

**23 maart 2020**

## **Inzichten uit Brabant in de bijdragen van de revalidatiesector in de Corona-crisis**

Deze week wordt een sterke groei van het aantal corona-patiënten verwacht in de ziekenhuizen en op de IC's. Revalidatie-instellingen helpen bij de zorg aan corona-patiënten en dragen bij aan de continuïteit van de zorg in de regio. Revalidatieartsen worden ingezet en centra nemen patiënten over, zowel patiënten met corona als zonder.

Op veel plekken in Nederland bereidt men zich voor op de hectiek die eraan komt. Revalidatie Nederland en de VRA is gevraagd of zij hier een rol in kunnen spelen. De voorlopige conclusie is dat centrale regie en goedbedoelde landelijke initiatieven en de goed functionerende regionale commandostructuren eerder hinderen dan ondersteunen. Wat wij wel kunnen doen is de ervaringen delen van artsen en bestuurders die nu al midden in de crisis zitten.

Annette van Kuijk (Tolbrug/JBZ) en Albert-Jan Mante (Revant) delen hieronder hun reflecties van zondagavond 22 maart en bieden inzichten, waar andere revalidatiecentra wellicht iets mee kunnen. Daarnaast verwijzen wij graag naar [de inzichten uit Italië](#).

### **Annette van Kuijk:**

Wat ik in huis zie op de Corona-afdeling en op de IC: ernstig zieke mensen.

- Op de corona-afdeling kan elk moment destabilisatie optreden en acute nood tot beademing; 50% komt op de IC terecht (en we weten van te voren niet wie wel en wie niet);
- Op de IC: ARDS-beelden met beademing in buikligging met acute cardiale achteruitgang en leverfalen. 50% van de patiënten op de IC komt te overlijden.

Ik geloof niet dat de revalidatie iets kan betekenen op de IC. Dit is echt hardcore acute spoedeisende geneeskunde. Patiënten liggen 2-3 weken aan de beademing; we zijn nog niet zo ver om al te kunnen zeggen wat dan daarna. Een groot deel van deze patiënten zijn kwetsbare ouderen....hoewel het aandeel 60-minners stijgt.

### **Vorbereiden op corona-positieve patiënten**

Tegelijkertijd moeten revalidatiecentra zich nu al voorbereiden op de komst van corona-positieve patiënten die niet acuut ziek zijn, maar wel in druppel isolatie worden verpleegd. Daar moet je een alternatief programma voor kunnen bieden, want je wilt beschermend materiaal en je personeel sparen. Dat lijkt op MRSA, alleen heb je meestal maar 1 MRSA positieve patiënten tegelijk, en nu heb je meerdere COVID positieve patiënten tegelijk. Dat doet een ander en zwaarder beroep op je verpleging en paramedici.

Ook moet je rekeninghouden met angst voor besmetting bij medepatiënten, maar ook bij het eigen personeel. Extra zorg voor personeel door de leidinggevende is echt van meerwaarde voor het bewaren van de rust in huis. En communiceer, communiceer en communiceer! Maak mensen duidelijk dat er nu geen tijd is voor polder en overleg, maar dat er - hoe vervelend nu ook - een andere werkwijze geldt (via een commandostructuur).

Je polikliniek wordt anders ingericht. Alleen strikt noodzakelijke zorg wordt nog geleverd op locatie de rest gebeurt via zorg op afstand. Alleen de patiënten waarvan de revalidatiearts inschat de het risico op besmetting opweegt tegen het nadeel van niet behandelen op locatie komen nog. Bij Tolbrug betekende dat een snelle opschaling van de mogelijkheden voor zorg op afstand (belconsult en videoconsult) en je medewerkers daar mee om te leren gaan.

## **Handelingsadviezen**

Handelingsadviezen, zoals uit Italië via de UEMS, kunnen helpen ([zie bijlage](#)); we zetten ze allemaal op de Corona-pagina van de VRA en kennisnet.

De meeste maatregelen zijn (en komen overeen met wat Carlotte Kiekens uit Italië meldt):

- Hygiëne, hygiëne, hygiëne.....en controle daarop bij zowel revalidant als medewerker
- Alle externe en dagbehandelingen dicht m.u.v. het strikt noodzakelijke (zoals vulling baclofenpom)
- Zoveel mogelijk revalidanten ontslaan naar huis en/of zorg op afstand bieden
- Stop groepstherapieën, sport, hydro, ...
- Zoveel mogelijk individuele therapie met minimale wissel van zowel verpleging, arts als therapeut over verschillende patiënten, dus beperkte en vaste teams; scheiding klinisch en poliklinisch behandelen
- Laat een deel van het personeel buiten de afdeling om er in reserve te hebben bij ziekte
- Patiënten in druppelisolatie alternatief revalidatieprogramma bieden waarbij de paramedicus niet naar binnen hoeft om problemen met te kort aan beschermend materiaal/kleding te voorkomen
- Een verdachte/positieve patiënt in druppelisolatie plaatsen tot definitief bericht; bedenk als revalidatiecentrum hoe je die diagnostiek kunt inrichten
- Bij de meesten bezoek zeer beperkt (met toegangsscreening op hoesten/koorts/snotteren) of verboden ...

## **Scenario's voor Corona, maar ook voor noodzakelijke reguliere zorg**

Wat bij ons (JBZ) bovendien speelt is dat wij nu allemaal opgeleid worden om te ondersteunen in het ziekenhuis, zowel verpleging, als dokters, als paramedici. Ik verwacht dat dat in andere revalidatieafdelingen van ziekenhuizen ook gaat spelen. Voor het management betekent dat ook dat je een feite 2 ziekenhuizen runt: een Coronagericht ziekenhuis en een ziekenhuis voor de gewone acute zorg. Die laatste moet je niet vergeten want ook daarvoor heb je een bepaalde basisformatie nodig (mensen krijgen immers ook in Corona tijd nog een CVA). Dus maak als management scenario's niet alleen voor Corona maar ook voor je noodzakelijke reguliere zorg.

## **Centrale regie lokaal en regionaal is noodzakelijk**

Lastig is wat je als beroepsvereniging branche moet doen en wat niet. Wat ik in huis merk, is dat de ingerichte commandostructuur in het JBZ werkt; die schakelt weer met het ROAZ (regionaal overleg acute zorgketen) en die weer met hun landelijke netwerk. Alle goede bedoelingen van individuele acties van zorgpersoneel incl. beroepsverenigingen geven meestal ruis en dat is lastig in deze hectische tijden. Centrale regie zowel lokaal als regionaal is noodzakelijk, dat ziet nu ook de FMS. Wat wel helpt is het delen van info en werkwijze met elkaar; dat proberen we te doen via kennisnet, VRA website en <https://www.demedischspecialist.nl/informatie-covid-19>.

## **Albert-Jan Mante:**

Bij ons is alles afgeschaald conform de mail van Annette; alleen hoogstnoodzakelijke op poli en nog een twintigtal patiënten klinisch in Breda en een zelfde aantal in Goes. Van de klinische patiënten in Breda is 1 Covid 19 positief en we hebben nog 3 verdenkingen waar we wachten op de uitslag. Alle 4 liggen ze in isolatie. We gaan nu een beweging maken naar een cohort afdeling.

Wij hebben duidelijke prioriteiten gesteld afgelopen 2 weken:

- 1: eigen acute zorg draaiende houden
- 2: niet-acute zorg afschalen (is afgerond) en zo mogelijk op afstand om terugval bij patiënten te minimaliseren (loopt)
- 3: ondersteunen acute zorg in de regio
- 4: voor personeel dat niet aan de eerste 3 prioriteiten werkt: projecten (van huis uit), e-learning

Inmiddels is prio 3 prio 2 geworden doordat de afschaling is afgerond. Vanaf morgen nemen we longpatiënten over van het Amphia opdat het Amphia ruimte en personeel vrijspeelt voor de opvang en behandeling van Covid 19 patienten.

Uiteraard ook geen overlegbijeenkomsten meer, tenzij via telco of beeldbellen.

Vraagstukken bij ons:

1. personeel (m.n. verpleging)
2. PBM (via RONAZ wel goede contacten en krijgen we morgen weer 1 en ander)
3. ziekteverzuim: laatste 2 weken tussen de 15-20%
4. onrust bij deel van het personeel, zowel v.w.b. het virus als v.w.b. de financiën. V.w.b. het laatste punt heb ik nauw contact met onze 3 grootste verzekeraars en zijn we via RN met NVZ en ZN aan de slag. Ik begrijp dat we begin deze week meer informatie kunnen verwachten. Informeel hoor ik van mijn verzekeraars dat ze ons niet zullen laten vallen.

Als revalidatiecentrum vallen wij tussen ROAZ en RONAZ in; gezien dit virus en het belang van de IC's, kan ik prima uit de voeten met het RONAZ. Ik zit in een app groep met Daarnaast onderhoud ik korte lijnen met de bestuurders van de ziekenhuizen in onze regio's. Wij gaan ons deze week voorbereiden op wat wij kunnen doen voor post-ic Covid 19 ptn.