

# **NORMENDOCUMENT KWALITEITSVISITATIE INTENSIVE CARE 2020**

*Commissie Nationale Kwaliteitsvisitatie Intensive Care (NKIC)*

Versie 1.1, vastgesteld door de ALV op 22 juni 2021

## Inhoud

Uitleg diverse normen	4
<b>Kwaliteitsdomein A: Organisatie van Intensive care</b>	<b>5</b>
A1 Zorgbeleidsplan	5
A2 Professionals op de IC - <i>Intensivisten</i>	5
A3 Professionals op de IC – <i>IC-Arts</i>	5
A4 Professionals op de IC - <i>Physician Assistants-IC</i>	6
A5 Professionals op de IC – <i>IC-Verpleegkundigen</i>	6
A6 Professionals op de IC - <i>Fysiotherapeuten</i>	7
A7 De organisatie van de intensive care	7
A8 Medisch hoofd	7
A9 Verpleegkundig hoofd	8
A10 Beschikbaarheid intensivist op een IC afdeling met minder dan 12 IC-bedden	8
A11 Beschikbaarheid intensivist op een IC afdeling met 12 IC-bedden of meer	8
A12 Beschikbaarheid IC-verpleegkundige	9
A13 Beschikbaarheid IC-arts/Physician Assistant op een IC afdeling van minder dan 12 IC-bedden	9
A14 Beschikbaarheid IC-arts/Physician Assistant op een IC afdeling met 12 IC-bedden of meer	9
A15 Eerste opvang	10
A16 Geweigerde patiënten	10
A17 MDO/Patiëntenbespreking	10
A18 SOFA/Overleg	11
A19 Continuïteit patiëntenzorg binnen IC	11
A20 Continuïteit patiëntenzorg bij ontslag IC	12
A21 Regionale samenwerking van IC-zorg in Nederland	12
A22 IC-Nazorg	12
A23 IC-zorg buiten de IC muren	13
A24 Beademing buiten de IC-afdeling (excl. het OK-complex)	13
A25 Multidisciplinaire preoperatieve besprekingen	14
A26 Spoedtransport	14
<b>Kwaliteitsdomein B: Vakgroepfunctioneren</b>	<b>15</b>
B1 Quick Scan/IFMS/GFMS	15
B2 (Meerjaren)beleidsplan/Jaarverslag	15
B3 Vakgroepvergaderingen	15
B4 Medisch beleid	16
<b>Kwaliteitsdomein C: Evaluatie van de zorg</b>	<b>17</b>
C1 Kwaliteitssysteem	17
C2 Richtlijnen	17
C3 Complicatieregistratie	17
C4 Necrologiebespreking	18
C5 Zorgprocessen en/of protocollen	18

C6	Indicatoren	18
C7	Melden van incidenten/calamiteiten	19
<b>Kwaliteitsdomein D: Patiëntenperspectief</b>		<b>20</b>
D1	Patiëntperspectief in kaart	20
D2	Klachten en signalen van onvrede	20
D3	Veiligheid	20
<b>Kwaliteitsdomein E: Professionele ontwikkeling</b>		<b>21</b>
E1	Vakinhoudelijke kennis en vaardigheden	21

## **Uitleg diverse normen**

### **1. Streefnorm (S)**

Excellent, een voorbeeld voor anderen.

### **2. Basisnorm (B)**

Goed, de norm.

### **3. Aanbevelingen (A)**

Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.

### **4. Zwaarwegend adviezen (ZA)**

Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment nog acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal één jaar te zijn uitgevoerd.

### **5. Voorwaarden (V)**

Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

## Kwaliteitsdomein A: Organisatie van Intensive care

### A1 Zorgbeleidsplan

- Er is een jaarlijks geactualiseerd zorgbeleidsplan (ZBP) voor de afdeling Intensive Care. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling en er vinden gestructureerde vervolgacties plaats (S).
- Er is een jaarlijks geactualiseerd ZBP voor de afdeling Intensive Care, en er is afstemming met de beleidsplannen van de instelling (B).
- Er is een jaarlijks geactualiseerd ZBP voor de afdeling Intensive Care, maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling (A).
- Er is geen jaarlijks geactualiseerd ZBP voor de afdeling Intensive Care ondanks een aanbeveling hierover bij de voorgaande visitatie (ZA).
- Er is geen ZBP voor de afdeling Intensive Care (V).

### A2 Professionals op de IC - Intensivisten

- Alle op de afdeling Intensive Care werkende intensivisten zijn BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) geregistreerd en GIC (Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie) gecertificeerd; in de zorginstelling is hiervan een overzicht beschikbaar (S).
- Alle op de afdeling Intensive Care werkende intensivisten zijn BIG-geregistreerd en GIC-gecertificeerd (B).
- Niet alle intensivisten zijn GIC-gecertificeerd; deze dienen als IC-arts aangemerkt te worden (A).
- Ondanks een aanbeveling bij een eerdere visitatie zijn niet alle intensivisten GIC-gecertificeerd; deze dienen als IC-arts aangemerkt te worden (ZA).
- Niet alle intensivisten zijn BIG-geregistreerd (V).

### A3 Professionals op de IC – IC-Arts

- Er is een inwerkprogramma voor IC-artsen, alle IC-artsen zijn bevoegd en bekwaam voor het gebruik van aanwezige apparatuur, alle IC-artsen zijn voorafgaand aan het gaan verrichten van nachtdiensten op de IC Fundamental Critical Care Support (FCCS, of vergelijkbaar) gecertificeerd en er is een structureel (na)scholingsprogramma voor IC-artsen (S).
- Er is een inwerkprogramma voor IC-artsen, alle IC-artsen zijn bevoegd en bekwaam voor het gebruik van aanwezige apparatuur en alle IC-artsen zijn voorafgaand aan het gaan verrichten van nachtdiensten op de IC FCCS (of vergelijkbaar) gecertificeerd (B).
- Er is een inwerkprogramma voor IC-artsen, alle IC-artsen zijn voorafgaand aan het gaan verrichten van nachtdiensten op de IC FCCS (of vergelijkbaar) gecertificeerd, maar niet alle IC-artsen zijn bevoegd en bekwaam voor het gebruik van aanwezige apparatuur (A).
- Er is een inwerkprogramma voor IC-artsen, maar niet alle IC-artsen zijn voorafgaand aan het gaan verrichten van nachtdiensten op de IC FCCS (of vergelijkbaar) gecertificeerd en/of bevoegd/bekwaam voor het gebruik van aanwezige apparatuur (ZA).
- Geen van de IC-artsen heeft een inwerkprogramma doorlopen of is FCCS (of vergelijkbaar) gecertificeerd (V)

#### A4 Professionals op de IC - Physician Assistants-IC

- Alle Physician Assistants (PA's) IC zijn geregistreerd bij de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA). Zij voldoen aan en werken conform de afspraken in het 'Consensusdocument taakherschikking Intensivist-Physician Assistant-IC', zijn voorafgaand aan het gaan verrichten van nachtdiensten op de IC Fundamental Critical Care Support (FCCS of vergelijkbaar) gecertificeerd, bevoegd/bekwaam voor het gebruik van aanwezige apparatuur en er is een structureel (na)scholingsprogramma voor PA's-IC (S)
- Alle PA's-IC zijn geregistreerd bij de NAPA. Zij voldoen aan en werken conform de afspraken in het 'Consensusdocument taakherschikking Intensivist-Physician Assistant-IC' en zijn voorafgaand aan het gaan verrichten van nachtdiensten op de IC FCCS (of vergelijkbaar) gecertificeerd en bevoegd/bekwaam voor het gebruik van aanwezige apparatuur (B).
- Alle PA's-IC zijn geregistreerd bij de NAPA, hebben een inwerkprogramma doorlopen, zijn voorafgaand aan het gaan verrichten van nachtdiensten op de IC FCCS (of vergelijkbaar) gecertificeerd, maar niet bevoegd/bekwaam voor het gebruik van aanwezige apparatuur (A).
- Alle PA's-IC zijn geregistreerd bij de NAPA en hebben een inwerkprogramma doorlopen, maar niet alle PA's-IC zijn voorafgaand aan het gaan verrichten van nachtdiensten op de IC FCCS (of vergelijkbaar) gecertificeerd en/of bevoegd/bekwaam voor het gebruik van aanwezige apparatuur (ZA)
- Geen of slechts enkele van de Physician Assistants-IC (PA's-IC) zijn geregistreerd bij de NAPA. Zij voldoen niet aan en werken niet conform de afspraken in het consensusdocument taakherschikking Intensivist-Physician Assistant-IC (V).

#### A5 Professionals op de IC – IC-Verpleegkundigen

- Alle IC-verpleegkundigen hebben een College Zorg Opleidingen (CZO) erkend (of daaraan gelijkgesteld) diploma, zijn BIG-geregistreerd en staan ingeschreven in het kwaliteitsregister van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) deskundigheidsgebied IC of een daaraan gelijkgesteld (lokaal) systeem. Alle IC verpleegkundigen onderhouden aantoonbaar voorbehouden en risicovolle handelingen en de competenties beschreven in het expertisegebied V&VN-IC (S).
- Alle IC-verpleegkundigen hebben een CZO-erkend (of daaraan gelijkgesteld) diploma, zijn BIG-geregistreerd en staan ingeschreven in het kwaliteitsregister V&VN deskundigheidsgebied IC of een daaraan gelijkgesteld (lokaal) systeem. Bij minimaal 80% van hen wordt aantoonbaar voldaan aan het onderhouden van voorbehouden en risicovolle handelingen en de competenties beschreven in het expertisegebied V&VN-IC (B).
- Alle IC-verpleegkundigen hebben een CZO-erkend (of daaraan gelijkgesteld) diploma, zijn BIG-geregistreerd, maar staan niet allen ingeschreven in het kwaliteitsregister V&VN deskundigheidsgebied IC of een daaraan gelijkgesteld (lokaal) systeem. Bij minimaal 80% van hen wordt aantoonbaar voldaan aan het onderhouden van voorbehouden en risicovolle handelingen en de competenties beschreven in het expertisegebied V&VN-IC (A).
- Alle IC-verpleegkundigen hebben een CZO-erkend (of daaraan gelijkgesteld) diploma, zijn BIG-geregistreerd, maar staan niet allen ingeschreven in het kwaliteitsregister V&VN deskundigheidsgebied IC of een daaraan gelijkgesteld (lokaal) systeem. Bij minimaal 60% van hen wordt aantoonbaar voldaan aan het onderhouden van voorbehouden en risicovolle handelingen en de competenties beschreven in het expertisegebied V&VN-IC (ZA).
- Niet alle IC-verpleegkundigen hebben een CZO-erkend (of daaraan gelijkgesteld) diploma, zijn niet allen BIG-geregistreerd en staan niet allen ingeschreven in het kwaliteitsregister V&VN deskundigheidsgebied IC of een daaraan gelijkgesteld (lokaal) systeem. Bij minimaal 50% van hen wordt aantoonbaar voldaan aan het onderhouden van voorbehouden en risicovolle handelingen en de competenties beschreven in het expertisegebied V&VN-IC (V).

#### **A6 Professionals op de IC - Fysiotherapeuten**

- Iedere IC-patiënt krijgt vroeg in het ziektebeloop een fysiotherapeutische behandeling aangeboden naar de meest recente inzichten, waarbij de taakverdeling tussen IC-verpleegkundige en fysiotherapeut in een lokaal protocol is vastgelegd (S).
- Iedere IC-patiënt krijgt vroeg in het ziektebeloop een fysiotherapeutische behandeling aangeboden naar de meest recente inzichten, maar de taakverdeling tussen IC-verpleegkundige en fysiotherapeut is niet vastgelegd (B).
- Iedere IC-patiënt krijgt op enig moment in het ziektebeloop een fysiotherapeutische behandeling aangeboden naar de meest recente inzichten (A).
- Niet iedere IC-patiënt krijgt op enig moment in het ziektebeloop een fysiotherapeutische behandeling aangeboden naar de meest recente inzichten (ZA).
- De IC-patiënt krijgt in het ziektebeloop geen fysiotherapeutische behandeling aangeboden (V).

#### **A7 De organisatie van de intensive care**

- De organisatiestructuur en taakverdeling (inclusief het hoofdbehandelaarschap van de intensivist en het medebehandelaarschap van de desbetreffende poort- en insturend specialist) van de IC-afdeling zijn vastgelegd in het zorgbeleidsplan van de IC; hierover, inclusief eventuele verbetermaatregelen, wordt jaarlijks gerapporteerd in het jaarplan. Daarnaast wordt er aantoonbaar minimaal jaarlijks met alle betrokkenen geëvalueerd (S).
- De organisatiestructuur en taakverdeling (inclusief het hoofdbehandelaarschap van de intensivist en het medebehandelaarschap van de desbetreffende poort- of insturend specialist) van de IC-afdeling zijn vastgelegd in het zorgbeleidsplan van de IC; hierover, inclusief eventuele verbetermaatregelen, wordt jaarlijks gerapporteerd in het jaarplan (B).
- De organisatiestructuur en taakverdeling (inclusief het hoofdbehandelaarschap van de intensivist en het medebehandelaarschap van de desbetreffende poort- of insturend specialist) van de IC-afdeling zijn vastgelegd in het zorgbeleidsplan van de IC, maar hierover wordt niet gerapporteerd (A).
- De organisatiestructuur en taakverdeling (inclusief het hoofdbehandelaarschap van de intensivist en het medebehandelaarschap van de desbetreffende poort- of insturend specialist) van de IC-afdeling zijn niet vastgelegd in het zorgbeleidsplan van de IC (ZA).
- Het hoofdbehandelaarschap van de intensivist en het medebehandelaarschap van de desbetreffende poort- of insturend specialist is niet vastgelegd in het zorgbeleidsplan van de IC (V).

#### **A8 Medisch hoofd**

- Het medisch hoofd en diens plaatsvervanger zijn GIC-gecertificeerde intensivisten. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het (plaatsvervangend) medisch hoofd zijn voldoende beschreven en geborgd in de organisatie. Daarnaast is voor de functie van medisch hoofd is aantoonbaar voldoende managementtijd beschikbaar (S).
- Het medisch hoofd en diens plaatsvervanger zijn GIC-gecertificeerde intensivisten. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het (plaatsvervangend) medisch hoofd zijn voldoende beschreven en geborgd in de organisatie (B).
- Het medisch hoofd en diens plaatsvervanger zijn GIC-gecertificeerde intensivisten; de taken en verantwoordelijkheden van het (plaatsvervangend) medisch hoofd zijn voldoende beschreven en geborgd in de organisatie, maar de bevoegdheden niet (A).
- Het medisch hoofd en diens plaatsvervanger zijn GIC-gecertificeerde intensivisten; de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het (plaatsvervangend) medisch hoofd zijn onvoldoende beschreven en geborgd in de organisatie (ZA).
- Het medisch hoofd of diens plaatsvervanger zijn niet GIC-gecertificeerd (V).

## A9 Verpleegkundig hoofd

- Het verpleegkundig hoofd/leidinggevende/zorgmanager heeft een plaats in de leidinggevende structuur van de IC-afdeling en is formeel benoemd (S).
- **Het verpleegkundig hoofd/leidinggevende/zorgmanager heeft een plaats in de leidinggevende structuur van de IC-afdeling (B).**
- Het verpleegkundig hoofd/leidinggevende/zorgmanager heeft geen plaats in de leidinggevende structuur van de IC-afdeling (A).
- Het verpleegkundig hoofd/leidinggevende/zorgmanager heeft geen plaats in de leidinggevende structuur van de IC-afdeling, ondanks aanbeveling in de voorgaande visitatie (ZA).
- Er is geen formeel benoemd verpleegkundig hoofd/leidinggevende/zorgmanager van de IC-afdeling (V).

## A10 Beschikbaarheid intensivist op een IC afdeling met minder dan 12 IC-bedden (of op een IC afdeling met $\geq 12$ bedden en met een bedbezetting $< 70\%$ over de afgelopen 3 jaar waardoor het aantal bedden in werkelijkheid op minder dan 12 uitkomt)

- Een intensivist is overdag gedurende 7 dagen per week exclusief beschikbaar. Hiervoor is een formatie intensivisten van minimaal 0.45 fte per operationeel IC-bed beschikbaar (S).
- **Een intensivist is overdag gedurende 7 dagen per week exclusief beschikbaar. Hiervoor is een formatie intensivisten van minimaal 0.35 fte per operationeel IC-bed beschikbaar (B).**
- Een intensivist is overdag gedurende 7 dagen per week exclusief beschikbaar. Hiervoor is een formatie intensivisten van minder dan 0.35 fte per operationeel IC-bed beschikbaar (A).
- Een intensivist is alleen gedurende werkdagen exclusief beschikbaar (ZA).
- Er is overdag gedurende één/meerdere werkdagen geen intensivist exclusief beschikbaar (V).

*Vanuit doelmatigheidsoverwegingen gelden twee uitzonderingen op deze regel:*

1. *De intensivist mag kortdurend werkzaamheden verrichten in de acute as van het ziekenhuis.*
2. *Als blijkt dat na het lopen van visite en het opstellen van behandelplannen er tijdens weekend- en feestdagen geen instabiele patiënten liggen (dit ter beoordeling aan de intensivist), hoeft de intensivist overdag niet aanwezig te blijven, zolang er binnen 5 minuten altijd een IC-arts/PA aan het bed aanwezig kan zijn; de intensivist dient bij elke opname actief betrokken te zijn en binnen 60 minuten aanwezig te kunnen zijn.*

## A11 Beschikbaarheid intensivist op een IC afdeling met 12 IC-bedden of meer en met een bedbezetting van minimaal 70% over de afgelopen 3 jaar

- Een intensivist is overdag gedurende 7 dagen per week exclusief beschikbaar. Hiervoor is een formatie intensivisten van minimaal 0.55 fte per operationeel IC-bed beschikbaar (S).
- **Een intensivist is overdag gedurende 7 dagen per week exclusief beschikbaar. Hiervoor is een formatie intensivisten van minimaal 0.45 fte per operationeel IC-bed beschikbaar (B).**
- Een intensivist is overdag gedurende 7 dagen per week exclusief beschikbaar. Hiervoor is een formatie intensivisten van minder dan 0.45 fte per operationeel IC-bed beschikbaar (A).
- Een intensivist is alleen gedurende werkdagen exclusief beschikbaar (ZA).
- Er is overdag gedurende één/meerdere werkdagen geen intensivist exclusief beschikbaar (V).

*Vanuit doelmatigheidsoverwegingen gelden twee uitzonderingen op deze regel:*

1. *De intensivist mag kortdurend werkzaamheden verrichten in de acute as van het ziekenhuis.*
2. *Als blijkt dat na het lopen van visite en het opstellen van behandelplannen er tijdens weekend- en feestdagen geen instabiele patiënten liggen (dit ter beoordeling aan de intensivist), hoeft de intensivist overdag niet aanwezig te blijven zolang er binnen 5 minuten altijd een IC-arts/PA aan het bed aanwezig kan zijn; de intensivist dient bij elke opname actief betrokken te zijn en binnen 60 minuten aanwezig te kunnen zijn.*



#### **A12 Beschikbaarheid IC-verpleegkundige**

- De formatie gediplomeerde IC-verpleegkundigen is meer dan 4.2 fte per operationeel IC-bed (S).
- De minimale formatie gediplomeerde IC-verpleegkundigen is 3.5 fte per operationeel IC-bed (B).
- Op een IC afdeling van 4 of minder operationele IC-bedden zijn minimaal 2 gediplomeerde IC-verpleegkundigen exclusief beschikbaar gedurende een dag-, avond- en nachtdienst, maar de formatie IC-verpleegkundigen is minder dan 3,5 fte per operationeel IC-bed ; op een grotere IC afdeling is er minimaal 1 gediplomeerde IC-verpleegkundige exclusief beschikbaar per 2 operationele IC-bedden, maar de formatie IC-verpleegkundigen is minder dan 3,5 fte per operationeel IC-bed (A).
- De formatie gediplomeerde IC-verpleegkundigen is minder dan 3.5 fte per operationeel IC-bed, ondanks een aanbeveling hierover bij de voorgaande visitatie (ZA).
- Er zijn minder dan 2 gediplomeerde IC-verpleegkundigen gedurende de dag-, avond- of nachtdienst exclusief beschikbaar per operationeel IC-bed (V).

#### **A13 Beschikbaarheid IC-arts/Physician Assistant op een IC afdeling van minder dan 12 IC-bedden**

**(of op een IC afdeling met  $\geq 12$  bedden en met een bedbezetting  $< 70\%$  over de afgelopen 3 jaar waardoor het aantal bedden in werkelijkheid op minder dan 12 uitkomt)**

- Voor deze IC-afdeling is minimaal 0.6 fte IC-arts/Physician Assistant (PA) exclusief beschikbaar per operationeel IC-bed, tenzij de (dienstdoende) intensivist binnen 5 minuten aan het bed aanwezig kan zijn (S)
- Voor deze IC-afdeling is minimaal 1 IC-arts/PA exclusief beschikbaar, dan wel minimaal 0.55 fte IC-arts/PA exclusief beschikbaar per operationeel IC-bed, tenzij de (dienstdoende) intensivist binnen 5 minuten aan het bed aanwezig kan zijn (B).
- Voor deze IC-afdeling is minder dan 1 IC-arts/PA exclusief beschikbaar, dan wel minder dan 0.55 fte IC-arts/PA exclusief beschikbaar per operationeel IC-bed, tenzij de (dienstdoende) intensivist binnen 5 minuten aan het bed aanwezig kan zijn (A).
- De formatie IC-artsen/PA's op deze IC-afdeling voldoet niet aan minimaal 1 per 6 operationele IC-bedden, dan wel minimaal 0.55 fte per operationeel IC-bed ondanks een aanbeveling hierover bij een eerdere visitatie, tenzij de (dienstdoende) intensivist binnen 5 minuten aan het bed aanwezig kan zijn (ZA).
- Er zijn geen IC-artsen/PA's beschikbaar op deze IC-afdeling en de (dienstdoende) intensivist kan niet binnen 5 minuten aan het bed aanwezig zijn (V).

#### **A14 Beschikbaarheid IC-arts/Physician Assistant op een IC afdeling met 12 IC-bedden of meer en met een bedbezetting van minimaal 70% over de afgelopen 3 jaar**

- Voor deze IC-afdeling is minimaal 0.9 fte IC-arts/Physician Assistant (PA) exclusief beschikbaar per operationeel IC-bed (S)
- Voor deze IC-afdeling is minimaal 1 IC-arts/PA exclusief beschikbaar per 6 operationele IC-bedden, dan wel minimaal 0.6 fte IC-arts/PA exclusief beschikbaar per operationeel IC-bed (B).
- Voor deze IC-afdeling is minder dan 1 IC-arts/PA exclusief beschikbaar per 6 operationele IC-bedden, dan wel minder dan 0.6 fte IC-arts/PA exclusief beschikbaar per operationeel IC-bed (A).
- De formatie IC-artsen/PA's op deze IC-afdeling voldoet niet aan minimaal 1 per 6 operationele IC-bedden, dan wel minimaal 0.6 fte per operationeel IC-bed ondanks een aanbeveling hierover bij een eerdere visitatie (ZA).
- Er zijn geen IC-artsen/PA's beschikbaar op deze IC-afdeling (V).

### A15 Eerste opvang

- Op deze IC-afdeling is er gedurende 24/7 dagen een IC-arts/Physician Assistant (PA) of intensivist direct aan het bed aanwezig; bij aanwezigheid van een IC-arts/PA wordt de (dienstdoende) intensivist te allen tijde direct bij de casus betrokken en kan deze altijd binnen 30 minuten aanwezig (S).
- Op deze IC-afdeling is er gedurende 24/7 dagen binnen 5 minuten altijd een IC-arts/PA of intensivist aan het bed aanwezig; bij aanwezigheid van een IC-arts/PA wordt de (dienstdoende) intensivist te allen tijde direct bij de casus betrokken en kan deze altijd binnen 60 minuten aanwezig (B).
- Op deze IC-afdeling is er gedurende 24/7 dagen binnen 5 minuten altijd een IC-arts/PA aan het bed aanwezig, wordt de (dienstdoende) intensivist te allen tijde direct bij de casus betrokken, maar kan deze niet binnen 60 minuten aanwezig zijn (A)
- Op deze IC-afdeling is er gedurende 24/7 dagen binnen 5 minuten altijd een IC-arts/PA aan het bed aanwezig, wordt de (dienstdoende) intensivist te allen tijde direct bij de casus betrokken, maar kan deze, ondanks een aanbeveling bij een eerdere visitatie, niet binnen 60 minuten aanwezig zijn (ZA)
- Op deze IC-afdeling is er gedurende 24/7 dagen binnen 5 minuten geen IC-arts/PA of intensivist aan het bed aanwezig (V).

### A16 Geweigerde patiënten

- De IC-afdeling houdt een registratie bij van het aantal patiënten, inclusief IC-indicatie, dat is geweigerd voor opname op de IC. Dit percentage is maximaal 5% van het totaal aantal IC-opnames (S).
- De IC-afdeling houdt een registratie bij van het aantal patiënten, inclusief IC-indicatie, dat is geweigerd voor opname op de IC. Dit percentage is minder dan 10% van het totaal aantal IC-opnames (B).
- De IC-afdeling houdt een registratie bij van het aantal patiënten, inclusief IC-indicatie, dat is geweigerd voor opname op de IC. Dit percentage is meer dan 10% van het totaal aantal IC-opnames (A).
- De IC-afdeling houdt een registratie bij van het aantal patiënten, inclusief IC indicatie, dat is geweigerd voor opname op de IC, maar, ondanks een aanbeveling hierover bij de vorige visitatie, is dit percentage nog steeds meer dan 10% van het totaal aantal IC-opnames (ZA).
- De IC-afdeling houdt geen registratie bij van het aantal patiënten dat is geweigerd voor opname op de IC of van de IC-indicatie (V).

### A17 MDO/Patiëntenbespreking

- Er is een geformaliseerd dagelijks multidisciplinair overleg (MDO) met aantoonbare actieve participatie door intensivisten, IC-artsen, IC-verpleegkundigen en alle relevante medisch specialisten en zorgprofessionals (incl. de medisch microbioloog en ziekenhuisapotheker). Bij afwezigheid van anderen dan de IC-professionals is de afstemming aantoonbaar geborgd (S).
- Er is een geformaliseerd dagelijks MDO met aantoonbare actieve participatie door intensivisten, IC-artsen, IC-verpleegkundigen en alle relevante medisch specialisten en zorgprofessionals (incl. de medisch microbioloog), maar afstemming bij afwezigheid is niet aantoonbaar geborgd (B).
- Er wordt een dagelijkse patiëntenbespreking gehouden zonder participatie van relevante medisch specialisten en zorgprofessionals anders dan de IC-professionals (A).
- Er worden ad hoc patiëntenbesprekingen gehouden, maar zonder participatie van relevante medisch specialisten en zorgprofessionals anders dan de IC-professionals (ZA).
- Er wordt geen dagelijks MDO gehouden (V).

#### A18 SOFA/Overleg

- De IC-afdeling registreert de SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) scores van al haar patiënten, overlegt binnen 24 uur aantoonbaar met een collega-intensivist bij aanwezigheid van een ernstig zieke patiënt op de IC (bv. aan de hand van een SOFA score van 10 of meer), en bespreekt de geregistreerde scores jaarlijks in het intercollegiale overleg tussen de intensivisten in het eigen ziekenhuis en jaarlijks in het netwerk (S).
- De IC-afdeling registreert de SOFA-scores van al haar patiënten, overlegt binnen 24 uur aantoonbaar met een collega-intensivist bij aanwezigheid van een ernstig zieke patiënt op de IC (bv. aan de hand van een SOFA score van 10 of meer), en bespreekt de geregistreerde scores jaarlijks in het intercollegiale overleg tussen de intensivisten in het eigen ziekenhuis (B).
- De IC-afdeling registreert de SOFA-scores van al haar patiënten, overlegt binnen 24 uur aantoonbaar met een collega-intensivist bij aanwezigheid van een ernstig zieke patiënt op de IC (bv. aan de hand van een SOFA score van 10 of meer), maar bespreekt de geregistreerde scores niet in het intercollegiale overleg tussen de intensivisten in het eigen ziekenhuis (A).
- De IC-afdeling registreert de SOFA-scores van al haar patiënten, maar overlegt niet aantoonbaar binnen 24 uur met een collega-intensivist bij aanwezigheid van een ernstig zieke patiënt op de IC (bv. aan de hand van een SOFA score van 10 of meer), en bespreekt de geregistreerde scores ook niet structureel in het intercollegiale overleg tussen de intensivisten in het eigen ziekenhuis (ZA).
- De IC-afdeling registreert geen SOFA-scores van al haar patiënten en overlegt niet structureel met een collega-intensivist bij aanwezigheid van een ernstig zieke patiënt op de IC (V).

#### A19 Continuïteit patiëntenzorg binnen IC

- Er is sprake van een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid van de dienstdoende intensivist en met een goed gestructureerde overdracht welke ook voor onderwijsdoeleinden en beleidsafstemming gebruikt wordt (S).
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid van de dienstdoende intensivist en met een goed gestructureerde overdracht (B).
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid van de dienstdoende intensivist, maar er is geen gestructureerde overdracht (A).
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid van de dienstdoende intensivist, maar er is ondanks een aanbeveling bij een voorgaande visitatie geen gestructureerde overdracht (ZA).
- Er is geen duidelijke dienstregeling en/of goede bereikbaarheid van de dienstdoende intensivist en geen gestructureerde overdracht (V).

#### A20 Continuïteit patiëntenzorg bij ontslag IC

- Voor de overdracht van patiënten naar een verpleegafdeling gebruikt de IC-afdeling een (gedigitaliseerde) checklist/overdrachtsformulier. Er is sprake van een ongestoorde overdracht en de overgedragen informatie wordt bij de ontvangende professional gecontroleerd. Om dit proces te begeleiden wordt een coördinator ingezet (S).
- Voor de overdracht van patiënten naar een verpleegafdeling gebruikt de IC-afdeling een (gedigitaliseerde) checklist/overdrachtsformulier. Er is sprake van een ongestoorde overdracht en de overgedragen informatie wordt bij de ontvangende professional gecontroleerd (B).
- Voor de overdracht van patiënten naar een verpleegafdeling gebruikt de IC-afdeling een (gedigitaliseerde) checklist/overdrachtsformulier. Er is sprake van een ongestoorde overdracht, maar de overgedragen informatie wordt bij de ontvangende professional niet gecontroleerd (A).
- Voor de overdracht van patiënten naar een verpleegafdeling gebruikt de IC-afdeling een (gedigitaliseerde) checklist/overdrachtsformulier. Er is geen sprake van een ongestoorde overdracht en de overgedragen informatie wordt niet bij de ontvangende professional gecontroleerd (ZA).
- Voor de overdracht van patiënten naar een verpleegafdeling gebruikt de IC-afdeling geen checklist/overdrachtsformulier (V).

#### A21 Regionale samenwerking van IC-zorg in Nederland

- Het bestuurlijk geaccordeerd regionaal samenwerkingsplan IC waarin de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van deze IC-afdeling in het netwerk staan vermeld, is vastgelegd in het ZBP-IC en wordt aantoonbaar jaarlijks besproken in het netwerk van de betreffende IC (S).
- Het bestuurlijk geaccordeerd regionaal samenwerkingsplan IC waarin de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van deze IC-afdeling in het netwerk staan vermeld, is vastgelegd in het ZBP-IC maar wordt niet aantoonbaar jaarlijks besproken in het netwerk van de betreffende IC (B).
- Er is een bestuurlijk geaccordeerd regionaal samenwerkingsplan IC waarin de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van deze IC-afdeling in het netwerk staan vermeld, maar dit is niet vastgelegd in het ZBP-IC en wordt niet aantoonbaar jaarlijks besproken in het netwerk van de betreffende IC (A).
- In het zorgbeleidsplan van de IC is een onderdeel opgenomen waarin de regionale samenwerking wordt uitgewerkt, maar dit wordt niet aantoonbaar jaarlijks besproken in het netwerk van de betreffende IC (ZA).
- Ondanks het feit dat de IC afdeling onderdeel van een netwerk (minimaal drie fysieke IC-locaties waarvan tenminste één met een omvang van 12 bedden of meer) uitmaakt is en tot een regio behoort waarin alle medische behandelingen (incl. cardiochirurgie, neurochirurgie en traumatologie) mogelijk zijn, is er geen regionaal samenwerkingsplan IC (V).

#### A22 IC-Nazorg

- In de instelling vindt structureel nazorginterventie voor IC patiënten plaats; intensivisten en IC-verpleegkundigen hebben aantoonbaar hun aandeel hierin (S).
- In de instelling vindt structureel nazorginterventie voor IC patiënten plaats (bv. in de vorm van een post-IC polikliniek, of anderszins) (B).
- In de instelling vindt incidenteel nazorginterventie voor IC patiënten plaats (A).
- In de instelling vindt, ondanks een aanbeveling bij een vorige visitatie, slechts incidenteel nazorg-interventie voor IC patiënten plaats (ZA).
- In de instelling vindt geen structurele nazorg-interventie voor IC patiënten plaats (V)

### A23 IC-zorg buiten de IC muren

- De IC-afdeling is aantoonbaar betrokken bij IC-zorg buiten de IC-afdeling (bv. Critical Care Outreach/Spoed Interventie Team [SIT]/Rapid Response Team [RRT]/Medical Emergency Team [MET]); ook is er 24/7 een consultatief IC-verpleegkundige (CIV of Liaison nurse) beschikbaar (S).
- De IC-afdeling is aantoonbaar betrokken bij IC-zorg buiten de IC-afdeling (bv. Critical Care Outreach/Spoed Interventie Team [SIT]/Rapid Response Team [RRT]/Medical Emergency Team [MET]) (B).
- De IC-afdeling is incidenteel, maar niet gestructureerd, betrokken bij IC-zorg buiten de IC-afdeling (A).
- De IC-afdeling is alleen als onderdeel van een reanimatie-team betrokken bij IC-zorg buiten de IC-afdeling (ZA).
- De IC-afdeling is niet betrokken bij IC-zorg buiten de IC-afdeling (V).

### A24 Beademing buiten de IC-afdeling (excl. het OK-complex)

- Er wordt in samenspraak met de intensivist non-invasieve beademing (Continuous Positive Airway Pressure/CPAP/BiPAP) buiten de IC-afdeling (excl. het OK-complex) uitgevoerd waarbij medewerkers adequaat geschoold zijn en onder vastgelegde lokale afspraken en inhoudelijke voorwaarden (S).
- Er wordt in samenspraak met de intensivist non-invasieve beademing (CPAP) buiten de IC-afdeling (excl. het OK-complex) uitgevoerd waarbij medewerkers adequaat geschoold zijn, maar zonder vastgelegde lokale afspraken en inhoudelijke voorwaarden (B).
- Er wordt non-invasieve beademing (CPAP/BiPAP) buiten de IC-afdeling (excl. het OK-complex) uitgevoerd waarbij medewerkers adequaat geschoold zijn, maar zonder vastgelegde lokale afspraken, inhoudelijke voorwaarden en zonder samenspraak met de intensivist (A).
- Er wordt, ondanks een aanbeveling bij een vorige visitatie, non-invasieve beademing (CPAP/BiPAP) buiten de IC-afdeling (excl. het OK-complex) uitgevoerd waarbij medewerkers adequaat geschoold zijn, maar zonder vastgelegde lokale afspraken, inhoudelijke voorwaarden en zonder samenspraak met de intensivist (ZA).
- Er wordt non-invasieve beademing (CPAP/BiPAP) buiten de IC-afdeling (excl. het OK-complex) uitgevoerd zonder vastgelegde lokale afspraken, inhoudelijke voorwaarden, samenspraak met de intensivist en zonder adequate scholing van medewerkers (V).

## A25 Multidisciplinaire preoperatieve besprekingen

- Er vinden in deze instelling multidisciplinaire preoperatieve besprekingen plaats voor hoog-risico patiënten die een complexe ingreep zullen ondergaan; behandelprotocollen zijn aanwezig. Hierbij dienen minimaal een operateur, een anesthesioloog en een intensivist aanwezig te zijn. Aantoonbare participatie van de intensivist in deze patiëntenbespreking is daarbij een voorwaarde, risico-categorieën dienen gedefinieerd, herkend en besproken te worden. Bovenstaande is vastgelegd in het zorgbeleidsplan van de IC-afdeling (S).
- Er vinden in deze instelling multidisciplinaire preoperatieve besprekingen plaats voor hoog-risico patiënten die een complexe ingreep zullen ondergaan, waarbij minimaal een operateur, een anesthesioloog en een intensivist aanwezig zijn. Aantoonbare participatie van de intensivist in deze patiëntenbespreking is daarbij een voorwaarde (B).
- Er vinden in deze instelling multidisciplinaire preoperatieve besprekingen plaats voor hoog-risico patiënten die een complexe ingreep zullen ondergaan, waarbij minimaal een operateur en een anesthesioloog aanwezig zijn; op ad hoc basis wordt hierbij de intensivist uitgenodigd (A).
- Er vinden in deze instelling multidisciplinaire preoperatieve besprekingen plaats voor hoog-risico patiënten die een complexe ingreep zullen ondergaan, waarbij minimaal een operateur en een anesthesioloog aanwezig zijn; er is hierbij geen intensivist aanwezig (ZA).
- Er vinden in deze instelling geen multidisciplinaire preoperatieve besprekingen plaats met aantoonbare participatie van de intensivist plaats voor hoog-risico patiënten die een complexe ingreep zullen ondergaan (V).

## A26 Spoedtransport

(indien de toestand van de patiënt het niet toelaat te wachten op een beschikbare MICU, mag er vervoerd worden met een reguliere ambulance)

- De instelling heeft een protocol spoed IC-transport waarin de lokale afspraken, verantwoordelijkheden en voorwaarden zijn vastgelegd. De medische begeleiding van een spoedtransport vindt te allen tijde plaats door een intensivist (S).
- De instelling heeft een protocol spoed IC-transport waarin de lokale afspraken, verantwoordelijkheden en voorwaarden zijn vastgelegd. De medische begeleiding van een spoedtransport vindt bij voorkeur plaats door een intensivist. Als de te transporteren patiënt stabiel is, of als de achterblijvende patiënten op de IC instabiel zijn, kan er gekozen worden om het spoed transport te laten begeleiden door een KNMG-geregistreeerde SEH-arts, anesthesioloog of IC-arts, die aantoonbaar competent is in het transport van IC-patiënten (B).
- De instelling heeft een protocol spoed IC-transport waarin de lokale afspraken, verantwoordelijkheden en voorwaarden zijn vastgelegd. De medische begeleiding van een spoedtransport vindt bij voorkeur plaats door een intensivist. Als de te transporteren patiënt stabiel is, of als de achterblijvende patiënten op de IC instabiel zijn, kan er gekozen worden om het spoedtransport te laten begeleiden door een KNMG-geregistreeerde SEH-arts, anesthesioloog of IC-arts, die niet aantoonbaar competent is in het transport van IC-patiënten (A).
- De instelling heeft een protocol spoed IC-transport waarin de lokale afspraken, verantwoordelijkheden en voorwaarden zijn vastgelegd. In het geval de intensivist het transport begeleidt, is de achterwacht op de IC niet/onvoldoende geregeld (ZA).
- De instelling heeft geen protocol spoed IC-transport waarin de lokale afspraken zijn vastgelegd (V).

## Kwaliteitsdomein B: Vakgroepfunctioneren

### B1 Quick Scan/IFMS/GFMS

- De vakgroep voert de Quicksan (of een vergelijkbare structurele evaluatie) van het vakgroepfunctioneren 2- jaarlijks uit én heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen, uit te voeren en te evalueren; ook neemt de vakgroep deel aan een systeem om periodiek het individueel- en/of groepsfunctioneren (IFMS/GFMS) te evalueren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep (S).
- De vakgroep voert de Quicksan (of vergelijkbaar) van het vakgroepfunctioneren tenminste iedere vijf jaar uit én heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen, uit te voeren en te evalueren; ook neemt de vakgroep deel aan een systeem om periodiek het individueel- en/of groepsfunctioneren (IFMS/GFMS) te evalueren (B).
- De Quicksan (of vergelijkbaar) wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld, uitgevoerd en geëvalueerd; de vakgroep neemt geen deel aan een systeem om periodiek het individueel- en/of groepsfunctioneren (IFMS/GFMS) te evalueren (A).
- De Quicksan (of vergelijkbaar) wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd maar de resultaten worden onderling niet besproken; de vakgroep neemt geen deel aan een systeem om periodiek het individueel- en/of groepsfunctioneren (IFMS/GFMS) te evalueren (ZA).
- Er wordt geen Quicksan uitgevoerd, de vakgroep neemt geen deel aan een systeem om periodiek het individueel- en/of groepsfunctioneren (IFMS/GFMS) te evalueren, en evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze (V).

### B2 (Meerjaren)beleidsplan/Jaarverslag

- Er is een systeem waarmee het (meerjaren)beleidsplan en het jaarverslag aantoonbaar worden geëvalueerd en waarover jaarlijks wordt gerapporteerd (S).
- De IC-afdeling heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan en een jaarverslag. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling (B).
- Er is een (meerjaren)beleidsplan en een jaarverslag, maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling (A).
- Er is geen (meerjaren)beleidsplan en/of geen jaarverslag (ZA).
- Er is geen (meerjaren)beleidsplan en/of geen jaarverslag ondanks een zwaarwegend advies in dezen bij de voorgaande visitatie (V).

### B3 Vakgroepvergaderingen

- Er is een systeem waarmee vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren (S).
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord (B).
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord (A).
- Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging (ZA).
- Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden (V).

#### B4 Medisch beleid

- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep (S).
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren (B).
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid, maar er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren (A).
- Er zijn afspraken over het medisch beleid, maar de vakgroepleden houden zich daar, anders dan waar zij gemotiveerd afwijken, niet aan (ZA).
- Er zijn geen afspraken over het medisch beleid (V).



## Kwaliteitsdomein C: Evaluatie van de zorg

### C1 Kwaliteitssysteem

- De IC-afdeling werkt met een integraal kwaliteitssysteem, produceert een kwaliteitsjaarverslag waarin kwaliteitsaspecten op lokaal en netwerkniveau worden beschreven en bespreekt dit aantoonbaar jaarlijks zowel binnen de eigen afdeling als in het netwerk van de betreffende IC (S).
- De IC-afdeling werkt met een integraal kwaliteitssysteem, produceert een kwaliteitsjaarverslag waarin kwaliteitsaspecten op lokaal en netwerkniveau worden beschreven, maar bespreekt dit alleen binnen de eigen afdeling (B).
- De IC-afdeling werkt met een integraal kwaliteitssysteem, produceert een kwaliteitsjaarverslag waarin kwaliteitsaspecten op lokaal en netwerkniveau worden beschreven, maar bespreekt dit niet binnen de eigen afdeling (A).
- De IC-afdeling werkt met een integraal kwaliteitssysteem, maar produceert geen kwaliteitsjaarverslag (ZA).
- De IC-afdeling werkt niet met een integraal kwaliteitssysteem (V).

### C2 Richtlijnen

- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging (Nederlandse Vereniging voor Intensive Care [NVIC]/V&VN-IC) zijn op de afdeling aanwezig of digitaal beschikbaar en worden nagekomen; indien er beargumenteerd van wordt afgeweken, wordt dit in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd (S).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging (NVIC/V&VN-IC) zijn op de afdeling aanwezig of digitaal beschikbaar en worden nagekomen; indien er beargumenteerd van wordt afgeweken, wordt dit in het patiëntendossier vastgelegd (B).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging zijn op de afdeling aanwezig of digitaal beschikbaar en worden nagekomen; indien er beargumenteerd van wordt afgeweken, wordt dit niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd (A).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging zijn op de afdeling aanwezig of digitaal beschikbaar en worden nagekomen; indien er beargumenteerd van wordt afgeweken, wordt dit, ondanks een aanbeveling bij een eerdere visitatie, niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd (ZA).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging zijn niet (digitaal) aanwezig, dan wel worden niet nagekomen (V).

### C3 Complicatieregistratie

- De afdeling heeft een complicatie registratie en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren; daarbij participeert de afdeling in een landelijke complicatieregistratie (NVIC/Nationale Intensive Care Evaluatie [NICE]) waardoor de resultaten gebenchmarkt worden (S).
- De afdeling heeft een complicatie registratie en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren (B).
- Complicaties worden geregistreerd en besproken, maar leiden niet tot aantoonbare beleidsaanpassingen (A).
- Complicaties worden geregistreerd, maar niet systematisch besproken (ZA).
- Er is geen structurele complicatieregistratie (V).

#### C4 **Necrologiebespreking**

- De vakgroep IC initieert een multidisciplinaire necrologiebespreking en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren (S).
- De vakgroep IC neemt deel aan een (multidisciplinaire) necrologiebespreking en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren (B).
- Er is een multidisciplinaire necrologiebespreking, maar een duidelijke structuur ontbreekt (bijvoorbeeld welke patiënten worden besproken en waarom) (A).
- Ziektegeschiedenissen van overleden patiënten worden incidenteel besproken (ZA).
- Ziektegeschiedenissen van overleden patiënten worden niet besproken, ondanks een aanbeveling bij de voorgaande visitatie (V).

#### C5 **Zorgprocessen en/of protocollen**

- Er zijn gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) voor de meest belangrijke ziektebeelden op de afdeling aanwezig of digitaal beschikbaar, waar de richtlijnen van de beroepsgroep (NVIC/V&VN-IC) een onderdeel van vormen. Evaluatie vindt via een vast schema plaats (S).
- Er zijn gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) voor de meest belangrijke ziektebeelden op de afdeling aanwezig of digitaal beschikbaar, waar de richtlijnen van de beroepsgroep (NVIC/V&VN-IC) een onderdeel van vormen (B).
- Naar de mening van IC-artsen en/of ziekenhuismedewerkers kunnen protocollen of werkinstructies verduidelijkt worden (A).
- Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling, maar er is geen standaardisatie en werkinstructies ontbreken en/of zijn onvoldoende toegankelijk (ZA).
- Richtlijnen zijn niet voldoende uitgewerkt in geactualiseerde protocollen en of zorgpaden. Werkinstructies ontbreken (V).

#### C6 **Indicatoren**

- De afdeling IC registreert de minimale dataset (MDS) en kwaliteitsindicatoren (KIIC) van/bij de Stichting NICE, aangevuld met eventuele andere door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en/of beroepsvereniging (NVIC) benoemde (kwaliteits-)indicatoren en heeft een regeling om op basis van analyse van de uitkomsten verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen implementeren. De afdeling levert daarnaast een bijdrage in de ontwikkeling van landelijke kwaliteitsindicatoren (S).
- De afdeling IC heeft een regeling om op basis van de actuele kwaliteitsindicatoren van NICE/IGJ/NVIC uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren (B).
- De afdeling IC levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, de uitkomsten worden geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties (A).
- De afdeling IC levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd (ZA).
- De afdeling IC levert geen gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, ondanks een aanbeveling hierover bij de voorgaande visitatie (V).

## C7 Melden van incidenten/calamiteiten

- Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten/calamiteiten worden geëvalueerd en gerapporteerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren (S).
- De vakgroep/afdeling informeert meteen de patiënt, legt dit vast in het medisch dossier en meldt incidenten/calamiteiten aan het stafbestuur en de Raad van Bestuur van de instelling, analyseert en bespreekt de meldingen en voert verbeteracties uit (B).
- De vakgroep/afdeling informeert meteen de patiënt, legt dit vast in het medisch dossier en meldt incidenten/calamiteiten aan het stafbestuur en de Raad van Bestuur van de instelling, analyseert en bespreekt de meldingen maar voert geen structurele verbeteracties uit (A).
- De vakgroep/afdeling informeert meteen de patiënt, legt dit vast in het medisch dossier en meldt incidenten/calamiteiten aan het stafbestuur en de Raad van Bestuur van de instelling, analyseert en bespreekt de meldingen, maar voert, ondanks een aanbeveling bij de voorgaande visitatie, geen structurele verbeteracties uit (ZA).
- De vakgroep/afdeling informeert meteen de patiënt, legt dit vast in het medisch dossier en meldt incidenten/calamiteiten aan het stafbestuur en de Raad van Bestuur van de instelling, maar analyseert en bespreekt de meldingen niet en voert geen verbeteracties uit (V).

## Kwaliteitsdomein D: Patiëntenperspectief

### D1 Patiëntperspectief in kaart

- De afdeling brengt het patiëntenperspectief structureel in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren (S).
- De afdeling brengt het patiëntenperspectief structureel in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren (B).
- De afdeling brengt het patiëntenperspectief structureel in kaart, bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren (A).
- De afdeling brengt het patiëntenperspectief in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren (ZA).
- De afdeling brengt het patiëntenperspectief niet in kaart (V).

### D2 Klachten en signalen van onvrede

- De afdeling heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en signalen van onvrede wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren (S).
- De afdeling heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (B).
- De afdeling heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A).
- De afdeling heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (ZA).
- De afdeling heeft geen afspraken om klachten en signalen van onvrede te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (V).

### D3 Veiligheid

- De vakgroep IC initieert het communiceren over de risico's voor de patiënt en de daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen ('informed consent') aan patiënten en externe partijen middels voorlichting (en/of -folders) (S).
- De vakgroep IC communiceert op eigen initiatief over de risico's voor de patiënt en de daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen (B).
- De vakgroep IC communiceert op verzoek van derden over de risico's voor de patiënt en de daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen (A).
- De vakgroep IC communiceert incidenteel over de risico's voor de patiënt en de daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen (ZA).
- De vakgroep IC heeft geen kennis genomen van de risico's voor de patiënt en de daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen (V).

## Kwaliteitsdomein E: Professionele ontwikkeling

### E1 Vakinhoudelijke kennis en vaardigheden

- De vakgroep IC heeft in haar beleidsplan systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden, zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep, en evalueert dit 2-jaarlijks (S).
- De vakgroep IC besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden, zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep, en evalueert dit systeem ad hoc (B).
- Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep; de vakgroepleden werken er mee, maar gebruiken het niet om verbeteracties te implementeren (A).
- Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede kunnen komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep (ZA).
- Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep (V).