

Verslag invitational conference herziening Leidraad Organisatie van Intensive Care

Datum : 4 april 2023
Tijd : 16.00 uur – 18.00 uur
Locatie : Zoom

Aanwezig: Anton de Bruin, Arthur de Meijer, A.A. Corsten, Ben de Jong, Bianca van Wetten, Coby Heij, Corien Veenstra, Peter de Jager, David van Westerloo, Erica de Loos (NVZ), George Kluge, Hans van der Spoel, Herman Kreeftenberg, ING Janssen, Arend Jan Meinders, Martha de Bruin, Iwan van der Horst, Janine de Kleijn, Joke Diepering-van der Groot, Jos Eijkenboom, Lilian Vloet, Mathieu van der Jagt, Michelle Samuels, Miriam Moviat, Niels Oerlemans (NVZ), Niels Gritters vd Oever, Nieke Dijkman, Paul Rood, Pauline Buscher, Peter Sponk, Peter van Vliet, Piet Melief, Ralph So, Remko de Jong, Robbert van der Looij, Ronald Pauw, Sefanja Achterberg, Sarita Oudit Doebé, Stijn Corsten, Taco vd Ende, Ellen Smit, Lea Koelemeijer (NZA), Iwan Meynaar (voorzitter werkgroep), Femke Janssen (Kennisinstituut), Stefanie Hofstede (Kennisinstituut)

1. Opening

Iwan heet iedereen welkom en opent de vergadering.

2. Voorstelronde

Alle aanwezige partijen worden benoemd. Iwan, Femke en Stefanie stellen zichzelf kort voor.

3. Toelichting doel van de bijeenkomst en proces herziening

Het doel van de invitational conference is het aanhoren van veldpartijen omtrent:

- Ervaren knelpunten in de zorg
- Aandachtspunten/suggesties voor de te herziene leidraad
- Afbakening van de leidraad (prioriteiten)

Het is nu niet de bedoeling dat er een inhoudelijke discussie wordt gevoerd. De aangedragen knelpunten worden door de werkgroep meegenomen in het vaststellen van het raamwerk.

De invitational conference draagt uiteindelijk bij aan het vormgeven van een helder afgebakende leidraad “Organisatie van de Intensive Care” waarvan de inhoud aansluit bij de behoeften van het veld.

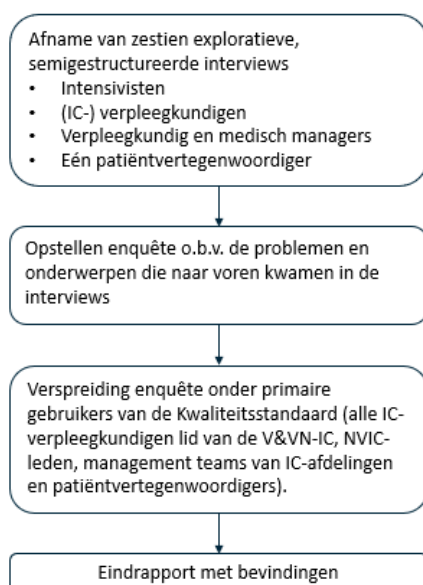
Belangrijk in de ontwikkeling van een leidraad is dat de patiënt centraal staat. De leidraad beschrijft optimale zorg voor de patiënt en is dan ook primair gericht op klinisch gebruik. Na autorisatie wordt de leidraad gepubliceerd op de Richtlijndatabase.

4. Aanleiding herziening en resultaten evaluatie leidraad

Kort overzicht van de afgelopen jaren:

- 2006: Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland CBO
- 2010-2015: herziening van de richtlijn uit 2006. Geen consensus over de nieuwe conceptrichtlijn.
- 2016: met doorzettingsmacht vaststelling van de Kwaliteitsstandaard 'Organisatie van de Intensive Care' door het Zorginstituut
- 2016-2022 Samenstelling van de blauwdruk ter aanvulling op de Kwaliteitsstandaard door de NVIC
- 2022: evaluatie met ten doelen om input over de Kwaliteitsstandaard (2016) op te halen uit het veld, welke dient als input voor de herziening van de Kwaliteitsstandaard
- 2023 (nu): start herziening

In 2022 is er een uitgebreide evaluatie uitgevoerd van de Kwaliteitsstandaard. De stappen waren als volgt:



Het eindrapport is in te zien via de website van de NVIC - [SKMS – NVIC](#).

Opmerkingen van aanwezigen a.d.h.v. de evaluatie:

- De vraag wordt gesteld of in de evaluatie ook is meegenomen wat het flexibele opleiden betekent voor de richtlijn? Dit is niet ingenomen in de evaluatie, maar kan genoemd worden als knelpunt.
- Een vertegenwoordiger van de NAPA geeft aan dat de beroepsgroep in het vorige document onderbelicht was en bij gebrek aan bewijs niet is opgenomen. Het is belangrijk om de functie van en de beschikbaarheid van meer bewijskracht over de PA-er onder de aandacht te brengen en mee te nemen als knelpunt. Er zal worden bekeken of er iemand kan worden toegevoegd aan de werkgroep namens de NAPA.

5. Bespreken conceptraamwerk & knelpunten (afbakening en inhoudelijke hoofdlijnen van de leidraad)

Op basis van de evaluatie is een conceptraamwerk opgesteld. Het raamwerk zal de basis zijn voor de herziening van de leidraad. Iwan geeft aan dat het streven is om de leidraad binnen een jaar te schrijven.

Knelpunteninventarisatie o.b.v. het conceptraamwerk

De volgende vragen worden gesteld:

- 1) Zijn er knelpunten die nog niet geadresseerd worden in het conceptraamwerk?
- 2) Zijn er onderwerpen opgenomen in het conceptraamwerk waar u zich niet in kan vinden?

De aanwezigen in de vergadering hebben nu de mogelijkheid om knelpunten aan te dragen. Over de knelpunten hoeft geen consensus te zijn binnen de vergadering. Er wordt nu dan ook niet uitvoerig over gediscussieerd. De ingebrachte punten worden gezien als punten die de meegenomen kunnen worden bij het schrijven van de herziene leidraad. Aangedragen knelpunten per hoofdstuk uit het conceptraamwerk:

1. De intensive care patiënt

- Haal de medium care patiënt uit de leidraad.

- Zorg voor IC patiënten is aan het veranderen: mensen zijn veel wakkerder, maar dat betekent niet dat het minder intensief is. De IC patiënt is een patiënt die onder het hoofdbehandelaarschap valt van de intensivist. Dus deze definitie moet veranderen en aan de hoofdbehandelaar worden gehangen.
- Als je een definitie over de medium-care patiënt opneemt, heeft dat als consequentie dat de vraag wordt gesteld: heb je wel medium care? Er is momenteel een constant tekort aan medium care afdelingen, bijvoorbeeld in Erasmus. We creëren een probleem als we de medium care noemen, terwijl we de capaciteit niet hebben.
- In de oude definitie is onderscheid gemaakt tussen de postoperatieve patiënt die naar de PACU moet, maar niet ieder ziekenhuis heeft een PACU. Veel IC patiënten zijn postoperatieve patiënten die niet onder de IC patiënt vallen.
- Het PACU deel moet eruit worden laten. Als je als IC een postoperatieve patiënt op de IC opneemt, dan is dat gewoon een IC patiënt. Daar moet niet teveel mee worden gedaan in deze leidraad.
- Wellicht moet er iets gewijd worden aan de financiële aspecten. Wie een IC patiënt is, hangt af van de setting. Als een patiënt niet op de PACU hoort, dan komt deze op de IC terecht. De PACU moet hierbuiten worden laten; de IC patiënt moet herkend worden.
- In- en exclusiecriteria om op de IC te komen moeten worden benoemd. Patiënten verbieden op de IC te liggen is afhankelijk van lokale situatie, dus vooral focussen op mensen die op de IC moeten komen. Kortom: opnameindicaties beschrijven en niet/terughoudend zijn in het benoemen van de weigerindicaties.
- Zorg begint al vóór de patiënt op de IC ligt (SIT team). Wanneer is een patiënt een IC patiënt en wanneer niet meer een IC patiënt die nog wel op de IC ligt? Hoe ernstig ziek moet een patiënt zijn om op de IC te liggen? Kunnen we in de leidraad al iets zeggen over de overgang van SIT naar de IC?

2. Organisatie IC en samenwerking van professionals op de IC

- De rol van de verpleegkundige: Er moet worden gekeken naar welke verpleegkundigen op de IC werken. Welke professional voert welke taak uit? Denk aan verpleegkundigen, physician assistants, verpleegkundig specialisten, practitioners, bachelors medische hulpverlening, etc. Wie zorgt voor de patiënt en wat zijn de competenties?

- Er moet iets worden gezegd over verpleegkundigen/werken met EPA's. Hoe werken we op de IC en kunnen we bekwaamheid krijgen door EPA's te verkrijgen?
- Er moet aandacht zijn voor het functioneren van een team, dus de zachte kant, niet alleen maar de 'harde' communicatie als in CRM.
- Uitbreiden naar teamfunctioneren, maar ook samenwerking tussen afdelingen/in het ziekenhuis is essentieel.
- Punt 2.8 uit het conceptraamwerk over de minimale bezettingsgraad: financiering voorziet in 20% van de leegstand, maar dit is iets voor de BBC om daarin mee op te trekken. Bezetting heeft consequenties voor de financiering; daar moet naar gekeken worden. De bezettingsgraad wordt mede bepaald door de zorgvraag van de afdeling, dus ook zorgzwaarte meenemen.
- Hoe hard of zacht moet je de service level agreement opnemen met samenwerkende professionals binnen het ziekenhuis (andere afdelingen)? Hoe betrek je een AIOS longgeneeskunde op de IC: middels MDL of een service level agreement in elk ziekenhuis samenstellen? Maak afspraken met de andere mensen in het ziekenhuis, bijv. een service level agreement over wie wat doet. M.n. als er steeds meer monitoring op afdelingen plaats vindt (denk aan de cardiologie die door de IC in de gaten gehouden wordt).
- Samen met elkaar blijven leren moet ook een onderdeel zijn. Dit zou ergens in de leidraad moeten staan.
- Naast teamfunctioneren moeten we ook human factors noemen i.v.m. dat dit in de Europese richtlijn wordt genoemd. Let op het team, maar specifiek human factors.
- Hier hoort ook de rol van de patiënt en de familie thuis en deze ontbreekt nu nog. Zet de patiënt centraal.
- Taakherschikking aanhalen als algemeen punt in het team. Wie doet wat met welke opleiding en wat komt er allemaal aan?
- Punten 2.8, 2.9 en 2.10 moeten in een regio overeengekomen zijn. Je kunt capaciteit en samenwerking niet alleen doen; dat moet je samen met je buur-IC doen.
- Ook het kunnen opnemen van een patiënt die IC behoeftig is en die functie van de IC (opnemen zieke patiënten) moet terugkomen (beschikbaarheidsfunctie).

- De rol van de intensivist verandert in kleine ziekenhuizen. Er is vaker een rol buiten de ic.. Er moet worden nagedacht over benodigde competenties ook voor de rollen buiten de IC. De rol van de acute zorgketen binnen de regio: welke competenties zijn daarvoor nodig? Passen die in onze gereedschapskist?
- Een mooi voorbeeld van ontregelde zorg komt vanuit het SIRE project 'best practices', dit kan worden meegenomen (valt onder thema arbeid binnen het IZA). Denk aan registraties die gedaan worden op de IC, maar die niet nodig zijn.
- Verpleegkundig specialisten, PA, internationale titels: we moeten iets met de PA's en de VS.
- Punt 2.6 over beschikbaarheid: naast de arts-assistent moet hier ook de PA'er bij, zodat een lange aanrijdtijd mogelijk is.
- Wat gaan we als intensivist toevoegen aan perioperatieve zorg als er ook een anesthesioloog is? Dit moeten we eruit halen. Andere deelnemers willen deze rol juist versterken.
- MDO: wie moet erbij zitten hoe dit vorm te geven? Hierover moet goed nagedacht worden. Wat is de definitie van een MDO? Welke samenstelling?
- Algemene vraag: wordt er weer gestreefd naar een ratio verpleegkundige of arts per patiënt? Er moet meer aandacht voor de PDCA cyclus zijn dan voor de ratio. Maak de ratio afhankelijk van randvoorwaarden van kwaliteit van zorg. Je moet je eigen ratio kunnen verantwoorden i.p.v. vastleggen in een document.
- Er moet worden gekeken naar pre-operatieve screening. Niet in alle ziekenhuizen is er een anesthesioloog of intensivist. Dit moet goed worden geïntegreerd, zodat het elkaar niet tegenspreekt. Hoe ga je bijv. bij kwetsbare patiënten als anesthesioloog en intensivist bij elkaar zitten?
- In het kader van toenemende krapte op de arbeidsmarkt: ratio's opnemen is zeer riskant om flexibiliteit te krijgen hoe je de kwaliteit en professionaliteit op de IC waarborgt.
- Voor de taakgroepformatie ligt een document klaar dat kan worden meegenomen. Deze staat op de NVIC-website.

3. Regionale samenwerking van IC-zorg in Nederland

- Hier is door de LNIC al een begin mee gemaakt in een document (beschikbaar op de NVIC site); voorstel om hier over te spreken met een aantal personen. Stijn Corsten en Peter Spronk wil hier graag in meedenken. Dit moet ook in de visitatie getoetst worden.
- Punt 3.2 wat simplificeren: wie wordt wel en wie wordt niet met de MICU vervoerd?
- De bezettingsgraad is erg verschillend per regio. Iets algemeen formuleren wordt erg ingewikkeld, maar mogelijk kunnen er wel een aantal kaders worden opgenomen. Peter Spronk voert hier binnenkort discussie over, iedereen welkom om aan te sluiten.
- Wat betreft niet-gepland klinisch transport van patiënten: hierover volgt binnenkort een aantal best practices en beschrijving (Peter Spronk). Deze geven kaders over hoe dit geregeld kan worden.
- De richtlijn 'interklinisch transport IC' kan worden toegevoegd als addendum van de kwaliteitsstandaard.

4. Kwaliteitsverantwoording en verbetering

- De veiligheidscultuur van een afdeling is een hele belangrijke factor waarover moet worden nagedacht.
- Als het over kwaliteit van zorg gaat, moet de stem van de patiënt beter worden geborgd.
- Er moet worden geleerd van zaken die op de afdeling spelen, maar het is nog lastig om dit te delen dus daar moeten we wat mee. De vraag is wel in hoeverre je dat moet vastleggen.
- Advanced care planning ontbreekt nog i.c.m. moreel beraad. Moreel beraad is wel onderdeel van kwaliteit.
- Lokale protocollen in de regio moeten we op elkaar laten aansluiten.
- Suggestie: opstellen website binnen een besloten deel van de regio waar protocollen gedeeld kunnen worden en erover in discussie kan worden gegaan.

4. Crisis addendum

- Geen opmerkingen.

Overkoepelend:

- Timmer de leidraad niet helemaal dicht; het moet werken voor iedereen in het land. Dus niet te specifiek maken, want het moet voor elke IC haalbaar zijn. Handvatten geven, helpend zijn en niet dwingend formuleren.
- De NVZ kijkt niet mee naar de inhoud, maar wel of het haalbaar is voor ziekenhuizen, financiers, IT, personeelszaken etc. Erica de Loos (NVZ) mailt de criteria naar Iwan.

Daarnaast worden er nog enkele suggesties benoemd in de vergaderchat:

- Personeelsbeleid en - behoud behoeft expliciet aandacht in de kwaliteitsstandaard. Tot op heden is dit een onderbelicht aspect van onze bedrijfsvoering, maar desalniettemin erg belangrijk.
- Passende zorg: wordt in een aparte richtlijn/leidraad verwerkt waar de NVIC werkgroep passende zorg o.l.v. Bernard Fickers mee bezig is. Deze werkgroep legt de laatste hand aan een uitgebreid document over passende zorg vanuit het oogpunt van de patient, de professional en de maatschappij. Daar kan naar worden verwezen in de leidraad.
- Tav formatie en aanrijtijd lijkt me dit ook afhankelijk van de voorwacht intensive care: ANIOS(hh ervaring)/PA-er/verplegekundig specialist. Een aanrijtijd van 60 minuten lijkt me erg lang.
- Er loopt momenteel een multicenter trial naar de effectiviteit van een hoog risico MDO en hoe dat het beste vormgegeven kan worden (preparation). Misschien goed om die resultaten mee te nemen in de aanbevelingen?
- T.a.v. het MDO zou ik juist willen voorstellen om dit niet al te veel dicht te timmeren. Dus multidisciplinair alleen als het nodig is en flexibel inzetten.
- T.a.v. formatie-eisen voor artsen: dit ook relateren aan duurzame inzetbaarheid van intensivisten.
- Het is belangrijk om bij de formatie discussie ook rekening te houden met niet klinische taken (anders moeten die in “eigen tijd”).
- IZA vermindering regeldruk thema Arbeid zie pagina's 86/87
file:///C:/Users/e.delooos/Downloads/integraal-zorg-akkoord%20(7).pdf + voorbeeld ZIRE via <https://www.nvz-kennisnet.nl/groep/229-ontregel-de-zorg/documenten/map/1345> (NVZ/NFU-leden).

- Veiligheid: zie ook het landelijke programma <https://www.programmatv.nl/> met o.a. safety II.
- Een intensivist is in het ziekenhuis toenemend bezig met codering/moreel beraad in het ziekenhuis, dit moeten we opnemen als rol.
- Post-IC poli is ook belangrijk in H2 en/of 4.
- Suggestie om het crisis addendum meer generiek te maken dan alleen voor Covid-19.
- Meer generiek, maar niet voor de crisis “personeelstekort”.

6. Vervolprocedure

Na de invitational conference wordt een beknopt verslag naar alle aanwezigen gestuurd met reactiemogelijkheid.

Er is een werkgroep samengesteld uit afgevaardigden van verschillende verenigingen. De samenstelling van de werkgroep is als volgt:

NVIC – Iwan Meynaar (voorzitter)	NIV – Miriam Moviat
NVIC – Ben de Jong	NVA – Mark Koning
NVIC – Peter van Vliet	NVVC – Rens van de Weyer
NVIC – Marieke Zegers	NVvH – Joost Meijer
NVIC – Corine Veenstra	V&VN-IC – Paul Rood
NVIC – Jasper van Bommel	V&VN-IC – Lea Duijvenbode-den Dekker
NVALT – Jan Zijlstra	FCIC/IC-Connect – Margot van Mol

De werkgroep past het raamwerk van de leidraad aan, mede op basis van de resultaten van deze invitational conference. Het raamwerk wordt toegestuurd aan de aanwezige partijen incl. korte motivatie. De werkgroep zal de leidraad gaan herzien. Dit zal ongeveer 1-2 jaar duren. Alle aanwezige partijen krijgen de conceptleidraad voor commentaar. Tot slot wordt er tegen die tijd weer een Webinar gehouden.

7. Sluiting

Iwan bedankt alle aanwezigen en sluit de vergadering.