

Marcel Levi is internist en CEO van het University College London Hospitals (UCLH). Daarvoor was hij bestuursvoorzitter van het AMC

## Marcel Levi

Soms is verwijzing naar een expertise-centrum gewoon noodzakelijk



VINCENT BOON

## Concentreren of verdunnen

**V**anaf deze maand gaat de inspectie naleving van de nieuwe richtlijnen voor de intensive care (ic) controleren. Echt spectaculair kun je die nieuwe eisen aan ic-afdelingen trouwens niet noemen. Er moet overdag, ook in het weekend, een voldoende opgeleid medisch specialist volledig beschikbaar zijn. En 's avonds en 's nachts moet een intensivist binnen een uur ter plekke kunnen zijn. 'Is dat dan nu niet het geval?' vraagt mijn niet-medische familie zich stomverbaasd af. Inderdaad blijkt uit onderzoek van Gupta consultants dat deze eis onhaalbaar is in 40 procent van de algemene ziekenhuizen en hun vereniging laat snikkend weten dat deze ziekenhuizen dan wellicht hun ic moeten sluiten. Volgens – wederom – mijn niet-medische familie is dat maar goed ook. 'Waarom noemen ze zichzelf trouwens intensive care als er nog niet eens een voldoende opgeleide specialist volledig ter beschikking staat voor de meest kritisch zieke patiënten?' Het is onbegrijpelijk dat we in Nederland op elke hoek van de straat de meest complexe medische zorg voor maximaal zieke mensen willen leveren. Het is simpelweg onmogelijk de vereiste expertise van een heel team, niet alleen dokters, op een voldoende niveau te houden op tachtig plekken waarbij op veel plaatsen ook nog eens heel kleine aantallen patiënten worden behandeld. Met alle sympathie voor kleinere ziekenhuizen en de wens om de zorg zoveel mogelijk dichtbij de woonplaats van de patiënt te leveren, moeten we ook realistisch genoeg zijn om te accepteren dat er medische situaties zijn waarin verwijzing naar een regionaal of landelijk expertisecentrum noodzakelijk is. Dat geldt overigens niet alleen voor kleinere ziekenhuizen en zorg voor ernstig zieke mensen. Ook binnen de grotere ic's is er

meer dan voldoende ruimte voor wat meer realisme over de eigen mogelijkheden en onmogelijkheden. Zo bieden inmiddels meer dan twintig Nederlandse intensive care-afdelingen Extra Corporate Life Support, ook wel extracorporele membraanoxygenatie of ECMO genoemd. In heel Engeland zijn dat er vijf. ECMO is een soort (hart-)longmachine voor mensen die onvoldoende beademd kunnen worden en met name de veneuze variant van ECMO (oxygenatie van bloed buiten het lichaam zonder de cardiale ondersteuning) wint razendsnel aan populariteit – overigens zonder solide bewijs dat deze therapie voor de patiënt voordeel heeft. Er is één studie die enig effect laat zien maar deze toont eigenlijk vooral aan dat patiënten met zodanig ernstige longschade dat beademing niet goed mogelijk is, gewoon overgeplaatst moeten worden naar een centrum met uitgebreide expertise op dit gebied. En technieken als ECMO met een hoge bloedflow buiten het lichaam geven een aanzienlijke kans op ernstige complicaties, zoals vasculaire schade of ernstige stollingscomplicaties. Derhalve adviseren nationale en internationale richtlijnen dat ECMO alleen veilig is in centra die deze therapie frequent toepassen, met een voldoende toegerust team waarbij onder andere cardiochirurgen en neurochirurgen 24 uur per dag stand-by zijn. Maar dat weerhoudt zelfoverschattende intensivisten (aangemoedigd door de ECMO-fabrikant) er momenteel niet van om deze peperdure therapie toe te passen op ic's die hiervoor simpelweg niet geëquipeerd zijn. Als de inspectie dan toch deze maand langskomt, dan kan zij misschien ook even kijken of ECMO nog wel op zoveel Nederlandse ic's moet worden toegepast. ■