

# Na een ICU-opname: wat doet de huisarts?

## INLEIDING

Het aantal patiënten met sepsis neemt toe. Voor een deel komt dat omdat we ernstig zieke patiënten steeds beter kunnen behandelen. Veel mensen krijgen bijvoorbeeld chemotherapieën waardoor het afweersysteem deels onderdrukt is en de kans op een sepsis toeneemt. In Nederland heeft de huisarts geen duidelijke rol bij patiënten die ontslagen worden na een sepsis. Duitse onderzoekers bestudeerden de effecten van een eerste lijns interventie bij patiënten na ontslag van een intensive care unit (ICU) na een sepsis en/of septische shock. Het doel was om te evalueren of deze interventie door huisartsen met name de geestelijke gezondheid van deze patiëntengroep zou verbeteren.

## ONDERZOEK

**Opzet** De setting was een gerandomiseerde klinische trial, uitgevoerd van 2011 tot 2015. De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten van 18 jaar of ouder die een sepsis overleefden, gerekruteerd uit negen ICU's in heel Duitsland. De patiënten werden gerandomiseerd naar gebruikelijke zorg of een twaalf maanden durende interventie. Deze bestond uit de volgende elementen: huisartsen en patiënten in de interventiegroep ontvingen een training over het proactief monitoren van zowel somatisch als psychisch welbevinden, een ICU-verpleegkundige begeleidde het proces thuis na ontslag en huisartsen kregen ondersteuning van intensivisten als zij tegen klinische problemen aanliepen of beslissingen moesten nemen. Huisartsen van patiënten uit de controlegroep leverden de gebruikelijke zorg; zij deden zo nodig consulten of visites, verwezen naar specialisten of de fysiotherapeut. De belangrijkste uitkomstmaat was een verandering in de kwaliteit van hun geestelijke gesteldheid, gemeten met de Mental Component Summary (MCS) van de 36-Item Short-Form Health Survey zes maanden na ontslag vergeleken met de score bij ontslag.

**Resultaten** Er werden 291 patiënten ingesloten: 143 in de controle- en 148 in de interventiegroep. De gemiddelde leeftijd was 61,6 jaar (SD 14,4); 66,2% (n = 192) was man en 84,4% (n = 244) had mechanische beademing nodig tijdens het ICU-verblijf (mediane duur beademing 12 dagen; range 0-134). Zes maanden na het ontslag van de ICU werd een follow-up bereikt voor 75,3% (n = 219; interventie: 112; controle: 107) en na 12 maanden 69,4% (n = 202; interventie: 107; controle: 95). De totale mortaliteit was 13,7% na 6 maanden (21 sterfgevallen in de interventie- en 19 in de controlegroep) en 18,2% na 12 maanden (27 in de interventie- en 26 in de controlegroep). Er bleek geen significant verschil in de verandering van de gemiddelde MCS-scores (interventiegroep: baseline gemiddelde 49,1; na 6 maanden 52,9; verandering 3,79; 95%-BI 1,05 tot 6,54 versus controlegroep: baseline gemiddelde 49,3; na 6 maanden 51,0; verandering 1,64; 95%-BI -1,22 tot 4,51).

**Conclusie van de auteurs** Zes maanden na het ontslag na een ICU-opname is de geestelijke gezondheid met de onderzochte interventie in de eerste lijn van de overlevenden van sepsis en septische shock niet beter dan die van patiënten die de gebruikelijke zorg kregen. De auteurs betwijfelen of de interventie wel voldoende intensief was en of iedere sepsispatiënt na ICU-opname wel extra begeleiding nodig heeft.

## INTERPRETATIE

Patiënten hebben na een ICU-opname in verband met een sepsis mogelijk meer zorgbehoefte, met name wat betreft hun geestelijke gezondheid. Dit goed opgezette en uitgevoerde onderzoek bekeek een interventie die in Nederland waarschijnlijk ook zo zou worden vormgegeven, maar niet bleek te werken. Wat hebben wij als Nederlandse huisartsen aan dit onderzoek? We hebben geen duidelijke rol in de begeleiding van sepsispatiënten na een ICU-opname. Dat heeft zeker te maken met het feit dat het voor de huisarts een zelden voorkomend probleem is. Welke huisarts bezoekt standaard zijn patiënt na een ICU-opname? Of misschien nog beter: welke huisarts heeft tijdens de opname contact met zijn patiënt of overleg met de desbetreffende intensivist om te bekijken wat zijn patiënt nodig heeft na ontslag van de ICU? De huisarts kent zijn patiënt en weet bij welke patiënt hij zorgen moet hebben over hoe de emotionele ontwikkeling zal zijn na een dergelijke ingrijpende opname. Hij kan ook beoordelen hoe de genezing na de ICU-opname verder belooft, zowel op somatisch als psychisch gebied. Het lijkt me niet nodig om hierover speciale transmurale protocollen af te spreken: die hebben we immers al meer dan genoeg. Misschien moeten we gewoon maar eens beginnen met onze verantwoordelijkheid te nemen: de regie nemen in de nazorg van deze kwetsbare patiëntengroep. ■

## LITERATUUR

- 1 Schmidt K, Worrack S, Von Korff M, et al. Effect of a primary care management intervention on mental health-related quality of life among survivors of sepsis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315:2703-11.