegd door minister. Dit is ook vorige week in een brief aan de ROAZ'en en ziekenhuizen nog eens verduidelijkt. Hij moedigt ziekenhuizen aan te beginnen met opschalen.

Betrek professionals bij de opschaling. Er moet meer gepraat worden met professionals en minder met bestuurders in Den Haag en bestuurders van ziekenhuizen en koepels. Bestuurders weten vaak niet wat er speelt op de werkvloer. IC-professionals kunnen die informatie leveren. Ziekenhuizen kunnen opschalen tot op een bepaalde hoogte, maar het helpt als personeel goed betrokken en begeleid wordt in dit proces. Als er voldoende mensen aan het bed staan, zullen mensen ook beter in hun vel zitten en blijft het werk aantrekkelijk. Om de werkdruk op de IC te beheersen is het van belang dat ouderen in bepaalde gevallen niet op de IC opgevangen worden, maar juist in instellingen die daarin gespecialiseerd zijn.

Open ronde

In de open ronde geven de experts nog de volgende adviezen aan het kabinet en de sector:

Rowan Marijnissen: Verpleegkundigen worden veelal vergeten. We moeten vanaf het eerste moment worden meegenomen en deelnemen aan de gesprekken – we zijn bereikbaar en willen in gesprek. Ook is er meer waardering nodig voor verpleegkundigen. Investeer in je huidige personeel en het personeel van de toekomst. Het gaat om behoud van huidig personeel, opleidingsmogelijkheden, loopbaanperspectief en zeggenschap.

Michael Brouwers: De regionale samenwerking heeft voldoende volume, ervaring en regel mogelijkheden nodig om de vervolgvraag goed te behandelen, zowel inhoudelijk als bestuurlijk. Daarbij zitten we, net als met IC-capaciteit, met de vraag die mogelijkheden goed af te stemmen om goede vervolgbehandeling te faciliteren waarbij na triage op de IC en cohortafdelingen van het ziekenhuis in eerste instantie centralisatie van vervolgbehandeling een voordeel kan hebben om reguliere andere zorg ook doorgang te kunnen laten vinden. M.n. speelt dit als er nog geen duidelijkheid is of iemand COVID-19 is besmet. Regionale afstemming en samenwerking is hierbij essentieel.

Armand Girbes: Het is belangrijk voor VWS om professionals te spreken en minder de bestuurders – want die staan ver van de werkvloer. De beademingsapparatuur die vanuit landelijk verdeeld werd over de ziekenhuizen was in de vorige golf niet goed. Wij kregen allemaal machines die niet geschikt waren – dat moet in een volgende golf beter. Als er meer waardering wordt geregeld voor verpleegkundigen, kan er ook meer initiatief genomen worden door ziekenhuizen om opschaling te gaan organiseren. Daarnaast, de ervaring van deze ramp zouden we ook voor andere rampen moeten gebruiken. Dit gaat niet enkel over IC's, maar bijvoorbeeld ook als we een grote explosie of vliegtuigramp krijgen. Momenteel worden ziekenhuizen in Nederland steeds specialistischer (en daarmee incompleter) en dan wordt het moeilijker om te anticiperen op onverwachte rampen.

Lieke Poot: Ten eerste, schaarste aan hulpmiddelen en beschermingsmiddelen moet tijdens een tweede golf voorkomen worden, om te zorgen dat de reguliere zorg zo veel mogelijk doorgang kan blijven vinden, om de verpleegkundigen en intensivisten zo veel mogelijk te ontzorgen en te beschermen, en om te zorgen dat alle benodigde capaciteit aan beademingstoestellen en medische apparatuur ook inzetbaar is. Intensive care medewerkers moeten gebruik kunnen maken van veilige, functionele en voldoende beschikbare materialen. Ik wil daarbij de rol van de leverancier benoemen. Zij moeten deugdelijke, complete en veilige apparatuur uitleveren en zorgen voor voldoende beschikbare verbruiksartikelen. Ik adviseer VWS om met leveranciers in gesprek te gaan over verbruiksartikelen die benodigd zijn op de IC en bij in de kliniek gebruikte medische apparatuur en goede afspraken te maken om voldoende beschikbaarheid van de juiste materialen, complete en correcte technische uitlevering van de aangeschafte beademingsapparatuur en zorgdragen voor goede instructie en scholing. Ten tweede, de IGJ heeft professionals tijdens de crisis meer ruimte gegeven voor oplossingen die buiten de normale protocollen en regelgeving vallen, wel binnen een aantal gestelde kaders. Deze regeling zal per 1 september vervallen. Ik wil ervoor pleiten om indien nodig deze regeling in een crisisfase weer in te voeren, aangezien deze regeling heeft bijgedragen aan uitbreiding van de benodigde capaciteit en meer flexibiliteit heeft gegeven aan professionals. Ten derde, zorg voor betere informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen. Dit kan gaan om kloppende en actuele (real time) gegevens wat betreft IC capaciteit en capaciteit aan klinische bedden, zodat het niet nodig is dat een intensivist 6 keer per dag dit soort gegevens handmatig hoeft door te geven, en een laagdrempeligere uitwisseling van patiënten mogelijk te maken. Ook uitwisseling van patiëntgegevens en medische beelden tussen ziekenhuizen moet verder gestimuleerd en gefaciliteerd worden.

Iwan van der Horst: Ten eerste, er moet met experts gepraat worden, die zijn altijd beschikbaar, waaronder ik. Ten tweede, minder rapporten en kortere brieven zijn van belang voor goede communicatie. Ten derde, pak alles aan als wetenschappelijk onderzoek en zorg dat het valide is, dan worden je conclusies ook beter. Ten vierde, bouw structureel in het ziekenhuis de brandweer-functie in, zodat je beter voorbereid bent voor een crisis.

Marcel Olde Rikkert: Ten eerste: Kies nu het belangrijkste structurele probleem dat doelmatigheid in het vervolg van de covid-a9 pandemie in Nederland in de weg staat en grijp de crisis aan om dit structureel een verbetering te geven. Mijns inziens is dit voornamelijk het tekort aan vakkundig verpleegkundig personeel. Budget moet door de politiek nu hiervoor worden vrijgemaakt (in plaats van het beschamende weglopen voor deze verantwoordelijkheid in het kamer debat midden

augustus).

Ten tweede, moeten korte cycli van werkplekleren worden gefaciliteerd om beter interprofessioneel te leren. Dat schiet er nu bij in. Artsen moeten leren van verpleegkundigen (en vice versa) bij beoordelen van herstelcapaciteit van ernstig zieke covid-19 patienten. Intensivisten moeten leren van andere betrokken specialisten (bv. geriateren) waar het gaat om herstelvermogen van kwetsbare oudere patienten, die nu nog vaak te lang worden doorbehandeld terwijl herstelkansen zeer klein zijn. Ten derde, VWS heeft nu de neiging om te overcompenseren: bijvoorbeeld bij de pneumokokkenvaccinatie. Er wordt met te weinig vaccins geprobeerd een grote groep te vaccineren om de gevolgen van een pneumococcal longontsteking in de COVID-19 periode te beperken. Dit is een overspannen en te snelle actie waarmee huisartsen nu onder druk worden gezet. Er zijn bv te weinig PVC-23 vaccins waardoor bij grote toeloop in het najaar opnieuw een chaos te verwachten is. Dit is een voorbeeld van overcompensatie op een niet-effectieve wijze.

Hans van der Hoeven: Ten eerste, organiseer het proces via experts in de regio. Denk hierbij aan dagelijks contact tussen IC artsen en het delen van inzichten, leerpunten en protocollen. Tijdelijke uitwisselingen van personeel maakt het vergroten capaciteit mogelijk. Ten tweede, ga er niet van uit dat het aantal vastgestelde bedden ook inderdaad tijdens een crisis gehaald zal worden, zeker niet als die crisis snel zou plaatsvinden. Het is een illusie om te denken dat de andere zorg dan voor 80% gedraaid zou kunnen worden. Zorg er derhalve voor dat de instroom aan de voorkant wordt beperkt: strengere maatregelen nu om de verspreiding te voorkomen, consensus over wie wel en niet op een IC opgenomen gaan worden en spreiding van bedden ook naar Duitsland tijdig te regelen. Zorg daarbij ook voor betere transport-capaciteit dan tijdens de eerste uitbraak. Nu moesten ziekenhuizen vaak lang wachten op transport en was de coördinatie onvoldoende.