

Inhoudelijke reactie van de Regieraad Kwaliteit van Zorg op de brief van de NVIC dd. 7 februari 2012, aan Pieter Vierhout, voorzitter van de Regieraad.

Citaten uit de brief van de NVIC worden gevolgd door het antwoord van de Regieraad in vet lettertype.

De NVIC is op geen enkele wijze betrokken bij de totstandkoming van het nu voorliggend rapport. De NVIC betreurt de gang van zaken bij de totstandkoming van uw rapport ten zeerste. Daarnaast bevat uw rapport een aantal storende feitelijke onjuistheden, die in geval van betrokkenheid van de NVIC zeker voorkomen hadden kunnen worden. De NVIC distantieert zich dan ook volledig van de inhoud van uw rapport.

De onderzoekers hebben diverse gesprekken gevoerd. Daarbij hebben zij ook met een aantal intensivisten gesproken. Het klopt dat de NVIC niet officieel is geconsulteerd.

Het is u bekend dat thans een brede commissie, waarin praktisch alle stakeholders op het gebied van Intensive Care in Nederland zijn vertegenwoordigd, werkt aan een revisie van de NVA richtlijn "Organisatie en werkwijze op Intensive Care-afdelingen voor volwassenen in Nederland" uit 2006. Het bestuur van de NVIC is van mening dat het verstandiger en constructiever geweest zou zijn de conclusies van deze commissie af te wachten in plaats van deze werkzaamheden in een afrondingsfase te doorkruisen middels uw rapportage.

De onderzoekers hebben gesproken met de commissie die momenteel werkt aan een revisie van IC-richtlijn. Op het moment dat dit gesprek plaats vond werd voorzien dat het nog minimaal twee jaar zou duren voordat deze commissie naar buiten zou treden met een afgerond rapport.

In de inleiding (paragraaf 1.1) wordt gesteld dat het niveau IC de complexiteit van patiënten bij overige zorgfuncties en basisvoorzieningen bepaalt. Voor zover de NVIC bekend bestaan er, met uitzondering van een zeer klein aantal specifieke chirurgische ingrepen, geen richtlijnen waarin een bepaald niveau IC afdeling vereist is voor bepaalde verrichtingen of zorgfunctie.

Dit is niet geheel juist geciteerd. Er staat: Het niveau van de IC bepaalt in grote mate de mogelijke complexiteit van patiënten bij de overige zorgfuncties en basisvoorzieningen zoals de traumatologie op de spoedeisende hulp en de verloskunde.

In het rapport is men ervan uitgegaan dat op verschillende IC-levels verschillende soorten patiënten (kunnen) worden verpleegd/behandeld. Dit sluit aan bij wat de NVIC daar zelf over schrijft:

‘Een level I IC is gericht op de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis van één vitale orgaanfunctie, eventueel in combinatie met beademingsnoodzaak, die naar verwachting niet langer dan twee tot drie dagen duurt.

Een level II IC is gericht op patiënten met ernstige ziekten maar op een level II IC hoeft men niet in staat te zijn patiënten met zeer gecompliceerde ziekten te behandelen.

Een level III IC is gericht op patiënten met zeer gecompliceerde, zeer ernstige ziekten, bij wie tegelijkertijd meerdere vitale functies verstoord zijn. Voor deze patiënten is continue beschikbaarheid en aanwezigheid van gespecialiseerde

verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk. In het rapport van de NVIC staat niet dat level IC complexiteit van patiënten bij overige zorgfuncties bepaalt, maar: "Mogelijke verschuivingen in het niveau (IC) hebben vergaande consequenties voor de overige zorgfuncties, outillage en organisatie van een ziekenhuis".

De verdere beschrijving ten aanzien van niveau Intensive Care en het wel of niet beschikbaar zijn van intensivisten is in uw beschrijving niet conform de richtlijn "Organisatie en werkwijze op Intensive Care-afdelingen voor volwassenen in Nederland" uit 2006.

Het is niet duidelijk wat hiermee wordt bedoeld. Voor criteria ontleend aan de richtlijn verwijzen de onderzoekers in het rapport naar een bijlage.

Als uw doel is om de discussie te faciliteren zou men toch uitwerking van meerdere mogelijke scenario's mogen verwachten. Het heeft er dan ook alle schijn van dat uw rapport is opgesteld vanuit een vooringenomen standpunt en u slechts een statement hebt willen maken van uw visie op de Intensive care zorg van de toekomst. Dit draagt niet bij aan een constructieve discussie.

Er is in dit rapport de keuze gemaakt om slechts één scenario uit te werken. Het is de bedoeling dit in een volgende fase verder uit te breiden in een meervoudig simulatiemodel.

Refererend aan de literatuurlijst bij uw rapport is de lijst van de onder punt 1 van paragraaf 1.3 genoemde beleidsstukken, rapporten en achtergrondstudies ons inziens onvolledig. Het ontbreken van het IGZ rapport "Grote Intensive Care-afdelingen werken continu aan kwaliteit" uit september 2011 beschouwen wij als een grote omissie.

Dit is geen omissie maar te wijten aan het feit dat tussen het opleveren en het verschijnen van het rapport enige tijd is verstreken.

De onder punt 4 van paragraaf 1.3 genoemde lijst van stakeholders en deskundigen is in onze optiek eveneens verre van volledig. Aan bovenstaande argumenten ontleen wij onze stelling, dat u nimmer een volledig gebalanceerd overzicht hebt kunnen krijgen over de betreffende materie en alleen al daarmee het rapport gekwalificeerd dient te worden als onvolledig en onzorgvuldig.

Volledigheid is in deze verkennende studie niet nagestreefd. Dat staat ook expliciet in het rapport vermeld. Het betrof zoals aangegeven een eerste verkenning.

Het rapport meldt in paragraaf 2.6 dat de NVIC in 2007 "berichtte dat er jaarlijks 250 vermijdbare doden zouden vallen op niveau 1 IC afdelingen". De NVIC gaat ervan uit dat bedoeld wordt op de uitzending van NOVA waarin een aantal intensivisten op persoonlijke titel uitspraken heeft gedaan over kleine IC afdelingen op een vraag van NOVA betreffende een wetenschappelijk artikel. Dit is niet in overleg met en zeker niet namens de NVIC gedaan. De NVIC heeft zich destijds gedistantieerd van deze NOVA uitzending, alsook van de uitspraken van betreffende intensivisten. Het NVIC bestuur vindt het stuitend dat in dit rapport een dergelijke aperte foutieve voorstelling van zaken gedaan wordt. Tenminste is een rectificatie op zijn plaats. Gelukkig vermeldt uw rapport wel dat de IGZ deze vermijdbare sterfte nimmer heeft bevestigd.

De desbetreffende passage komt (letterlijk) uit rapport (en begeleidend schrijven van hoofdinspecteur behorend bij dit rapport) <IGZ. IC-afdelingen van niveau 1: "op weg naar verantwoorde zorg" Een inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van intensive care afdelingen van niveau 1. Den Haag, december 2008>.

Eveneens in paragraaf 2.6 wordt gesteld dat 13 ziekenhuizen handhavingsmaatregelen opgelegd hebben gekregen van de IGZ. Ook dit is feitelijk onjuist. De letterlijke tekst uit het IGZ rapport " IC afdelingen niveau 1 - op weg naar verantwoorde zorg" ten aanzien van het handhavingsbeleid is: "Dit betreft de aanzegging aan de raad van bestuur om de IC te sluiten (bij niet-navolgen hiervan zal de inspectie zo nodig een bevel hiertoe geven), de aanzegging dat het ziekenhuis voor 15 januari alsnog een adequaat zorgbeleidsplan opstuurt en/of schriftelijk vastgelegde regionale samenwerkingsafspraken ... ". Het is een feit dat op 1 na alle ziekenhuizen alsnog voldeden aan de eisen voor verantwoorde zorg en dit resterende ziekenhuis zelf besloot zijn IC op te heffen.

Dit komt (letterlijk) uit begeleidende brief van Prof. dr. G. van der Wal aan minister van VWS in het rapport. Citaat uit deze brief: "Dit vertrouwen geldt echter niet voor dertien ziekenhuizen die - zelfs volgens hun eigen plan van aanpak - niet zullen voldoen aan een of meer van de gestelde eisen. Voor deze ziekenhuizen heeft de inspectie een ziekenhuisspecifiek handhavingbeleid vastgesteld."

Uw uitgangspunt in paragraaf 4.1 betreffende de veronderstelde bezettingsgraad van academische IC's van 80% is niet correct. De wetenschappelijke literatuur geeft een bezettingsgraad van een IC aan als veilig indien deze 80% bedraagt. De werkelijkheid in Nederland voor de grote en de academische IC's is dat de bezettingsgraad ruim boven de 100% is. Daardoor zijn zij niet in staat de functie die zij voor de regio hebben te vervullen . Wanneer u het IGZ rapport "Grote Intensive Care-afdelingen werken continu aan kwaliteit" uit september 2011 , bij uw analyse had betrokken, alsook navraag had gedaan bij DBC-onderhoud en de NVIC, was voor u inzichtelijk geworden, dat de capaciteit van met name de grote en academische IC's veelal te kort schiet. Alleen al uw onjuiste aanname zet uw verdere conclusies in dit hoofdstuk ernstig onder druk en maakt deze ongeloofwaardig.

Het betreft hier inderdaad een aanname omdat de UMC's hierover geen gegevens aanleveren. Het rapport uit september 2011 is zoals hierboven is gesteld, niet meegenomen. Wij vragen ons overigens welke conclusies hierdoor onder druk komen te staan.

Daarnaast constateren wij in praktisch alle tabellen die u in hoofdstuk 4 presenteert inhoudelijke tekortkomingen of onjuistheden, waarbij een substantieel aantal ziekenhuizen op onjuiste wijze qua niveau IC in de tabellen is opgenomen. U besteedt hieraan wel aandacht in uw commentaren bij de betreffende tabellen, maar verbindt er geen conclusies aan. Hiermee worden de conclusies in uw rapport in hoge mate onbetrouwbaar.

De gegevens zijn gebaseerd op de opgaven van de ziekenhuizen zelf in "Ziekenhuizen transparant".

In hoofdstuk 6 sluit u uw rapportage af met de opmerking dat "Punt van aandacht blijft de wijze van opvang van acuut vitaal bedreigde patiënten op een locatie zonder

IC voorziening". Uw rapportage is hierin correct. Voor een verantwoord transport van patiënten van plaatsen waar de zorg voor de betreffende patiënt op dat moment niet toereikend is, geldt het transportprotocol van de NVIC. Politiek is dit nog steeds niet goed ondersteund omdat adequate financiering hiervoor ontbreekt. De NVIC stelt zich op het standpunt dat acute opvang en (initiële) behandeling van de ernstig acuut zieke patiënt in elk ziekenhuis geborgd dient te zijn. U gaat in uw rapportage volledig aan dit belangrijke issue voorbij. De NVIC vindt dit uiterst laakbaar en onzorgvuldig.

De Regieraad ondersteunt uw standpunt dat acute opvang en (initiële) behandeling van ernstig acuut zieke patiënt geborgd dient te zijn. Dat staat ook zo in rapport vermeld. Het verder uitwerken van consequenties van concentratie (o.a. op gebied transport) lag buiten kader van dit rapport. Graag biedt de Regieraad in een later stadium een podium voor het verder doordenken van dergelijke consequenties.

Blijkens bijlage 3 van het rapport heeft u wel enkele leden van de kerngroep die zich bezig houdt met de revisie van de richtlijn "Organisatie en werkwijze op Intensive Care-afdelingen voor volwassenen in Nederland" gesproken, maar u kenschets dit volledig onjuist als hen geïnterviewd te hebben. De bijlage suggereert dat collega Van der Voort, die namens de NVIC in betreffende kerngroep zitting heeft, namens de NVIC is geïnterviewd. Met klem benadrukt de NVIC dat hier in het geheel geen sprake van is en betreurt het dat in het rapport deze suggestie wordt gewekt. De NVIC heeft bij collega Van der Voort navraag gedaan over de gang van zaken. Het interview bleek een overleg van ongeveer een half uur te omvatten, waarin door collega Van der Voort feitelijk niets anders is medegedeeld, dan dat hij participatie aan het rapport dat door uw Raad werd opgesteld, onwenselijk vond, gezien zijn directe betrokkenheid bij de revisie van voornoemde richtlijn. Het bestuur van de NVIC weet inmiddels dat dit tevens geldt voor collega Van der Meer die namens de NVA in deze commissie participeert.

Zoals ook verwoord in het rapport, hebben enkele verkennende vraaggesprekken (interviews) plaatsgevonden. Betrokken personen zijn niet gevraagd namens een vereniging uitspraken te doen, dit staat ook niet zo in het rapport vermeld.

De NVIC zet zich in voor goede Intensive Care behandeling voor alle patiënten die dit nodig hebben. De NVIC streeft een hoge mate van regionale samenwerking na waarbij het uitgangspunt is dat de patiënt de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Of hierbij sprake dient te zijn van regionale verschuiving van zorg is op dit moment nog niet duidelijk. Uw rapport heeft geen bijdrage geleverd aan een constructieve discussie. In dit kader dient meegenomen te worden wat de werkelijke logistieke, organisatorische, kwalitatieve en financiële consequenties zijn en daar doet dit rapport hooguit een zwakke poging toe.

Het rapport beoogt de discussie te entameren over de concentratie en spreiding van zorg en de daarbij horende randvoorwaarden. Gegeven de discussie in het veld, heeft de raad goede hoop dat het rapport de condities voor verantwoorde herverdeling verder zal aanscherpen.