

Utrecht, 18 maart 2020

Oproep aan internisten vanuit Sectie Intensive Care en NVIC (gesteund door het bestuur van de NIV en afgestemd met de deelspecialistische verenigingen)

Dr. A.R.H. van Zanten, voorzitter NIV sectie IC

Afgestemd met Prof. Dr. D. Gommers, Voorzitter NVIC

Algemeen

Omdat behandeling en immunisatiepreventie van COVID-19 op korte termijn niet beschikbaar is en *herd immunity* langzaam wordt opgebouwd zal een langdurige inspanning van ziekenhuizen en zorgprofessionals nodig zijn door een groot en langdurig aanbod van patiënten. Dan is solidariteit van belang. Die wordt in veel ziekenhuizen ook vastgesteld.

Doordat veel zorg wordt afgeschaald kunnen internisten een rol spelen in geïntensiveerde samenwerking met de Intensive Care. ***Krachten dienen te worden gespaard, en er dient niet onnodig en te vroeg te worden opgeschaald, alleen na gecoördineerde en gecentraliseerde besluiten.*** Immers het kan lang gaan duren.

Op dit moment neemt het aantal IC-opnamen per dag met ruim 20 toe en de ligduur is lang (2-3 weken). In Brabant en Limburg is het aantal IC-patiënten het grootst, maar IC-overplaatsingen naar boven de rivieren worden momenteel al opgevoerd. **De verwachting is dat spoedig alle IC-afdelingen in Nederland met COVID-19 patiënten te maken krijgen.**

Patiënten

Tracht kwetsbare patiënten in deze fase van de COVID-19 pandemie zoveel mogelijk buiten ziekenhuis houden, omdat bij deze groep patiënten de kans op IC-opname bij een ontstane infectie groot is. **Er zal steeds een afweging tussen het belang van tijdige behandeling van een onderliggende ziekte en het risico op een COVID-19 infectie en de complicaties daarvan moeten worden afgewogen.** Daar zijn internisten experts in. De Kerngroep Ouderengeneeskunde heeft een **standpunt geformuleerd hoe triage aan te kunnen pakken.** [Zie hier het standpunt.](#)

Behandelbeperkingen

Zolang er geen (IC-)capaciteitstekort is vindt deze afstemming en de beoordeling van de code plaats op basis van de wens van de patiënt en de gebruikelijke medische afwegingen.

Ziekenhuizen hebben triageteams ingesteld. **Van belang is dat behandelingsbeperkingen bij opname worden besproken, afgesproken en vastgelegd in het medisch dossier.** Daarbij dient niet alleen niet-reanimeren, maar ook (indien van toepassing) geen IC en niet invasief beademen te worden vastgelegd. Dit vermindert onnodige IC-consulten en oproepen van Spoedinterventie teams (SIT) in de context van zeer hoge werkdruk op de IC.

Bij complexe casuïstiek kan ook met de intensivist over de code worden afgestemd. Dan (bijvoorbeeld bij patiënten met chronische aandoeningen en/of hematologische maligniteiten) is **overleg tussen de intern geneeskundige deelspecialist en intensivist van belang om tot een gezamenlijk besluit te komen.**

Bij fase 3 (capaciteitstekorten), die nu nog niet van toepassing is, kan op basis van landelijke aankondigingen een aangepaste triage (alleen patiënten met een aanzienlijke kans op goede uitkomst) voor opname op de Intensive Care van toepassing worden die is vastgelegd in het

DRAAIBOEK PANDEMIE DEEL1, Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), Versie 1.3, maart 2020. Dit draaiboek is afgestemd met relevante medisch specialistische verenigingen en de KNMG.

Dialysecapaciteit

Een aanzienlijk percentage van de COVID-19 patiënten, die op de IC behandeld moeten worden, ontwikkelt een acute nierinsufficiëntie (AKI). Geschat wordt dat 5-15% daarvan nierfunctievervangende therapie nodig heeft. Bij pneumosepsis patiënten met AKI wordt in Nederland meestal CVVH (continue-veno-veneuze hemofiltratie) toegepast. **Er zijn aanwijzingen dat bij een grotere instroom van COVID-19 patiënten de capaciteit van CVVH-apparatuur snel onvoldoende zal zijn.** Het beperkte aantal reserve CVVH-apparaten dat firma's kunnen leveren zal via de ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) apparatuurpoules worden gedistribueerd, maar zijn ontoereikend voor de verwachte vraag.

Daarom worden internist-nefrologen gevraagd voorbereidingen te treffen om intermitterende hemodialyse (IHD) te kunnen faciliteren voor een aanzienlijk aantal patiënten op de Intensive Care-afdeling, immers door beademing kunnen patiënten niet verplaatst worden naar de dialyseafdeling. Bij verdere opschaling is het denkbaar dat er meerdere IHD-behandelingen bij verschillende IC-patiënten na elkaar nodig zijn bij beperkte beschikbaarheid van mobiele IHD-apparatuur of aansluitingen op de (opgeschaalde) IC-afdeling. **Dat heeft ook consequenties voor diensten van dialyse-verpleegkundigen.** Ook dient er voldoende materiaal te zijn.

Personele ondersteuning IC (en SEH)

In geval van opschaling:

Samenwerking tussen de IC-afdelingen en OK-afdelingen zijn overal opgestart en worden gesteund door de NVIC en NVA. Er zijn plannen gemaakt om in alle ziekenhuizen de invasieve beademingscapaciteit met 100% te kunnen opschalen. De bestaande formatie intensivisten en arts-assistenten IC met een FCCS-diploma en ervaring zijn onvoldoende om aan deze capaciteitsvraag te voldoen. Daarom zullen anesthesiologen IC-diensten gaan verrichten en zullen arts-assistenten worden ingezet die al een IC-stage hebben gedaan (bv. in het kader van de opleiding tot internist). Zonder hen lukken de opschalingen niet.

Er wordt een dringend beroep gedaan op de internisten om deze arts-assistenten met IC-ervaring uit te lenen. Ook kunnen deze arts-assistenten behulpzaam zijn bij de beoordeling van vitaal bedreigde patiënten in de triage op de SEH of andere triagelocaties.

Door herallocatie van artsen zal het beroep op de inzet van de (algemene) internist toenemen. Ondersteuning van zaalwerk is wenselijk. En ook het snel superviseren op de SEH om de doorstroom aan de poort te bevorderen. **Kortom: Bevorder doorstroom, verkort de verblijfsduur op SEH of triageafdeling en help uw arts-assistenten.**

Gebrek aan step-down faciliteiten en terugplaatsingsbedden (alle)

Vanwege de opschaling van de IC-capaciteit zal de Medium Care-capaciteit (MC) afnemen, omdat MC-bedden vaak tot IC-beademingsbedden zullen worden opgewaardeerd. Patiënten met een MC-zorgniveau zullen bij verdere opschaling sneller van de IC terug worden geplaatst naar de verpleegafdeling en daar een hogere zorgzwaarte veroorzaken, waarbij het door de werkdruk op de IC vaak minder mogelijk is om consultatieve nazorg vanuit de IC te realiseren (Consultatieve IC verpleegkundige (CIV)). Ook kan de drempel om patiënten op de IC of MC op te nemen toenemen voor andere diagnoses dan COVID-19, bijvoorbeeld patiënten met elektrolytstoornissen, keto-acidose,

intoxicaties etc. Uiteraard dient dit tussen betrokken internist en intensivist verder te worden afgestemd.

Verder wordt verwacht dat niet alle patiënten met COVID-19 van de IC zullen worden ontslagen naar de longafdeling. **Dus zal er ook een aantal zorgzware patiënten naar interne en geriatrische verpleegafdelingen gaan die daarmee meer belast worden.**

Therapie (antiviraal en immunomodulatie)

Op dit moment circuleren in medisch wereld en media diverse therapieën om COVID-19 te behandelen, waarbij onderscheid dient te worden gemaakt of het afdeling- of IC-patiënten betreft. Er is veel verschil tussen de behandelingen in ziekenhuizen vastgesteld.

Veel van de gesuggereerde experimentele therapieën zijn niet of nauwelijks toegepast bij IC-patiënten met ARDS. De veiligheid staat daarmee niet vast. Het interventiewindow voor een aantal van deze opties is bij veel IC-patiënten met ARDS mogelijk al verlopen en cytokinenstorm komt weinig voor. **Op dit moment zijn internist-infectiologen, de SWAB en het LCI bezig om heldere behandelrichtlijnen op te stellen. Het is van belang die te volgen.**