

'GEÏRRITEERD ALS ANDEREN ONS VOORSCHRIJVEN WAT KWALITEIT IS'

Intensivisten willen meer grip op ic-geneeskunde

De intensivisten zijn ongelukkig met het concept van de Kwaliteitsstandaard intensive care van het Zorginstituut. Ontwikkeling tot wetenschappelijke vereniging moet soelaas bieden, vertelt voorzitter Diederik Gommers van intensivistenvereniging NVIC.

De zwartepiet voor het mislukken van de ic-richtlijn ligt bij de NVIC, zo valt te lezen op de website van Zorginstituut Nederland (ZiN): 'De nieuw ontwikkelde richtlijn is nog niet ingevoerd, omdat de leden van de NVIC in hun ledenvergadering van 1 juli 2015 tegen de richtlijn hebben gestemd.' De, sinds januari van dit jaar, voorzitter van de NVIC Diederik Gommers geeft graag een interview. 'We kunnen wel wat positieve aandacht gebruiken', merkt hij droogjes op. De NVIC was niet de baas over de gesneefde ic-richtlijn, dat waren de wetenschappelijke verenigingen van de moederspecialismen interne (NIV) en anesthesiologie (NVA). De NVIC had als niet-wetenschappelijke vereniging alleen het recht om te worden gehoord. Toen de NVIC-leden tegen de richtlijn stemden, waren de NVA en de NIV zo vriendelijk de richtlijn niet door te zetten, maar dat hadden ze wel kunnen doen. Het initiatief voor de opvolger van de ic-richtlijn uit 2006 lag ook al niet bij de NVIC, maar bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). 'De richtlijn uit 2006 was eigenlijk een hele goede', zegt Gommers. Dus om een nieuwe te schrijven was 'een uitda-

ging'. Nadat ze grote verschillen tussen ic's had geconstateerd, drong de inspectie aan op afspraken over het overdragen van zeer kwetsbare patiënten naar een grotere ic en op een zorgplan voor elke patiënt. De hoofdinspecteur spreekt in een rapport uit 2011 van toegenomen draagvlak voor een nieuwe richtlijn na een 'moeizame start'. Moeizaam bleef het opstellen van de nieuwe richtlijn en na nipte afwijzing door de leden in 2015 nam ZiN de regie over. ZiN-commissievoorzitter Jan Kremer diagnosticeerde in Medisch Contact: 'Detaildrift frustreert de regio'. Half juli zal zijn commissie de Kwaliteitsstandaard intensive care presenteren.

Waarom wees de ledenvergadering de conceptrichtlijn in 2015 af?

'Eigenlijk weten we dat niet goed. Maar ik denk ook, zoals collega Kremer zegt, dat er te veel details in stonden. Twistpunten waren bijvoorbeeld met hoeveel mensen een ic moet worden bemand, de score van het functioneren van de organen van de patiënt waarboven hij moet worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis en het 's nachts in huis zijn van een intensivist.'

Is er vanuit de beroepsgroep niet zo'n behoefte aan de nieuwe richtlijn?

'We hebben behoefte aan een antwoord op de vraag hoe ic-zorg in een regio moet worden georganiseerd en wat het juiste moment is van overplaatsing naar een grotere ic. Daarop spitst de discussie zich toe. Er speelt ook een beetje het gevoel van eigenwaarde mee van: ik kan dat ook. We zeggen bij het overdragen dan ook niet dat de intensivist niet goed is, want die zijn allemaal hetzelfde opgeleid, maar dat de voorzieningen in dat ziekenhuis beter zijn, dat er bijvoorbeeld een gespecialiseerde interventieradioloog is of nierdialyse. En het is ook belangrijk dat de patiënt weer wordt teruggeplaatst naar het insturende ziekenhuis voor het laatste deel van de ic-behandeling, bijvoorbeeld om helemaal los te komen van de beademing. Het vertrouwen tussen ic-afdelingen hierin moet nog groeien.'

Moet dat in een richtlijn? Het Zorginstituut concludeerde met de tegenstemmers dat 'juist voor de mate van detail van de richtlijn beperkte wetenschappelijke onderbouwing aanwezig is'.

'Het vertrouwen tussen ic-afdelingen moet nog groeien'



NVIC-voorzitter Diederik Gommers: 'Het risico bestaat dat het niveau afglijdt naar de periode voor de richtlijn uit 2006.'

DIEDERIK GOMMERS (1964)

1996	artsexamen
2003	anesthesioloog
2005	intensivist
2014	opleider en afdelingshoofd Intensive Care Volwassenen Erasmus MC
2016	voorzitter Nederlandse Vereniging voor Intensive Care NVIC

zorg wordt er niet beter van als we één grote centrale ic zouden maken, dan worden de rij-afstanden te groot. Maar een kleine ic met weinig patiënten is heel kostbaar. Het zou goed zijn als die kosten niet alleen voor rekening van de directie van die kleine ziekenhuizen komt, maar ook van de ziekenhuizen die samen afspraken hebben gemaakt binnen hun regio, de zogenaamde 'regio-ic'. Daarnaast helpt een scherpe richtlijn in onderhandelingen met verzekeraars en directies om bijvoorbeeld aan te tonen dat een bepaald aantal professionals op de ic nodig is om de kwaliteit te garanderen.'

In de reactie van de NVIC aan het Zorginstituut op het concept van de standaard schrijft u dat daarin de kwaliteit van de ic-zorg onvoldoende is gewaarborgd en vraagt u de standaard aan te merken als aanvulling op de richtlijn van 2006, zodat de kwaliteitsnormen die daarin toen zijn vastgelegd, niet van tafel gaan.

'We willen graag een alarmbel voor blinde vlekken. In de conceptrichtlijn van 2015 is bijvoorbeeld geprobeerd om een bepaalde score van orgaanfalen op te nemen als indicator voor wanneer overplaatsing is gewenst, maar daarvoor is geen harde evidence. Eigenlijk moet daar eerst onderzoek naar worden gedaan. In regio Rijnmond, waar ik zelf zit, hebben we goede afspraken gemaakt. Maar daar zit wel iets vrijwilligs in. Daar zit de moeilijkheid eigenlijk. De richtlijn kan een belangrijk houvast bieden voor goede zorg in iedere regio.'

Hoe belangrijk zijn in de discussie de financiële effecten van de richtlijn?

'De consequenties zijn gigantisch. Want of een ziekenhuis wel of niet een ic heeft, bepaalt welke operaties mogelijk zijn en welke patiënten op de SEH kunnen worden opgenomen. De richtlijn heeft gevolgen voor de ic-zorg in een hele regio, en een kleine ic zoals van Goes of Vlissingen moet daar wel blijven bestaan. De

'De standaard is geschreven zonder mensen die weten wat het vak inhoudt en dat kan eigenlijk niet. Het Zorginstituut wilde een praktische oplossing bieden en heeft de pijnpunten gehaald uit de richtlijn van 2015, zoals de verplichte 24-uursaanwezigheid van een intensivist in het ziekenhuis. Maar dit is te kort door de bocht, er is geen oog voor hoe ons vak is geëvalueerd. De richtlijn van 2006 stelde duidelijke eisen aan bijvoorbeeld formatie en normen voor elk van de drie ic-niveaus en er is veel moeite gedaan om deze te implementeren. We zijn een jong vakgebied en ik ben trots op wat we samen met de inspectie en door middel van kwaliteitsvisaties de afgelopen jaren hebben bereikt. Binnen de EU hebben we na Engeland het grootste ledental intensivisten, we spelen een grote rol in onderzoek, kunnen kwaliteitscijfers laten zien. We hebben vooruitstrevende discussies over ethiek, zoals over het staken van medisch zinloze behandelingen. Het buitenland is daar jaloers op, net als op hoe we de zorg inhoudelijk hebben geregeld. Over de grens hebben ze veel min-



‘We staan met 5-0 achter’

der verpleegkundigen en ligt de *standardized mortality rate* hoger. De hematologiepatiënten die acht jaar geleden op de ic kwamen, gingen bijna allemaal dood; nu is dat gedaald naar 50 procent. De septische patiënt doet het stukken beter. Het risico bestaat met deze standaard dat dit niveau afglijdt naar de periode voor de richtlijn uit 2006.’

Toch gaan jullie met deze standaard aan de slag?

‘Het komend halfjaar wordt de kwaliteitsstandaard in de regio’s geïmplementeerd. Daarnaast zullen we intensivisten betrekken bij het opstellen van een mogelijk vervolg. We willen in werkconferenties de afzonderlijke delen van de standaard bespreken. Daarbij gebruiken we het materiaal dat er is, dus het goede van de kwaliteitsstandaard al dan niet aangevuld met delen van de richtlijn van 2006 of delen van de conceptrichtlijn uit 2015. We zeiden in onze reactie op het concept al: we willen graag onze verantwoordelijkheid nemen en zullen geïnspireerd met een concrete invulling komen, en we danken het Zorginstituut voor de inzet. Want ja... we zijn verdrietig en een beetje geïrriteerd geraakt dat niet-intensivisten ons voorschrijven wat kwaliteit is op onze ic. Maar we staan ook met 5-0 achter en we moeten laten

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR INTENSIVE CARE

De NVIC is opgericht in 1977 en telt ruim 1100 leden. Naast intensivisten en ic-fellowleden (die in opleiding zijn tot intensivist) heeft de NVIC buitengewone leden: de artsen en andere professionals met belangstelling voor ic-geneeskunde. De NVIC-leden zijn merendeels internisten en anesthesiologen, maar ook neurologen, cardiologen en – iets minder – chirurgen. Daarnaast sloten neurochirurgen, cardiopulmonaalchirurgen, longartsen, kinderartsen, medisch microbiologen en ziekenhuisapothekers, en artsen in opleiding voor deze specialismen, zich aan. De Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC) regelt opleiding en registratie van intensivisten voor de wetenschappelijke verenigingen van de basisspecialismen.

zien dat we gezamenlijk tot een nieuwe richtlijn kunnen komen.’

U zegt: ‘Dat niet-intensivisten er iets van vinden...’ Dat speelt intensivisten vaker parten. De NVIC is geen wetenschappelijke vereniging, dus niet jullie maar de wetenschappelijke verenigingen van de internisten en anesthesiologen waren de baas over de ic-richtlijn. ‘De verenigingen van onze basisspecialismen, waaronder de NIV en de NVA accepteren ons als vereniging, maar besluiten over ic-onderwerpen in de Federatie Medisch Specialisten toetsen zij binnen hun eigen vereniging. De NVA en NIV hebben een sectiebestuur intensiviteitsgeneeskunde met daarin intensivisten en een eigen voorzitter die ze om advies vragen. Dus, dat werkt eigenlijk niet. Ik vergelijk het altijd met een ziekenhuis. Als mijn raad van bestuur een vraag heeft over de ic, dan gaan ze niet eerst de hoogleraar interne bellen of de hoogleraar anesthesiologie. In de praktijk is het overduidelijk geworden dat de intensivist het aanspreekpunt is over ic-onderwerpen, maar in de federatie zijn we dat niet. Pas als we een wetenschappelijke vereniging zijn, kunnen we toetreden tot de FMS. We voldoen aan alle voorwaarden: we hebben een opleiding onder regie van de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC) – die horen wel niet bij de NVIC maar die kunnen daarin worden gevoegd –, we doen onderzoek, maken richtlijnen. In de algemene ledenvergadering in mei hebben de leden groen licht gegeven om ernaartoe te werken dat we wetenschappelijke vereniging worden. We verwachten dat onze basisspecialismen onze autonomie zullen ondersteunen.’ ■

web

Het geciteerde MC-artikel vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.