

Vacature: Projectleider Co-creatie - zorgevaluatie naar intensive care

(Vacature 1 van 2)

Voor het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG)¹ zoeken we een daadkrachtige projectleider die in co-creatie een onderzoeksprotocol uitwerkt en de uitvoering van de zorgevaluatie leidt. Het onderwerp van de co-creatie is:

‘Heeft IC-opname toegevoegde waarde bij patiënten met een slecht of onzekere prognose?’

Binnen het ZE&GG-programma is een werkwijze ontwikkeld voor het gezamenlijk opzetten van een zorgevaluatie: de ZE&GG co-creatie. Het doel hiervan is om een zorgevaluatie op te zetten die een maatschappelijk relevante kennisvraag beantwoordt en daadwerkelijk leidt tot een verandering in de praktijk.

Wat ga je doen?

Als projectleider ben je verantwoordelijk voor het hele traject: van het opstellen en indienen van het onderzoeksprotocol (co-creatie) tot en met de uitvoering van de zorgevaluatie (co-realisatie). Je stuurt de projectgroep aan en zorgt, samen met ZE&GG, voor een soepele samenwerking tussen alle betrokken partijen: wetenschappelijke vereniging(en) (wv-en), V&VN, patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, onafhankelijke experts (methodologen) en Zorginstituut Nederland.

- In de co-creatiefase (9 maanden) werk je een kennisvraag uit tot een volledig onderzoeksprotocol met begroting, ondersteund door het ZE&GG-programma. Deze moet op 10 november 2026 ingediend worden bij ZonMw.
- Na honorering van het studieprotocol leid je de uitvoering van de zorgevaluatie (co-realisatie), waarbij je de verbinding met het ZE&GG-programma en de stakeholders blijft waarborgen.

¹ ZE&GG is een samenwerkingsverband van de MSZ-partijen en het Zorginstituut met als doel om zorgevaluatie en gepast gebruik in 2028 integraal onderdeel te laten zijn van het reguliere zorgproces, waarbij we het onbekende evalueren, we bewezen effectieve zorg implementeren, we stoppen met zorg die geen meerwaarde biedt en de patiënt daardoor de bewezen beste zorg krijgt.

Jouw profiel

Je beschikt over:

- **Medisch-inhoudelijke kennis** van het onderwerp
- **Leiderschap:** Je neemt initiatief en bent proactief in de uitwerkingen tijdens de co-creatie, je zorgt voor een vlotte opstart door nauw contact te onderhouden met de deelnemende centra en je stuurt op patiëntdeelname tijdens de uitvoering van de zorgevaluatie.
- **Organisatorische vaardigheden:** Je bewaakt overzicht en deadlines. Zowel de co-creatie als de uitvoer van de zorgevaluatie zijn intensieve trajecten binnen vooraf vastgelegde tijdspaden.
- **Samenwerkingsvaardigheden:** In de co-creatie werk je nauw samenwerken met de betrokken stakeholders. Je staat open voor adviezen en betreft hen ook bij de uitvoering van de zorgevaluatie.
- **Ervaring met (multidisciplinair) multicenter klinisch onderzoek:** Je weet wat er nodig is om een succesvolle multicenter studie op te zetten. Je kent het veld en bent bekend met de praktijk waarin de zorg wordt geleverd. Op basis van je kennis en ervaring begeleid je de arts-/coördinerende onderzoeker actief.
- **Beschikbaarheid:** Je hebt voldoende tijd voor het co-creatietraject en kunt schakelen tussen verschillende belangen en perspectieven.

Aanmelden voor projectleider

Wil jij projectleider worden van deze zorgevaluatie? Meld je dan uiterlijk **22 december 2025, 09.00 uur aan via [deze link](#)**.

Meedoen als projectgroeplid?

Ben je zorgprofessional (arts, onderzoeker, verpleegkundige) uit een academisch of niet-academische ziekenhuis en wil je deelnemen in de projectgroep²? Meld je dan aan voor **15 januari 2026, 09.00 uur via [deze link](#)**.

² Als projectgroeplid neem je niet rechtstreeks deel aan de co-creatiebijeenkomsten. De projectgroepleider vertegenwoordigt de projectgroep tijdens deze bijeenkomsten en kan daarbij mensen met specifieke expertise meenemen.

Selectieproces en tijdspad

1. Na de deadline van 22 december 2025 worden de kandidaten voorgelegd aan de direct betrokken wetenschappelijk verenigingen en de MSZ-partijen vertegenwoordigd binnen het ZE&GG programma.
2. Op basis van de adviezen en motivatiebrief worden de kandidaat projectleiders door ZE&GG uitgenodigd voor een gesprek.
3. Na de gesprekken wordt op uiterlijk 27 januari een keuze gemaakt voor de meest geschikte projectleider.
4. Samen met de geselecteerde projectleider wordt in de eerste fase van de co-creatie de projectgroep samengesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met:
 - Het eigen netwerk van de projectleider
 - De aanmeldingen voor de projectgroep
 - De vertegenwoordiging door projectgroepleden vanuit de verschillende soorten zorgaanbieders, het medisch specialisme en spreiding over het land.
5. Als projectleider wordt je fysiek aanwezig verwacht op
 - a. De kick-off bijeenkomst op 12 februari van 16:00-18:00 uur in Utrecht of Diemen;
 - b. De eerste twee co-creatiebijeenkomsten op:
 - Woensdag 4 maart 18:00-21:00 (Utrecht of Diemen)
 - Dinsdag 7 april 14:00-17:00 (Utrecht of Diemen)

Meer informatie over het ZE&GG co-creatietraject

ZE&GG stelt in samenwerking met ZonMw subsidie beschikbaar voor zorgevaluatie naar impactvolle kennisvragen binnen de medisch specialistische zorg (MSZ). De MSZ-partijen verenigd in ZE&GG hebben via [een oproep](#) en een selectieprocedure impactvolle kennisvragen geselecteerd die in co-creatie met alle MSZ-partijen uitgewerkt gaan worden tot een onderzoeksprotocol. Voor deelname aan de co-creatie is een vergoeding beschikbaar.

[Meer informatie over de co-creatie](#)

Indieningsformulier voor kennisvragen

Te gebruiken voor het doorlopend agenderen van kennisvragen bij ZE&GG door FMS, V&VN, ZN en het Zorginstituut

Doorlopende ronde 2 - **deadline 13 oktober 2025**

1. Algemene informatie

Indienende partij:	FMS
WV/kerngroep/afdeling:	NVIC
Betrokken personen:	
Contactpersoon:	
E-mail:	
Telefoonnummer:	

1.1 Toelichting van de kennisvraag

De kennisvragen kunnen uit verschillende bronnen voortkomen, mits ze voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Het gaat om medisch specialistische zorg, betaald vanuit de zorgverzekeringswet. Uitgesloten zijn kennisvragen rondom intramurale dure geneesmiddelen, daar volgt een aparte procedure voor.
- De kennisvraag heeft een duidelijke en strak afgebakende PICO. Dat wil zeggen dat heel helder is welke patiënten (P) het betreft, wat de interventie (I) is en met welke controle (C) interventie deze vergeleken wordt en welke uitkomsten (O) daarbij belangrijk zijn;
- De kennisvraag is goed en objectief onderbouwd op de gestelde criteria (zie bijlage 2) en voorzien van een systematische literatuur review (o.b.v. de strak afgebakende PICO) die, bij indiening, niet ouder is dan 2 jaar;
- Het onderzoek levert onderzoeksresultaten op die direct na afronding van het onderzoek in de professionele kwaliteitsstandaarden en richtlijnen opgenomen worden;
- Alle bij de kennisvraag betrokken Wetenschappelijke Verenigingen en patiëntenorganisaties¹ onderschrijven het belang van de kennisvraag middels een verklaring en zeggen tevens toe actief betrokken te zullen zijn bij het in co-creatie uitwerken van het onderzoeksvoorstel.

Wat is de kennisvraag?	Voor welke patiënten heeft een intensive care-opname toegevoegde waarde?
Geef aan waar de kennisvraag vandaan komt: (bv Kennisagenda incl. nummer vraag)	NVIC Kennisagenda (Kennisvraag A)
Link naar de bron van de kennisvraag:	Kennisagenda – NVIC
Op welke richtlijn(module) sluit	Leidraad Passende Zorg Intensive Care (in ontwikkeling; publicatiejaar 2027)

de kennisvraag aan: (incl. weblink naar module)	Leidraad Organisatie van Intensive Care in Nederland (module 1 - opnamecriteria)
Is er een richtlijnencluster/ werkgroep of netwerk voor dit onderwerp?	Cluster: Intensive Care NVIC commissie Passende Zorg Leidraad commissie Passende Zorg Intensive Care

2. Rationale & draagvlak

2.1 Rationale achter de kennisvraag

Beschrijf de rationale waarin de urgentie van onderzoek naar de kennisvraag duidelijk wordt.

Beantwoord tenminste de volgende vragen:

- Waarom moet de kennisvraag beantwoord worden?
- Welke resultaten verwacht u dat het oplossen van de kennisvraag oplevert?
- Waarom is dit project van belang voor patiënten/cliënten en hun naasten?

(maximum 250 woorden)

Door prognostische onzekerheid is vaak onduidelijk of een patiënt zal profiteren van een IC-opname. Bovendien wordt vaak gekozen voor een *'one-size-fits-all'* (volledige of geen) IC-behandeling. Dit geeft risico op onderbehandeling (patiënten die mogelijk wel baat hebben bij een beperkte IC-behandeling worden niet op de IC opgenomen) én overbehandeling (patiënten krijgen een langdurige IC-behandeling, ondanks een kleine overlevingskans of slechte verwachte kwaliteit van leven). Onderbehandeling leidt tot vermijdbare sterfte. Overbehandeling leidt tot onnodig lijden van patiënten en naasten, morele stress bij zorgverleners en hoge kosten, zonder vooruitgang op patiëntuitkomsten.

Een tijd gelimiteerde behandeling (**time limited trial – TLT**) is een gestructureerde methode om bij onzekerheid over prognose of proportionaliteit in relatief korte tijd te bepalen voor welke patiënten een IC-behandeling toegevoegde waarde heeft. Vóórafgaand of kort na IC-opname worden met de patiënt of hun vertegenwoordiger afspraken gemaakt over behandeldoelen en -intensiteit gedurende een afgesproken tijdsduur. Bij een gunstig beloop wordt de behandeling voortgezet. Bij een ongunstig beloop wordt overgegaan op palliatief beleid.

Een TLT biedt enerzijds een kans op overleving aan patiënten waarbij de meerwaarde van IC-behandeling met onzekerheden is omgeven. Anderzijds helpt het langdurige en belastende IC-behandelingen, die waarschijnlijk tevergeefs zijn, voorkomen. Buitenlandse studies laten zien dat een TLT resulteert in een kortere IC-opnameduur zonder toename van mortaliteit. Hoewel de TLT in Nederland onderdeel is van medische richtlijnen ontbreekt solide wetenschappelijk bewijs. Deze aanvraag richt zich op het evalueren van de TLT. Door over- en onderbehandeling te reduceren draagt de interventie bij aan effectief en passend gebruik van de beperkte IC-capaciteit.

2.2 Draagvlak

Licht toe welke partijen relevant zijn bij het oplossen van de kennisvraag.

Welke wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties zijn direct betrokken (voeg verklaring bij):

V&VN-IC
FCIC/ IC-Connect (patiëntorganisatie)

Welke andere relevante partijen zijn belangrijk om te betrekken bij de co-creatie?

Denk aan huisartsen en indirect betrokken wetenschappelijke verenigingen

o.a. NIV, Geriatrie, SEH, Heelkunde

3. PICO

Zie bijlage 2 voor een uitgebreide toelichting op de voorwaarden, criteria en beschrijving van de vereisten voor een heldere en duidelijke PICO.

3.1 Patiëntenpopulatie

Beschrijf de patiëntenpopulatie met heldere in- en exclusiecriteria.

(max 250 woorden)

Patiënten die in aanmerking komen voor de interventie zijn volwassen ernstig zieke patiënten waarbij twijfels bestaan over de meerwaarde van een IC-behandeling.

(Potentiële) IC-patiënten kunnen worden ingedeeld in vier categorieën op basis van de waarschijnlijkheid dat zij baat zullen hebben bij een IC-behandeling (Chang 2021, Chang 2017, SCCM 1999):

Categorie 1 (zeker baat): IC-behoefte patiënten waarbij IC-behandeling niet ter discussie staat (bijvoorbeeld jonge patiënten met een (ernstig) trauma of patiënten met een ernstige septische shock zonder co-morbiditeiten).

Categorie 2 (baat): Patiënten die niet kritisch ziek zijn en voor korte duur op de IC worden opgenomen voor monitoring (bijvoorbeeld postoperatieve patiënten na electieve OK).

Categorie 3 (twijfel over baat): Ernstig zieke patiënten met een slechte of onzekere prognose, vanwege onderliggende aandoeningen (co-morbiditeit) of de ernst van de acute aandoening, waarbij de proportionaliteit van IC-behandeling ter discussie staat. Dit zijn vaak patiënten met een lage kwaliteit van leven en/of beperkte mentale en fysieke reserves.

Categorie 4 (geen baat): Kritisch zieke patiënten die niet geschikt zijn voor IC-behandeling, omdat gelijke uitkomsten kunnen worden behaald zonder IC-zorg op basis van een laag risico op klinische verslechtering of aanwezigheid van onomkeerbare ziekte of dreigende dood ('problemen zijn niet overbrugbaar').

Categorie 3 patiënten komen in aanmerking voor inclusie. Patiënten worden ge-excludeerd als met hen geen communicatie mogelijk is en er ook geen surrogaat beslissers (vertegenwoordigers) aanwezig zijn.

3.2 Interventie

Licht toe welke zorg wordt onderzocht en hoe deze wordt toegepast

(max 250 woorden).

Bij een tijd gelimiteerde behandeling (**time limited trial – TLT**) worden met een multidisciplinair team vóórafgaand of kort na de IC-opname met de patiënt of hun vertegenwoordiger afspraken gemaakt over behandeldoelen gedurende een afgesproken tijdsduur. Ook worden afspraken gemaakt over bijbehorende grenzen aan de intensiteit en opschaling van zorg. De intensiteitsniveaus van IC-behandeling variëren van intensieve verpleegkundige zorg en monitoring zonder intubatie tot een beperkte of volledige IC-behandeling (bijvoorbeeld inclusief nierdialyse). Bij aanvang van de IC-behandeling wordt de TLT in het patiëntdossier vastgelegd tezamen met de behandeldoelen, eventuele restricties qua behandelintensiteit en op welke datum de evaluatie van de TLT plaatsvindt. Verbeterd de patiënt binnen de afgesproken periode, dan wordt de IC-behandeling gecontinueerd. Wordt een behandeldoel in de afgesproken periode niet behaald, dan kan worden gekozen voor enkel comfortgerichte zorg. Bij aanhoudende onzekerheid kan eventueel een nieuwe TLT worden afgesproken (Kruser 2024, Chang 2021, Fikkers 2021).

Een protocol wordt opgesteld voor het gestructureerd toepassen van TLT. Het protocol bevat essentiële onderdelen zoals het bespreken en vastleggen van behandelwensen, -grenzen en -doelen met patiënten en/of hun vertegenwoordiger, klinische criteria voor het evalueren van de behandeldoelen, en hoe te communiceren over de behandeldoelen binnen het multidisciplinaire team. Het protocol wordt gebaseerd op internationale literatuur (Chang 2021, Kruser 2024) en verder aangepast aan de Nederlandse situatie.

Betrokken zorgverleners worden intensief getraind in het toepassen van de interventie, o.a. met simulaties.

3.3 Comperator

Licht toe met welke zorg de bij (I) interventie beschreven zorg wordt vergeleken en hoe deze wordt toegepast (het kan daarbij ook gaan om afwachtend beleid/geen interventie).

(max 250 woorden)

De *comperator* bestaat uit de zogenoemde categorie 3 patiënten, dat wil zeggen patiënten waarbij twijfels bestaan over de meerwaarde van IC-behandeling, die volgens de huidige zorg behandeld worden. Dit betekent in beginsel dat een standaard IC-behandeling gegeven wordt, en soms dat een IC-behandeling juist volledig geweigerd wordt.

In de huidige Nederlandse IC-praktijk wordt incidenteel (in plaats van structureel) een TLT afgesproken, waarbij de wijze van toepassing varieert tussen ziekenhuizen. De TLT is onderdeel van bestaande richtlijnen zoals de leidraad Organisatie van spoedzorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid (FMS 2025) – gericht op een deelpopulatie van de IC-patiënten— en de Leidraad Passende Zorg Intensive Care (publicatiejaar 2027). Echter, solide wetenschappelijk bewijs en concrete handvatten (protocollen) voor een gestructureerde uitvoering ontbreken. IC-zorg wordt doorgaans gestart op basis van medische urgentie en behandelbaarheid, zonder een vooraf vastgelegde evaluatieperiode en duidelijke stopcriteria. Uit literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 5) blijkt dat het ongestructureerd toepassen van TLT juist nadelige effecten heeft zoals verwarring en conflicten met patiënten en naasten over het behandeltraject en ongepaste voortzetting van zorg.

In de controleperiode van de effectevaluatie wordt in kaart gebracht hoe vaak precies TLT (niet geprotocolleerd) wordt toegepast in de huidige praktijk en wat de (neven)effecten zijn in de Nederlandse setting.

3.4 Outcome

Het patiëntenbelang c.q. de gezondheidswinst moet altijd blijken uit de uitkomstmaten. De uitkomstmaten worden geformuleerd op patiëntniveau (gezondheid of kwaliteit van leven). Indien voorhanden moet gebruik worden gemaakt van zogenaamde Core Outcome Sets of PROMs, uitkomstmaten die met en door patiënten gedefinieerd zijn als zijnde belangrijk voor het nemen van een overwogen besluit.

Beschrijf de best passende primaire en secundaire uitkomstmaten (max 250 woorden)

Voor het evalueren van de effectiviteit van TLT op patiëntuitkomsten zijn de volgende uitkomstmaten, samen met de patiëntorganisatie (Stichting FCIC), gedefinieerd:

Primaire uitkomstmaat: IC-verblijfsduur in dagen.

Een kortere IC-ligduur zonder stijgende mortaliteit is indicatief voor een zinvollere en meer proportionele inzet van de beperkte IC-capaciteit.

Secundaire uitkomstmaten:

- Ziekenhuisverblijfsduur
- Mortaliteit tijdens ziekenhuisopname en 12 maanden na IC-opname
- Patiëntgerapporteerde uitkomsten (PROM): kwaliteit van leven en fysiek en mentaal functioneren 12 maanden na IC-opname
- Patiënt en familie gerapporteerde ervaringen (PREM)
- Morele stress, ervaren (niet) passende zorg en ethisch beslislimaat (manier waarop zorgverleners omgaan met ethische vraagstukken en besluitvorming)

Betere patiënt en familie-ervaringen duiden op een betere afstemming van IC-behandeling op de waarden en verwachtingen van patiënt/familie. Minder morele stress en ervaren niet-passende zorg onder zorgverleners duiden op vermindering van ethische spanningen door duidelijkere kaders en gezamenlijke besluitvorming.

Implementatie uitkomstmaten:

- Toepassing van TLT (frequentie, duur en intensiteit)
- Acceptatie en toepasbaarheid van TLT als interventie

Deze uitkomstmaten helpen begrijpen hoe TLT in de praktijk wordt toegepast, welke factoren het succes of falen beïnvloeden en hoe zorgverleners, patiënten en naasten het gebruik van TLT ervaren. Het doel is om inzicht te krijgen in de uitvoerbaarheid, acceptatie en contextuele randvoorwaarden van TLT. Deze uitkomsten helpen bij het duiden van gevonden effecten.

Verblijfsduur en mortaliteit worden routinematig verzameld door de NICE-registratie (www.stichting-nice.nl). PREM en PROM data wordt verzameld binnen de MONITOR-IC (www.monitor-ic.nl). Overige uitkomsten worden verzameld met gevalideerde vragenlijsten. Ervaringen worden tevens opgehaald met behulp van interviews.

3.5 Onderzoeksvraag

Wat is op basis van de PICO de onderzoeksvraag?

Dit kan anders zijn dan de (bredere) kennisvraag.

Leidt het toepassen van TLT bij volwassen ernstig zieke patiënten, waarbij twijfels bestaan over de toegevoegde waarde van een IC-behandeling, tot een kortere IC-verblijfsduur zonder stijgende mortaliteit?

De onderzoeksvraag sluit aan bij de kennisvraag, omdat ze beide gericht zijn op het identificeren van patiënten die daadwerkelijk baat hebben bij een IC-behandeling. De onderzoeksvraag richt zich daarbij op een concrete interventie – TLT – om de toegevoegde waarde van IC-behandeling (kennisvraag) in de praktijk te toetsen.

Onderstaande paragraaf 'de huidige praktijk' is toegevoegd in overleg met het programmeerteam van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (mailcontact op 18-8-2024 met Anneke Kwee, medisch adviseur & Gynaecoloog).

3.6 De huidige praktijk

U beschrijft de huidige praktijk o.b.v. de ingediende PICO. M.a.w. hoe vaak wordt nu gehandeld conform de controle arm en hoe vaak volgens de interventie arm. Daarnaast omschrijft u of, en zo ja in welke mate, er sprake is van praktijkvariatie en in hoeveel zorginstellingen de behandelingen worden aangeboden. Tevens vragen wij u om toe te lichten of er behandelvoorkeuren zijn vanuit patiënten en/of professionals en of mogelijk andere barrières in de praktijk een rol spelen, die uitvoer van het onderzoek in de weg staan. Als laatste vragen we u of er (onderzoeks-)netwerken actief zijn op dit gebied.

Beschrijf de huidige praktijk o.b.v. de bovenstaande PICO. (maximum 500 woorden)

De TLT is onderdeel van medische richtlijnen (FMS 2025), maar wordt in de huidige praktijk incidenteel afgesproken en de toepassing ervan varieert tussen ziekenhuizen (FMS 2025). Solide wetenschappelijk bewijs en protocollen voor gestructureerde uitvoering ontbreken. IC-zorg wordt doorgaans gestart op basis van medische urgentie en behandelbaarheid, zonder een vooraf vastgelegde evaluatieperiode en duidelijke stopcriteria.

Het literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 5) laat zien dat er nog weinig bekend is over het gebruik van TLT in de klinische praktijk. TLT is alleen in de VS geëvalueerd. Uit één Amerikaanse observationeel onderzoek blijkt dat TLT in respectievelijk 8% en 27% van de bestudeerde cohorten wordt toegepast, echter vaak ongestructureerd en incompleet. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het ongestructureerd toepassen van TLT juist nadelige neveneffecten heeft zoals verwarring en conflicten met patiënten en naasten over het behandeltraject en ongepaste voortzetting van zorg.

Het literatuuronderzoek laat ook zien dat veeleisende patiënten een belemmering kunnen vormen voor een goede en effectieve toepassing van TLT. Echter, in Nederland bepalen behandelaren in grote mate eenzijdig welke IC-zorg proportioneel is waarbij familie minder ruimte heeft om disproportionele zorg op te eisen. Andere belemmerende factoren voor succesvolle toepassing van TLT uit de literatuur zijn:

- Inadequate communicatie en gebrek aan begeleiding bij gezamenlijke besluitvorming (onvoldoende uitvraag van wensen en behoeften van patiënten en hun betrokkenheid bij besluitvorming).

- Schenden van afspraken door wisselende dienstdoende artsen met uiteenlopende inzichten over de gewenste duur en intensiteit.
- Niet of onvoldoende vastleggen van gemaakte afspraken.

Benodigdheden voor structurele en volledige toepassing van TLT zijn: intensieve training voor het protocollair toepassen van TLT, wederzijds respect binnen het multidisciplinair team, inbreng van verpleegkundigen bij besluitvorming over levenseinde zorg en het tijdig nemen van beslissingen over levenseinde (Van den Bulcke 2018).

Met behulp van data uit de landelijke IC-kwaliteitsregistratie, de NICE-registratie, kan variatie in patiëntuitkomsten tussen ziekenhuizen in de huidige praktijk worden bestudeerd. Een indicator voor niet passende zorg is de variatie in ligduur bij overleden patiënten tussen ziekenhuizen. De NICE-data laten zien dat de mediaan van de gemiddelde IC-verblijfsduur bij in het ziekenhuis overleden patiënten met hematologische maligniteit tussen 60-70 jaar 6,3 dagen is en sterk varieert tussen ziekenhuizen: 25% van de ziekenhuizen heeft een gemiddelde IC-behandelduur van 3,4 dagen of korter terwijl 25% van de ziekenhuizen een gemiddelde IC-behandelduur van 8,9 dagen of meer heeft. Een ander voorbeeld van een groep waarover vaak twijfel is over de toegevoegde waarde van IC-behandeling is de patiëntengroep van 60-70 jaar die met een exacerbatie COPD worden opgenomen op de IC. Hier heeft 25% van de ziekenhuizen een gemiddelde IC-behandelduur van 3,4 dagen of korter en 25% van de ziekenhuizen een gemiddelde IC-behandelduur van 7,9 dagen of langer heeft.

Het onderzoeksvoorstel is geschreven door een onderzoeknetwerk van intensivisten en IC-verpleegkundigen afkomstig uit verschillende type ziekenhuizen, patiëntvertegenwoordigers (FCIC), Stichting NICE en ervaren (implementatie-)onderzoekers. Zij voeren gezamenlijk onderzoek uit vanuit de NVIC commissie Passende Zorg. De voorzitter van de Leidraad Passende IC-zorg is betrokken bij het onderzoeksnetwerk voor bestendiging van de resultaten in de betreffende Leidraad.

4. Criteria

Beschrijf de te verwachten effecten van de zorgevaluatie op de volgende criteria (zie bijlage 2 voor een uitgebreide beschrijving):

4.1 Gezondheidswinst

Beschrijf de mogelijk te behalen winst op voor patiënten relevante uitkomstenmaten (klinische uitkomstmaten, 'Patient Reported Outcome Measures' (PROMs), 'Patient Reported Experience Measures' (PREMs)) en de winst die de interventie kan hebben op de ziektelast (bijvoorbeeld in de vorm van 'Disability-Adjusted Life Years' (DALY) of Quality Adjusted Life years (QALY)) De ziektelast ('Burden of Disease') is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door de ziekte.

(max 500 woorden)

De **hypothese** is dat het toepassen van TLT leidt tot reductie van duur en intensiteit van IC-zorg en betere patiëntuitkomsten (PROM) en patiënt- en naastenervaringen (PREM) met betrekking tot gezamenlijke besluitvorming. Het toepassen van TLT zal leiden tot meer passende IC-zorg met minder belastende behandelingen, onnodig lijden en onzekerheid als resultaat. De resultaten geven antwoord op de kennisvraag over welke patiënten daadwerkelijk profijt hebben van IC-behandeling.

Het systematisch literatuuronderzoek (hoofdstuk 5) laat zien dat er geen Nederlandse studies zijn naar de effectiviteit van TLT op patiëntuitkomsten. Er zijn drie empirische Amerikaanse studies (Chang 2021, Peliska 2023, Moy 2024) waarin TLT is geëvalueerd o.b.v. klinische uitkomsten (o.a. IC-verblijfsduur, beademingsduur, mortaliteit en verblijfsplaats na ziekenhuisontslag) en patiëntervaringen (PREM). Patiëntgerapporteerde uitkomsten (PROM), zoals kwaliteit van leven, fysiek of mentaal functioneren, zijn niet meegenomen in voorgaande studies.

De studie van Chang et al. (2021) laat een **reductie zien in het aantal IC- en ziekenhuisverblijfsdagen bij gelijke mortaliteit** in de interventiegroep (n=113) t.o.v. standaardzorg (n=96). De mediane opnameduur op de IC en in het ziekenhuis namen statistisch significant af (IC-verblijfsduur: 8,7 vs. 7,4 dagen, p = 0,02; ziekenhuis-verblijfsduur: 14,2 vs. 10,7 dagen, p = 0,01) zonder toename van mortaliteit (58,4% vs. 58,3%, p = 0,99). De mediane IC-verblijfsduur bij IC-patiënten overleden in het ziekenhuis is 10,1 en 7,4 (p=.002) in de controle vs

interventiegroep. De interventiegroep werd minder vaak blootgesteld aan invasieve en ingrijpende behandelingen, zoals invasieve beademing en het plaatsen van centraalveneuze lijnen. Ook werd vaker een behandelbeperking afgesproken in de interventiegroep. De kwaliteit van familiegesprekken nam toe in de interventiegroep; de scores op de PREM vragenlijsten waren gelijk tussen de interventie- en controlegroep.

De studie van Peliska et al. (2023) laat zien dat de TLT interventiegroep (n=23) een **lager ziekenhuisoverlevingspercentage** (22%) heeft in vergelijking met het overlevingspercentage (67%) in de controle groep (n=89). De interventiegroep had een **kortere IC-verblijfsduur** in vergelijking met de controlegroep (gemiddelde IC-verblijfsduur van 7,6 dagen versus 10,4 dagen; $p = 0,06$).

De studie van Moy (2024) zien dat patiënten in de interventiegroep (n=36) vaker overlijden in het ziekenhuis of naar een hospice worden ontslagen (80,6% vs 42,1%); $p < 0,05$ en een **kortere IC-verblijfsduur** hebben (mediaan 5,7 dagen in de interventiegroep [IQR, 4,0–9,0 dagen] versus 10,3 dagen in de controlegroep (n=140) [IQR, 5,5–14,5 dagen]; $p < 0,01$).

Concluderend laten de drie empirische studies zien dat TLT leidt tot een reductie in de mediane/gemiddelde IC-verblijfsduur van resp. 1,3, 2,8 en 4,6 dagen; bij gelijke of toenemende mortaliteit. De drie empirische studies hebben echter een beperkte omvang wat betreft studiepopulatie en betrokken centra en hebben een zwak studiedesign toegepast (voor- en na-studies).

Het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor de interventie wordt geschat op **13.808** per jaar (zie paragraaf 4.5 'Aantal patiënten'). Bij een conservatieve berekening, dat wil zeggen een reductie van IC-verblijfsduur van 1,3 dagen per patiënt, is bij een landelijke implementatie de reductie in verblijfsdagen op jaarbasis: $13808 \times 1,3 = 17.950$ dagen.

4.2 Kostenreductie

Geef een inschatting van de kosten vanuit twee perspectieven: het maatschappelijk perspectief en het gezondheidszorgperspectief. Indien beschikbaar baseert u deze onderbouwing op eerder onderzoek. U wordt daarbij gevraagd om de kosten uit te splitsen naar effecten op eventuele personeelskosten, materiële kosten en overige kosten. Omdat het uiteindelijk om het totale kostenplaatje gaat, dient u ook verschuivingen in kosten mee te nemen. Bijvoorbeeld: een patiënt kan eerder ontslagen worden uit het ziekenhuis (kostenbesparing), maar dit betekent wel dat er meer kosten gemaakt worden voor de thuiszorg. Houd bij uw inschatting ook rekening met het effect op de gedeclareerde kosten in het kader van de Zvw en Wlz.

(max 500 woorden)

Het toepassen van TLT bij ernstig zieke patiënten waarbij twijfel bestaat over de toegevoegde waarde van een IC-behandeling stimuleert gepast gebruik van de beperkt beschikbare IC-capaciteit in Nederland. In plaats van wel of geen volledige IC-behandeling, kan een beperkte IC-behandeling worden aangeboden (IC-opname zonder intensieve beademing of nierdialyse). Dit voorkomt enerzijds onderbehandeling van patiënten die mogelijk wel baat hebben bij een beperkte IC-behandeling en anderzijds overbehandeling, omdat intensieve en ingrijpende behandelingen achterwege worden gelaten bij ernstig zieke patiënten met een slechtere prognose. De interventie zal leiden tot meer zinvolle IC-zorg en efficiëntere inzet van beperkte IC-capaciteit: zorg die waarde toevoegt aan leven van patiënten. Anders geformuleerd: door het reduceren van niet passende (*non-beneficial*) zorg kunnen meer patiënten profiteren van de beschikbare IC-capaciteit. Door de dubbele vergrijzing heeft gepast gebruik van de beperkte IC-capaciteit hoge prioriteit om de groei in zorgvraag op te vangen (NVIC 2023, Zorgvisie 2025).

Voorgaande empirische studies laten zien dat het introduceren van TLT leidt tot een reductie in IC- en ziekenhuisverblijfsduur. De mediane/gemiddelde reductie in IC-verblijfsduur is respectievelijk 1,3, 2,8 en 4,6 dagen (Chang 2021, Peliska 2023, Moy 2024); de reductie in ziekenhuisverblijfsduur is gemeten in twee studies en bedraagt respectievelijk 3,5 en 3,3 dagen.

De kosten van een IC-opnamedag zijn €2500 in niet academische ziekenhuizen en meer dan €3000 in academische ziekenhuizen (Zorgwijzer 2022).

Het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor de interventie wordt geschat op **13.808** per jaar (zie paragraaf 4.5). Bij een conservatieve berekening, dat wil zeggen een reductie van IC-verblijfsduur van 1,3 dagen per patiënt en vergoeding van €2500 voor een IC-dag, is bij een landelijke implementatie de kostenreductie op jaarbasis: $13808 \times 1,3 \times 2500 = 44,88$ miljoen euro.

Naast een reductie van zorguitgaven, leidt een reductie van de intensiteit van IC-zorg ook tot minder verbruik van middelen en materialen en dus productie en logistieke kosten. Deze zijn niet meegenomen in de berekening. Ook de reductie in IC-heropnames, doordat significant vaker een behandelbeperking worden afgesproken in de

interventiegroep (Moy 2024, Chang 2021), is niet meegenomen in de berekening.

Als we alleen kijken naar de verblijfsduur bij overleden patiënten laten de Nederlandse NICE-data zien dat van de totale groep IC-patiënten die in het ziekenhuis overlijden ($n=45.863$ patiënten in 5 jaar) de mediaan van de gemiddelde IC-verblijfsduur 4,9 dagen [IQR 3,9-5,9] is. De reductie in mediane IC-verblijfsduur bij overleden patiënten is in de studie van Chang (2021) 2,3 dagen. Als we alleen rekenen met de reductie van ligduur bij overleden patiënten, bedraagt de kostenreductie als gevolg van de invoering van het protocollair toepassen van TLT: $2,3 \times 45863/5$ (aantal overleden patiënten in 1 jaar) $\times 0,2$ (20% is categorie 3) $\times 2500 = 10,5$ miljoen euro.

Concluderend: de reductie in ligduur bij alle patiënten die in aanmerking komen voor TLT (categorie 3 patiënten), leidt tot een verwachte kostenreductie van 44,9 miljoen euro per jaar. Kijkend alleen naar de reductie in IC-verblijfsduur bij overleden patiënten, is de te verwachte kostenreductie 10,5 miljoen euro. Dit zijn conservatieve berekeningen.

4.3 Arbeidsinzet

Is er tussen de te onderzoeken interventies sprake van verschil in tijdsinvestering van de verschillende typen zorgprofessionals? Geef hier een schatting van het verschil in inzet per betrokken zorgprofessional (arts, verpleegkundige, laborante etc.) tussen de interventie en de controlehandeling.

(max 500 woorden)

Het protocollair toepassen van TLT maakt besluitvorming t.a.v. IC-behandeling transparant en stimuleert gepast gebruik van de beperkt beschikbare IC-capaciteit; hoofdzakelijk door een tekort aan IC-verpleegkundigen. Het toepassen van TLT voorkomt enerzijds onderbehandeling van patiënten die mogelijk wel baat hebben bij een beperkte IC-behandeling en anderzijds overbehandeling, omdat intensieve en ingrijpende behandelingen achterwege worden gelaten.

Eén van de grootste uitdagingen voor Intensive Care geneeskunde in de aankomende jaren is het groeiende personeelstekort (met name IC-verpleegkundigen) en de werkbelasting voor het huidige personeel. Uit een recente meting in 47 IC's onder meer dan 1000 intensivisten en IC-verpleegkundigen, blijkt dat 17% de intentie heeft om het vak te verlaten, waarbij het leveren van (ervaren) niet-passende zorg geassocieerd is met de intentie om het vak te verlaten en burnout klachten (Hesselink 2025). Uit dezelfde meting blijkt tevens dat een goed ethisch beslislimaat op de afdeling (o.a. bewustzijn en communicatie over de proportionaliteit van geleverde zorg en meer betrokkenheid van verpleegkundigen bij einde-leven beslissingen) de kans op (ervaren) niet-passende zorg verkleint. Het structureel en goed toepassen van TLT zal het ethisch beslislimaat bevorderen en zodoende leiden tot minder morele stress en mentale klachten onder zorgverleners (beide beschermende factoren voor uitval van zorgpersoneel) omdat meer zorg op maat wordt gegeven. Dit verhoogt het werkplezier en arbeidsinzet van IC-zorgverleners waardoor het mogelijk is om de beschikbare IC-capaciteit efficiënter te benutten.

Het gestructureerd en geprotocolleerd uitvoeren van TLT duurt naar verwachting niet significant langer dan de huidige praktijk waarin behandelbeleid ongestructureerd wordt besproken. Per patiënt is minder inzet/belasting van personeel nodig door reductie van verblijfsdagen en intensiteit van de IC-behandeling waarmee sprake is van reductie van arbeidsinzet. De interventie vraagt geen inzet van andere zorgverleners.

In de studie van Chang (2021) hebben betrokken klinici een training bijgewoond over het categoriseren van patiënten (mede op basis van data en patiëntcasuïstiek) en introduceren, uitvoeren en registreren van een TLT met behulp van simulatietraining. Deze training vraagt om een extra investering van 1 dag per zorgverlener.

Het beperken van registratielast is binnen de zorg, en ook binnen dit onderzoek, een belangrijk streven. Zo zijn de evaluatie-eindpunten (ligduur, PREM en PROM) routinematig verzamelde gegevens die geen extra registraties vergen van zorgverleners aan bed, met uitzondering van de korte vragenlijst naar ervaren passendheid van zorg en ethisch beslislimaat. Het beperken van de registratielast sluit aan bij de ZIRE (zinvolle registratie) principes die wij hanteren binnen de intensive care geneeskunde.

Samenvattend vraagt de interventie om een tijdsinvestering van zorgverleners voor training in het toepassen van TLT. Tegelijkertijd bevordert TLT een meer zinvolle inzet van zorgverleners en vermindert het hun morele belasting. Daarmee levert de interventie een positieve bijdrage aan de duurzame inzetbaarheid en het behoud van IC-personeel.

4.4 Ecologische duurzaamheid

Licht toe of er een verschil in klimaat- en/of milieu-impact te verwachten is tussen de te onderzoeken interventies? Denk hierbij aan de pijlers van de Greendeal:

- Terugdringen CO₂-uitstoot (bijvoorbeeld door vermindering in het gebruik van een OK, aantal vervoersbewegingen of, aantal opnamedagen);
- Zuiniger gebruik van grondstoffen (bijvoorbeeld door een vermindering in de hoeveelheid afval, of contrast- & geneesmiddelengebruik);
- Minder medicijnresten in het water (bijvoorbeeld door het gepast voorschrijven en verstrekken van noodzakelijke medicijnen);
- Een gezondere leefomgeving voor patiënt, cliënt en zorgmedewerker.

(max 500 woorden)

Een meting in 2019 liet zien dat de ecologische voetafdruk per Nederlandse IC-patiënt (met een gemiddelde opname duur van 4,6 dagen) aanzienlijk is. De milieu-impact per IC-patiënt bedroeg 17 kg aan materialen, 12 kg CO₂-equivalent, 300 liter waterverbruik en 4m² landbouwgrondbeslag per dag. De 5 hotspots hierbij zijn: niet-steriele handschoenen, isolatiejassen, bedlinnen, chirurgische maskers en spuiten (inclusief verpakking) (Hunfeld 2022).

Het hoofddoel van de studie in de huidige ZEGG aanvraag is het reduceren van de duur en intensiteit van IC-behandeling, waardoor meer patiënten kunnen profiteren van IC-zorg en de groeiende zorgvraag (door demografische ontwikkelingen) kan worden opgevangen met de huidige beschikbare IC-capaciteit. Er is dus sprake van het behoud van dezelfde IC-capaciteit (bedden en verblijfsdagen), maar reductie van de intensiteit van IC-behandeling (bijvoorbeeld IC-opname zonder intensieve beademing of geen dialyse en/of ECMO). Hierbij zal het gebruik van middelen afnemen en milieu-impact van IC-zorg verlagen. Met andere woorden: minder intensieve zorg leidt tot zorg die minder belastend is voor patiënt en milieu.

Het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor de interventie wordt geschat op **13.808** per jaar (zie paragraaf 4.5). Bij een conservatieve berekening, dat wil zeggen een reductie van IC-verblijfsduur van 1,3 dagen per patiënt, wordt 13808 x 1,3 dagen x 17 kg aan materialen bespaard en leidt het tot 12 kg minder CO₂-equivalent, 300 liter minder waterverbruik en 4m² minder landbouwgrondbeslag bij een landelijke implementatie van TLT.

4.5 Aantal patiënten

Onderbouw de omvang van de populatie (prevalentie/incidentie) in lijn met de PICO, het aantal patiënten, het aantal behandelingen en het aantal testen in Nederland waarop de kennisvraag betrekking heeft. Dit moet zo goed mogelijk in kaart worden gebracht en onderbouwd worden met data. Daarbij kan worden gedacht aan Vektis-data, DHD-data, DIS-data, kwaliteitsregistraties, of een eigen inventarisatie op basis van patiëntendossiers.

(max 500 woorden)

Voor het bepalen van de omvang van de populatie is gebruik gemaakt van de landelijke IC-kwaliteitsregistratie: de NICE registratie.

Het totaal aantal IC-opnames in 2023 was 69.042 (Bon: Stichting NICE: [Data in beeld](#)).

TLT wordt toegepast bij volwassen ernstig zieke patiënten waarbij twijfel bestaat over de toegevoegde waarde van een IC-behandeling (categorie 3 patiënten). In twee voorgaande, Amerikaanse studies was het percentage categorie 3 patiënten 21% (Chang 2017) en 20% en 18% in respectievelijk de controle- en interventieperiode (Chang 2021).

Met een vertaling van deze 20% op de 69.042 Nederlandse IC-opnames zou het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor de interventie (categorie 3 opnames) **13.808** bedragen.

4.6 Referenties

Geef hier de referenties van literatuur geraadpleegd voor onderbouwing van bovenstaande items.

- Chang DW, Neville TH, Parrish J, et al. Evaluation of time-limited trials among critically ill patients with advanced medical illnesses and reduction of nonbeneficial ICU treatments. JAMA Intern Med. 2021;181(6):786-794.
- Chang DW, Dacosta D, Shapiro MF. Priority Levels in Medical Intensive Care at an Academic Public Hospital. JAMA Intern Med. 2017 Feb 1;177(2):280-281. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8060. PMID: 28027383.

- Fikkers B, Vink E. De waarde van een in tijd gelimiteerde behandeling op de IC. Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165:D6089
- FMS (Federatie Medisch Specialisten). Leidraad Organisatie van spoedzorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid. 2025
- Hesselink H, Ramakers B, de Jong R, van Dijk D, Vloet L, Fikkers B, Benoit DD, Zegers M. Prevalence of and factors associated with perceived inappropriateness of care: a cross-sectional nationwide survey among Intensive Care Unit clinicians in the Netherlands. Submitted in 2025
- Hunfeld N, Diehl JC, Timmermann M, van Exter P, Bouwens J, Browne-Wilkinson S, de Planque N, Gommers D. Circular material flow in the intensive care unit-environmental effects and identification of hotspots. Intensive Care Med. 2023 Jan;49(1):65-74. doi: 10.1007/s00134-022-06940-6. Epub 2022 Dec 8. PMID: 36480046; PMCID: PMC9734529.
- Kruser JM, Nadig NR, Viglianti EM, Clapp JT, Secunda KE, Halpern SD. Time-Limited Trials for Patients With Critical Illness: A Review of the Literature. Chest. 2024 Apr;165(4):881-891. doi: 10.1016/j.chest.2023.12.014. Epub 2023 Dec 13. PMID: 38101511; PMCID: PMC11243441.
- Kruser JM, Ashana DC, Courtright KR, Kross EK, Neville TH, Rubin E, Schenker Y, Sullivan DR, Thornton JD, Viglianti EM, Costa DK, Creutzfeldt CJ, Detsky ME, Engel HJ, Grover N, Hope AA, Katz JN, Kohn R, Miller AG, Nabozny MJ, Nelson JE, Shanawani H, Stevens JP, Turnbull AE, Weiss CH, Wirpsa MJ, Cox CE. Defining the Time-limited Trial for Patients with Critical Illness: An Official American Thoracic Society Workshop Report. Ann Am Thorac Soc. 2024 Feb;21(2):187-199. doi: 10.1513/AnnalsATS.202310-925ST. PMID: 38063572; PMCID: PMC10848901.
- Moy JX, Law AC, Stalter LN, et al. Characterizing the Use of Time-Limited Trials in Patients With Acute Respiratory Failure: A Prospective, Single-Center Observational Study. Crit Care Explor. 2024;6(9):e1148. doi: 10.1097/CCE.0000000000001148.
- NVIC (Nederlandse Vereniging voor Intensive Care). Optimale zorg voor de patiënt, optimaal gebruik van middelen. Passende Zorg. 2023. (<https://www.nvic.nl/wp-content/uploads/2023/11/Passende-Zorg-op-de-IC-11-23-DEF.pdf>).
- Peliska M, Moy J, Stalter L, et al. Time-Limited Trials of Critical Care in Acute Respiratory Failure: A Prospective Observational Study. Am J Respir Crit Care Med 2023;207:A2873.
- Popovich JJ, Budnick I, Neville TH. Time-Limited Trials of Intensive Care Unit Care. JAMA Intern Med. 2023;183(4):360-361. doi:10.1001/jamainternmed.2022.6792
- SCCM Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Crit Care Med. 1999;27(3):633-638. doi:10.1097/00003246-199903000-00048
- Van den Bulcke B, Piers R, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, et al. Ethical decision-making climate in the ICU: theoretical framework and validation of a self-assessment tool. BMJ Qual Saf. 2018;27(10):781-9
- Vink EE, Azoulay E, Caplan A, Kompanje EJO, Bakker J. Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature. Intensive Care Med. 2018 Sep;44(9):1369-1377. doi: 10.1007/s00134-018-5339-x. Epub 2018 Aug 22. PMID: 30136140.
- www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2022/dit-zijn-de-kosten-van-opname-en-behandeling-in-het-ziekenhuis).
- www.stichting-nice.nl
- www.monitor-ic.nl
- Zorgvisie 2025 [IC-professionals: Wettelijk vastleggen IC-capaciteit jaagt reguliere zorg weer in de knel - Zorgvisie](#)

5. Systematisch literatuuronderzoek

Het oplossen van de kennisvraag moet gericht zijn op het genereren van ontbrekende kennis die direct bruikbaar is voor praktijk en/of beleid. Met het systematische literatuuronderzoek onderbouwt u dat er een toegevoegde waarde is van het oplossen van de kennisvraag.

5.1 Beschrijving systematisch literatuuronderzoek

Duidelijk moet worden dat een systematische en brede verkenning van de literatuur heeft plaatsgevonden, waarbij via een transparant beoordelingsproces selecties zijn gemaakt. Aangegeven dient te worden op welke wijze nagegaan is of beschikbare evidentie niet reeds voorhanden is (zoekstrategie, zoektermen, geraadpleegde databases), hoe de bevindingen geselecteerd zijn en wat het onderzoek heeft opgeleverd (zowel kwantitatief als kwalitatief).

Voeg een tabel toe met daarin de algemene kenmerken van de studies: datum van publicatie, eerste auteur, type studie (indien RCT, type design), sample size, PICO en effectsize.

Beschrijf hoe het literatuuronderzoek is uitgevoerd en voeg deze als bijlage toe (max 6 A4)

Zie bijlage 1

5.2 Uitvoerder van het systematisch literatuuronderzoek

Het systematische literatuuronderzoek wordt geaccepteerd als deze is opgesteld of geaccordeerd door: het Zorginstituut (als onderdeel van een duidingsproces) of het Kennisinstituut van de FMS (als onderdeel van een richtlijnmodule). Indien de kennisvraag niet uit een richtlijn of duiding komt, dan wordt het systematisch literatuuronderzoek na indiening beoordeeld door de projectorganisatie van ZE&GG. In dit geval dient het ingediende literatuuronderzoek te voldoen aan de volgende voorwaarden zoals omschreven in de [toelichting Systematische review](#), opgesteld door het ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek.

Licht toe wie het systematisch literatuuronderzoek heeft uitgevoerd en of deze is geaccordeerd door één van de bovenstaande partijen.

Door het consortium zelf.

5.3 Datum

Tot welke datum is de literatuur in het systematisch onderzoek verzameld?

8-9-2025

5.4 Check op nieuw bewijs

Geef aan of er een recente check is gedaan op nieuw of aankomend bewijs? Zo ja, noteer de bronnen.

Review is recent uitgevoerd (zie bijlage 1).

5.5 Check op overlappende studies/aanvragen

Geef aan of er een recente check is gedaan via het ICTRP International Clinical Trials Registry Platform <https://trialsearch.who.int> op overlappende studies en/of aanvragen. Geef aan of, en zo ja welke, er studies lopen in deze patiëntenpopulatie.

Het raadplegen van ClinicalTrials.gov: <http://clinicaltrials.gov/> en Current Controlled Trials (CCT) (<http://controlled-trials.com/>) leverde geen vergelijkbare lopende studie op. Studie die enigszins w.b.t. onderwerp aan deze studie raakt is: [Study Details | A Communication Tool to Improve Communication in the ICU | ClinicalTrials.gov](#)