

De IC komt over de brug

Rede uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van hoogleraar
in de Intensive Care Geneeskunde
aan de Faculteit der Medische Wetenschappen
van de Rijksuniversiteit Groningen,
op dinsdag 16 september 2014

door

Anne Marie G.A. de Smet

ISBN 978-90-9028688-4 NUR 870

© 2014 A.M.G.A. de Smet

Druk: Grafimedia RUG

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Donderdag 17 juli reed ik aan het eind van de middag, moe maar voldaan, richting Hilversum. Dikke tas mee met spullen voor de voorbereiding voor deze oratie. Nog een dagje klussen en dan lekker vakantie en tijd om rustig te schrijven.

Op de radio, zomaar midden in het programma, buiten de gebruikelijke nieuwsmomenten, een bericht dat een vliegtuig vertrokken uit Amsterdam naar Maleisië, waarschijnlijk was neergestort. Met mogelijk 25 Nederlandse inzittenden, later bleken het er veel en veel meer te zijn. De dagen erna voortdurend berichten over mensen die mensen kennen, mensen die wij kennen die naasten hebben verloren. Zo kwam grote ellende heel dichtbij.

In de weken erna vertrok Farouq Ismael, een van onze stafleden naar zijn nieuwe baan waar hij een Intensive Care opzet in een ziekenhuis in Dohuk. Vlak boven Mosul en dichtbij Erbil in Koerdisch Noord-Irak. De situatie in de regio verslechterde per dag. Inmiddels is Dohuk één groot vluchtelingenkamp. De bedoeling was dat hij 1 dag per week in een vluchtelingenkamp zou werken, inmiddels is het meer. Opnieuw komt grote ellende dichtbij. Onze vakantie brachten we, zoals bijna ieder jaar, door aan de Vlaamse kust, in de Westhoek waar de eerste Wereldoorlog eigenlijk semipermanent herdacht wordt en nu, vanwege het begin daarvan 100 jaar geleden, was er heel veel aandacht.

In de Standaard, de Belgische NRC, stond een stukje wat als volgt begon:

“de Grote Oorlog heeft Generaties Europeanen één les bijgebracht: nooit meer Oorlog”

Deze zomer is, niet voor de eerste keer, voor iedereen duidelijk geworden dat dit niet gelukt is. Het lijkt onvermijdelijk dat er altijd conflicten zullen zijn.

We leren wel van onze geschiedenis, maar dan moet je hem ten eerste wel kennen en ten tweede de kans krijgen en nemen om hem te kennen. Tegelijkertijd zijn we als mensen hardleers, heel hardleers.

Ook schandalen herhalen zich. In het Financieel Dagblad stond onlangs de verbazing daarover beschreven, hoe iets toch kòn na ‘al die andere schandalen’. Daar stelde iemand dat het de persoonlijke ervaring is die tot verandering leidt, niet zozeer de ervaring van een ander.

Is het in onze UMC en IC-wereld in essentie werkelijk anders?

Ook in onze wereld is het vaak onrustig, gelukkig op een ander niveau dan in oorlog, maar toch, het is vaak zo dat het de patiëntenzorg niet ten goede komt.

Ik denk dat we heel goed herkennen dat we van onze eigen ervaringen meer leren dan van andermans ervaringen. Onze eigen fouten en bijna fouten staan in ons geheugen gegrift. Wij leren daar zelf meer van, dan wat de mensen direct om ons heen daarvan leren.

Leren, en vooral het leren van elkaar, daartoe zijn wij hier als Rijksuniversiteit en UMC Groningen op deze aardbol. Toch blijkt het op een aantal vlakken niet altijd even vlotjes te lukken.

Niet alleen onderwijs, opleiding en onderzoek zijn middelen om daar iets aan te doen, en daar zijn wij goed in als Universiteit, maar ook elkaar kritisch durven en mogen bevragen, waartoe iets dient, of het billijk is. Of het onderlinge vertrouwen en samenwerken er door verbeteren en of het alle betrokkenen, en met name in ons geval, de patiënten ten goede komt.

Het samen analyseren van de dingen die niet goed gaan, of het nu in onderzoek, onderwijs of patiëntenzorg is, en op basis van die analyse weer samenwerken aan verbetering, maakt ons hopelijk in de toekomst wat minder hardleers.

Een korte blik op het verleden van de intensive Care Geneeskunde.

Eind jaren 40 en begin jaren 50 ontstonden de eerste afdelingen waar patiënten beademd werden buiten de Operatiekamers. De noodzaak tot beademing ontstond onder andere omdat men zich realiseerde dat poliopatiënten stierven aan een koolzuurvergiftiging omdat ze niet meer goed konden ademen. Het eerste beademingscentrum dat altijd genoemd wordt is in Kopenhagen, waar poliopatiënten een tracheostoma kregen en beademd werden door vele mensenhanden. Dat waren nog eens de handen aan het bed.

In 1956 introduceerde Peter Safar uit Baltimore in de Verenigde Staten de naam Intensive Care voor afdelingen waar patiënten die een complexe operatie hadden ondergaan beter bewaakt konden worden en waarvoor een extra verpleegkundige werd ingezet.

Begin jaren 80 lootte ik als allerlaatste in voor de junior coschappen. Met daardoor een wachttijd van bijna 5 maanden en niets gepland. Maar niet te lang getreurd, ik kon me herinneren dat één van de docenten uit de blokcursussen had gezegd dat hij nog iemand zocht

om te helpen bij onderzoek. Aantekeningen even opgezocht, en het bleek Chris Stoutenbeek van de Anesthesiologie te zijn die werkte op de IT, de Intensive Treatment.

Ik ging er heen, stond voor een grote witte deur tegenover de oude OK, geen bel, geen bordje hoe je je kon melden, geen reactie op kloppen op de deur en deze toen maar opengeduwde.

Achter deze deur bestond een bijzondere wereld, die me trok. Zieke, soms heel zieke, mensen bij wie meerdere orgaansystemen het niet goed deden. Dat moest niet alleen opgevangen worden, maar tegelijkertijd moest achterhaald worden wat de oorzaak van dit orgaanfalen was, en bedacht hoe dit allemaal weer in juiste banen te leiden zodat de zieke kon herstellen

Het was, en is, een wereld waar mij snel duidelijk werd dat je nooit iets in je eentje voor elkaar bokst. Een wereld waar samenwerken absolute noodzaak is om het goed te laten verlopen rondom deze patiënten. Een permanente medische multi-culti coproductie van verpleegkundigen, technische ondersteuners, intensivisten en vele andere specialisten.

Dos Reis Miranda Sr was de baas van deze IT en met hem waren er nog drie fulltime werkende intensivisten, Stoutenbeek, Zandstra en Bams. Dit was zeer vooruitstrevend in die tijd. De hele sfeer was vooruitstrevend, er werd veel gefilosofeerd, uitgeprobeerd en vooral niet te snel opgegeven. Ik belandde in het onderzoek van Stoutenbeek en Van Saene naar infectiepreventie bij traumapatiënten middels de selectieve darmdecontaminatie, de SDD.¹ Een methode die ook al gebruikt werd in de haemato-oncologie.² Het voorkómen van infecties was altijd al een grote uitdaging op de Intensive Care. De eerste resultaten waren bemoedigend maar hierover later meer.

Op het AZG terrein waren begin jaren 80 nog twee andere IC's naast de IT. Die van de Interne Geneeskunde en het Beademingscentrum. Deze laatste was de eerste IC in Nederland, in 1955 ontstaan uit de nasleep van de polio-epidemie.

Deze AZG-IC's liepen nou niet bepaald de deur plat bij elkaar. Er was hoegenaamd geen samenwerking en zelfs enige animositeit. Als student zag ik dat wel, maar stond ik daar niet echt bij stil. Ik vond het wel een beetje vreemd, maar de wereld op de IT en het studentenleven waren spannend en vol genoeg.

In de jaren erna bleven de IC's volledig separaat functioneren, net zoals zovele afdelingen in zovele ziekenhuizen. De IT werd zelfs opgesplitst in de CHIC, de Chirurgische Intensive Care en de THIC, de Thoraxchirurgische Intensive Care, mede veroorzaakt door een

“bedden-capaciteits-strijd”. Als assistent viel het me nu wel meer op, ik dacht er wel het mijne van maar daar bleef het bij. Later kwam er een Neurochirurgische IC bij en het Beademingscentrum fuseerde met de IC van de Interne Geneeskunde.

Jan Harm Zwaveling werd in 2003 tot hoogleraar in de Chirurgische intensive Care geneeskunde benoemd en daaraan voorafgaand, in diezelfde periode, werd ook de basis gelegd voor een opleiding voor intensivisten.

Leon Aarts, de toenmalige hoogleraar Anesthesiologie alhier, nam het initiatief om de 4 IC's echt samen te laten werken. Maarten Slooff en Tanja Lips boksten de ontvlechting uit de oorspronkelijke afdelingen voor elkaar en daarmee was in 2010 de huidige Intensive Care Volwassenen, de ICV, een feit. Wel met 4 units die allesbehalve dicht bij elkaar liggen maar toch!

Een korte blik vooruit

De visie op vernieuwing van IC en OK, en de samenwerking daartussen, is inmiddels vertaald in een plan van eisen waarbij ook de samenhang met de spoedeisende hulp en acute zorg is meegenomen. Over een aantal jaren hebben we een IC op één plaats in het ziekenhuis, in hechte samenwerking met eerdergenoemde partijen. Ik ben er ontzettend blij mee dat we met z'n allen deze stappen hebben kunnen maken om deze hoogtechnologische omgevingen samen te brengen en dat er een ommekeer is naar het denken in kansen.

Wat mij betreft kan Operatie Hotfloor beginnen.

De snelle ontwikkeling, bevochten zelfstandigheid en erkenning van een relatief jong vakgebied als de Intensive Care Geneeskunde leidde niet alleen tot tal van verbeteringen in de patiëntenzorg maar in het recente verleden soms ook tot een neiging tot isolationisme waarbij het moeilijk leek om anderen te bereiken, of anderen het moeilijk vonden om de IC te bereiken. De andere term voor een IC, de Critical Care Unit werd soms sarcastisch vervangen door Criticized Care Unit. Hoe het ook zij, gebrek aan samenwerking en communicatie leiden bijna per definitie tot risicovolle situaties in de patiëntenzorg. Veel aanwezigen vandaag kunnen moeiteloos een aantal voorbeelden bedenken.

Als je dit wilt verbeteren, als je verder wilt komen, dan zit er maar één ding op: je moet over die brug gaan naar de mensen toe met wie je die verbetering wilt bereiken.

Nog heel even terug naar het verleden. Na mijn opleiding tot anesthesioloog was ik in 1992 beland in het OLVG om tot intensivist opgeleid te worden. Stoutenbeek en Zandstra, beiden van het AZG overgestapt naar het OLVG, en Oudemans-van Straaten waren mijn opleiders. Eén van de beste lessen die ik daar kreeg van Chris Stoutenbeek was dat ik mensen mee moest nemen in mijn gedachten en ideeën. Niet te snel aannemen dat ze het wel zouden snappen, maar uitleggen waarom je iets belangrijk vindt.

Dat valt niet altijd mee, daar weet ik alles van, maar daarmee krijg je meer voor elkaar rondom je patiënt. Ik wens iedereen zo'n leermeester toe.

De eerste brug over, naar het onderwijs.

Niet iedereen ziet het misschien meteen, maar de Intensive Care Geneeskunde is een breed geneeskundig specialisme. Daarom is het ook een prachtige leeromgeving. Dagelijks worden alle patiënten van top tot teen onderzocht en zie je fysiologie en pathofysiologie mooi samenkomen. Enkele jaren geleden werd dit niet of nauwelijks herkend en kwamen hier in Groningen coassistenten pas op de IC als er bij de Heelkunde of Interne te veel waren. Inmiddels is dit door de inspanningen van menigeen, maar met name door een harde onderwijs-kern van de ICV-staf met Jaap Tulleken, Hans Delwig, Iwan van der Horst en Esther van Bockel fors uitgebreid. Tweedejaars geneeskundestudenten komen al op de IC en in het nieuwe G2020 bachelor curriculum speelt de IC, zeker in de intramurale learning community, een veel grotere rol dan ooit tevoren. Dit naast een consistente en stevige stroom coassistenten en studenten die een wetenschappelijke stage op de ICV volbrengen.

Dan zijn er nog studenten van de opleiding Technische Geneeskunde van de Universiteit Twente die op de IC onderzoekstages doen. Een van hen doet inmiddels promotieonderzoek bij ons.

Lest Best, de opleiding tot IC-verpleegkundige is in korte tijd drastisch herzien door Dinald Maatman en de zijnen, waardoor alle IC-verpleegkundigen de breedste opleiding mogelijk krijgen en 'en passant' de opleidingscapaciteit fors vergroot is.

Dit is een omgeving, vol met jonge mensen die worden opgeleid tot IC-verpleegkundige, arts, intensivisten en andere medisch specialisten, ziekenhuisapotheker of technisch geneeskundige. Rondom het breedste scala patiënten waarop het predicaat "complexe

patiëntenzorg” van toepassing is, en weliswaar jonge maar mooie onderzoekssamenwerkingsverbanden.....u begrijpt het al, wie wil hier nu niet werken?

De bruggen die het onderzoek van onze ICV met het onderzoek van andere afdelingen verbinden.

Dat zijn er vele, maar ik licht er een paar uit.

Zeg Groningen en je zegt *Healthy Ageing*, maar zo op het eerste gezicht lijkt de patiënt die op de IC komt nu niet direct healthy te "agen".

Toch speelt *Healthy Ageing* ook op de IC, je wilt immers dat de patiënten een kans krijgen om weer terug te komen op dat pad naar weer gezonder ouder worden. Daarvoor is niet alleen Intensive Treatment nodig - zo gek was die oude naam van de IT niet - maar ook Intensive Prevention zoals het voorkómen van orgaanfalen en het voorkómen van infecties. Het onderzoeksprogramma CAPE, wat we samen met de Anesthesiologie en Spoed Eisende Hulp hebben en staat voor: Critical care, Anesthesiology, Peri-operative and Emergency medicine werkt daartoe onder andere samen met onderzoeksprogramma's als het Vascular Ageing Programma (VAP) en Microbes in Health and Disease (MHD).

Tegenover mijn kamer is een stafkamer met vier van onze intensivisten die zich allemaal bezig houden met preklinisch en klinisch onderzoek met betrekking tot acuut orgaan- en nierfalen.

Een kleine 10 jaar geleden gaven Leon Aarts en Ingrid Molema de aanzet tot wat nu de “shockgroep” wordt genoemd. Met als huidige aanjagers Matijs van Meurs, Jan Zijlstra, onze postdoc Jill Moser, en Ingrid Molema en Peter Heeringa van het Vascular Ageing programma.

Gebaseerd op een intrinsieke motivatie om geneesmiddeleninterventies te vinden voor multi-orgaan falen in kritisch zieke patiënten verrichten zij intensief translationeel onderzoek. Dit onderzoek richt zich op het gedrag van endotheel- of bloedvatwand-cellen in modellen van deze kritisch zieke patiënten. Op dit moment werken klinici van de ICV, de Anesthesiologie en de Spoedeisende Hulp in deze shockgroep samen met basale wetenschappers, van zowel de medische biologie als de ICV, om moleculaire mechanismes te vinden die ten grondslag liggen aan het falen van organen.

Dit onderzoek heeft geleid tot goed geciteerde publicaties en tot een nationale samenwerking, met Leon Aarts, nu in Leiden, en Geerten van Nieuw Amerongen en Christa Boer in het VUmc. Daarnaast is er ook een netwerk met Hannover en Muenster in Duitsland, en het centrum voor vasculaire biologie van de Harvard Medical School in Boston. Steeds opnieuw worden door shockgroep onderzoekers de randen van de kennis opgezocht om enerzijds moleculaire oorzaken van multi-orgaan falen te vinden, en anderzijds om recent ontdekte mechanismes te onderzoeken in het bloed en in de organen van kritisch zieke patiënten.

Zo doen Adnan Aslan, Marije Smit en Jacqueline Koeze, samen met de afdeling Nefrologie, meer op patiënten en nierfunctie gericht onderzoek. Het gezamenlijke doel is dat wat we in het lab in muizen en cellen leren, samen te laten komen met de kliniek. Zodat het dáár komt waar het hoort: als kennis rondom het bed van de kritisch zieke patiënt.

In een andere tak van onderzoekssport werkt CAPE samen met het onderzoeksprogramma Microbes in Health and Disease.

Een van de grootste bedreigingen voor patiënten in het ziekenhuis en op de IC is het oplopen van infecties veroorzaakt door micro-organismen waar ze òf in het ziekenhuis mee in aanraking komen òf die ze al bij zich dragen voordat ze het ziekenhuis binnen komen en die toeslaan als de weerstand vermindert.

Het kan van belang zijn om bij patiënten al in een vroeg stadium te weten wat zij zoal met zich meedragen aan potentieel infectieveroorzakende bacteriën en tevens te weten of deze bacteriën al dan niet resistent zijn voor antibiotica. Als je daarover zo goed mogelijk en zo vroeg mogelijk geïnformeerd bent dan kan dat leiden tot betere en intensievere infectiepreventie.

Op dit gebied is al veel onderzoek gedaan en het voert te ver om dit allemaal op te sommen maar we zijn hier in Groningen en dat wordt toch nog altijd beschouwd als de bakermat van de SDD, de Selectieve Darmdecontaminatie.¹⁻³ Daarover, en over aanverwante methoden, zal ik het toch even moeten hebben. SDD bestaat uit het aanbrengen van niet resorbeerbare antibiotica in de mondkeelholte en het maag-darmkanaal, die dus niet in de bloedbaan terecht komen. Daarnaast wordt een kortdurende behandeling gegeven met antibiotica die wèl in de bloedbaan worden gebracht. Het woord *selectief* slaat op het feit dat ziekmakende bacteriën

in het mond-maag-darmkanaal onschadelijk gemaakt worden en dat de goede bacteriën relatief gespaard blijven.

Nadat men in Groningen begonnen was met SDD, begin jaren 80, is er jarenlang discussie geweest over de veiligheid ervan. Het idee om antibiotica preventief te gebruiken in een tijdperk waarin juist werd gepropageerd zo min mogelijk antibiotica te gebruiken, lag daar aan ten grondslag. Nadat de eerste trials lieten zien dat er infecties voorkómen werden met SDD, werd de roep om onderzoek naar het effect op hardere eindpunten als sterfte en antibioticaresistentie steeds groter. Die episode heeft toch al met al wel een jaar of 25 geduurd.

In 2002 kwamen de eerste resultaten van de single center SDD-studie van Evert de Jonge en collegae uit het AMC en die sloegen in als een bom. De sterfte bleek aanzienlijk lager in de SDD groep en de resistentie nam niet toe.⁴

Dat was voor ons de prikkel om samen met dertien Nederlandse ICs en afdelingen Medische Microbiologie, van universitaire, STZ en regionale ziekenhuizen te proberen om een multi-center trial van de grond te krijgen. Dit zonder geld van buitenaf.

Het was een fikse klus, van bedenken en opzetten in 2002 en 2003, het includeren van bijna 6000 patiënten van 2004 tot en met 2006, waaronder 1000 in het UMCG, tot de publicatie in januari 2009 in een heel mooi tijdschrift.⁵ In deze studie waren er 3 studiegroepen, de SDD, de SOD, decontaminatie van alleen de mondkeelholte, en een controlegroep. We zagen een lagere sterfte in zowel de SDD als de SOD groep t.o.v. de controlegroep, maar ook – heel belangrijk - geen toename van de resistentie. Die was zelfs lager dan in de controlegroep, en daarbij deed SDD het nog beter dan de SOD.

Zoals het hoort had ook onze studie niet het laatste woord in deze discussie, maar vormde wel een belangrijke doorstart voor dit soort onderzoek. De vrees voor antibioticaresistentie is er nog steeds. Men vond, terecht mijn inziens, dat de zes maanden per studieperiode aan de korte kant was om daar definitief gerust op te zijn. Bovendien is het een Nederlandse studie en zijn we in Nederland tot op heden beter af met een lager niveau van antibioticaresistentie vergeleken met het grootste deel van de wereld. Dus bleef het de vraag of het elders in de wereld óók wel zo goed zou gaan als SDD toegepast zou worden.

Inmiddels heeft Evelien Oostdijk in haar vervolgstudie, onlangs geaccepteerd door de JAMA, met zestien Nederlandse ziekenhuizen in een cross-over studie van 1 jaar SOD en 1 jaar SDD de overeenkomsten en de verschillen tussen beiden bevestigd.⁶ Verder is er, wederom door de Utrechtse groep van Marc Bonten, een Europese trial opgestart. Momenteel komen er steeds meer gunstige berichten uit het buitenland, maar het wachten is op de resultaten van de trials daar.

Zijn we er daarmee?

Ik denk het niet. SDD blijft een interventie voor een heel diverse groep patiënten en het is de vraag of altijd alle componenten van de SDD nodig zijn. En of die componenten zelf qua antibiotische samenstelling altijd hetzelfde moeten zijn, bij een patiënt of in een bepaalde regio met andere resistentieprofielen dan hier in Nederland.

Het feit dat SOD voor een groot deel in hetzelfde effect resulteert als SDD geeft aan dat er waarschijnlijk overbehandeling is bij een groep patiënten als je ze allemaal met hetzelfde SDD-recept behandelt. Om daar meer duidelijkheid over te krijgen is nog veel onderzoek nodig.

Mogelijk is het ook aan de late kant om pas na opname op de IC met deze infectiepreventie te starten. In 2011 verscheen een artikel van Daphne Roos en Heleen Oudemans-van Straaten en andere OLVG-collegae in het British Journal of Surgery. Zij hadden dubbelblind aan een kleine 300 patiënten die grotere maagdarmoperaties ondergingen peri-operatief, en dus ook pré-operatief, SDD-suspensie of een placebo gegeven. Dit naast de gebruikelijke behandeling met intraveneuze antibiotica. De groep patiënten die de SDD-suspensie had gekregen had significant minder naadlekkages en minder postoperatieve infecties. Iets om over na te denken!⁷

Zoals eerder gezegd weten we helemaal niet wat patiënten bij zich dragen als ze in het ziekenhuis komen. En als er dan bij toeval op de verpleegafdeling of op de IC een patiënt een resistente bacterie bij zich blijkt te hebben die zich dan ook nog makkelijk verspreidt is Leiden in last. Alles wordt uit de kast getrokken om te achterhalen wie allemaal naast die patiënt gelegen heeft, of deze mensen die bacterie ook hebben opgelopen, afdelingen worden tijdelijk gesloten, en met een beetje pech komt het zelfs in de krant. Heel veel gedoe, het kost veel, patiënten in isolatie, en dat is niet fijn voor hen, en meestal wordt de zorg er niet beter van.

Hoe zou het ook kunnen zijn?

Een patiënt wordt gepland voor een opname, bijvoorbeeld in verband met een operatie. Daarvoor wordt hij of zij uitgebreid nagekeken door de chirurg en door de anesthesioloog. Zou het zo raar zijn om bijvoorbeeld naast het bloedprikken een paar kweken af te nemen zodat we weten wat voor bacteriën iemand bij zich heeft? En als blijkt dat daar iets bijzonders tussen zit, al voor de opname daar iets aan te doen? Nu doen we dat alleen nog bij hartoperaties waar op dragerschap van *Staphylococcus aureus* wordt getest. Degenen die positief zijn krijgen een zalfje in hun neus met antibiotica en wassen zich met chloorhexidine zeep en daardoor zijn er aantoonbaar minder postoperatieve wondinfecties. Dit werk, mede van een van mijn promotores - Jan Kluytmans - werd precies een jaar na de SDD-SOD-studie in de *New England Journal of Medicine* gepubliceerd.⁸

Een van onze intensivisten, Heleen Aardema, gaat onderzoek doen naar welke bacteriën mensen bij zich dragen vóór de opname en hoe zich dat ontwikkelt in de loop van de opname in het ziekenhuis en daarna. Dat doet ze in samenwerking met heel veel mensen, van de orale microbiologie tot de gezondheidspsychologie, anesthesiologie, thoraxchirurgie etc. etc. Het begint met een pilot, maar de plannen voor een vervolg met interventies die we willen onderzoeken zijn er. En niet om alleen in het UMCG te doen. We willen dit graag met anderen samen gaan doen in de regio in de breedste zin van het woord en niet belemmerd door een landsgrens. We lonken daarbij ook graag naar bijvoorbeeld Oldenburg, een goede partner van het UMCG.

Nog mooier wordt het als we in de toekomst met sneltesten eerder weten wat spoedpatiënten bij zich dragen. Vooralsnog is dat ongetwijfeld kostbaar, maar ik acht het zeer denkbaar dat het al snel kosteneffectief zal blijken te zijn. Omdat we dan sneller en adequater kunnen behandelen en daarmee de duur van de behandeling in het ziekenhuis korter zal zijn, en mogelijk opname op de IC voorkómen wordt.

Eerder genoemde trials laten zien dat de landelijke samenwerking op IC-onderzoeksgebied verbetert en dat we naar elkaar over de brug komen, maar toch is het nog steeds een beetje ieder voor zich en “U weetwel” voor ons allen. Er zijn een paar multi-center trials gedaan die succesvol waren maar iedere keer in andere samenstellingen. We zullen toe moeten werken naar een groter landelijk, en zelfs met de landen om ons heen, IC-onderzoeksverband zoals in Canada, en Australië en Nieuw-Zeeland. Steeds verder professionaliseren, daardoor ook in Europees verband een grotere en wervender rol oppakken en onze fondsenwerving beter voor

elkaar krijgen. Dat is allemaal heel gemakkelijk gezegd, dat weet ik ook wel, maar het is de enige manier om in de toekomst grotere stappen vooruit te kunnen zetten. Niet alles hoeft centraal en groot. Centrum A en B kunnen zich in het lab concentreren op het een, weer andere centra op het ander, maar de uitwisseling van waar we mee bezig zijn, het laagdrempelig met elkaar werken, het staat nog te veel in de kinderschoenen. Het is niet zo dat we op de IC het wiel opnieuw moeten uitvinden. Vele vakgebieden zijn ons voorgegaan, en daar kunnen wij weer van leren.

Nu we deze onderzoeksbruggen overgestoken zijn loop ik voor het laatste stuk van mijn verhaal over de brug van de IC het huis en de regio in. Loopt u met me mee?

We gaan eerst naar het multidisciplinaire overleg van de ICV waar dagelijks van iedere unit patiënten besproken worden met onze collegae, onder wie intensivisten met een interne, anesthesiologische, cardiologische, neurologische en chirurgische achtergrond, arts-microbiologen, een radioloog, een ziekenhuisapotheker, consultants van diverse andere afdelingen die hun eigen expertise inbrengen. Sommigen van hen zijn die ochtend al op de IC bij patiënten geweest waar ze bemoeienis mee hebben.

Tegelijkertijd loopt onze coördinerende intensivist van de dag naar de pre-operatieve screening van de afdeling anesthesiologie, waar ze in consult is geroepen om mee te denken over het best te bewandelen pad voor een patiënt die een grote operatie moet ondergaan maar ook een aanzienlijk aantal andere ernstige aandoeningen heeft die de onderneming hachelijk maken. Is de geplande voorbereiding optimaal, is de patiënt zich bewust van de risico's, is er nagedacht over "what if-scenario's" en zo ja, hoe gaan we daar mee om en wie moeten we daar nog meer over spreken? Deze vragen zullen steeds vaker komen. Als mw. X voor de derde keer aan de IC wordt aangeboden omdat het weer slechter met haar gaat zijn we echt aan de late kant met samen naar haar te kijken, de te beantwoorden vragen te formuleren en een gezamenlijk plan te maken, ook met patiënte en haar familie. Velen hebben het al gezegd: misschien wordt het verkeerde beloond. Het kost namelijk veel tijd om te overleggen en te begeleiden en de huidige honoreringsstructuur past daar niet goed bij.

Een andere intensivist loopt op een donderdagmiddag naar de wekelijkse Longtransplantatiebespreking waar de netgenoemde zaken per definitie bij iedere patiënt aan de orde komen. Deze zorgketen, met als kersverse voorzitter Wim van der Bij, heeft de laatste twee jaar hard gewerkt aan het optimaliseren van de samenwerking om zo de resultaten steeds verder te verbeteren en verdere groei mogelijk te maken. Weer een andere intensivist gaat naar de “complexe hartoperatiebespreking”.

Intensive Care begint niet pas op de drempel van de IC zelf, voor die patiënten waarvoor het nodig is en voor wie het kan, begint het al ver daarvoor.

Als het 's avonds rustiger in huis lijkt te worden blijkt dit vaak maar schijn. Kom op een gemiddelde afdeling langs en vergelijk het met de periode dat mensen zoals ik specialist in opleiding waren. Toen lag er een heel gemengde populatie patiënten op een afdeling, van jonge mensen die een kijkoperatie in de knie hadden ondergaan tot oude patiënten die ernstig ziek waren, al dan niet na een grote ingreep. En waren er 's nachts twee verpleegkundigen. Komt u nu op een afdeling 's nachts even een kijkje nemen dan is die eerste categorie patiënten geheel verdwenen, zij zijn in dagbehandeling elders geholpen en al lang weer thuis. Nu ligt er bijvoorbeeld een patiënt die vandaag door de neurochirurg is geopereerd aan de hersenen en die via een fast-track traject van de OK via de IC alweer op de afdeling is gekomen. Patiënten worden de dag van de operatie opgenomen, en gaan zo snel mogelijk naar huis, de opnametijd is fors afgenomen, de zorgzwaarte per patiënt toegenomen, en nog steedszijn er 's nachts maar twee verpleegkundigen op zaal.

Wekelijks komt de calamiteitencommissie patiëntenzorg bij elkaar. Soms worden er voorvallen besproken waarbij dan iemand zegt: eigenlijk moeten we meer medium care bedden hebben. Maar ik twijfel daar aan. Ik vrees het inbouwen van nieuwe drempels, weer een overdracht naar een nieuw team, weer nieuwe regels en dat de “gewone afdeling” nog verder wordt uitgekleeft. Die trend moeten we stoppen. Ik denk dat we nu echt na moeten gaan denken over het upgraden van de afdeling.

Menige IC in Nederland heeft consulent IC-verpleegkundigen die het huis in gaan om collega-verpleegkundigen op de afdeling met raad en daad bij te staan. Zo ook in het UMCG. Maar is dat genoeg in een ziekenhuis dat qua zorgzwaarte steeds meer op één grote medium care begint te lijken en dat zeker zal worden wanneer we ons nog meer op complexe zorg gaan richten?

Nee, dat is niet genoeg.

De IC kan, moet en zal steun blijven leveren maar er is meer nodig. Het huidige verpleegafdelingsmodel heeft zijn beste tijd gehad en verdient vernieuwing. Bijvoorbeeld door doelmatige en intelligente toepassing van minimaal invasieve monitoring. Verder is al eerder aangetoond dat zowel een hoger opleidingsniveau van verpleegkundigen, als meer handen aan het bed leiden tot lagere sterfte.^{9,10}

Houdt de keten in het ziekenhuis kort, verbeter de overdracht, voorkom overbodige overdrachten naar steeds nieuwe teams en zorg dat de betrokkenheid van medebehandelaars vergemakkelijkt wordt zodat patiënten optimaal profijt hebben van wat het huis kan of zou moeten kunnen in deze tijd. Dus: verbetering van de non-invasieve monitoring op de afdeling, continue bijscholing van verpleegkundigen en het versterken van de medische supervisie op de verpleegafdeling hoort daarbij. We moeten toe naar goed geïntegreerde zorg rondom de complexe patiënt in het huis. De eerder genoemde coproductie niet alleen op de IC, maar ook daarbuiten. We moeten het spel samen spelen, niemand kan meer in zijn hok blijven zitten. Wie alles in z'n eentje wil blijven doen, hoort in een ziekenhuis als het onze niet meer thuis.

Tot slot nog een wandeling naar onze collega-intensivisten om ons heen in de regio. Inmiddels hebben we elkaar goed weten te vinden, maar ik kan dromen van een setting waar je makkelijker over en weer bij elkaar over de schouder mee kan kijken. Als je er bij ons op de ICV als intensivist niet direct uitkomt, is er altijd een collega in de buurt om even mee te sparren, en dat gun ik iedere intensivist, waar die ook werkt. Er is tegenwoordig veel mogelijk op dat gebied met tele-consulting en tele-medicine. Goede informatisering is daarvoor een vereiste en iedere IC verdient dan ook een Patiënt Data Management Systeem van niveau.

Ook in deze aspecten geeft de nieuwe landelijke richtlijn “organisatie van de IC”, ook al is het nog in concept, goed richting. Menigeen ziet het als een bedreiging, want verandering is voor iedereen moeilijk. Maar het is een kans, en een van formaat.

Het eind van dit verhaal nadert, u kunt gerust zijn. Maar ik wil tot slot één citaat naar voren brengen.

Hans Selye werd in het begin van de vorige eeuw geboren in Hongarije, studeerde geneeskunde in Praag, Parijs en Rome, studeerde daarna organische chemie en toog naar de Verenigde Staten en Canada waar hij uiteindelijk hoogleraar-directeur werd van het Instituut voor experimentele geneeskunde en chirurgie van de universiteit van Montreal.

Hij zei het volgende:

‘To make a great dream come true, the first requirement is a great capacity to dream; the second is persistence – a Faith in the dream.’

Het UMCG is voor meniggen in de wereld een ziekenhuis om van te dromen, maar ook het UMCG zèlf moet durven te dromen om ook in de toekomst een ziekenhuis om van te dromen te zijn.

De IC komt over de brug en hoopt op die brug iedereen te ontmoeten om samen te werken aan dat UMCG.

Dames en heren,

“Durf te dromen en gá er voor, samen!”

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Stoutenbeek CP, van Saene HKF, Miranda DR, Zandstra DF. The effect of selective decontamination of the digestive tract on colonization and infection rate in multiple trauma patients. *Intensive Care Med* 1984;10:185-92.
2. Sleyfer DT, Mulder NH, Vries-Hospers HG de, Fidler V, Nieweg O, van der Waay D. Infection prevention in granulocytopenic patients by selective decontamination of the digestive tract. *Eur J Cancer* 1980;16: 859-69.
3. van der Waaij D, Berghuis-de Vries JM, Lekkerkerk-van der Wees JEC. Colonization resistance of the digestive tract in conventional and antibiotic-treated mice. *J Hyg (Lond)* 1971;69:405-11.
4. de Jonge E, Schultz M, Spanjaard L, et al. Effects of selective decontamination of the digestive tract on mortality and acquisition of resistant bacteria in intensive care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;362:1011-6.
5. de Smet AM, Kluytmans JA, Cooper BS et al. Decontamination of the Digestive Tract and Oropharynx in Intensive Care Patients. *N Engl J Med* 2009;360:20-31.
6. Oostdijk EA, Kesecioglu J, Schultz MJ, Effects of decontamination of the oropharynx and intestinal tract on antibiotic resistance in ICUs, a randomized clinical trial. *JAMA* 2014, published online Oct 01.
7. Roos D, Dijkman LM, Oudemans-van Straaten HM, et al. Randomized clinical trial of perioperative selective decontamination of the digestive tract *versus* placebo in elective gastrointestinal surgery. *Br J Surg* 2011;98(10):1365-72
8. Bode LG, Kluytmans JA, Wertheim HF, et al. Preventing Surgical-Site Infections in Nasal Carriers of *Staphylococcus aureus*. *N Engl J Med* 2010;362:9-17.
9. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, et al. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *NEJM* 2011;364;1037-45.
10. Aiken LH, Slaone DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European Countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014;383:1824-30.

