



CHECKLIST ZORGBELEIDSPLAN IC-AFDELINGEN IN NEDERLAND

Inhoudsopgave

Blauwdruk Zorgbeleidsplan	3
De IC-patiënt.....	4
Hoe werken de professionals op de IC?	4
Regionale Samenwerking	7
De organisatie van de IC.....	7
IC-zorg buiten de IC-muren: pre-IC-zorg, peri-IC-zorg en post-IC-zorg	8
Kwaliteitsverantwoording en verbetering	8
Overig.....	8

Blauwdruk Zorgbeleidsplan

De voorliggende blauwdruk is samengesteld door het NVIC bestuur op basis van de aanbevelingen vanuit de Kwaliteitsstandaard Organisatie op de IC en de input van de leden tijdens de bijeenkomst van 31 oktober 2016. De blauwdruk is aangepast naar aanleiding van de addenda (13 juni 2019, 29 september 2020) bij de Kwaliteitsstandaard en de wens om enkele versimpelingen in de formatie-eisen door te voeren.

De blauwdruk is opgezet als een uitgebreide checklist en is zo volledig mogelijk. Voor de precieze voorwaarden van de kwaliteitsstandaard en de bijbehorende bijlagen verwijzen wij u graag naar de betreffende documenten.

In de blauwdruk wordt gebruik gemaakt van een kleurcodering om aan te geven waar de verschillende aanbevelingen op zijn gebaseerd.

Kleurcodering:

Blauw – uit kwaliteitsstandaard

Groen – uit bijlage kwaliteitsstandaard

Oranje – standpunt NVIC

Het doel van deze checklist/ blauwdruk ten behoeve van het zorgbeleidsplan is de kwaliteit van IC zorg in heel Nederland vergelijkbaar en toetsbaar te maken. Het streven is de kwaliteit van zorg te omschrijven en continue verbetering mogelijk te maken. De mate waarin wordt voldaan aan de aanbevelingen wordt beoordeeld bij de kwaliteitsvisitaties.

De uiteindelijke invulling van het zorgbeleidsplan, evenals aanvullingen gebaseerd op lokale en regionale afspraken, is uiteraard aan elke afzonderlijke IC-afdeling.

Maart 2021

De IC-patiënt
Hoofdbehandelaarschap is formeel geregeld en vastgelegd.
De intensivist is hoofdbehandelaar.
De kwaliteitsstandaard geldt voor patiënten > 16 jaar
Leg vast of patiënten van 16 en 17 jaar worden behandeld op pediatrisch IC of volwassen IC
Op een IC-afdeling liggen IC-patiënten maar ook niet IC -patiënten (zie flowchart voor de definitie (kwaliteitsstandaard)).
Op de CCU wordt NIET invasief beademd.
Op respiratory-care-afdelingen (longafdelingen) mag enkel non-invasief beademd worden.
Tijdens een pandemische of andere crisissituatie geldt de kwaliteitsstandaard en kan het crisisaddendum in werking treden.

De IC-patiënt ten tijde van crisis
Wanneer de fysieke omgeving van de eigen intensivereafdeling ontoereikend is, kan een intensiverepatiënt worden behandeld in een andere omgeving, mits deze is ingericht met de apparatuur en middelen die nodig zijn voor intensiveregeneeskunde.
Invasieve beademing behoort te worden verricht op een intensivereafdeling, tenzij de intensiverepatiënt moet worden behandeld in een andere omgeving die is ingericht zoals hierboven omschreven
De intensivist is te allen tijde hoofdbehandelaar van de intensiverepatiënt. Indien een andere medisch specialist (bijv. anesthesioloog-niet-intensivist) fungeert als uitvoerend behandelaar blijft de intensivist eindverantwoordelijk voor de behandeling.

Hoe werken de professionals op de IC?
Iedere IC heeft een zorgbeleidsplan.
Het ZBP-IC wordt jaarlijks geactualiseerd en besproken in het netwerk van de betreffende IC.
Alleen GIC gecertificeerde intensivisten behandelen IC-patiënten.
Alleen specifiek en aantoonbaar opgeleide IC-verpleegkundigen behandelen IC-patiënten.
Een IC-verpleegkundige staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister V&VN met deskundigheidsgebied IC.
IC-verpleegkundigen volgen na- en bijscholing en zijn bevoegd en bekwaam voor het gebruik van de aanwezige apparatuur.
Er dient een inwerkprogramma voor IC-artsen te zijn. De IC-arts heeft de FCCS of vergelijkbare cursus gevolgd.
Voor IC-patiënten is zeven dagen per week op iedere IC-afdeling overdag een intensivist aanwezig en exclusief beschikbaar voor patiëntenzorg op die IC. Vanuit doelmatigheidsoverwegingen gelden twee uitzonderingen op deze regel: <ol style="list-style-type: none"> 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, hoeft de intensivist overdag niet aanwezig te blijven.
In de avond en nacht is de intensivist exclusief beschikbaar en zo snel mogelijk aanwezig op de IC, met een maximum van 60 minuten
De intensivist is zo snel mogelijk, liefst binnen 30 minuten aanwezig conform de KNMG normstelling aanrijtijd hulpverleners.

In het weekend, de avond en nacht is, bij afwezigheid van de intensivist, een IC-arts binnen vijf minuten aan het bed.

De benodigde formatie intensivisten, IC-verpleegkundigen en IC-artsen wordt in beleidsplan beschreven.

Formatie-eisen intensivisten

Voor een IC-afdeling met:

- minder dan 12 bedden, of
- een afdeling met ≥ 12 bedden en met een bedbezetting $< 70\%$ over de afgelopen 3 jaar waardoor het aantal bedden in werkelijkheid op minder dan 12 uitkomt,

is de formatie **intensivisten** minimaal 0,35-0,45 fte per operationeel IC-bed Door aanvullende taken (zie hieronder) kan de minimale formatie stijgen vanaf 0,35 per operationeel IC-bed tot 0,45.

Voor een IC-afdeling met:

- 12 bedden of meer en met een bedbezetting van minimaal 70% over de afgelopen 3 jaar,
- is de formatie **intensivisten** minimaal 0,45-0,55. Door aanvullende taken (zie hieronder) kan de minimale formatie stijgen van 0,45 naar 0,55 fte per operationeel IC-bed op basis van de extra taken.

Taken die al zijn meegenomen in de minimale formatie:

- Administratie
- Klinisch onderwijs
- Wetenschap
- Management
- Informatietechnologie & PDMS-onderhoud
- Opleiding
- Kwaliteitsbeleid
- IC-consulteren

- Spoed interventie team (SIT)

Voor elk van de onderstaande aanvullende taken kan de formatie stijgen:

- Medium care
- Reanimatieteam
- IC-nazorg-polikliniek
- MICU-transport
- Spoedtransport niet zijnde MICU-transport
- Regio activiteiten

Formatie-eisen IC-artsen/ PA-ers

Voor een IC-afdeling met:

- minder dan 12 bedden, of
- een afdeling met ≥ 12 bedden en met een bedbezetting $< 70\%$ over de afgelopen 3 jaar waardoor het aantal bedden in werkelijkheid op minder dan 12 uitkomt,

is minimaal 1 IC-arts beschikbaar. De formatie **IC-artsen** is minimaal 0,55 fte per IC-bed (conform niveau 2 IC RL 2006).

Voor een IC-afdeling met:

- 12 bedden of meer, en met een bedbezetting van minimaal 70% over de afgelopen 3 jaar,

is minimaal 1 IC-arts/ PA-er exclusief beschikbaar per 6 IC-bedden. De formatie **IC-artsen** is 0,6-0,9 fte per IC-bed.

<p>Formatie eisen IC-verpleegkundigen</p> <p>Uitgangspunt: een IC-verpleegkundige heeft een span of control op de dag (7 dagen per week) van 1,5 operationeel IC-bed. In de avond en de nacht is de maximale de span of control 1,75 operationeel IC-bed, respectievelijk 2,0 operationeel IC-bed. Dezelfde normen gelden voor IC-practitioners.</p> <p>Daarbij zijn minimaal 2 IC-verpleegkundigen gedurende de dag, avond en nacht, exclusief beschikbaar. De formatie IC-verpleegkundigen is 3,5-4,2 fte per IC-bed.</p> <p>Onderbouwing voor vaststellen van de formatie binnen deze bandbreedte moet plaatsvinden aan de hand van de volgende afwegingen:</p>
SIT
Reanimatieteam
Aanwezigheid van een CIV (=Coördinerend Intensive Care Verpleegkundige) is geformaliseerd.
<ul style="list-style-type: none"> - MICU - Medium care (buiten de IC-afdeling) - Nazorg - Administratie - Kwaliteitsbeleid - Opleidingsactiviteiten - Regio-activiteiten <p>Satelliet apotheek die alle IV medicatie maakt (ontlastende activiteit)</p>
Fysiotherapeutische behandeling is onderdeel van IC-zorg.
Dagelijks is er een MDO.
Multidisciplinaire zorg is vastgelegd in een protocol.
Structuur van het MDO is vastgelegd in een protocol.
De ziekenhuisapotheker is onderdeel van het behandelteam van de IC.
De arts-microbioloog participeert dagelijks in het MDO.
De klinisch chemicus geeft gevraagd en ongevraagd advies.

<p>Hoe werken de professionals op de IC ten tijde van een crisis?</p>
<p>Iedere IC heeft een crisisopschalingsplan, waarin tenminste de volgende onderwerpen zijn uitgewerkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De opschalingsfasen die het plan heeft en wat in elke fase de behandelcapaciteit is. De koppeling van deze fasen en de behandelcapaciteit aan regionale en landelijk afspraken. • Criteria voor op- en afschalen. • Bevoegdheid van op- en afschalen • De communicatie tijdens op- en afschalen. • De commandostructuur tijdens op- en afschalen. • De wijze waarop professionals worden ingezet. • De wijze waarop middelen worden ingezet. • De maximale span-of-control voor IC-verpleegkundigen, intensivisten, arts-assistenten en physician assistants per opschalingsfase. • De inzet van niet-IC personeel en de wijze waarop eindverantwoordelijk voor de behandeling (verpleegkundig en medisch) belegd is. • De organisatie van samenwerking en communicatie met de regiopartners. • De organisatie van samenwerking en communicatie met de verschillende afdelingen in het ziekenhuis. • De ondersteuning die gegeven moet worden aan professionals om hun taken optimaal te kunnen doen. Denk aan kinderopvang, mental support, etc.
<p>Wanneer IC-patiënten worden opgenomen op een niet-IC afdeling zoals beschreven onder 'De IC-patiënt ten tijde van crisis' kan de IC-verpleegkundigen – patiëntenratio worden verruimd en de behandeling</p>

worden ondersteund met niet-IC-verpleegkundigen volgens het crisisopschalingsplan. Bij de behandeling van iedere IC-patiënt is echter een IC-verpleegkundige betrokken in een superviserende rol.

Regionale Samenwerking

Een onderdeel van het zorgbeleidsplan voor de IC (ZBP-IC) is het regionaal samenwerkingsplan IC, waarin de afspraken tussen IC-afdelingen in de IC-regio zijn vastgelegd.

Elk netwerk bestaat uit minimaal drie fysieke IC locaties waarvan er één minimaal 12 bedden heeft met een bedbezetting van minimaal 70% over de afgelopen 3 jaar.

Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het ziekenhuis in het netwerk zijn beschreven.

Er staat beschreven welke verbinding het ziekenhuis kent met welk ziekenhuis m.b.t. patiëntenstromen.

Benchmarken van resultaten in het netwerk.

Benodigde formatie opleiding.

Uitwisseling van personeel.

Elke IC-afdeling behoort tot één netwerk.

Ieder netwerk maakt een kwaliteitsjaarverslag.

Een regio komt *mogelijk* overeen met de al bestaande Regionale Opvang Acute Zorg (ROAZ) en bestaat uit verschillende netwerken. Bestaande regionale samenwerking buiten ROAZ blijft mogelijk. (besluit stuurgroepvergadering 12 oktober 2016).

In een regio zijn alle medische behandelingen mogelijk, met uitzondering van zeer speciale behandelmodaliteiten, zoals brandwonden etc..

Iedere IC registreert de SOFA-score.

Voor een SOFA score van 10 of meer geldt intercollegiaal overleg.

Intercollegiaal overleg, op basis van de SOFA-score, wordt vastgelegd.

De IC's in een netwerk leggen vast over welke patiënten zij overleggen.

De organisatie van de IC

Aantal bedden en bedbezetting.

Categorieën patiënten die worden behandeld of juist niet behandeld zijn vastgelegd.

Criteria voor opname en ontslag.

IC's maken afspraken in hun netwerk over hun maximaal gemiddelde bedbezetting.

Kwaliteit wordt onderbouwd middels landelijk vastgestelde indicatoren

Registratie van weigering van IC-patiënten. (Dit percentage is maximaal 5% van het totaal aantal IC-opnames.)

Elke IC-afdeling heeft een intensivist als medisch hoofd.

Indien een IC-patiënt moet worden overgeplaatst naar een andere instelling dient dit te gebeuren met behulp van een MICU-transport (mits de toestand van de patiënt het toelaat dat er gewacht kan worden op dit type transport).

MICU-transport moet 16 uur per dag mogelijk zijn.

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 andere arts (KNMG geregistreerde SEH-arts, anesthesioloog of IC-arts). Voorwaarde is dat de arts aantoonbaar competent is in het transport van IC-patiënten.

Elk ziekenhuis heeft een protocol spoed IC-transport waarbij lokale afspraken zijn vastgelegd.

IC-zorg buiten de IC-muren: pre-IC-zorg, peri-IC-zorg en post-IC-zorg
Overweeg multidisciplinaire preoperatieve besprekingen voor risicopatiënten.
Perioperatieve zorg wordt multidisciplinair uitgevoerd en is vastgelegd.
Een SIT bestaat bij voorkeur uit een IC-arts en IC- verpleegkundige. (Elk ziekenhuis dient een SIT te vormen dat gedurende 24 uur per dag binnen vijftien minuten aanwezig kan zijn bij een patiënt die als vitaal bedreigd beschouwd wordt.)
Op een MC (=MC, SC, HC, Stroke Unit,..(geen PACU)) moet 24 u per dag en 7 dagen per week een arts aanwezig of binnen 5 minuten beschikbaar zijn die minimaal geschoold is op het niveau van de FCCS opleiding. Deze arts wordt altijd gesuperviseerd door de hoofdbehandelaar die binnen 60 minuten aanwezig kan zijn op de MC.

Kwaliteitsverantwoording en verbetering
Elke IC-afdeling heeft een kwaliteitsjaarverslag.
Elke IC-afdeling werkt volgens lokale protocollen.
Er zijn procedures voor apparaatbeheer, onderhoud en vervanging.
Alle Nederlandse IC-afdelingen zijn aangesloten bij NICE.
Elke IC-afdeling werkt met een gedigitaliseerde checklist/overdrachtformulier bij overdracht van patiënten tussen afdelingen.
Elke IC heeft een kwaliteitssysteem voor het melden van incidenten en calamiteiten en werkt met een kwaliteitscyclus (PDCA).
Iedere IC-afdeling wordt minimaal eens in de vijf jaar gevisiteerd door de NVIC.
Het gebruik van PRI's (=Prospectieve Risico Inventarisatie) wordt aanbevolen.
Iedere IC heeft een PDMS.
Functioneren intensivisten op de werkvloer wordt geëvalueerd middels IFMS

Overig
Bij nieuwbouw heeft inrichting met eenpersoonskamers de voorkeur.