

Onderzoek naar ic's komt op gevoelig moment

Volgens nieuw Nederlands onderzoek maakt het voor de overleving van patiënten niet uit hoe groot een intensive care is. Maar volgens de komende richtlijn zijn ernstig zieke patiënten beter af in een grote ic. Een controverse is geboren.



Zelden had een wetenschappelijk artikel zo'n politieke lading als dat van intensivist Georg Kluge en zijn medeauteurs, deze maand in *Intensive Care Medicine*. Op grond van een analyse van gegevens van ruim 130 duizend patiënten komen zij tot de conclusie dat op kleine en middelgrote ic's niet méér patiënten overlijden dan op grote ic's (zie *kader*). Dat zal de auteurs niet slecht uitkomen. Kluge zelf werkt in het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis, vier van zijn coauteurs in ziekenhuizen in Gorinchem, Helmond, Drachten en Tiel. Ook de SAZ, de vereniging van kleinere algemene ziekenhuizen, werkte mee, naast mensen verbonden aan stichting NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie), het Radboudumc en het AMC.

Discussie

Vergelijking met *standardized mortality rates* (SMR's), zoals Kluge en de zijnen dat deden, staat ter discussie. In een artikel in *Medisch Contact* waarschuwde epidemioloog Perla Marang, associate professor Kwaliteit van Zorg aan het LUMC, in september vorig jaar voor vertekening, omdat ziekenhuizen met méér hoogrisicopatiënten ongunstiger scoren dan andere ziekenhuizen. 'Kluge en de zijnen gebruiken geen administratieve gegevens zoals in de HSMR, maar gegevens uit NICE', stelt Marang nu. 'Strikt genomen mag je ook daarmee SMR's niet zomaar vergelijken, maar de fout die je ermee maakt zal minder groot zijn. Want in NICE zijn alléén ic-patiënten ingesloten, van wie bovendien fysiologische en klinische data beschikbaar zijn. Zo kan beter worden gecontroleerd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, en is de kans op vertekening kleiner.' De Tilburgse intensivist Peter Bijlstra verzette zich eerder in *Medisch Contact* tegen het openbaar maken van sterftecijfers van ziekenhuizen. Met het nu gepubliceerde onderzoek is hij tevreden: 'Dat op basis van de SMR geen verschillen aantoonbaar zijn tussen ic's van verschillende grootte, was allang bekend maar nog niet gepubliceerd. Dat maakt dit onderzoek belangrijk. De SMR is immers

redelijk geschikt om volumegroepen met elkaar te vergelijken, aangezien geografische, demografisch en culturele kenmerken of de beschikbaarheid van een verpleeghuis bij het ziekenhuis over deze groepen gelijk verdeeld zullen zijn. Zorgverzekeraars mogen beweren dat grote ic's een betere uitkomst geven dan kleine, dit onderzoek laat zien dat dat niet waar is.'

Nieuwe richtlijn

Maar het zijn niet alleen de zorgverzekeraars die pleiten voor volumenormen voor ic's. In de nieuwe richtlijn intensive care, opgesteld op initiatief van de wetenschappelijke verenigingen van anesthesiologen, intensivisten en internisten, valt ook een voorkeur te lezen voor grotere ic's. Althans: vermoedelijk, want de definitieve richtlijn komt pas eind maart uit en moet vervolgens nog door de wetenschappelijke verenigingen worden geaccordeerd.

Het eerste concept van de nieuwe richtlijn verscheen in 2013 en kreeg direct forse kritiek te verduren van een vijfkoppige 'schrijfgroep' (met onder meer Georg Kluge), gesteund door honderden sym-pathiserende artsen. In april 2014 volgde een tweede concept. In deze tekst wordt de sinds 2006 gebruikelijke driedeling van ic's vervangen door een simpel onderscheid tussen een (onderling nauw samenwerkende) kleine basis-ic en een grote kern-ic, die minstens twaalf bedden zou moeten tellen, met negenhonderd patiënten per jaar. Op basis van vooral Amerikaanse studies concludeert de verantwoordelijke multidisciplinaire richtlijncommissie ic een positief verband tussen een hoog volume van beademde patiënten en betere overleving – met name bij ernstig zieke patiënten. Maar een 'duidelijk afkappunt' (in termen van aantallen beademde patiënten) tussen ic's met een hoge en lage mortaliteit is er niet.

Minderwaardig

Opnieuw was de kritiek niet mals. Volgens de opposenten ontbreekt het aan 'enige gestructureerde analyse' van de bestaande richtlijn uit 2006; gegevens

STERFTECIJFERS VAN VERSCHILLENDE IC'S

Kluge en de zijnen onderzochten gegevens van 132.159 patiënten die tussen 2009 en 2011 werden opgenomen op een intensive care. Van de 87 ic's waren er 42 van niveau 1 (minstens 6 bedden, 1250 beademingsdagen per jaar), 28 van niveau 2 (minstens 12 bedden, 1250-1500 beademingsdagen) en 17 van niveau 3 (minstens 12 bedden, meer dan 1500 beademingsdagen). Met gegevens uit het ic-registratiesysteem NICE en het databestand van Vektis werd de werkelijke sterfte onder deze patiëntengroep in kaart gebracht; die werd vergeleken met de sterfte als voorspeld met de nieuwste versie van een veelgebruikt prognostische model. *Standardized mortality rates* (SMR's) werden berekend voor de hele groep, en ook voor dertien verschillende subgroepen, zoals spoedpatiënten, patiënten die direct beademing nodig hadden, of patiënten in electieve zorg.

Uitkomstmaten waren zowel de sterfte in het ziekenhuis als de sterfte binnen 90 dagen na opname. Voor de hele groep blijken op beide parameters de verschillen tussen ic's van elk van de drie niveaus, niet significant. De verschillen binnen de subgroepen zijn op een enkele uitzondering na evenmin significant, maar er valt wel een trend te onderkennen: de ziekenhuissterfte in ic's van niveau 1 lijkt kleiner dan in ic's van niveau 2 en 3, terwijl dat bij de sterfte na 90 dagen juist andersom is.

Onevenredig veel ernstig zieke patiënten zouden de resultaten kunnen vertekenen. Daarom hebben de onderzoekers aparte analyses gemaakt voor de patiënten met een voorspeld sterfterisico van meer dan 70 procent en voor alle patiënten exclusief de 4,2 procent overgeplaatsten. Ook daar was geen verschil.

van NICE, die 'aantonen dat er geen verschil is in uitkomst tussen ic's met verschillend volume in Nederland', blijven ongebruikt. Ook zou onduidelijk zijn waarom de bestaande driedeling door een tweedeling moet worden vervangen, en wordt ten onrechte gesuggereerd dat een intensivist op een basis-ic meer en eerder behoefte heeft aan overleg dan een intensivist op een kern-ic. 'Dit schildert intensivisten op kleinere ic's af als minderwaardig, wat onacceptabel is.' Moet de stelling dat ernstig zieke patiënten beter af zijn op een grotere ic dus op de helling? 'Absoluut', zegt Kluge in een telefonische reactie. Hij geeft twee redenen waarom Amerikaans onderzoek niet geldig is voor Nederland: 'Wij werken met een *closed format system*, waarbij de intensivist hoofdbehandelaar is. Maar in de VS is dat anders. In de tijd dat deze studies werden gedaan, werd slechts 10 procent van de ic-patiënten door een

intensivist behandeld; de anderen door bijvoorbeeld een longarts.' Volgens Kluge kent Nederland, anders dan de Verenigde Staten, een prima kwaliteitssysteem: 'De opleiding is goed, er zijn landelijke protocollen die overal zijn geïmplementeerd en er bestaat een complicatieregistratie – dat hebben veel andere landen niet.' 'Het onderzoek verschijnt op een moment dat we al heel ver zijn met de ic-richtlijn', stelt Teus van Barneveld, technisch voorzitter van de richtlijncommissie ic in een schriftelijke reactie. 'We hadden al afgesproken om deze in maart naar buiten te brengen.' De commissie 'bezieet' of de resultaten van het onderzoek van Kluge e.a. nog formeel meegenomen kunnen worden in de nieuwe richtlijn. ■

web

Meer informatie over ic's is te vinden onder dit artikel op medischcontact.nl.