

Pandemieplan Draaiboek Covid-19

crisisbeleidsteam Corona
19 maart 2020
Versie 3.

Pandemieplan

Draaiboek Covid-19

Inhoudsopgave

1.	Aanleiding	5
2.	Crisisstructuur	6
2.1	Pandemie en fasering in CWZ	6
2.1.1	Algemeen	6
2.2	Draaiboek	7
2.3	Crisisbeleidsteam	8
2.4	Rol RvB	9
2.5	COVID sein – OTAZ sein – Call center	10
2.6	Relatie landelijk/regio beleid	10
2.7	Mogelijke maatregelen bij opschaling	10
2.8	Financiën	11
3.	FASE GROEN	12
3.1	Algemeen	12
3.1.1	Aangepast beleid bezoekers / begeleiders	12
3.1.2	Apotheek	12
3.1.3	Diagnostiek	12
3.1.4	Schoonmaak	12
3.2	Instroom	13
3.2.1	Digitale check op internet	13
3.2.2	Poliklinieken / dagbehandeling	13
3.2.3	Radiologie	13
3.2.4	Instroom naar dialyse	13
3.2.5	Instroom naar SEH	13
3.2.5	EHH / CCU	14
3.2.6	Acute psychiatrie	15
3.3	Doorstroom	15
3.3.1	Opname op een verpleegafdeling	15
3.3.2	Opname op de Intensive Care	15
3.3.3	Opname kinderen	15
3.4	Uitstroom	16
3.5	Overig	16

Pandemieplan

Draaiboek Covid-19

4.	FASE ORANJE	17
4.1	Algemene maatregelen	17
4.1.1	Apotheek	17
4.1.2	Diagnostiek	17
4.1.3	Schoonmaak	17
4.2	Instroom	18
4.2.1	Polikliniek / dagbehandeling	18
4.2.2	Instroom naar dialyse	18
4.2.3	Instroom naar SEH	18
4.2.4	Instroom naar SEH (kinderen)	19
4.2.5	EHH / CCU	19
4.2.6	Acute psychiatrie	19
4.3	Doorstroom	19
4.3.1	Opname op een verpleegafdeling	19
4.3.2	Opname op de intensive care	19
4.3.3	Werkwijze afschaling OK, programma Behandelcentrum en endoscopie afdeling	20
4.3.4	Opschaling fase oranje	20
4.4	Uitstroom	21
4.5	Overig	21
5.	FASE ROOD	22
5.1	Algemene maatregelen	22
5.1.1	Diagnostiek	22
5.1.2	Apotheek	22
5.1.3	Schoonmaak	22
5.2	Instroom	22
5.2.1	Polikliniek / dagbehandeling	22
5.2.2	Instroom naar dialyse	22
5.2.3	Instroom via HAP – SEH	22
5.2.4	EEH / CCU	23
5.2.5	Acute Psychiatrie	23
5.3	Doorstroom	24
5.3.1	Opname op een verpleegafdeling	24
5.3.2	Opname op Intensive Care	24
5.4	Uitstroom	24
5.5	Overig	24
5.5.1	Postmortale zorg en CMO (Cura Mortu Orum)	24
6.	Personeel	26

Pandemieplan

Draaiboek Covid-19

6.1	Algemeen	26
6.2	Gewijzigd personeelsbeleid	26
6.2.1	Verzuimbeleid	26
6.2.2	Overig	28
7.	Materialen	29
8.	Communicatie	31
9.	Afschaling en Evaluatie	32
10.	Bijlagen	34
	Voorgestelde werkwijze	45
	Vragen aan het crisisteam	46

1. Aanleiding

De dreiging van een COVID-19 pandemie in Nederland is reëel. Het is daarom nodig dat de ziekenhuizen in de regio voorbereid zijn op een toestroom van ernstig zieke patiënten en minder personeel vanwege het feit dat ook medewerkers ziek worden. De Nederlandse overheid heeft landelijke beleidsdraaiboeken gemaakt en opdracht gegeven aan de GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) om operationele draaiboeken te maken.

Covid-19

De COVID-19 pandemie is ontstaan door de verandering van een dierlijk Corona-virus zodat het ook bij mensen infecties kan veroorzaken. Het virus (SARS-CoV-2) is voor het eerst gevonden in Wuhan, China aan het eind van 2019 en heeft inmiddels bijna alle landen in de wereld bereikt. Op 1-3-2020 zijn er wereldwijd meer dan 87000 mensen besmet, waarvan 80% milde symptomen hebben, 15% ernstig ziek worden en 5% kritiek. Op 15 maart jl. was dit aantal van aangetoonde besmettingen gestegen tot ruim boven de 150.000 mensen wereldwijd. De case-fatality rate ligt bij 2,3% in China en in westerse landen vermoedelijk dichterbij 1%. De sterfte is bijzonder hoog in de groep van mensen van 70-79 jaar (8%) en 80 tot ouder (15%).

In tegenstelling tot de seizoensgriep hebben mensen geen – niet eens gedeeltelijk – antistoffen die actief kunnen worden tegen SARS-CoV-2. Schattingen zijn dan ook dat over 2 seizoenen tot 60% van de bevolking besmet zou kunnen raken. Dit is ervan uitgaande dat het virus ook gevoelig is voor weersinvloeden. Voor deze winter zouden wij dan nog tenminste 2 maanden “in het seizoen” zitten. In a worst-case scenario zou dit seizoen nog 10% van de bevolking besmet kunnen raken (60% in 2 seizoenen). Voor het adherentie gebied van het CWZ (300.000) zijn dat 30.000 mensen, waarvan 80% (24.000) mensen geen medische zorg nodig hebben, 6.000 zouden medische zorg zoeken, waarvan 2.000 mensen opgenomen en 30% in kritieke toestand.

Het is dan ook belangrijk om dit worst-case scenario zo veel mogelijk te voorkomen en de ziekte uit te spreiden over een langer tijdruim. Voor Italië zijn de getallen op 1-3-20 overigens: kritiek/ICU 3,3%, CFR 0,8%⁹ 1800 patiënten kritiek, waarvan 480 overlijdens.

Uiteraard zijn sociale en economische ontwrichting hierbij een gevolg. Van belang is dat onder de zieken ook medewerkers van CWZ zullen zijn. Bescherming van medewerkers en andere collega's is dan ook van groot belang.

2. Crisisstructuur

2.1 Pandemie en fasering in CWZ

2.1.1 Algemeen

Opschaling van het aantal klinische bedden:

Theoretische aantallen Integraal Capaciteitsmanagement (ICM)

Dagelijks worden door ICM drie overzichten gemaakt.

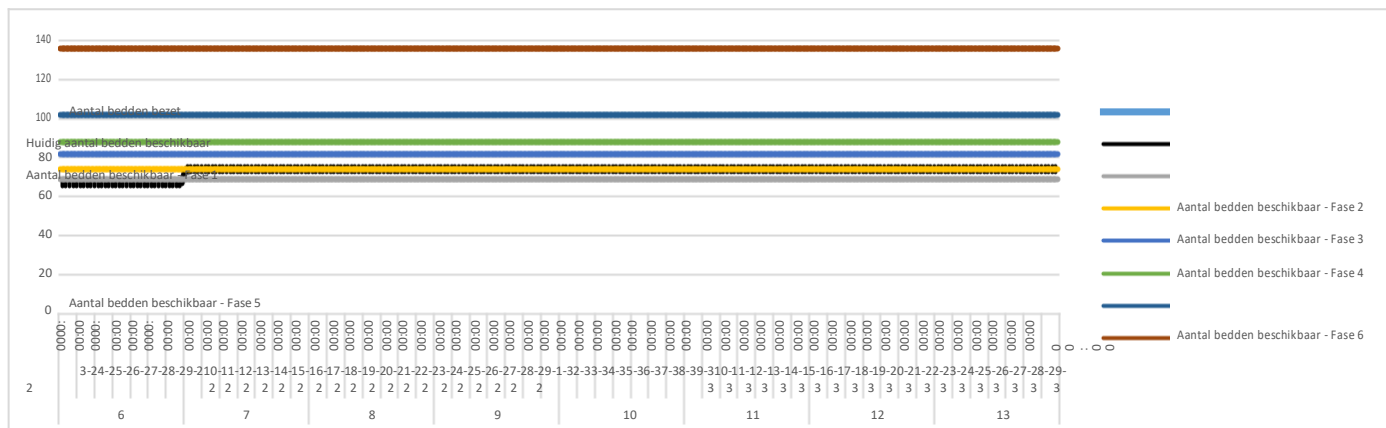
- Het eerste overzicht betreft de trend van isolatie-indicaties en de actuele status daarvan.
- Het tweede overzicht betreft het aantal beschikbare en bezette bedden.
- Een overzicht van het aantal IC plaatsen – beademingsplaatsen.
-

Het aantal beschikbare bedden wordt per fase aangegeven, waarbij in fase 1 begonnen wordt met de bedden die standaard beschikbaar zijn voor interne en longgeneeskunde (69 bedden). Dit kan vervolgens per fase worden uitgebreid met 8 “winterbedden”, 3 op B12 en 5 op de AOA (fase 2), 8 bedden op C12 (fase 3), 6 bedden AOA (fase 4), 14 bedden op B14 (fase 5) en 36 bedden op B44 (fase 6, B44 gaat fungeren als crisisafdeling). Als overloopafdeling wordt daarnaast nog A22 in gereedheid gebracht.

Ook is het mogelijk om een fase slechts gedeeltelijk op te hogen, met name bij fase 5 en 6, waar het aantal bedden relatief sterk toeneemt. Het opschalen van bedden heeft direct consequenties voor andere afdelingen, omdat extra personeel noodzakelijk is. Voor fase 2 en 3 gaat het hierbij om het inzetten van Flex medewerkers. Bij fase 4 zullen alle geplaatste detacheringen van Flex medewerkers op afdelingen anders dan longgeneeskunde en interne geneeskunde moeten worden ingetrokken. Deze detacheringen worden vervolgens ingezet op de COVID-19 afdelingen. Voor daaropvolgende fases zal ook ander personeel hiervoor moeten worden ingezet (zie ook hoofdstuk 6, personeel). Mogelijk is dit al eerder nodig om bedden in een eerdere fase open te houden, bijvoorbeeld door ziekte van personeel.

Opschalen van fase groen naar oranje of van oranje naar fase rood is niet **direct** gerelateerd aan het opschalen van bedden, omdat de consequenties voor andere afdelingen ook bij een gelijk blijvend aantal bedden kunnen veranderen.

De grafieken zullen er als volgt uit zien:



Voor wat betreft het schematisch overzicht van het aantal bedden gedurende de verschillende fasen zie *bijlage 1*.

Het kan zo zijn, dat voor het ene proces fase oranje al is bereikt, terwijl andere processen nog in fase groen zijn.

Fase groen

Normaal ziekteverzuim en geen ongebruikelijke beperking in de reguliere zorg.

Nemen van preventieve maatregelen. In eerste instantie is primair gekozen voor strikte isolatie van bewezen COVID-19 patiënten maar de verwachting is dat er snel een tekort is aan sluiskamers, waardoor er overgegaan moet worden naar een combinatie van druppel- en contactisolatie. Voor de groep van laag verdachte patiënten geldt ook per direct druppel-contact isolatie.

Fase oranje:

Toename van uitval van personeel i.v.m. ziekte en gelijktijdig toename van het aantal opnamen. Er moet, gezien de aantallen, opgeschaald worden o.a. qua bedden. Deze opschaling vindt plaats door uitbreiding van bedden op B14 en C12. Dit heeft tot gevolg dat er in deze fase mogelijk electieve behandelingen worden geannuleerd.

Druppel-contact isolatie blijft gehanteerd, waarbij cohort isolatie wordt toegepast.

De mogelijkheid van thuis werken wordt meegenomen in de overwegingen. Medewerkers die thuis werken moeten wel oproepbaar zijn.

Fase rood

Duidelijk tekort aan personeel en hoge transmissie in bevolking en toename van het aantal op te nemen patiënten. Alleen die klinische patiënten die niet thuis verzorgd kunnen worden ontvangen de medische basiszorg binnen CWZ. Zieke patiënten worden in cohort isolatie opgenomen op een of meerdere daartoe vrijgemaakte afdeling(en). In CWZ is afdeling B44 conform het ziekenhuiscrisis beleidsplan de crisis-afdeling, die als eerste ingezet zal worden indien de eigen capaciteit onvoldoende is. Personeel dat thuis heeft gewerkt in fase oranje (niet direct patiëntgebonden contacten) wordt opgeroepen t.b.v ondersteuning van de patiëntenzorg. In deze fase kan ook A22 (nu leegstaand) gebruikt worden.

2.2 Draaiboek

Doel van het draaiboek is om als organisatie snel en adequaat te kunnen reageren indien er sprake is van een startende of bewezen pandemie en dit ook voor deze regio/dit ziekenhuis consequenties gaat hebben.

n.b.: naast het algemene draaiboek, heeft een aantal afdelingen een draaiboek voor de eigen afdeling, zoals bijvoorbeeld de afdeling Communicatie, de IC en de afdeling Cardiologie.

De volgende problemen zijn te verwachten:

- verhoogd aanbod van patiënten met (complicaties van) de COVID-19
- beperkte capaciteit voor strikte isolatie en eenpersoonskamers op de reguliere afdeling
- verhoogde uitval van personeel, waardoor de reguliere maar zelfs ook de vitale
- bedrijfscontinuïteit bedreigd kan worden
- verhoogd gebruik van materialen zoals, persoonlijke bescherming middelen (PBM) en tegelijkertijd schaarste op de markt
- tekort aan IC plaatsen/beademingsplaatsen

Concreet betekent dit dat de doelen zijn:

1. preventiebeleid tegen COVID-19 en veilig opvangen patiënten
2. opschalen van het aantal testen van medewerkers en patiënten en het efficiënt gebruik van deze testen
3. waarborgen continuïteit zorg, veiligheid en beschikbaarheid en personeel
4. preventiebeleid en hygiënebeleid in afwezigheid van vaccinatie en therapie
5. waarborgen van vitale bedrijfsprocessen zoals verstoorde bevoorrading van materialen die nodig zijn voor lopende (vitale) activiteiten
6. inzichtelijk maken van de personele en opvangcapaciteit ten behoeve van de GHOR

Rondom de doelen van dit draaiboek worden separate werkgroepen gemaakt met een voorzitter. De voorzitter is lid van het crisisbeleidsteam en brengt informatie en advies in het crisisbeleidsteam zodat dit orgaan zich kan beperken tot besluitvorming.

De basis voor de maatregelen en activiteiten die worden vastgesteld en uitgevoerd zijn gelegen in de landelijke richtlijnen die vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor de ziekenhuizen worden opgesteld. Daarnaast wordt ten aanzien van de inhoud zoveel mogelijk geconfirmeerd aan de richtlijnen van het RIVM (<http://www.rivm.nl/>).

Ingeval van een pandemie zal de organisatie in een kort tijdsbestek moeten worden opgeschaald waarbij de reguliere ziekenhuiszorg zo veel mogelijk in tact blijft. Het ziekenhuis bereidt zich voor op een fase waarin mogelijk een grote behoefte bestaat aan klinische zorg en beademingscapaciteit, maar ook op een fase waarin een groot deel van de eigen medewerkers kan uitvallen door ziekte.

De extra kosten die de uitvoering van dit pandemieplan met zich meebrengt zullen inzichtelijk gemaakt moeten worden. De extra kosten worden geboekt op een aparte kostenplaats. Het kostenplaatsnummer is inmiddels vastgesteld. Na afloop van de crisis zal deze geëvalueerd worden en zal er een overzicht gemaakt worden van alle kosten, die verband houden met deze crisis.

2.3 Crisisbeleidsteam

In CWZ is een **CBT (crisisbeleidsteam)** geformeerd. Dit team bestaat uit de volgende leden:

- Crisismanager (naam)
- MMB (naam)
- Infectioloog (naam)
- Medische staf (naam)
- OTAZ (naam)
- Manager acute zorg (naam)
- Manager P&O (naam)
- Voorzitter OTFZ (naam)
- Manager beddenscapaciteit/OK planning (naam)
- Manager klant, markt en innovatie / nu specifiek communicatie (naam)
- Raad van bestuur – (naam)

De volgende operationele teams rapporteren aan het CBT. Dit zijn:

OTOM:

- Arts microbioloog (naam)
- internist-infectioloog/ MM AOA, (naam)
- internist-infectioloog, (naam)
- Apothekers, (naam)
- Longarts, (naam)
- Intensivist, (naam)
- Manager bedrijfsvoering, (naam)

OTAZ:

- Hoofd OK, (naam)
- Hoofd verkoever, (naam)
- Hoofd IC, (naam)
- Hoofd SEH, (naam)
- Hoofd radiologie, (naam)
- Hoofd EHH/CCU, (naam)
- Hoofd opname @ patiëntenplanning, (naam)

OTFZ:

- Manager facilitaire zaken, (naam)
- Hoofd projectenbureau, (naam)
- Hoofd patiëntenservice, (naam)
- Hoofd inkoop, (naam)
- Hoofd beveiliging en BHV, (naam)
- Hoofd techniek, (naam)
- Hoofd horeca, (naam)

Werkgroep Capaciteiten:

- Hoofd opname & patiëntenplanning, (naam)
- Hoofd OK, (naam)
- Hoofd chirurgie, (naam)
- Hoofd neurologie, (naam)
- Hoofd nefrologie/oncologie, (naam)
- Adviseur ICM, (naam)
- Senior flexbureau, (naam)
- Manager bedrijfsvoering, (naam)
- Manager bedrijfsvoering, (naam)

2.4 Rol RvB

CWZ kent een crisisstructuur waarin besluiten genomen worden door het CBT. Deze crisis raakt echter alle capaciteiten van het huis en heeft ook financiële consequenties. Daarnaast is er veel media aandacht voor de afwikkeling van deze crisis. Daarom maakt de raad van bestuur onderdeel uit van het Crisis Beleidsteam tijdens deze pandemie.

2.5 COVID sein – OTAZ sein – Call center

Er is een speciaal COVID sein ingesteld dat gebeld kan worden bij medisch inhoudelijke vragen: toestel: **xxxxx**.

Er is een speciaal mailadres + telefoonnummer voor de OTAZ in het leven geroepen: **mail xxx** dienstdoende voorzitter OTAZ, toestel: **xxxx**. Deze kan gebeld worden door afdelingshoofden voor operationele vragen.

Voor deze crisis is een speciaal telefoonnummer van de voorzitter CBT ingesteld, toestel: **xxxx**

Daarnaast is er een call center ingericht, waar patiënten terecht kunnen met de meest voorkomende organisatorische vragen. Het nummer van het call center is: **xxxx**. Zijn er algemene vragen of medisch inhoudelijke vragen dan wordt er doorverbonden naar de betreffende persoon.

Alle informatie is in principe ook terug te vinden op de COVID-19 intranetsite.

2.6 Relatie landelijk/regio beleid

Aangezien de crisis het hele land raakt, is en wordt er landelijk en regionaal beleid ontwikkeld. Daar waar van toepassing wordt aangesloten op dit beleid.

Er is een regionaal drukteplan, waarvoor de GHOR de eindverantwoordelijkheid heeft. In dit drukteplan worden capaciteiten, materialen en toestroom patiënten regionaal in de gaten gehouden en gecoördineerd.

Namens CWZ zijn (**naam**) contactpersoon bij de GHOR.

De huisartsen worden via het CBT geïnformeerd over de genomen maatregelen die de huisartsen kunnen raken.

Vanaf fase groen scheidt de HAP de patiënten met luchtwegklachten van patiënten zonder luchtwegklachten. Deze maatregel geldt in de hele regio Nijmegen-Boxmeer 7 dagen per week, 24 uur per dag. Op de huisartsenpost Boxmeer worden alleen spoedeisende klachten gezien zonder luchtwegklachten (zogenaamde “schone post”).

Op de huisartsenpost Nijmegen worden patiënten gezien met ernstige luchtwegklachten en patiënten met andere klachten in combinatie met luchtwegklachten (zogenaamde “Corana post”). Momenteel wordt uitgewerkt hoe beide posten worden gesplitst.

2.7 Mogelijke maatregelen bij opschaling

Aan de hand van de situatie zal er opgeschaald worden. Opschalen kan op verschillende niveaus en met verschillende maatregelen, van verschillende orde van grootte:

- uitstellen van (openbare) bijeenkomsten binnen CWZ
- het aanpassen van de reguliere bezoeksregeling
- het aantal bedden wordt opgehoogd, inclusief benodigd personeel
- een (aantal) afdelingen(en) wordt vrijgemaakt voor de opname van COVID-19 patiënten (eerder in dit plan genoemd)
- alle Flex personeel wordt weggehaald van andere afdelingen en ingezet ten behoeve van het openen van meer bedden t.b.v. COVID-19 patiënten

- schoonmaak wordt extra ingezet om de wisseltijd tussen ontslag van patiënt en opname van volgende patiënt te verkorten
- extra inzet van lab en apotheek op verpleegafdelingen voor het overnemen van werkzaamheden rondom bloedprikken en medicatieproces
- de Apotheek moet worden ingezet op de SEH
- afdeling Patiëntenservice moet worden ingezet op de SEH
- het OK-programma moet worden gereduceerd zodat er verpleegkundigen zijn om nog meer COVID – 19 bedden te bemensen
- inzet van extra personeel van poli/andere afdelingen om voldoende personele capaciteit op verpleegafdelingen te genereren om nog verder op te schalen
- er wordt een basisverpleegplan (zie bijlage 4) gehanteerd door verpleegafdelingen, vanwege het tekort aan verpleegkundig personeel
- beademingspatiënten moeten kunnen
- worden opgenomen op de verkoeverafdeling OK
- een (aantal) afdeling(en) wordt vrijgemaakt voor de opname van COVID-19 patiënten.

2.8 Financiën

De kosten van deze Corona crisis worden apart bijgehouden.

Dit mede in verband met eventuele vergoedingen. Management Control heeft hiertoe een spreadsheet verspreid dat per afdeling gebruikt en ingevuld kan worden.

Het betreft kosten voor:

- Personeel : medewerker heeft werkverbod i.v.m. klachten. In het roostersysteem wordt hiervoor code WV (werkverbod). Extra inzet medewerkers in de directe en indirecte zorg.
- Out of pocket kosten: kosten voor reagentia, testen, isolatiemateriaal etc. Kosten voor inrichten call center etc.
- KCL./trombosedienst: specifieke kosten huisbezoek voor corona.

Orders en/of facturen, die specifiek samenhangen met Corona moeten voorzien worden van de projectcode VIRUS-CORONA.

Wat betreft de DBC code die gebruikt kan worden: er zijn diverse DBC codes aangemaakt voor Corona patiënten.

Het streven is zo min mogelijk fysiek contact met patiënten te hebben, maar contact te hebben via belconsult. Daarvoor zijn codes beschikbaar.

Indien er vragen zijn ten aanzien van HIX in relatie tot de registratie van corona patiënten dan kunt u contact opnemen met **naam**, tel. **xxxx**

3. FASE GROEN

3.1 Algemeen

Fase groen

Normaal ziekteverzuim en geen ongebruikelijke beperking in de reguliere zorg. Nemen van preventieve maatregelen. In eerste instantie is primair gekozen voor strikte isolatie van bewezen COVID-19 patiënten maar de verwachting is dat er snel een tekort is aan sluis kamers, waardoor er overgegaan moet worden naar een combinatie van druppel- en contactisolatie. Voor de groep van laag verdachte patiënten geldt ook per direct druppel-contact isolatie

3.1.1 Aangepast beleid bezoekers / begeleiders

In fase groen is het volgende beleid van toepassing:

- Thuis blijven bij luchtweginfecties of griepachtige klachten als niezen, hoesten, keelpijn en of loopneus. Deze maatregel geldt niet voor ouders of verzorgers van kinderen die zijn opgenomen, naasten van mensen die in de palliatieve fase van hun leven zijn en naasten van mensen op de intensive care.
- Strikt naleven beleid maximaal 1 bezoeker / begeleider per patiënt
- Bezoekers van geïsoleerde patiënt krijgen een chirurgisch masker voor tijdens het bezoek.
- Artsen en medewerkers geven geen hand meer.
- Banners bij de ingang waarschuwen bezoekers / begeleiders wat te doen bij klachten. Bezoekers met klachten worden verzocht rechtsomkeer te maken, bij patiënten bepaalt de behandelaar of het consult door moet gaan.

3.1.2 Apotheek

Dagelijks wordt gemonitord hoe de stand van zaken is t.a.v. beschikbaarheid van medicatie en middelen. De klinische farmacie geeft dit door. Het overzicht wordt besproken in het CBT.

3.1.3 Diagnostiek

Actie: nog te vullen

3.1.4 Schoonmaak

De GOM heeft een schoonmaakplan opgesteld dat gehanteerd wordt tijdens deze crisis.

In fase groen worden de volgende voorbereidingen getroffen:

- Voorraad materiaal-middelen bestellen voor 2 maanden
- Desinfectiemiddelen voor 2 maanden
- PBM bestellen als noodvoorraad
- Flexteam uitbreiding met 2 x2 teams (totaal 6 teams van 2 pers)
- 2 piketkamers regelen
- Periodieke werkzaamheden vooruit werken zodat bij fase oranje niet teveel achterstand is
- Onderzoeken of medewerkers gespreid kunnen werken (piek om 17.00 is een risico)
- Buffer ochtend, avond groter maken 50 %. Bij wegvallen vaste medewerkers kunnen deze medewerkers op taak
- Medewerkers uit de Buffergroep inzetten op desinfectie openbare ruimten totdat inzet op regulier noodzakelijk is
- Inventariseren welke medewerkers uitvallen als de scholen dicht gaan - Ketenaafhankelijkheid

- FLEX overleg > herinstructie wekelijks > voorbereiden op extreme drukte > plan van uitbreiding bespreken
- Oefenen crisisplan leiding > wie doet wat wanneer? Wie is waar verantwoordelijk voor!
- Adviezen inwinnen bij naam
- Afspraken maken met hoofden, zo efficiënt mogelijk de behandelkamers gebruiken
- Checken of was ook opgeschakeld wordt

Wat moet absoluut doorlopen worden in alle fases:

Verpleegafdelingen, Poliklinieken, OK, Cleanroom, openbare toiletten, wachtruimten, Entree, HAP, SEH.

Opschalen roomservice

Inwerkprogramma roomservice:

- Meedraaien 3 dagdelen met vaste medewerker room-service op beide functies back-office en front-office.
- 1e medewerker Patiëntenservice begeleid bekwaamheid HIX, neemt toets af en meldt medewerker bekwaam.

3.2 Instroom

3.2.1 Digitale check op internet

Op de internetsite is voor bezoekers een digitale check beschikbaar om te bepalen of zij welkom zijn in CWZ. Verzoek aan patiënten om vooraf telefonisch te melden bij de poli indien zij klachten hebben. In de berichtgeving aan patiënten (reminder afspraak) wordt patiënten gevraagd de digitale check te doen voorafgaand aan hun polibezoek.

3.2.2 Poliklinieken / dagbehandeling

Patiënt blijkt bij melden (aanmeldzuil of meldpuntmedewerker) een verdenking op COVID-19 te hebben (volgens casusdefinitie).

Meldpunt medewerker vraagt patiënt uit en neemt contact op met behandelend arts.

Patiënt krijgt een chirurgisch mondneusmasker en wordt op 1,5 meter van anderen gesepareerd.

Patiënt wordt in druppelcontactisolatie + spatbril gezien op de polikliniek / dagbehandeling.

Patiënt wordt doorverwezen naar huisarts / GGD.

Om toeloop van patiënten te verminderen zal vol ingezet worden op teleconsultatie en telemonitoring. Deze vormen van consult zullen versneld verder uitgerold worden.

3.2.3 Radiologie

Voor radiologie gelden aparte spelregels voor ambulante patiënten – zie bijlage 2

3.2.4 Instroom naar dialyse

Er is een noodplan gemaakt ten behoeve van de opvang van dialyse patiënten (bijlage volgt).

3.2.5 Instroom naar SEH

Vanaf fase groen scheidt de HAP de patiënten met luchtwegklachten van patiënten zonder luchtwegklachten.

De splitsing op de huisartsenpost Locatie is als volgt:

De “vieze” post huisartsenpost Locatie is in de Locatie De “schone” post van de huisartsenpost Locatie is in de Locatie

Patiënt wordt ingestuurd via de huisarts (en post) naar de spoedeisende hulp (SEH) en heeft een verdenking op een respiratoire luchtweginfectie. De afspraak met de HAP is dat deze patiënten met een mond/neusmasker naar de spoedeisende hulp komen.

Op het spoedplein staat een meldzuil, waarmee patiënten, die niet via de HAP komen, een zelftest kunnen doen. Afhankelijk van de uitkomst nemen zij plaats in één van de wachtkamers.

Er is een wachtkamer voor patiënten met verdenking luchtweginfectie en een wachtkamer voor patiënten zonder verdenking. De patiënten met verdenking nemen plaats in de binnen wachtkamer met een mond/neusmasker, inclusief begeleider. De patiënten die niet verdacht zijn, nemen plaats in de buiten wachtkamer. Mocht de begeleider luchtwegklachten hebben, krijgt deze een mond/neusmasker op.

De verpleegkundige van de SEH neemt zo snel mogelijk een COVID-19 test en een Influenza sneltest af. De uitslag van deze sneltest wordt vermeld in HiX.

Voor wat betreft de COVID-19 test: patiënt krijgt bij binnenkomst de vlag “hoog verdacht” of “laag verdacht”. Indien corona positief staat in HiX de vlag “bewezen”.

Wanneer ziekenhuisopname voor de verdachte patiënt niet geïndiceerd is gaat patiënt naar huis en krijgt de flyer ‘Informatie voor familie en relaties’ mee. Binnen 24 uur wordt patiënt gebeld met de uitslag van de test.

Wanneer ziekenhuisopname van toepassing is wordt patiënt als volgt opgenomen:

- Corona positieve patiënten worden opgenomen op de sluiskamer van het cluster waar men bij hoort (dus voor beschouwend op B14 en voor het snijvend cluster op B44/C44). Indien er geen sluiskamer beschikbaar is, wordt patiënt in strikte isolatie opgenomen op een 1 persoons kamer binnen het beschouwend cluster. Pas daarna mag de sluiskamer van het andere cluster gebruikt worden, indien de medische zorgvraag dit toelaat. Indien er meerdere corona positieve patiënten opgenomen zijn van hetzelfde specialisme, mag er in cohort verpleegd worden op een meer persoons kamer.
- Hoge verdenking op COVID-19 ligt op éénpersoonskamer in strikte isolatie plus, met deur gesloten.
- Influenza A positief ligt of op éénpersoonskamer in druppelcontactisolatie of op een meer persoons kamer in cohort.
- Laag verdacht op COVID-19 ligt zoveel mogelijk op éénpersoonskamer in druppelcontactisolatie. Indien er geen éénpersoonskamers meer zijn wordt patiënt in cohort op een meer persoons kamer opgenomen (zo min mogelijk patiënten per kamer), totdat de uitslag van de COVID-19 test bekend is.

In deze fase wordt er opgeschaald van 3 naar 4 SEH verpleegkundigen in de nachtdienst.

3.2.5 EHH / CCU

De EHH heeft geen gescheiden wachtkamer aangezien alleen op EHH/CCU monitor bewaking mogelijk is. Hierdoor is het niet mogelijk om verdachte en niet verdachte patiënten te scheiden.

Patiënten met supraventriculaire ritmestoornissen en milde decompensatio cordis kunnen direct verwezen worden naar rode EHH stoelen op B42, echter alleen indien hiervoor voldoende personele bezetting is en indien de monitor bewaking geëffectueerd is waardoor patiënten zichtbaar zijn op de EHH.

Tevens zal door toename van COVID-19 patiënten de vraag voor cardiale interventies op de katheterisatiekamers kunnen toenemen, mede door gecompliceerd verloop van de ziekte.

Derhalve zal bij toename van de zorgvraag op de katheterisatiekamers extra inzet van personele ondersteuning op de katheterisatiekamers aan het CWZ gevraagd kunnen worden.

Deze aanvragen voor extra personeel zullen besproken worden in het capaciteitsoverleg dat dagelijks plaatsvindt.

3.2.6 Acute psychiatrie

Uitgangspunten:

Beddencapaciteit is beschikbaar voor CWZ (instroom via SEH, andere verpleegafdelingen, poli, OVDB en SOLK).

Er worden géén gastplaatsingen verricht of opnames uit een 'niet CWZ regio'.

In fase groen

Normaal beleid.

Bedcapaciteit

- 16 beschikbaar
- 2 voor interne crisis / spoedplaatsingen via SEH

Bij personeelsproblematiek zijn er 14 bedden beschikbaar

Ter aanvulling:

Zorg voor afspraken met de GGZ-instellingen over de procedures hoe om te gaan met Corona positieve patiënten.

3.3 Doorstroom

3.3.1 Opname op een verpleegafdeling

Patiënten voor de specialismen longgeneeskunde, interne geneeskunde en MDL, die respiratoir verdacht zijn of Corona positief zijn, worden opgenomen op de AOA afdeling. De respiratoir verdachte patiënten worden aldaar zoveel mogelijk op een éénpersoonskamer opgenomen.

Patiënten voor andere specialismen, die respiratoir verdacht zijn of Corona positief, worden opgenomen op de eigen afdeling in isolatie.

Wanneer een patiënt, die op een meer persoons kamer verpleegd wordt, positief is voor COVID-19 blijven de andere patiënten bij elkaar verpleegd worden totdat de uitslagen van de testen bekend zijn.

COVID-19 positieve patiënten stromen vanaf de AOA afdeling volgens de normale procedure door naar de reguliere afdeling. Zij kunnen, indien medisch gezien verantwoord, in cohort verpleegd worden.

3.3.2 Opname op de Intensive Care

Voor patiënten die zorg nodig hebben op de Intensive Care wordt de normale procedure gevolgd.

3.3.3 Opname kinderen

Bij hoge verdenking

Indicatie voor opname: opname in strikte isolatie. Afname test

Geen indicatie voor opname: geen test, algemene adviezen

Bij lage verdenking

Indicatie voor opname: opname in druppel/contactisolatie + spatbril, afname test

Geen indicatie voor opname: algemene adviezen

Het plan tav kinderen beoordelen op SEH is in ontwikkeling en volgt zo snel mogelijk.

3.4 Uitstroom

Patiënten die positief zijn getest op COVID-19 en met een GRZ of ELV moeten uitstromen naar een verpleeghuis worden opgenomen in het **verpleeghuis** in strikte isolatie.

Met de **verpleeghuis organisatie** zijn afspraken gemaakt over het uitstromen van COVID-19 positief geteste patiënten. Daarnaast is de afspraak gemaakt dat er 1 – 2 x per week overleg is (samen met **Radboud, SMK, GGD**) over het geheel van de ketenzorg om te borgen dat er de gehele **verpleeghuis** keten goed door loopt.

3.5 Overig

Medewerkers die in fase oranje en rood ingezet worden bij de verpleging van patiënten longgeneeskunde en interne geneeskunde zullen ter voorbereiding bijgeschoold worden. **MIT** is gevraagd om de autorisaties t.b.v. medewerkers die nu in een staffunctie werkzaam zijn maar in fase oranje – rood als ondersteuner werken op de verpleegafdeling in orde te maken. Hiervoor is een werkgroep in het leven geroepen.

Deelnemers van deze werkgroep zijn:

- **Naam** Werkgroep voorzitter
- **Naam** Applicatie coördinator autorisaties
- **Naam** Applicatie coördinator autorisaties
- **Naam** Systeem beheer
- **Naam** projectleider MIT (Noodaccounts)
- **Naam** Manager bedrijfsvoering MIT
- **Naam** functionaris Gegevensbescherming- Security Officer
- **Naam** hoofd P&O services

4. FASE ORANJE

4.1 Algemene maatregelen

Fase oranje:

- Toename van uitval van personeel i.v.m. ziekte en gelijktijdig toename van het aantal opnamen. Er moet, gezien de aantallen, opgeschaald worden o.a. qua bedden. Deze opschaling vindt plaats door uitbreiding van bedden op B14 en C12. Dit heeft tot gevolg dat er in deze fase mogelijk electieve behandelingen worden geannuleerd.
- Druppel-contact isolatie blijft gehanteerd, waarbij cohort isolatie wordt toegepast. De mogelijkheid van thuis werken wordt meegenomen in de overwegingen.
- Medewerkers die thuis werken moeten wel oproepbaar zijn.

Dagelijks is er een capaciteitsoverleg om te inventariseren hoe de stand van zaken is van aantallen klinische patiënten – bedden – beschikbaar personeel. Indien nodig wordt het aantal bedden t.b.v. verdachte en bewezen corona patiënten vergroot. Dit houdt in dat OK's, behandelprogramma's en onderzoeken zullen worden afgeschaald, daar waar mogelijk. Personeel, wat hierdoor vrij komt, wordt ingezet om bedden voor COVID-19 patiënten te openen. Tijdens het dagelijkse capaciteitsoverleg worden de personeelsleden gekoppeld aan de bedden.

4.1.1 Apotheek

Er is dagelijkse monitoring van medicatie en middelen.

Indien nodig wordt opgeschaald qua apothekersassistenten om de SEH te voorzien van medicatie voor patiënten die daar verblijven.

4.1.2 Diagnostiek

Gezien de druk op (de materialen van) de laboratoria wordt aan de huisartsen gevraagd om verwijzing en aanvraag voor diagnostiek waar mogelijk te beperken. Denk hierbij aan jaarlijkse diabetes controles of bepaalde feces onderzoeken.

4.1.3 Schoonmaak

In fase Oranje worden de volgende acties uitgezet:

- Verloven intrekken tussen fase oranje-rood
- Leiding opschalen (PT > FT laten werken)
- Kantoren geheel CWZ gebruikers zelf schoonmaken (incident wipes verstrekken). Afval verwijderen 1x per week door GOM
- periodieke werkzaamheden uitstellen
- Reductie-uren Poli inzetten om bedden te vervoeren (training on the job geven)
- Reductie-uren Poli inzetten bij knelpunten dagelijkse schoonmaak
- Reductie-uren OK inzetten bij flex (zijn hiervoor getraind)
- Handcontactpunten Poli - Verpleegafdelingen desinfecteren

4.2 Instroom

4.2.1 Polikliniek / dagbehandeling

Het aantal polibezoeken wordt zoveel mogelijk gereduceerd.

Fysieke polikliniekbezoeken en bezoeken aan functieafdelingen worden daar waar mogelijk omgezet in een telefonisch consult. Herplanning afspraken na 1-6-2020.

Fysieke bezoeken gaan alleen door voor patiënten voor wie dit absoluut noodzakelijk is.

Om fysieke patiëntencontacten te vermijden wordt de inzet van teleconsulting verbreed en daar, waar mogelijk wordt telemonitoring ingezet.

Ook wordt in samenhang met voorgaande punten en in samenwerking met de huisartsen de huisartsenpost (HAP) naar 24/7 opgeschaald – zie eerder in deze notitie. Wat betreft de Dagbehandeling:

Endoscopie onderzoek dat vanwege de aard van de aandoening noodzakelijk is, gaat door, evenals infusiotherapie die onderdeel is van een kuur. Daarnaast gaan bloedtransfusies door. Alle overige dagbehandeling wordt geannuleerd.

4.2.2 Instroom naar dialyse

Er is een noodplan gemaakt ten behoeve van de opvang van dialyse patiënten (bijlage volgt).

4.2.3 Instroom naar SEH

Ook in deze fase wordt gewerkt met gescheiden wachtkamers.

Aan de poort wordt getrieerd welke patiënt waar gezien moet worden.

Patiënten, die niet noodzakelijk op de SEH hoeven te worden gezien, worden omgebogen naar andere locaties. Denk hierbij aan:

- Verdenking/bewezen DVT² spoedpoli interne geneeskunde
- Opname voor transfusie ²spoedpoli interne geneeskunde / opname op Dagbehandeling
- Bewezen fracturen / verdachte fracturen (zonder bed) ²fracturenpoli
- Niet vitaal bedreigde patiënten met buikklachten ²poli chirurgie/pol MDL
- Peri anaal abces, abscessen ledematen, verwondingen (zonder bed) ²poli chirurgie
- Controle patiënten in het weekend ook via de eigen polikliniek

Dit plan wordt verder uitgewerkt door het management SEH en afgestemd met de gebruikersraad SEH.

In deze periode is het van belang dat er extra personeel is voor de patiënten, die geprikt moeten worden voor bloedonderzoek en voor het aanvragen van radiologie diagnostiek.

Het uitgangspunt is dat er geen patiënten overnachten op de SEH. Echter, in geval van zeer grote toeloop zal dit wellicht niet te voorkomen zijn. Aangezien de SEH niet is ingericht als verpleegafdeling ontstaan er twee problemen:

1. De onderhoudsmedicatie van deze patiënten is niet aanwezig op de SEH. In de ochtend kan de SEH bellen voor onderhoudsmedicatie.
2. Voor deze categorie patiënten (de langliggers) is het nodig dat roomservice aanwezig is.

In deze fase is er in het weekend ook een apothekersassistente nodig voor de medicatieverificatie.

Indien nodig is er een medisch specialist aanwezig op de SEH om een vlotte doorstroom van patiënten te waarborgen.

Patiënten voor de specialismen longgeneeskunde en interne geneeskunde worden opgenomen op de AOA afdeling.

Patiënten voor andere specialismen worden opgenomen op de eigen afdeling in isolatie.

4.2.4 Instroom naar SEH (kinderen)

In overleg met de kinderafdeling is op A24 de mogelijkheid gecreëerd om kinderen te zien die normaal op de SEH worden gezien (tenzij vitaal bedreigd)

Zieke kinderen die zijn verwezen naar de kinderarts en niet vitaal bedreigd zijn kunnen (in overleg) terecht op A24, kinderafdeling. (andere kinderen worden overdag op de eigen poli beoordeeld)

4.2.5 EHH / CCU

Geen wijzigingen t.o.v. fase groen.

4.2.6 Acute psychiatrie

Fase groen aangevuld met de wijziging dat we 4 bedden beschikbaar maken voor corona/ somatisch zieke patiënten met psychiatrisch toestandsbeeld

Bedcapaciteit

- 12 beschikbaar
- 4 voor corona/ somatisch zieke patiënten van andere verpleegafdeling
- 2 voor interne crisis / spoedplaatsing SEH

Bij personeelsproblematiek worden er 2 bedden beschikbaar voor somatisch zieke patiënten

4.3 Doorstroom

Het aantal aanwezige en aangeboden patiënten bepaalt het benodigd aantal bedden. Dit is inclusief de personele capaciteit. Het crisisbeleidsteam bepaalt per dag welke afschalingsmaatregelen nodig zijn om zowel de noodzakelijke spoedzorg snijdend als beschouwend te bieden.

4.3.1 Opname op een verpleegafdeling

In deze fase behoudt de AOA haar functie. Er worden alleen patiënten voor het specialisme longgeneeskunde en interne geneeskunde opgenomen + de COVID-19 verdachte MDL patiënten.

Andere MDL patiënten worden rechtstreeks opgenomen op de eigen afdeling .

B14 wordt opgeschaald van 21 naar 35 bedden. C12 wordt opgeschaald met 8 bedden. De 8 dagbehandelingsbedden verdwijnen daar tijdelijk.

Bij gebrek aan éénpersoonkamers worden COVID-19 positieve patiënten in cohort bij elkaar geplaatst op een meer persoons kamer in strikte isolatie plus.

4.3.2 Opname op de intensive care

Bij gebrek aan IC / beademingsplaatsen wordt gekeken of er patiënten uitgeplaatst kunnen worden.

Opschaling kan ook via gebruik van andere beademingsapparatuur van andere afdelingen. Daarnaast kan voor een categorie patiënten gebruik gemaakt worden van Optiflow.

Er is een eigen opschalingsplan IC (zie bijlage 3). Hierin is ook scholing van verpleegkundigen longafdeling meegenomen t.b.v. het gebruik van de Optiflow.

4.3.3 Werkwijze afschaling OK, programma Behandelcentrum en endoscopie afdeling

Wanneer door de toestroom van patiënten / uitval van zieke medewerkers een afschaling van het electieve OK -programma noodzakelijk is, zijn goede spelregels rondom opname- en OK-planning belangrijk. Het besluit om af te schalen zal genomen worden door CBT en RvB. Het afschalen betreft OK's /programma's behandelcentrum en endoscopie afdeling. Voor wat betreft het snijdend cluster is **medisch manager naam** aanspreekpunt.

Het hoofd OK en het hoofd opname bekijken samen met ICM aan de hand van de beschikbare bedden hoeveel OK's / programma's gevuld kunnen worden. In overleg met **naam/naam** wordt een voorstel gedaan aan de snijdende specialismen welke patiënt(en) kunnen worden afgezegd en welke OK's doorgang moeten vinden. Er wordt centraal bijgehouden om hoeveel patiënten het gaat.

4.3.4 Opschaling fase oranje (18-03-2020)

Vanaf **datum** uur wordt er opgeschaald met **16** bedden op **C12** en **3** bedden op **B12**. Na overleg met het unitmanagement **AOA** heeft het CBT besloten de opnames die naar de **AOA** gaan, overdag via de opname (**telnr**) en in de avonden, nachten en weekenden via het ANW hoofd (**tel nr**) te laten gaan. Dit besluit is genomen voor de tijd dat de corona crisis duurt.

Voor wat betreft de instroom en de categorie patiënten per afdeling: zie bijgevoegd stroomschema. Ter aanvulling: **B14** krijgt **28** bedden, **B12** heeft **40** bedden, de **AOA** **20** bedden en **c12** heeft **16** bedden oncologie longen en interne geneeskunde.

Verhuisplan:

Op **c12** worden alle oncologische patiënten van longgeneeskunde en interne geneeskunde geplaatst.

Deze patiënten categorie ligt nu op **B12/C12**

De kuren longgeneeskunde gaan naar **B09** → **B12**

Alle niet verdachte, niet met Corona besmette patiënten longgeneeskunde en interne geneeskunde worden geclusterd op **B14**. Verschuiving van niet verdachte, niet Corona besmette patiënten longgeneeskunde en interne geneeskunde, was **B12** → **B14**

Corona positieve patiënten blijven op B12 c.q. worden doorgeschoven naar B12. B12 wordt Corona afdeling.

Opname vanaf de SEH voor patiënten van longgeneeskunde, MDL en interne geneeskunde:

1. *Niet besmette, niet verdachte patiënten gaan rechtstreeks naar de afdeling:*
MDL **B24**
Interne geneeskunde **B14**
Interne oncologie **C12**
Longgeneeskunde **B14**
Longgeneeskunde oncologie **C12**
2. *Laag verdachte patiënten Longgeneeskunde, MDL, Interne geneeskunde*
Opname op de **AOA**, desnoods in clusters van 2. Blijven op **AOA** totdat de uitslag van de kweek bekend is. Daarna uitstromen naar die afdeling, waar ze bedacht zijn, afhankelijk van de uitslag van de kweek.
3. *Hoog verdachte patiënten Longgeneeskunde, MDL, Interne geneeskunde*
Opname op de **AOA**, in strikte isolatie met deur dicht. Blijven op **AOA** totdat de uitslag van de kweek bekend is. Let wel: deze categorie kan ook een fout negatieve uitslag hebben. Deze patiënten blijven hoog verdacht, totdat de behandelend arts de vlag omgezet heeft. Patiënt stroomt uit de **AOA** naar die afdeling, waar hij bedacht is, afhankelijk van de uitslag van de kweek.
4. *Positieve corona patiënten Longgeneeskunde, MDL, Interne geneeskunde*
Worden opgenomen op de **AOA**, kunnen daar geclusterd worden en doorgeplaatst naar **B12**.

Overloop AOA

B12 is overloop **AOA**.

4.4 Uitstroom

Nog aan te vullen.

4.5 Overig

Medewerkers die in fase rood ingezet worden bij de verpleging van patiënten longgeneeskunde en interne geneeskunde zullen ter voorbereiding op fase rood bijgeschoold worden.

5. FASE ROOD

Fase rood

Duidelijk tekort aan personeel en hoge transmissie in bevolking en toename van het aantal op te nemen patiënten. Alleen die klinische patiënten die niet thuis verzorgd kunnen worden ontvangen de medische basiszorg binnen naam CWZ. Zieke patiënten worden in cohort isolatie opgenomen op een of meerdere daartoe vrijgemaakte afdeling(en). In CWZ is afdeling B44 conform het ziekenhuis crisis beleidsplan de crisisafdeling, die als eerste ingezet zal worden indien de eigen capaciteit onvoldoende is. Personeel dat thuis heeft gewerkt in fase oranje (niet direct patiëntgebonden contacten) wordt opgeroepen t.b.v ondersteuning van de patiëntenzorg. In deze fase kan ook A22 (nu leegstaand) gebruikt worden.

5.1 Algemene maatregelen

Het basisverpleegplan wordt in werking gesteld. – Zie bijlage 4

5.1.1 Diagnostiek

Actie: nog aan te vullen door MB diagnostiek.

5.1.2 Apotheek

5.1.3 Schoonmaak

Actie fase rood:

- Hoofdgebouw CWZ alleen afvalzakken
- Reductie-uren binnenzijde Glasbewassing inzetten op extra desinfectie openbaar gebied, poli, verpleegafdelingen, IC
- Weekendprogramma Verpleegafdelingen

5.2 Instroom

5.2.1 Polikliniek / dagbehandeling

In deze fase is het noodzakelijk om polizorg en dagbehandelingszorg nog verder af te bouwen. Er wordt een besluit genomen t.a.v. sluiting van de buitenpoli's (naam). Veel van de beschikbare doktersassistentes en verpleegkundigen zijn nodig om de bedden in het hoofdgebouw open te houden.

5.2.2 Instroom naar dialyse

Er is een noodplan gemaakt ten behoeve van de opvang van dialyse patiënten (bijlage volgt).

5.2.3 Instroom via HAP – SEH

Uitbreiding capaciteit SEH op de dagbehandeling:

Maximaal 4 kamers (4 bedden per kamer) = 16 bedden met bewakingsmogelijkheden.

Patiënten groen/geel getrieerd zonder luchtwegklachten gaan naar de dagbehandeling (geïnficeerde patiënten zoveel mogelijk op de poort te houden en niet door het ziekenhuis laten gaan).

Nodig is in deze situatie:

1 SEH verpleegkundige per 8 patiënten met 2 dagbehandelingsverpleegkundigen (ervan uitgaande dat zij bloed af kunnen nemen, infusen kunnen prikken, ECG's kunnen maken). Uit te breiden naar 1 SEH verpleegkundige per 4 patiënten afhankelijk van aanbod + zorgzwaarte

Op deze locatie wordt 1 arts interne assistent en 1 chirurgie assistent (uit te breiden met supervisor afhankelijk van aanbod en zorgzwaarte) ingezet.

Er is extra patiëntenvervoer nodig voor transport van SEH (= triagepunt) naar de dagbehandeling. Route nog bepalen

Het is op dit moment moeilijk in te schatten hoeveel personeel (verpleegkundig en artsen) er extra nodig is op de SEH. Dagelijks geeft de SEH aan het capaciteitsoverleg door, welke verpleegkundige diensten er nodig zijn. De specialismen die, vanwege de afschaling OK en poli niet ingezet kunnen worden in het zorgproces, zullen taken verrichten op de SEH.

Actie: dit scenario wordt nog in detail uitgewerkt.

5.2.4 EEH / CCU

Bij code rood kan CCU personeel geleverd worden aan SEH, zodat SEH personeel naar de IC kan. Echter, hierdoor zal de EHH met minder bezetting zijn. Oplossing voor deze problematiek dient níét gezocht te worden in de poel van het katheterisatie team aangezien dit team hard nodig zal zijn deels voor het intact houden van het STEMI/PCI team, deels voor mogelijk grotere cardiologische interventiezorgvraag bij Covid-19 patiënten.

Mogelijke oplossing: ondersteunende rol van poli personeel (reductie poli bij code rood) op B24/B42 waardoor personeel B42 op EHH/CCU kan ondersteunen.

Tevens zal door toename van COVID-19 patiënten de vraag naar cardiale interventies op de katheterisatiekamers kunnen toenemen, mede door het gecompliceerd verloop van de ziekte. Derhalve zal bij toename van de zorgvraag op de katheterisatiekamers extra inzet van personele ondersteuning op de katheterisatiekamers aan het CWZ gevraagd kunnen worden.

Deze vragen zullen besproken worden in het capaciteitsoverleg dat dagelijks plaatsvindt.

5.2.5 Acute Psychiatrie

Fase oranje met verdere inkrimping van bedden

Bedcapaciteit

- 8 bedden beschikbaar
- 8 voor lichamelijke zieke patiënten van andere verpleegafdeling (cohort verpleging op 2 persoonskamers)
- 2 voor interne crisis / spoedplaatsing SEH

Bij personeelsproblematiek worden er 6 bedden beschikbaar voor somatisch zieke patiënten.

5.3 Doorstroom

5.3.1 Opname op een verpleegafdeling

In fase rood worden alleen alle COVID-19 verdachte patiënten van longgeneeskunde, interne geneeskunde en MDL op de AOA opgenomen. Andere opnamen gaan rechtstreeks naar de afdelingen **B12-B14-B24**

In deze fase wordt een (aantal) afdeling(en) voor de opname van COVID-19 patiënten vrijgemaakt. De hiervoor genoemde afdeling(en) krijgen een zaalarts toegewezen met expertise op het gebied van infectieziekten. Daarnaast zal er een beroep gedaan worden op artsen van specialismen waarvan het electieve programma is weggevallen.

De afdeling die in CWZ in eerste instantie als crisisafdeling is aangewezen, is afdeling **B44**. Het principe 'worst in – best out' wordt gehanteerd. Dat wil zeggen dat nieuwe patiënten worden opgenomen op de **AOA, B12-B14-B24** Patiënten die al verder in het hersteltraject zitten worden verplaatst naar **B44**.

Mocht er onvoldoende (isolatie)capaciteit beschikbaar zijn, bestaat de mogelijkheid om afdeling **A22** (nu leegstaand) in gebruik te nemen. De afdeling is in fase groen in gereedheid gebracht om weer patiënten op te kunnen vangen.

5.3.2 Opname op Intensive Care

Indien nodig wordt de verkoeverkamer ingezet voor de uitbreiding van de IC- en beademingscapaciteit voor COVID-19 patiënten. In deze situatie is er onvoldoende IC personeel. Er wordt een beroep gedaan op het verkoeverkamer personeel, de anesthesiemedewerkers en het OK personeel. Bovendien zal de IC verpleegkundige meer patiënten dan nu onder haar/zijn hoede krijgen, met behulp van minder geschoold IC-personeel. Tevens zal de samenwerking intensivisten/anesthesiologen verdere uitwerking moeten gaan krijgen.

Er is een eigen opschalingsplan IC. Hierin staan alle facetten uitgewerkt.

5.4 Uitstroom

5.5 Overig

5.5.1 Postmortale zorg en CMO (Cura Mortu Orum)

Postmortale zorgverlening

De zorg voor overleden patiënten aan het nieuwe coronavirus is hetzelfde als de zorg voor patiënten overleden aan griep (influenza).^[1] De reguliere hygiënemaatregelen die gelden bij overlijden volstaan daarom ook voor de zorg voor het stoffelijk overschot. De overdracht van het virus gaat via druppels of aerosolen. Dit vormt dus geen risico meer na overlijden. De risico's zijn tot een minimum te beperken door het dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen en uitvoeren van handhygiëne:

- Tijdens het wassen en verzorgen van de overleden patiënt en ander direct contact met de overledene moeten medewerkers een schort met lange mouwen en handschoenen dragen; een veiligheidsbril en mondneusmasker is niet nodig.

[1] https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/informatie-voor-professionals/postmortale_zorgverlening

- Handhygiëne is noodzakelijk na elk contact met de overledene, na het verwijderen van de persoonlijke beschermingsmiddelen en na verplaatsen en vervoer van de overledene.
- De overledene kan op de normale manier opgehaald en vervoerd worden.
- Het RIVM geeft voor de uitvaartbranche nog verdere adviezen, bijvoorbeeld over balsemen en opbaren¹.

1 https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/informatie-voor-professionals/postmortale_zorgverlening

Beschikbare capaciteit mortuarium CWZ en opschalingsmogelijkheden

CMO beheert voor CWZ het mortuarium in het gebouw polikliniek **locatie**.

Deze locatie biedt plaats aan **aantal** overledenen. Het betreft een opvang van tijdelijke aard, totdat de uitvaartondernemer de overledene weer overneemt.

Indien er extra capaciteit nodig is, bv. i.v.m. > **aantal** overledenen e/o doorstroomproblemen, kan er een mobiele koelunit bijgeplaatst worden. Deze unit is met maximaal 3 uur operationeel en zal op locatie **naam** (bij het CMO) geplaatst worden, daarmee wordt voorkomen dat er extra (logistieke) voorzieningen geregeld moeten worden.

Indien opschaling noodzakelijk/gewenst is kan er contact worden opgenomen met de Eenheidscoördinator Oost-Nederland van CMO, **naam**, M; **tel nr** of Mail; **mailadres**

CMO heeft zelf 2x/week overleg met RIVM en GGD. Indien er aanpassingen zijn m.b.t. beleid worden zij daarover actief benaderd door de GGD.

6. Personeel

6.1 Algemeen

Het is belangrijk om vanaf het begin medewerkers goed te informeren over de maatregelen die het ziekenhuis neemt ter voorkomen van besmetting, de fasering die gehanteerd wordt m.b.t. de pandemie en wat tijdens die verschillende fases van de medewerkers verwacht wordt.

Hiervoor worden naast bestaande informatiebronnen, zoals info via leidinggevenden en (telefonische) vragen bij bedrijfsgezondheidszorg en P&O, andere communicatiemiddelen ingezet:

- (wekelijkse) bijeenkomsten voor medisch (managers) en hoofden zoveel mogelijk in aansluiting op bestaande en geplande bijeenkomsten (UMO en hoofdenplatform). Medewerkersbijeenkomsten in principe iedere maand (2x) en in te lassen wanneer noodzakelijk
 - Onderwerpen bijeenkomsten :
 - o actualiteit en beleid (landelijk, regionaal en CWZ)
 - o medewerkersbeleid
 - o capaciteit en impact op (primair) de zorg
 - Intranet, bij nieuwsberichten en er is een speciale Coronapagina ingericht in de groep infectiepreventie
 - Bij grote aanpassingen in beleid wordt ook informatie via privémail verstuurd naar (alle) medewerkers
 - Internet met algemene informatie als het gaat om informatie en beleid over het Corona-virus en digitale check die ook voor patiënten (en bezoekers geldt)
- Posters in huis die voor iedereen gelden (patiënten, bezoekers en medewerkers)

Voor het beleid rondom medewerkers wordt verwezen naar de intranetsite waar steeds de meest actuele informatie wordt gepubliceerd. Over belangrijke en grote aanpassingen worden de medewerkers persoonlijk per mail geïnformeerd.

6.2 Gewijzigd personeelsbeleid

6.2.1 Verzuimbeleid

Om verspreiding van het virus in het ziekenhuis zoveel mogelijk te voorkomen en kwetsbare groepen patiënten en medewerkers te beschermen, zijn aanpassingen op het verzuimbeleid doorgevoerd. Zie hiervoor het actuele stroomschema medewerkers van Infectiepreventie op Ons CWZ. Ook de maatregelen en daarmee samenhangende zaken zijn in het schema meegenomen.

Er zijn ook in het personeelsbeleid 3 fasen:

Fase groen =

Er is sprake van een normale situatie, bestaande maatregelen en beleid zijn voldoende om problemen in de beleidsvoering op te vangen.
(Hoofden hebben overzicht over bezetting van hun afdeling, roosterproblemen worden door hoofd en manager bedrijfsvoering opgelost binnen de kaders van de CAO.)

In fase groen wordt een inventarisatie gemaakt

- welke medewerkers verpleegkundig zijn, werkzaam in de directe patiëntenzorg en extra inzetbaar is
- welke medewerkers wel verpleegkundige zijn maar niet meer werkzaam in de directe patiëntenzorg
- Ook wordt geïnventariseerd welke medewerkers geen verpleegkundige zijn maar, met training en scholing, als ondersteuner ingezet kunnen worden voor bepaalde taken in de patiëntenzorg.

Daarnaast worden er in deze fase al co assistenten geworven voor ondersteunende taken en om geschoold te worden t.b.v. zorg gerelateerde taken tijdens fase oranje – rood.

Benodigde training en scholing wordt voorbereid door de hoofden, in samenwerking met de **CWZ** academie. De CWZ academie zal gebruik maken van de praktijkruimten (skills lab) en afdeling CWZ om medewerkers te trainen en scholen. Verder wordt er gebruik gemaakt van ‘training on the job’ om medewerkers te trainen. Voor wat betreft het scholingsplan *zie bijlage 5*

MIT wordt gevraagd om de autorisaties t.b.v. medewerkers die nu in een staffunctie werkzaam zijn maar in fase oranje – rood als ondersteuner werken op de verpleegafdeling uit te zoeken en in orde te maken.

Tevens worden medewerkers geschoold in het werken met HiX.

Verder wordt er contact gelegd met P&O van de **naam instelling** om te inventariseren of personeel vanuit de **naam instelling** ter ondersteuning kan worden ingezet in het **naam instelling**.

Het Flex bureau wordt uitgebreid zodat zij de extra administratieve handelingen die ontstaan door de werving en door de hierboven genoemde inventarisatie kunnen verwerken. Daarnaast worden medewerkers erop voorbereid dat aan hen gevraagd kan worden om langere diensten te draaien.

Geïnventariseerd wordt of er voldoende kleding/klompen aanwezig zijn t.b.v. de tijdelijke medewerkers.

Dit alles ten behoeve van de opschalingsfase oranje – rood.

Fase oranje =

Fase waarin de reguliere zorg in CWZ niet op gebruikelijke wijze kan plaatsvinden. In deze fase wordt in het OTAZ dagelijks de eventuele roosterproblemen van de vitale en kritische afdelingen besproken. Gekeken wordt of het mogelijk is met personeel te schuiven. Extra personeel wordt –indien mogelijk– geleverd door Flex. Verpleegkundigen die thans in een ondersteunende functie werkzaam zijn, zullen gevraagd worden weer in de zorg te werken.

Rondom verzuim en ziekte gelden de **zkh** richtlijnen gebaseerd op de landelijke richtlijnen.

Hoofden lossen roosterproblemen in eerste instantie op door:

- laten vervallen van uitstelbare werkzaamheden / activiteiten
- inzetten van medewerkers die niet ziek thuis zijn en bereid zijn extra te komen werken.

Hoofden stellen hun managers dagelijks op de hoogte van:

- toegenomen zorgvraag door griep
- roosterproblemen door ziekte / zorgverlof van medewerkers.

Managers informeren de dienstdoende manager die zitting heeft in het **CBT** bij verwachte knelpunten.

Medisch managers hebben een overzicht van / inzicht in:

- Dagelijkse inzet artsen per discipline.
- Aantal patiënten per discipline

- Aantal zieke artsen
- Mogelijke inzetbaarheid niet zieken van thuis

Fase rood =

Pandemie, grote vraag naar bedden en/of groot aantal zieke medewerkers.

In het crisisbeleidsteam worden aanvullende maatregelen afgesproken. In deze fase is het mogelijk om medewerkers te verplichten om extra te komen werken of langere diensten te laten draaien

Het crisisbeleidsteam bepaalt of en zo ja welke afdelingen gesloten worden. Sleutelafdelingen blijven open. Alle medewerkers worden ingezet om de sleutelafdelingen draaiende te houden.

Leidinggevenden dragen zorg voor een correcte uitvoering.

Extra maatregelen vanuit de overheid en/of in crossverband worden uitgevoerd.

In overeenstemming met de CAO kunnen medewerkers verplicht worden opgeroepen om extra uren en/of andere tijden en/of op een andere afdeling te werken. Verloven kunnen worden ingetrokken. Ook overig personeel (zoals doktersassistenten van de poliklinieken) wordt ingezet.

Door het stoppen van electieve operaties kunnen de boventallige anesthesiemedewerkers en OK medewerkers ingezet worden voor de bemensing van evt. nood IC.

Wat betreft de inzet ondersteuners: *zie bijlage 6* voor het takenpakket.

6.2.2 Overig

Per fase wordt bekeken welke maatregelen er genomen moeten worden om transmissie tegen te gaan.

Dit kunnen maatregelen zijn als het niet deelnemen aan externe bijeenkomsten, het beperken van interne bijeenkomsten tot het dringend adviseren ook privé activiteiten niet te ondernemen, zoals bioscoop- of theaterbezoek. Er wordt tevens onderzocht welke maatregelen er genomen kunnen worden m.b.t. privé uitstapjes. Juridische Zaken doet hierover een uitspraak. Het CBT stelt deze maatregelen vast en communiceert deze.

Gezien de inzet van medewerkers tijdens andere diensten wordt het parkeerbeleid aangepast.

7. Materialen

Er bestaat risico op tekorten aan allerhande materialen, zoals neusmondmaskers en lab-materiaal. Het OTF houdt bij welke materialen gebruikt worden en rapporteert aan het crisisbeleidsteam. Uitgifte van kritische materialen gebeurt, gecontroleerd, op basis van gebruik en beperkt. Dit om te voorkomen dat afdelingen hamsteren.

Dagelijks wordt in het CBT besproken hoeveel middelen aanwezig zijn, wat het verbruik is per item en of er een tekort dreigt.

Mogelijke oplossingen kunnen zijn:

- onderzoeken of er alternatieve firma's/producten zijn
- zelf zaken maken - handalcohol
- hergebruik

In het crisisbeleidsteam wordt per item en issue bekeken welke keuzes gemaakt moeten worden en hoe om te gaan met het tekort.

De volgende materialen zijn kritisch:

- FFP1 masker,
- FFP 2 masker
- Fluidshield fog free mask FFP2
- Plastic spatbril (hardplastic)
- FFP2 masker met spatbril
- Chirurgie mondmasker
- Spatbril frame + glas
- Schorten op rol
- Isolatiejassen
- Wipes
- Incidin foam spray
- Incidin Oxyfoam 5 ltr can
- Desinfectance apotheek
- Sterillium 500 ml handdesinfectantia
- Sterillium 1000 ml handdesinfectantia
- Deb. Inst. Foam 400 handdesinfectantia
- Deb foam 1 ltr handdesinfectantia
- Desderman pure 500 ml. Handdesinfectantia
- Pompjes ster. Handdesinfectantia
- Handdesinfectans Santeon
- Alcohol 70% +IPA
- Paracetamol 500 mg tablet
- Paracetamol 1000 mg per tablet
- Paracetamol 10mg/ml 100 ml
- Paracetamol 120 mgr zetpil
- Paracetamol 240 mgr zetpil
- Paracetamol 360 mgr zetpil
- Paracetamol 500 mgr zetpil
- Paracetamol 1000 mgr zetpil
- Kaletra

- Chloroquine
- Copan eSwab PLP buis 1 ml liquid Amies medium, regular swab roze
- Copan eSwab PLP buis, 1 ml liquid Amies medium, pediatric swab blauw
- Sigma Transwab paars
- Handschoenen XS, S, M, L XL
- Testkits

Voor de inzet, beschikbaarheid en verantwoord gebruik van medische apparatuur is het hoofd medische techniek (**naam**) contactpersoon voor het CBT.

8. Communicatie

Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de bestrijding en monitoring van de nieuwe COVID-19. VWS communiceert over het algemeen beleid.

Het RIVM verzorgt de woordvoering over het ziektebeeld en informeert en stemt af met VWS. De GGD doet de woordvoering over regionale maatregelen.

De in- en externe communicatie in CWZ gebeurt vanuit en uitsluitend met ruggenspraak met het CBT en met name door de manager communicatie. De ziekenhuisinfectiecommissie is te allen tijde te raadplegen.

De communicatie met de GHOR verloopt via de manager Acute Zorg, naam. De contacten met het expertteam van de GHOR lopen via de arts microbioloog.

Medewerkers worden regelmatig op de hoogte gehouden van de laatste stand van zaken, te weten:

- (wekelijkse) bijeenkomsten voor medisch (managers) en hoofden zoveel mogelijk in aansluiting op bestaande en geplande bijeenkomsten (UMO en hoofdenplatform). Medewerkersbijeenkomsten in principe iedere maand (2x) en in te lassen wanneer noodzakelijk
- Onderwerpen bijeenkomsten :
 - actualiteit en beleid (landelijk, regionaal en CWZ)
 - medewerkersbeleid
 - capaciteit en impact op (primair) de zorg
- Intranet, bij nieuwsberichten en er is een speciale Coronapagina ingericht in de groep infectiepreventie
- Bij grote aanpassingen in beleid wordt ook informatie via privémail verstuurd naar (alle) medewerkers
- Internet met algemene informatie als het gaat om informatie en beleid over het Corona-virus en digitale check die ook voor patiënten (en bezoekers geldt)
- Posters in huis die voor iedereen gelden (patiënten, bezoekers en medewerkers)
- Als service wordt er temperatuur gemeten aan de poort (personeelsingang) en hoofdingang

Er wordt een call center ingericht, waarmee patiënten contact kunnen opnemen bij vragen. Deze informatielijn verbindt indien nodig door naar een ter zake kundige.

9. Afschaling en Evaluatie

Op enig moment zal er weer afgeschaald worden en zal de bedrijfsvoering weer genormaliseerd worden.

De afschaling is afhankelijk van het aanbod aan patiënten. Het besluit tot afschalen zal in het CBT genomen worden.

Na afloop van de pandemie zal geëvalueerd worden onder leiding van de crisisbeheersingscommissie. Deze evaluatie betreft zowel inhoudelijke als financiële aspecten. De wijze waarop de evaluatie zal plaatsvinden, wordt nog bepaald.

Wijzigingen

#	datum	Aangepast door	Omschrijving
	05.03.20		1 ^e opzet
0.1	08.03.20		1 ^e concept
0.2	09.03.20		2 ^e concept
0.3	14.03.20		3 ^e concept
0.4	14.03.20		4 ^e concept
0.5	15.03.20		5 ^e concept
0.6	16.03.20		6 ^e concept
1	17.03.20		Definitieve versie
2	18.03.20		Toevoeging <ul style="list-style-type: none">- 5.5.1. postmortale zorg CMO- Psychiatrie in fase groen, oranje en rood- 4. Opschaling fase oranje- 7. Aanvulling medische apparatuur
3	19.03.20		Toevoeging <ul style="list-style-type: none">- 3.1.4. opschalen roomservice- 3.2.4 Instroom naar dialyse- 3.3.3. gewijzigde tekst Opname kinderen- 2.8 Financiën; informatie over HIX- 4.2.3. Instroom SEH (kinderen)- 6. Medewerkers: roomservice

Verspreiding

#	datum	Verzonden naar
0.1	08.03.20	
0.4	14.03.20	
0.5	15.03.20	
0.6	16.03.20	
1	17.03.20	
2	18.03.20	

Goedkeuring

#	datum	Goedgekeurd/getoetst door
1	17.03.20	
2	18.03.20	

10. Bijlagen

Bijlage 1 – overzicht fasering opbouw bedden.

Fase 1	Afdeling	Aantal bedden	Opmerking	Personeel (meest gunstige scenario)
	B12	33		
	B14	21		
	AOA	15		
	Totaal	69		Standaard

Fase 2	Afdeling	Aantal bedden	Opmerking	Personeel (meest gunstige scenario)
	B12	33		
	B14	21		
	AOA	20		
	Totaal	74		Flex piek/ziek

Fase 3	Afdeling	Aantal bedden	Opmerking	Personeel (meest gunstige scenario)
	B12	33		
	B14	21		
	AOA	26		
	C12	8		
	Totaal	88		Flex piek/ziek

Fase 4	Afdeling	Aantal bedden	Opmerking	Personeel (meest gunstige scenario)
	B12	33		
	B14	21		
	AOA	26		
	C12	8		
	Totaal	88		Flex detachering

Fase 5	Afdeling	Aantal bedden	Opmerking	Personeel (meest gunstige scenario)
	B12	33		
	B14	35		
	AOA	26		
	C12	8		
	Totaal	102		Overig personeel en/of afschalen electieve programma's

Fase 6	Afdeling	Aantal bedden	Opmerking	Personeel (meest gunstige scenario)
	B12	33		
	B14	35		
	AOA	26		
	C12	8		
	B44	36		
	A22	36		
	Totaal	174		Overig personeel en afschalen electieve programma's

Bijlage 2

Instructie voor medewerkers van meldpunt 3b betreffende afdeling Radiologie en Nucleaire geneeskunde

Patiënt meldt zich naar aanleiding van bord "alert op Corona virus (COVID-19)": (luchtweginfectie?)

1. Vraag de patiënt of hij/zij in de afgelopen 14 dagen met een verdachte / positieve Corona patiënt in contact was.

Mits nee, ga verder met 2.

Mits ja, zie 4

2. Vraag de patiënt of hij/zij in de afgelopen 14 dagen op reis is geweest en mits ja, in welke land(en).

Als deze regio's voorkomen in de casus definitie als verhoogd risico waarschuw dan direct de behandelend arts. De actuele lijst met landen en regio's is te vinden op de pagina van infectiepreventie op intranet www.ons.cwz.nl onder 'infectieuze bedreigingen'.

Mits nee, ga verder met 3.

Mits ja, zie 4

3. Vraag de patiënt of hij/zij in de afgelopen 14 dagen in Nederland in een gebied geweest is met lokale verspreiding.

Mits ja, zie 4

Mits Nee. Geen risico.

4. Er is mogelijk risico op Corona: Geef de patiënt een chirurgisch mondneusmasker en separeer patiënt 1,5 meter van anderen.

Voor radiologie en nucleaire geneeskunde kan dat in wachtruimte 24.

5. Informeer de dag coördinatie op **nummer**.

5a: DC gaat na welk onderzoek patiënt moet ondergaan en informeert laboranten betreffende onderzoekskamer. Behandelen met voorrang en meteen naar huis sturen.

6. Laborant en/of arts ziet patiënt in druppel-contact isolatie met spatbril.

7. Indien er vragen zijn? Neem contact op met COVID sein **nummer**.

Bijlage 3 Crisis Opschalingsplan IC Covid-19

Doel zorg: best mogelijke zorg onder de gegeven omstandigheden aan IC patiënten door het IC team en andere professionals.

Dagelijks overleg met crisisteam over zorgzwaarte/personele bezetting en teamspirit/fit zijn van het team.

Regelmatig over de dienst time out met verpleegkundig team en intensivist.

Regio

Er is dagelijks contact in de regio over de bedden. In eerste instantie gaan de IC Covid-19 positieve patiënt in een sluiskamer op de eigen IC, als er nog een sluiskamer vrij is in de regio wordt de patiënt overgeplaatst. Als de sluiskamers bezet zijn worden de patiënten op een 1 persoonskamer verpleegd.

Pandemieplan NVIC

In het plan staan drie fases beschreven, waarin van standaard zorg overgaat naar crisis zorg. Overgang naar de volgende fase wordt besloten door CBT op initiatief van management IC. Echter de overgang van fase 2 naar fase 3 wordt uitgeroepen door de Minister van Volksgezondheid.

Fase 1

Gebruikelijke zorg maar toename van capaciteit, in de regio wordt gekeken om de patiënten zo goed mogelijk te verdelen.

Fase 2

Zorg in onvoorziene omstandigheden, we verdelen dit in 2 fases.

Fase 2A

Opschalingsplan IC naar aantal beademingsbedden

Reserve apparaat op kamer nr

Transport monitor C2 en 2x C1 naar kamer 3.

Opschalen van personeel en andere manier van werken -> meer taakgericht werken.

Verpleegkundigen, later aangevuld met anesthesiemedewerkers krijgen meer patiënten onder hun hoede en krijgen meer taken dan normaal. Er zal ondersteuning geboden worden door helpenden, fysio/ergo, etc. Er worden keuzes gemaakt in verzorgingsmogelijkheden/wisselgigging/administratie/etc. We hebben 3 CVVH apparaten die we in geval van nood zullen moeten verdelen over de patiënten (dagje eraan, dagje eraf, etc). De dialyse kan evt ondersteunen met hun dialyse apparatuur (SCUF). Disposables zijn extra besteld en de voorraad op IC is nu 150-200% van normaal.

Fase 2B

In deze fase zal de OK afgeschaald zijn en kunnen we (veel) hulp verwachten van anesthesie personeel. De Verkoeverkamer wordt ingericht om IC patiënten op te vangen en beademen. Er kunnen maximaal 10 anesthesietoestellen geplaatst worden om positieve Covid-19 patiënten in cohort te behandelen. Anesthesiologen en anesthesiemedewerkers zullen hier de grootste groep zorgverleners zijn met in ieder geval 1 intensivist en ook 1 IC verpleegkundige, zo mogelijk meer. IC personeel wordt geschoold in anesthesie apparatuur en de anesthesie medewerkers + anesthesiologen worden geschoold in ARDS beademing.

In het crisisteam IC wordt besloten hoe de verdeling zal zijn op Verkoeverkamer en IC waarin we blijven kijken naar een zo optimaal mogelijke balans voor veiligheid van patiënt en medewerker. (12-3 eerste groep medewerkers is op de IC geïnstrueerd door naam, op de OK door naam)

Fase 3

Fase 3 is het besluit tot verlenen van crisis-zorg.

Dan komt de moeilijkste fase; als het nog steeds niet lukt om het zo voor elkaar te krijgen dan gaan patiënten getrieerd worden. Mensen met een kleinere kans om te overleven gaan we niet behandelen of in ultimo, staken we de behandeling ten faveure van iemand die meer kans maakt (populatiedenken tov individueel). Intensivisten nemen hierin de coördinerende rol, maar de insturende specialisten blijven hoofdbehandelaar en dienen patiënten dan beargumenteerd aan te bieden.

Niet beademde patiënten zullen verdeeld worden over verschillende locaties. Indien COVID+ zullen zij op de verkoever verzorgd worden. Ook CCU en afdeling met telemetrie zijn opties. Specifieke problematiek zoals bv auto-intoxicaties kunnen naar interne of psychiatrie.

Opschaling Medewerkers

Handen aan bed

- Eigen team vragen om extra te werken -> verschoven dienst <72 uur belonen.
- 12 uurs diensten werken, in eerste instantie voor vrijwilligers (arbeidstijdenwet, minimaal 45 min pauze).
- Inzet detacheringsbureaus.
- Andere verdeling maken van patiënt/verpleegkundige ratio.
- Inzet dubbel opgeleide verplk -> evt dubbel opgeleide CCU naar SEH om gat te vullen.
- Verlof intrekken van medewerkers (besluit CBT). naam
- Inzet IC verplk die elders in het ziekenhuis werken.
- DC gaat aan bed en hoofd neemt taak over van DC.
- naam inzetten als DC/coach/hulp.

Opties andere verdeling verplk/pat, situationeel bekijken

- Mc verplk (fase 1) verzorgd meerdere patiënten eventueel in combinatie met hulp
- IC verplk verzorgd meerdere patiënten in combinatie met een hulp

Intensivisten

Indien patiënten decentraal in het ziekenhuis liggen, extra intensivist inzetten. Bij inzet fase 3 een triërend (outbreak) intensivist. Deze taak evalueren en bekijken hoeveel tijd/dienst(en) achtereen de intensivist dit kan. De behandelend specialist kan mede ingezet worden voor de gesprekken.

Organisatorisch

- Gom inzetten voor schoonmaak kamers.
- Apothekersassistenten meer inzetten voor VTGM.
- Roomservice voor ondersteuning.
- Voldoende voorraad -> materiaal/medicatie voorraad is opgeplust naar 150%
- Optioneel inzet van secretariële ondersteuning.
- Familiezorg/maatschappelijk werk inzetten voor ondersteuning familie

Hulp:

- Verplk van andere afdeling (verpleegafd/ lang van IC/verkoeverkamer/CCU)
- Anesthesiemedewerker
- Helpenden
- Fysio/ andere collega's als ergo/logo

CCU en long afdeling hebben NIV
Kinderafdeling heeft 2 Optiflow apparaten
2 Optiflow apparaten zijn besteld.

Apotheek is een voorraad aan het opbouwen voor een kwartaal, normale voorraad is 2 weken

Bijlage 4 – Basisverpleegplan

Afschalen van de zorg

- Visite:
Enkel papieren visite. Gegevens direct invoeren in HIX door arts en vpk.
Korte bondige visite, alleen urgente zaken bespreken, beleid wordt hier bepaald.
Verpleegkundige loopt niet mee langs patiënten
- Anamnese:
verkorte versie (zoals bij dagbehandeling)
- Niet meer invullen van indicatoren : (moment bepalen door naam, tegelijk in gehele CWZ)
70+,snaq,fysieke beperkingen, vallen, decubitus, bartel, pijnscore, etc.
wel uitvragen BMRO (aan de poort !!!!)

Coördinatie en taken vaste medewerkers afdeling:

Hoofden

Nemen rol en taken van dagco over en geven waar nodig praktische ondersteuning op de werkvloer. Zijn alleen nog beschikbaar voor zaken die de coördinatie van de patiëntenzorg en afdeling betreffen en dragen zorg voor de randvoorwaarden voor deze zorg. Hebben de coördinatie over de afdeling en onderhouden contacten buiten de afdeling. Heeft regelmatig overleg met de afdelingsverpleegkundige en is haar ter ondersteuning.
Twee x daags overleg (zoals huidige beddenoverleg). Communicatie van buiten afdeling verloopt via afdelingshoofd. Seniorverpleegkundige kan afdelingshoofd vervangen bij diens afwezigheid.

Afdelingsverpleegkundigen

Hebben de coördinatie over de directe patiëntenzorg op de werkvloer en de ondersteuners. De afdelingsverpleegkundige heeft iedere twee uur een afstemmoment/overdracht met de ondersteuners. De afdelingsverpleegkundige rapporteert op dit moment de overdacht/bevindingen van de ondersteuners in HIX en zet nieuwe acties/taken uit voor de ondersteuners.

Roomservicemedewerkers

Een ondersteuner in de roomservice en een medewerker roomservice in de zorg. Er blijft ervaren kracht in de front en in de back. Rest van de medewerkers roomservice kan als ondersteuner in de directe patiëntenzorg.

Actie voor roomservice: kort en bondig inwerkprogramma voor ondersteuners maken

Afdelingssecretaresse

Welke extra taken?

Mantelzorg :

Betrekken bij de uitvoering van de zorg

Vraag: kan dit bij besmette patiënt? wat vindt RIVM hiervan?

Rooster :

Extra werken belonen

Diensttijden (tijdelijk) aanpassen naar behoefte afdeling. Zonder tussenkomst van OR

Stagiaires als volwaardige kracht inzetten . Vanaf 3^e jaar inzetbaar als verzorgende

Actie: overleg met HAN, toestemming/mogelijkheid stagiaires ten tijde van crisis anders in te zetten

Bijlage 5

Noodscholingsprogramma Corona CWZ

CWZ academie heeft van het crisisbeleidsteam CWZ (**contactpersoon**) en op advies van de verpleegkundige staf CWZ de opdracht gekregen een needscholingsplan Corona te ontwikkelen. Dit om kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen.

Na accordering door het crisisteam communiceert zij ziekenhuisbreed het bestaan van het needscholingsprogramma. Het kernteam neemt contact op met de medewerkers die een uitvoerende rol krijgen bij de scholingen.

Uitvoering van het programma

Het JBZ heeft ervaringen opgedaan met needscholing en zij adviseren een needscholingsprogramma in te richten met meerdere stations (geheel van scholing en locatie van de te scholen onderwerpen - zie bijlage 3), zodat elke professional en ondersteuner permanent op een eenduidige wijze wordt getraind en geïnstrueerd. Stel de stations in aanvang open van 8.00 uur tot 17.00 uur. Mocht blijken dat het aanbod van te scholen professionals en ondersteuners groter wordt kan er ook tijdens avond- of weekenduren getraind/ geïnstrueerd worden.

Doelgroep

Het programma heeft betrekking op de volgende rollen en is van toepassing voor medewerkers die momenteel niet werkzaam zijn op een verpleegafdeling of in een andere rol worden ingezet op een verpleegafdeling:

- Artsen (vast te stellen door crisisteam)
- Verpleegkundige met BIG-registratie
- Verpleegkundige zonder BIG-registratie
- Ondersteuner (met patiëntencontact)
- Ondersteuner (zonder patiëntencontact)

Inhoud van het programma

De volgende onderdelen zijn in het scholingsprogramma opgenomen en van elk onderdeel wordt een station ingericht.

- **Hygiëne:** algemene en CORONA-specifieke hygiënerichtlijnen en kledingvoorschriften (handhygiëne/ persoonlijke bescherming/ kledingvoorschriften / isolatie).
- **EWS (ABCDE/SBAR)**
Herkennen van acute levensbedreigende situatie en ernaar kunnen handelen.
- **Veilige zorg**
Bewustwording van de aanwezige veiligheidsrisico's en weten hoe te handelen bij nood (veilige zorg; vluchtroute/ gevaarlijke stoffen/ wat bij nood?).
- **Verpleegtechnische handelingen volgens het noodprofiel**
Bekwaam zijn om de volgende (verpleeg)technische handelingen uit te voeren Handelingen voor BIG-geregistreerde verpleegkundigen die uitwisselbaar zijn op andere afdelingen – zelftest
Blaaskatheteriseren, infusie, zuurstof toedienen, medicatie toedienen (oraal/injecteren/infusie), enterale voeding, bloedtransfusie (met bijbehorende medische apparatuur)

- **HIX**
Startbekwaam voor HIX inclusief toediening van medicatie.

Om de scholing vorm te geven zijn de volgende onderdelen uitgewerkt:

- Leerdoelen
- Leervormen
- Trainer/ begeleider
- Kennisbron
- Logistiek

Randvoorwaarden

Voor het inrichten van dit noodschulingsprogramma moet aan de volgende randvoorwaarden worden voldaan:

1. *Geschikte trainingslocatie waar meerdere stations kunnen worden ingericht.*

Er moet permanent ruimte beschikbaar komen waar stations per scholing kunnen worden opgebouwd. Hiervoor komen onderstaande locaties in aanmerking:

- a) Enkele vergaderruimtes op de **interne locaties**.
Deze locatie heeft de voorkeur omdat hier ook het skillslab en de bibliotheek (ivm HiX-scholing) zijn gesitueerd.
Consequentie: Alle reeds geplande vergaderingen zullen hiervoor kan ook moeten worden geannuleerd. Het is niet in te schatten hoelang de stations operationeel moeten blijven.
- b) Afdeling **xx**.
Al het noodzakelijk lesmateriaal kan naar deze afdeling verplaatst worden.
Consequentie: wanneer de locaties niet afzonderlijk afgesloten kunnen worden en er geen bewaking aanwezig is liggen dure materialen onbeschermd en zullen elke dag verplaatst moeten worden.

Advies: Het inrichten van een deel van de A-laag heeft de voorkeur.

2. *Samenwerking met andere partijen*

Meerdere afdelingen worden betrokken bij het opzetten van het noodschulingsprogramma en hierbij is het van belang dat er een permanente afstemming plaatsvindt en er een namenlijst van eerst verantwoordelijke wordt samengesteld met wie de **CWZ** academie kan afstemmen.

Opdrachtgever

- Crisisbeleidsteam

Kernteam noodschulingsprogramma

- Afdelingshoofden/ -senioren (opzet scholing): **contactpersoon**
- CWZ academie: **contactpersoon**
- P&O en flexwerk, vraag en aanbod én voeren van de intake: **contactpersoon**

Naam/naam/naam zijn aanspreekpunt namens het kernteam

Contactpersonen scholing

- EWS (ABCDE/SBAR): **contactpersoon**
- HiX: zie werkgroep Noodaccounts HiX **contactpersoon**
- Hygiëne – Infectiepreventie **contactpersoon**
- Verpleegkundig handelen **contactpersoon**
- Veilige zorg - Beveiliging: **contactpersoon**

Overige contactpersonen

- Medische apparatuur - MT: **contactpersoon naam** ivm instructie medische technologie (oproepbaar)
- **contactpersoon** (hemocue)
- Roomservice: **contactpersoon**
- ICT - HIX (proces): **contactpersoon**
- Communicatie: **contactpersoon**
- Medicus t.b.v. artsen: **contactpersoon**

Het kernteam rapporteert wekelijks de voortgang aan het crisisteam

Voorgestelde werkwijze

Verantwoord aan de slag: Om veilige zorg te kunnen garanderen is het van belang dat elke medewerker die wordt ingezet en het scholingsprogramma volgt ook daadwerkelijk na afloop kan zeggen 'Ik ben bekwaam om te handelen'.

1. Werving en selectie (advies)

Uitgangspunt is kwaliteit. Dit gaat boven kwantiteit. Dat betekent dat in eerste instantie geworven wordt voor verpleegkundigen met en zonder BIG-registratie die momenteel werkzaam zijn in CWZ op een andere afdeling.

Randvoorwaarde:

P&O is verantwoordelijk voor de uitwerking en uitvoering van het proces werving en selectie.

Indien het crisisteam akkoord gaat met het noodschulingsprogramma zal de aanstellingsprocedure binnen 4 uur gerealiseerd moeten zijn.

Dit is voorwaardelijk voor het uitvoeren van het noodschulingsprogramma.

2. Intake door P&O en CWZ academie

Om te beoordelen welke taken een medewerker mag en kan gaan uitvoeren vindt vooraf een check plaats door P&O en **zkh** academie door middel van een intakegesprek. Zie voorbeeld JBZ bijlage 1

Toekennen rol

Medewerker krijgt op basis van de rol een checklist en doorloopt de stations die passen bij deze rol, namelijk: die van arts of verpleegkundige of ondersteuner met patiëntencontact of ondersteuner zonder patiëntencontact. Zie voorbeeld JBZ bijlage 2

3. Doorlopen scholingsprogramma (per rol)

Zie bijlage 3 voor een overzicht van de stations. In de intake wordt vastgesteld welke stations worden doorlopen.

4. Definitieve toekenning rol

Na het doorlopen van de afgesproken stations bespreekt de medewerker ingevulde lijst met medewerkers van P&O en **zkh** academie. Mogelijk dat er op basis van het doorlopen van de stations toch een andere rol gevraagd wordt die beter aansluit bij de bekwaamheid. Daarna wordt een foto van de lijst gemaakt en kan de medewerker de lijst meenemen naar de coördinator toewijzing. Nog nader af te stemmen op vervolgproces.

Inzet trainers en ondersteuners scholingsprogramma

De ontwikkeling en uitvoering van de noodscholing vraagt de nodige ondersteuning gedurende de tijd dat het programma operationeel is.

Randvoorwaarden:

- CWZ academie is verantwoordelijk voor de organisatie van de stations. Elk station heeft een contactpersoon vanuit de **cwz** academie en wordt ondersteund door een inhoudsdeskundig contactpersoon
- Elk station heeft permanent minimaal één inhoudsdeskundige trainer/instructeur om deze te kunnen bemensen
- Duidelijke afspraken over vergoeding (geformuleerd door crisisteam) communiceren

Vragen aan het crisisteam

1. Wie van P&O neemt zitting in het kernteam?
2. Doen artsen, conform JBZ, mee met het noodschulingsprogramma? En wat met A(N)IOS, PA, VS,
3. Hoe verhoudt zich het noodschulingsprogramma voor zorgondersteuner voor de acute afdelingen?
4. Moet elke medewerker het noodschulingsprogramma doorlopen hebben alvorens ingezet te worden? Voorbeeld: gespecialiseerde (voedings)verpleegkundige werkzaam op de poli wordt ingezet als verpleegkundige op een verpleegafdeling
5. Accordeert het crisisteam het noodschulingsprogramma?

Alle bijlagen zijn ter illustratie en worden nog aangepast aan JBZ

Bijlage 1 JBZ

GESPREKSLEIDRAAD INTAKE 'Fit to perform'

START

FIJN dat je er bent! *Geen hand geven* Bedoeling van deze intake:

- o Onderzoeken welke ervaring je hebt
- o Zicht geven op de rollen die we nodig hebben
- o Samen afstemmen wat een passende match lijkt
- o Zicht geven op het vervolg na de intake

Uitgangspunten:

- Vraag van de afdeling (zo concreet mogelijk)
- Indeling in rol (arts, verpleegkundige en ondersteuner)
- BIG registratie
 - o Arts met BIG registratie: is als basisarts inzetbaar
- Geen nieuwe dingen leren, wel opfrissen van vaardigheden en leren van JBZ afspraken

WELKE ERVARING HEB JE?

Arts

Welke diploma's heb je?

- o Wat is de laatste functie die je hebt uitgeoefend?
- o Welke patiëntcategorieën kan je zien (artsen)? Doorvragen: stel je een patiënt dient zich aan...
- o Welke handelingen/vaardigheden kun je?
- o Wat betekent dit voor je inzetbaarheid? Hoe is je algemene situatie (fitheid, thuissituatie)?

Verpleegkundige

Welke diploma's heb je?

- o Wat is de laatste functie die je hebt uitgeoefend?
- o Welke handelingen/vaardigheden kun je?
- o HiX vaardigheid? Geen HiX vaardigheid is geen verpleegkundige rol.
- o Wat betekent dit voor je inzetbaarheid?
- Hoe is je algemene situatie (fitheid, thuissituatie)?

Ondersteuner (met en zonder patiëntcontact)

Welke diploma's heb je?

- o Wat is de laatste functie die je hebt uitgeoefend?
- o Welke handelingen/vaardigheden kun je?
- o Wat betekent dit voor je inzetbaarheid? Hoe is je algemene situatie (fitheid, thuissituatie)?
- o Wil je met of zonder patiëntencontact?

VERVOLG NA DE INTAKE

In jouw rol loop je vanaf deze intake de volgende lokalen door.. (verwijs checklist) Na afloop kom je hier weer terug.

- o Dan nemen we je formulier samen door
- o We maken hier een foto (waar maken we die mee? En waar gaat die foto naar toe?)

LEIDRAAD INTAKE 'NA AFRONDEN VAN DE RONDE'

START

Hoe was het? Heb je nog tips voor ons?

Wat heb je na deze ronde nog nodig om aan de slag te kunnen als ...

Zie ook P&O op intranet als antwoorden op voorkomende vragen

MAAK DE FOTO! Deze gebruiken we voor eigen registratie JBZ in map.. En stuur deze naar de Flexpool De hostess brengt je naar de afdeling waar je gaat werken!

Checklist “Fit to perform”

Naam medewerker:

Functie/taak/rol:

Afdeling:



Ik herken een acute levensbedreigende situatie en kan ernaar handelen
(trefwoorden: EWS/ABCDE/AED)



Ik ben startbekwaam voor HiX



Ik hanteer de algemene en Corona-specifieke hygiëne-richtlijnen
(trefwoorden: handhygiëne/persoonlijke bescherming/dresscode/isolatie)



Ik weet hoe wij in het CWZ met elkaar communiceren
(trefwoorden: SABAR/noteer & herhaal)



Ik ben mij bewust van de aanwezige veiligheidsrisico's en weet hoe te handelen bij nood (trefwoorden: vluchtroute/gevaarlijke stoffen/wat bij nood?)

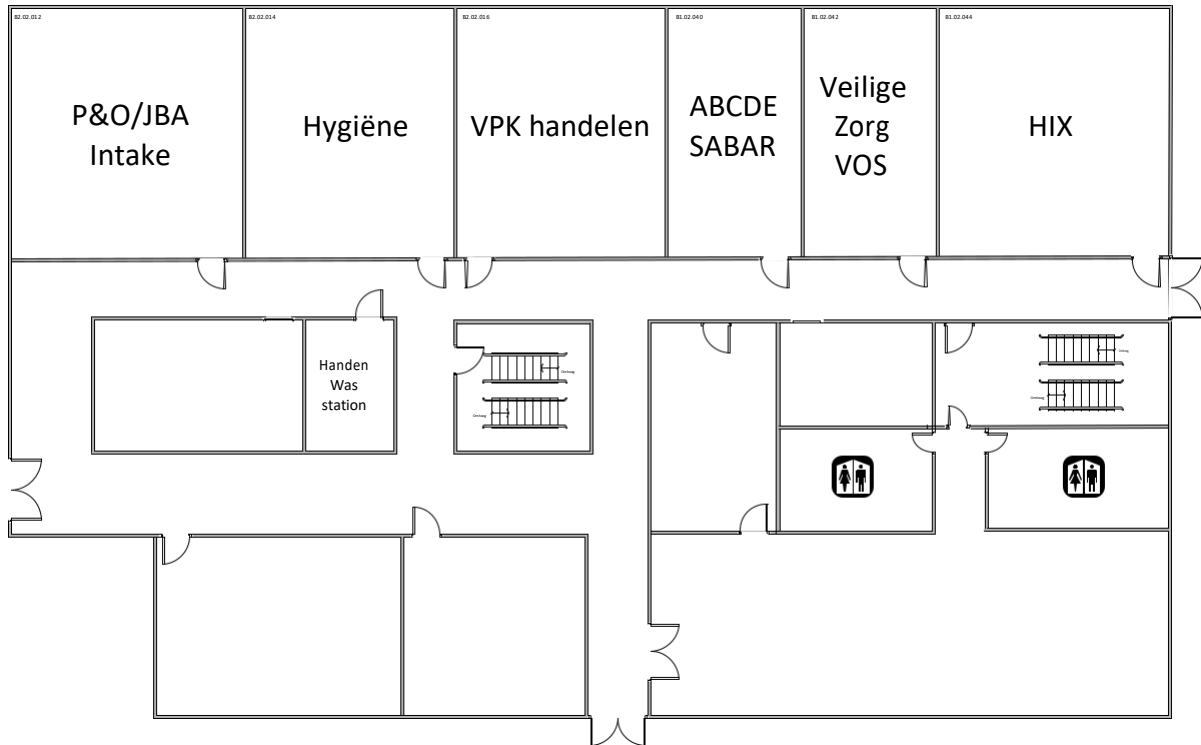


Ik weet hoe het verpleegkundig oproepsysteem werkt



Ik ben bekwaam om (verpleeg)technisch vaardigheden uit te voeren

Noodscholing op maat (Corona)



Bijlage 5 – takenpakket ondersteuners

Bij verdere uitbreiding van de verspreiding van COVID-19 zijn meer afdelingen in CWZ minder productief dus minder inzet personeel van bijvoorbeeld OK en röntgen. Dit personeel kan ingezet worden op de afdelingen. Heeft meer kwalificaties in voorbehouden handelingen
Nummers van de verschillende ondersteuners zijn terug te vinden in de bevoegdheid in de uitvoering van de taken

1. Verpleegkundige BIG
2. Verpleegkundige zonder BIG
3. Roomservicemedewerker
4. Medisch student
5. Verpleegkunde stagiaire (minimaal 3jaar)
6. HAN/ROC student verpleegkunde
7. Doktersassistent
8. Administratief medewerker (medewerkers administratieve functie alle afdelingen)
9. Ok personeel
10. Röntgen personeel
11. Lab personeel
12. Apothekersassistent
13. Gastvrouwen (vrijwilligers)
14. ELF (ergo, logopedie, fysiotherapie)

Nota bene:

- Inzet van ondersteuners op afdeling verdelen naar kwaliteit en niet naar kwantiteit. Personeel van bijvoorbeeld OK en röntgen heeft meer vaardigheden en bevoegdheden dan bijvoorbeeld doktersassistenten
- CWZ Academie stelt een scholingsprogramma op t.b.v. deze ondersteuners en geeft deze instructie in fase groen/oranje. Daarnaast geeft de CWZ Academie op de werkvloer dagelijks instructie aan ondersteuners over gebruik van apparatuur en middelen

Uitvoering en bevoegdheden taken ondersteuners

taak	Uitvoering door	voorwaarden	Uit te zetten acties
Anamnese (korte versie)	1, 2, 4, 5,7, 9, 10,	- 2,4,5,6,7,9,10 instructie gevolgd -Verpleegkundige voert in HIX -Afhankelijk van diagnose en complexiteit patiënt. VPK bepaald	Korte instructie maken, wat moet minimale kennis zijn
EWS	1,2,4,5,6,7,9	-2,4,5,6,7,9 instructie gevolgd -waarden komen direct in HIX	Direct implementatie spotmonitor. Pilot stoppen Instructie geven

		Afhankelijk van diagnose en complexiteit patiënt. VPK bepaald	
Medicatie delen	1		Vraag of apothekersassistent dit ook zou kunnen
bloedprikken	1, 5, 7, 9, 11	-5,7 mits bevoegd	
Bloedsuiker prikken	1,2,4,5,6,7,9,11	2,4,5,6,7,9 instructie gevolgd en bevoegd	Korte instructie en bevoegd voor bedienen apparaat
Meelopen transport patiënt	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13	2 t/m13 afhankelijk van diagnose en situatie patiënt . Verpleegkundige bepaald	
Verzorging /ADL (zelfstandig of ter ondersteuning verpleegkundige)	1,2,3,4,5,6,7,9,10,14	2 t/m 14 afhankelijk van diagnose en situatie patiënt Verpleegkundige bepaald	
voeding	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	2 t/m 11 afhankelijk diagnose en situatie patiënt. vpk en logo bepalen mits geen slikmenu dan alleen 1	Logopedie kan helpen bij voeding patiënt slikmenu
visite	1		
mobiliseren	1, 14 2,4,5,6	2 t/m 6 afhankelijk van diagnose en situatie patiënt. Vpk en fysio bepalen	
Bed verschonen	1,2,3,4,5,6,7,9		
Ontslag voorbereiden, naar huis, interne overplaatsing	1		
Delirante patiënt	1,2,3,4,5,6,7,13	Afhankelijk van ervaring ondersteuner	