224973

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Correspondentieadres:
Postbus 2124
3500 GC Utrecht

Bezoekadres:
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Telefoon: [redacted]
E-mail: [redacted]nvic.nl
Website: www.nvic.nl

Utrecht, 2 april 2020

Beste leden van het NVIC bestuur,

In aanvulling op onze vorige brief het volgende:

De kwaliteit van zorg staat onder toenemende druk en de personeelskrapte neemt toe. Het "piept en kraakt" op alle ICs. Veel ziekenhuizen werken met een patiënt-verpleegkundige ratio van 1:4, in plaats van de gebruikelijke ratio van 1:1 tot 1:2. Niet-intensivisten worden ingezet om zorg te verlenen aan deze zeer zieke groep patiënten. Teams zijn opgeleid om zonder supervisie patiënten te draaien. Er is angst, omdat we nauwelijks meer de kwaliteit kunnen leveren die we gewend zijn. Er zijn zorgen, omdat we onvermijdelijk fouten gaan maken die patiënten schaden.

Om aanvaardbare kwaliteit te waarborgen (fase 2 = opschalen) wordt er nu landelijk gerekend met een maximum van 2.400 IC-bedden (alle IC-patiënten samen) in Nederland. **Verder opschalen is onzes inziens niet meer wenselijk.** Dat is het moment dat we over moeten gaan op "zorgen voor de beste uitkomsten voor de maatschappij" in plaats van "zorgen voor de beste uitkomsten voor de individuele patiënt".

De overgang van fase 2 naar fase 3 vraagt om een landelijk besluit dat iedereen tegelijktijdig overgaat naar de crisissituatie waarin triage maatregelen in werking treden.

De Taskforce heeft al aangegeven dat nog striktere selectie nodig zal zijn. Fase 3 wordt daarom verdeeld in 3 blokken die niet duidelijk zijn afgegrensd:

- Blok 1, waarin een crisis is afgekondigd en bijna alle IC-bedden bezet zijn en triage zoals in het draaiboek versie 1.3 beschreven wordt verricht.
- Blok 2, waarbij triage zoals in blok 1 onvoldoende is om IC-capaciteit in balans te houden met de vraag naar een IC bed. Er zal worden overgegaan op striktere triage, volgens principes die nog in het medisch domein liggen (zie Bijlage bij deze brief, ook als addendum aan het draaiboek toegevoegd op 2 april 2020).
- Blok 3, waarbij zelfs de aangescherpte triage zoals in blok 2 genoemd onvoldoende is. Er zal worden overgegaan op triage volgens ethische principes die buiten het medisch domein liggen. Hiervoor verwijzen wij naar de KNMG-richtlijn die binnen enkele dagen zal worden gepubliceerd.

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Alle door de Taskforce opgestelde documenten zijn gebaseerd op de inzichten, kennis en mogelijkheden die op het moment van publicatie bekend waren. Nieuwe informatie die beschikbaar komt zal meegewogen worden in de aanpassing daarvan.

NVIC Taskforce Acute Infectiologische Bedreigingen

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Bijlage: Principes en criteria in blok 2 van fase 3

De hieronder beschreven exclusiecriteria voor IC-opname treden in werking in blok 2 tijdens fase 3 en worden als addendum aan het draaiboek toegevoegd. De criteria zijn van toepassing op patiënten met en zonder COVID-19.

Principes voor blok 2 van fase 3

1. Als blok 2 van fase 3 ingaat worden ook alle reeds opgenomen patiënten volgens onderstaande criteria beoordeeld. De op herstel gerichte behandeling van reeds opgenomen patiënten die aan een exclusiecriterium voldoen, zal worden gestaakt.
2. De principes uit sectie 4.4 van het draaiboek worden gevolgd, inclusief regels voor her-triage (punt 9) en de principes van "Herbeoordeling tijdens IC-behandeling"*.
3. ECLS wordt niet meer aangeboden (zowel VV-ECLS als VA-ECLS).
4. Reanimatie op de intensive care wordt niet meer verricht.

Exclusiecriteria voor blok 2 van fase 3

1. Clinical Frailty Score 5 of hoger (onafhankelijk van leeftijd).
2. Bij onvoldoende capaciteit ondanks naleven van dit exclusiecriterium, worden ook patiënten van 70 jaar of ouder niet meer opgenomen of behandeld op de IC. Daarover moet de NVIC direct worden geïnformeerd zodat zij kan overwegen op blok 3 over te gaan.

Criterium voor staken van de op herstel gerichte behandeling voor blok 2 van fase 3

Bij toenemend aantal organen dat faalt na dag 5 van IC opname wordt de op herstel gerichte behandeling gestaakt.

* =

(9) Genomen beslissingen en de criteria gebruikt voor triage moeten ad-hoc kunnen worden aangepast. Hier worden drie specifieke scenario's bedoeld:

- Bij nieuwe informatie tijdens een uitbraak (zoals bijvoorbeeld informatie uit onderzoek omtrent besmettingspatroon o.i.d.) waardoor uitkomsten of prognostische factoren voor patiënten veranderen, moeten de criteria die gebruikt worden in triage zo snel kunnen worden aangepast dat dit klinisch relevante gevolgen heeft tijdens de uitbraak.
- Als er een afwijking van het geaccordeerde triage proces is, moet triage opnieuw gebeuren. Dit gebeurt alleen als er verwachte klinische relevantie is.
- Als bij initiële triage informatie incorrect of incompleet was, de klinische toestand van de patiënt duidelijk is veranderd of er nieuwe klinische informatie beschikbaar is moet triage opnieuw verricht worden, als er verwachte klinische relevantie is. Her-evaluatie na triage is continu noodzakelijk, bijvoorbeeld elke 72 tot 96 uur.

Herbeoordeling tijdens IC-behandeling

Het systeem van triage (in-en exclusiecriteria) bepaalt wie wordt opgenomen en wie niet. Ook tijdens IC-behandeling zal ten minste dagelijks beoordeling moeten plaatsvinden om te voorkomen dat mensen met een (te) slechte prognose langdurig IC-bedden bezet houden waarop mensen met betere/goede vooruitzichten behandeld zouden kunnen worden.

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Als een patiënt terecht getrieerd is, en dus een goede "incremental probability of survival" heeft door IC opname, kan dat niet zonder meer herroepen worden, maar bij persisterend of toenemend orgaanfalen moet wel dagelijks bekeken worden of IC-behandeling nog zinvol is, volgens dezelfde principes als die buiten een pandemie of ramp gelden.


NVIC
Nederlandse Vereniging voor Intensive Care