

Wat staat er in het advies over *Passende Zorg op de intensive care?*

De werkgroep 'Passende zorg' van de NVIC heeft op 14 september een document gepubliceerd met aanbevelingen over het starten of continueren van een IC-behandeling. Het document is primair geschreven voor de Nederlandse IC-professionals en dient om een discussie op gang te brengen over 'passende IC-zorg'. De NVIC heeft op 2 november 2023 een werkconferentie georganiseerd om de vervolgstappen te bepalen. De volledige tekst van het document is te vinden op de website van de NVIC. Hieronder staan de highlights.

Bernard Fikkers¹,
Diederik van Dijk²,
Evert de Jonge³
namens de NVIC
werkgroep 'Passende
zorg op de IC'
¹Afdeling Intensive
Care, Radboudumc,
Universiteit Nijmegen,
Nijmegen,
²Afdeling Intensive
Care, UMC Utrecht,
Universiteit Utrecht,
Utrecht
³Afdeling Intensive
Care, Leids Universitair
Medisch Centrum,
Universiteit Leiden,
Leiden
correspondentie
bernard.fikkers@
radboudumc.nl

De Nederlandse gezondheidszorg functioneert op een hoog niveau. Het is een uitdaging om de zorg ook in toekomst voor alle burgers toegankelijk te houden. Dat geldt ook voor de Nederlandse IC-geneeskunde. Door de vergrijzing en nieuwe technische mogelijkheden komen steeds meer mensen in aanmerking voor IC-zorg. Tegelijkertijd is er een tekort aan IC-verpleegkundigen en is het niet waarschijnlijk dat er (veel) meer geld voor IC-zorg beschikbaar komt. Hoewel een IC-behandeling vaak levensreddend is, zijn de kansen op goed herstel bij sommige patiënten beperkt. Daarnaast kan een IC-behandeling erg belastend zijn. De wensen van patiënten over het ondergaan van een IC-behandeling lopen daarom uiteen, evenals hun oordeel over wat bij overleving een aanvaardbare kwaliteit van leven zou zijn.

'Passende zorg'

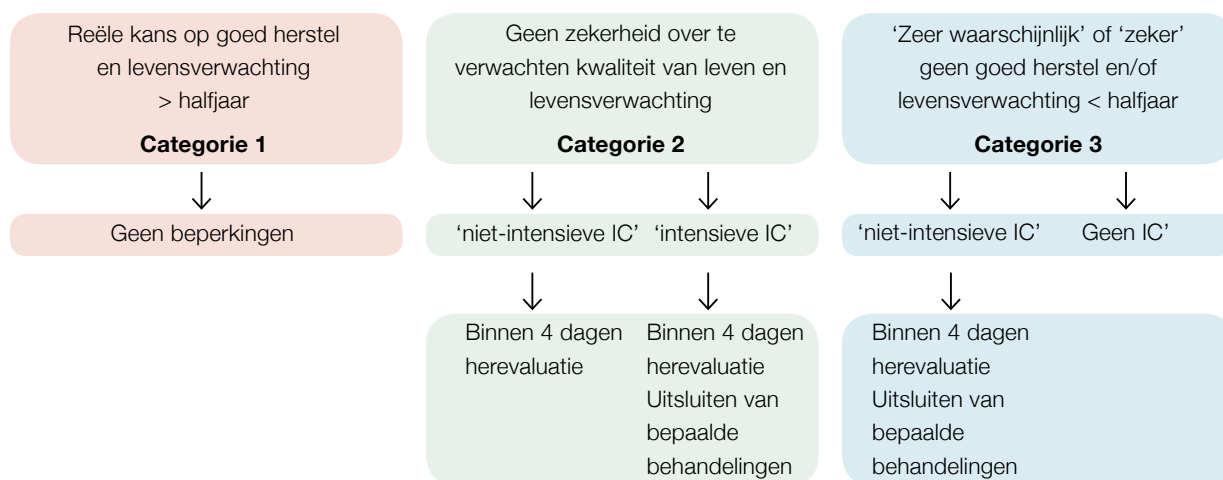
Het doel van 'passende zorg' is dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan blijven ontvangen. Hierbij wordt gezocht naar optimaal gebruik van de beschikbare middelen en wordt rekening gehouden met de wensen van individuele patiënten. Een aantal maatschappelijke

ontwikkelingen is relevant voor het denken over passende IC-zorg. Hoewel er wel gesproken wordt over proportionaliteit van behandelingen en het belang van een goede kwaliteit van leven, is er vaak een taboe op het praten over sterven. Er wordt soms een grote maakbaarheid van het leven verondersteld. Er is minder vertrouwen in instituties en professionals dan in het verleden. De individualisering is toegenomen. En tenslotte is er ook in de IC-zorg aandacht gekomen voor duurzaamheid.

Consensus

Het kan voorkomen dat een patiënt een IC-behandeling wil ondergaan, maar dat de medische inschatting is dat de kans op herstel te klein is. Het is in dat geval belangrijk dat de beroepsgroep zoveel mogelijk consensus heeft over wat een proportionele IC-behandeling is en wat niet meer. Als een dergelijke consensus ontbreekt, kan willekeur een rol gaan spelen. Zonder voldoende consensus, leiden beslissingen over het wel of niet geven van IC-behandeling bovendien al snel tot morele stress bij de behandelaren. Ook zijn hun beslissingen gemakkelijk aanvechtbaar, als zij niet worden ondersteund door een breed

Vitaal bedreigde patiënt



Figuur 1 Schema vitaal bedreigde patiënt

gedragen standpunt van de beroepsgroep. Als uitgangspunt bij dit soort beslissingen stelt de werkgroep voor dat volledige IC-behandeling, dus inclusief alle behandelingsmodaliteiten als kunstmatige beademing, nierfunctievervangende therapie, ECLS, etc., alleen ingezet zou moeten worden bij een realistisch uitzicht op ten minste een halfjaar overleving na IC-ontslag met voldoende goede kwaliteit van leven én als de patiënt hiermee instemt (figuur 1). Als over dit uitgangspunt consensus bestaat, moet het nog wel verder worden uitgewerkt, om in de dagelijkse praktijk concreet van betekenis te zijn.

Adviezen

Het is moeilijk om te beslissen over het voortzetten of staken van IC-behandeling als er zoveel onzekerheden zijn: onzekerheid over een waarschijnlijk slechte prognose, onzekerheid over wat de patiënt zelf zou willen, onzekerheid over wat collega's zouden beslissen. En tegelijkertijd is er de plicht om verstandig om te gaan met de beperkte middelen. Tegen deze achtergrond heeft de werkgroep drie adviezen uitgebracht:

1. Er moet worden bevorderd dat de IC-zorg aansluit bij de wensen van de individuele patiënt. Niet iedereen wenst immers alle beschikbare IC-behandelingen

te ondergaan. Het is daarom van belang dat er met patiënten met hoog risico op IC-opname tijdig gesproken wordt over hun wensen omtrent IC-behandeling.

2. Toewerken naar landelijke consensus over wat de ondergrens is van proportionele IC-zorg. Zorg die hierbuiten valt, hoeft niet te worden aangeboden. Het uitgangspunt hierbij zou kunnen zijn, dat een volledige IC-behandeling alleen ingezet moet worden bij een realistisch uitzicht op meer dan halfjaar overleving met voldoende goede kwaliteit van leven.
3. Om het probleem van prognostische onzekerheid terug te dringen, moet het inzicht in langetermijnuitkomst van individuele IC-patiënten worden verbeterd. Met wetenschappelijk onderzoek kunnen prognostische modellen voor langetermijnuitkomsten worden ontwikkeld. Daarnaast kunnen IC-afdelingen worden gestimuleerd om de langetermijnuitkomsten van hun eigen (hoog risico)patiënten te vervolgen.



Het volledige document is te vinden via de QR-code.