



**BEZOEKADRES**  
 Domus Medica  
 Mercatorlaan 1200  
 3528 BL Utrecht  
 5.1.2e

**POSTADRES**  
 Postbus 20063  
 3502 LB Utrecht  
 5.1.2e @ 5.1.2e  
 www.anesthesiologie.nl

De heer 5.1.2e  
 kwartiermaker opschaling IC-zorg  
 Per e-mail 5.1.2e @ 5.1.2e .nl

**Betreft**  
**Kenmerk**  
**Datum**

5.1.2e  
 28 april 2020

Geachte 5.1.2e

Nogmaals hartelijk dank voor uw snelle respons op onze vraag aan het ministerie van VWS over het bestaan van een noodscenario. Dit leidde tot uw uitnodiging om de concept kaderstelling CABU te beoordelen.

Allereerst willen wij onze waardering uitspreken voor het werk dat al verzet is. Wij zien de noodzaak en maatschappelijke behoefte om voor een dergelijke noodsituatie een plan klaar te hebben. Als het gaat over een onverhoopte situatie waarin de intensive care zorg weer opgeschaald moet worden naar de maximale capaciteit zal de NVA dat voor de medisch specialistische deel wederom maximaal ondersteunen. De recente opschaling van de intensive care zorg in het kader van de covid pandemie is alleen mogelijk geweest door inzet van zorgprofessionals normaal verantwoordelijk voor de anesthesiologische capaciteit in Nederland met als gevolg het stilvallen van reguliere operatieve non-covid zorg. Alleen spoedingrepen konden doorgang vinden omdat een groot deel van de anesthesioloog niet-intensivisten en bijna alle anesthesiemedewerkers en verkoeverkamer medewerkers op de IC werd ingezet. Mocht de zorgvraag groter worden dan wat de maximale IC capaciteit aan kan is er sprake van een zwart scenario waarin de kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt niet meer leidend is, maar het redden van zo veel mogelijk mensen. De NVA ziet het als haar morele plicht om zich voor te bereiden op een dergelijk scenario.

Een recente inventarisatie van de NVA ten behoeve van het opschalen van de operatieve non-covid zorg geeft aanwijzingen dat er bij maximale uitbreiding van de IC capaciteit en terugbrengen van non-covid zorg er mogelijk medisch specialistische capaciteit over blijft die zou kunnen worden ingezet ten behoeve van dit noodplan. Dit vereist echter dat anesthesiologen hun

verantwoordelijkheid voor goed hulpverlenerschap op de CABU invulling kunnen geven. Om dit te realiseren hebben wij een aantal aanvullingen op de concept kaderstelling:

- *Inleidende verwachtingen*

De minister spreekt in zijn opdracht van extra IC capaciteit. Zoals u aangeeft voldoet de CABU hier niet aan. De maatschappij moet zich hiervan bewust zijn. Dat geldt tevens voor de mogelijke gevolgen die dit scenario heeft voor de non-covid zorg. In de inleiding van de kaderstelling wordt gesteld dat het ontbreken van een alternatief leidt tot het overlijden van patiënten. Deze stelling wordt gepresenteerd als dualiteit: als er een CABU is zullen patiënten niet overlijden en anders wel. Naar ons idee is dit te stelling omschreven en ontbreekt hier een opmerking over de gevolgen voor de non-covid patiënten die in afwachting zijn van behandeling.

- *Uitwerking van de protocollen voor indicatiestelling CABU en behandeling*

De vigerende protocollen zijn niet ingericht op indicatiestelling noch behandeling in een CABU situatie, gezien deze beschreven vorm van zorg nog niet bestaat. Protocollen gaan uit van een situatie waarbij beademing plaatsvindt op een IC en dus teruggevallen kan worden op uitgebreide intensieve zorg. Zeker gezien het COVID-19 virus in andere organen dan de longen een ziekteproces kan veroorzaken. Gezien dit in een noodsituatie niet het geval zal zijn, zijn expliciete en vooraf uitgewerkte protocollen noodzakelijk.

- *Scholing incl. CRM training*

De huidige crisissituatie heeft laten zien dat er behoefte is aan breed opgeleide zorgprofessionals. Dit geldt niet enkel voor de verpleegkundige zorg zoals op pagina 2 omschreven, maar ook voor de medisch specialistische opleidingen. Deze multi-inzetbaarheid levert ons nu veel flexibiliteit op. Scholingsplannen moeten onzes inziens worden opgesteld met dit in het achterhoofd. Aanvullend op voldoende en tijdige scholing van al het personeel adviseren wij ook CRM training van het hele team welke gedaan moet worden voordat een CABU actief wordt.

- *Explicitering professionele verantwoordelijkheid zorgverleners*

De professionele verantwoordelijkheid van alle zorgverleners en het niveau van de te leveren zorg worden expliciet uitgewerkt en beschreven in samenspraak met die zorgverleners en IGJ.

- *Toevoegen artsen met IC bagage*

De structuur van de personele inzet wordt uitgebreid met een laag tussen de uitvoerend verpleegkundige en de superviserend medisch specialist. Deze laag bestaat uit “artsen met intensive care bagage” (ambi). Dit ter ondersteuning van zowel de medisch specialist als de verpleegkundige. Bij de invulling van

deze laag wordt primair gedacht aan andere medisch specialisten die in hun medische loopbaan een stuk IC ervaring hebben opgedaan. Denk in willekeurige volgorde aan internisten, longartsen, cardiologen, (thorax)chirurgen, etc. AIOS vanaf het 3e jaar opleiding met een zelfde ervaring kunnen ook als ambi ingezet worden. De FMS is daarom betrokken bij de voorbereidingen. De inzet van ambi bedraagt één ten behoeve van twee patiënten. ANIOS en AIOS in de eerste twee opleidingsjaren dienen niet ingezet te worden om de jongste professionals te beschermen tegen de waarschijnlijk zeer belastende situaties op een CABU.

- *Middelen en materialen*

De infrastructurele situatie en de beschikbare materialen van een CABU zijn vanaf opening in kwaliteit en aantal optimaal. Zorgverleners die per definitie niet-optimale zorg gaan leveren dienen minstens voorzien te zijn van hoogwaardige en voldoende middelen. Expliciet zijn er voldoende PBM van de hoogste kwaliteit voor minstens 2 maanden maximale inzet aanwezig. Verder zijn de beademingsmachines volwaardige en moderne IC ventilatoren met alle denkbare opties voor beademing. Dus geen aangepaste thuisbeademingsmachines of recent ontwikkelde “nood ventilatoren”. Tevoren dient er voor alle CABU voldoende medicatie aanwezig te zijn voor twee maanden volledige inzet.

- *Implementatie en projectleiding*

Wij adviseren aan iedere projectleider een anesthesioloog niet-intensivist toe te voegen met goede regionale contacten en deze te betrekken bij de volledige lokale invulling en uitvoering. Dit is van belang om de uitvoering van de drie scenario's te realiseren en rekening te houden met de gevolgen voor de operatiecapaciteit. Een landelijke overlegstructuur van deze groep is noodzakelijk.

- *Vertegenwoordiging relevante beroepsgroepen*

In reactie op de IGJ wordt aangegeven dat afstemming met de beroepsverenigingen Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie of de Nederlandse Internisten Vereniging niet toevoegend lijkt omdat de leden van de NVIC een achtergrond hebben vanuit de anesthesie dan wel inwendige geneeskunde. Dit gaat echter voorbij aan het feit dat de opschaling van Ic's mogelijk is gemaakt door anesthesioloog niet-intensivisten, die niet vertegenwoordigd worden door de NVIC en het aantal intensivisten ruimschoots overtreffen.

Hoewel wij ons realiseren dat onderstaande mogelijk buiten de scope van de opdracht valt, willen wij u graag ter overweging meegeven dat andere keuzes in de uitvoering van scenario 1, de opschaling van het aantal IC bedden naar

2400, meer ruimte kunnen creëren voor scenario 3 en/ of voor de gedeeltelijke continuering van de operationele non-COVID zorg.

Wij zijn graag bereid een specifieke inventarisatie te doen indien dit wenselijk is. Tevens bespreken wij het draaiboek met onze collega's binnen de Federatie Medisch Specialististen. Voor de uitvoerbaarheid achten wij het noodzakelijk dat de Federatie zich achter het draaiboek schaart.

Graag lichten wij bovenstaande dinsdag 28 april nader toe in het reeds geplande video overleg.

Namens het bestuur van de NVA,

Met vriendelijke groeten,



5.1.2e