

Zorgbeleidsplan

202x

Intensive Care xxx

Ziekenhuis

xxx, afdelingsmanager IC

xxx, medisch coördinator IC

Let op! Dit betreft het zorgbeleidsplan van een willekeurig ziekenhuis. Het is slechts bedoeld als voorbeeld van een ZBP dat voor de visitatie benodigde informatie bevat en helder het proces op deze IC beschrijft. Aan (het overnemen van) de inhoud kunnen geen rechten worden ontleend.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
De IC-patiënt	4
<i>Hoofbehandelaar.....</i>	<i>4</i>
<i>Leeftijd > 18 jaar</i>	<i>4</i>
<i>Patiënt-selectie</i>	<i>4</i>
<i>Niet-invasieve ademhalingsondersteuning buiten de IC.....</i>	<i>6</i>
<i>Pandemische of andere crisissituatie.....</i>	<i>6</i>
Hoe werken de professionals op de IC?	6
<i>ZBP en management.....</i>	<i>6</i>
<i>Intensivisten op de IC.....</i>	<i>7</i>
<i>Artsen op de IC.....</i>	<i>7</i>
<i>IC-verpleegkundigen</i>	<i>7</i>
<i>Exclusieve beschikbaarheid.....</i>	<i>8</i>
<i>Fysiotherapie</i>	<i>8</i>
<i>Multidisciplinair Overleg (MDO)</i>	<i>8</i>
<i>SOFA/overleg</i>	<i>9</i>
Regionale Samenwerking	9
<i>Regionale samenwerking IC Xxx</i>	<i>9</i>
<i>Regio overeenkomst IC-regio Xxx.....</i>	<i>9</i>
De organisatie van de IC.....	9
<i>Bedden capaciteit</i>	<i>9</i>
<i>Categorieën patiënten die worden behandeld of juist niet behandeld.....</i>	<i>10</i>
<i>Overplaatsing naar andere instelling.....</i>	<i>10</i>
IC-zorg buiten de IC-muren: pre-IC-zorg, peri-IC-zorg en post-IC-zorg.....	11
<i>Multidisciplinaire preoperatieve bespreking</i>	<i>11</i>
<i>Perioperatieve zorg.....</i>	<i>11</i>
<i>Spoed Interventie Team</i>	<i>11</i>
<i>Post-IC zorg</i>	<i>11</i>
Kwaliteitsverantwoording en verbetering	12
<i>VIM, Calamiteiten en klachten.....</i>	<i>12</i>
<i>Kwaliteitsagenda en KwaCom</i>	<i>12</i>

<i>Stichting NICE</i>	13
<i>Lokale protocollen</i>	13
<i>Necrologiebespreking</i>	13
<i>Patiënt en/of familie-tevredenheidsonderzoek</i>	13
Overig	13
<i>Scenariotraining</i>	13
<i>Vakgroep functioneren</i>	14
<i>Wetenschap</i>	14

VOORBEELD

De IC-patiënt

Hoofbehandelaar

De intensivist is hoofbehandelaar op de IC. Het medische beleid wordt dagelijks tijdens het multidisciplinaire overleg (MDO) bepaald door de intensivist samen met de insturende specialist en de geconsulteerde specialisten, zij vormen samen het behandelteam. Ook niet direct bij de patiënt betrokken specialisten die bij het MDO aanwezig zijn, kunnen gevraagd en ongevraagd adviseren.

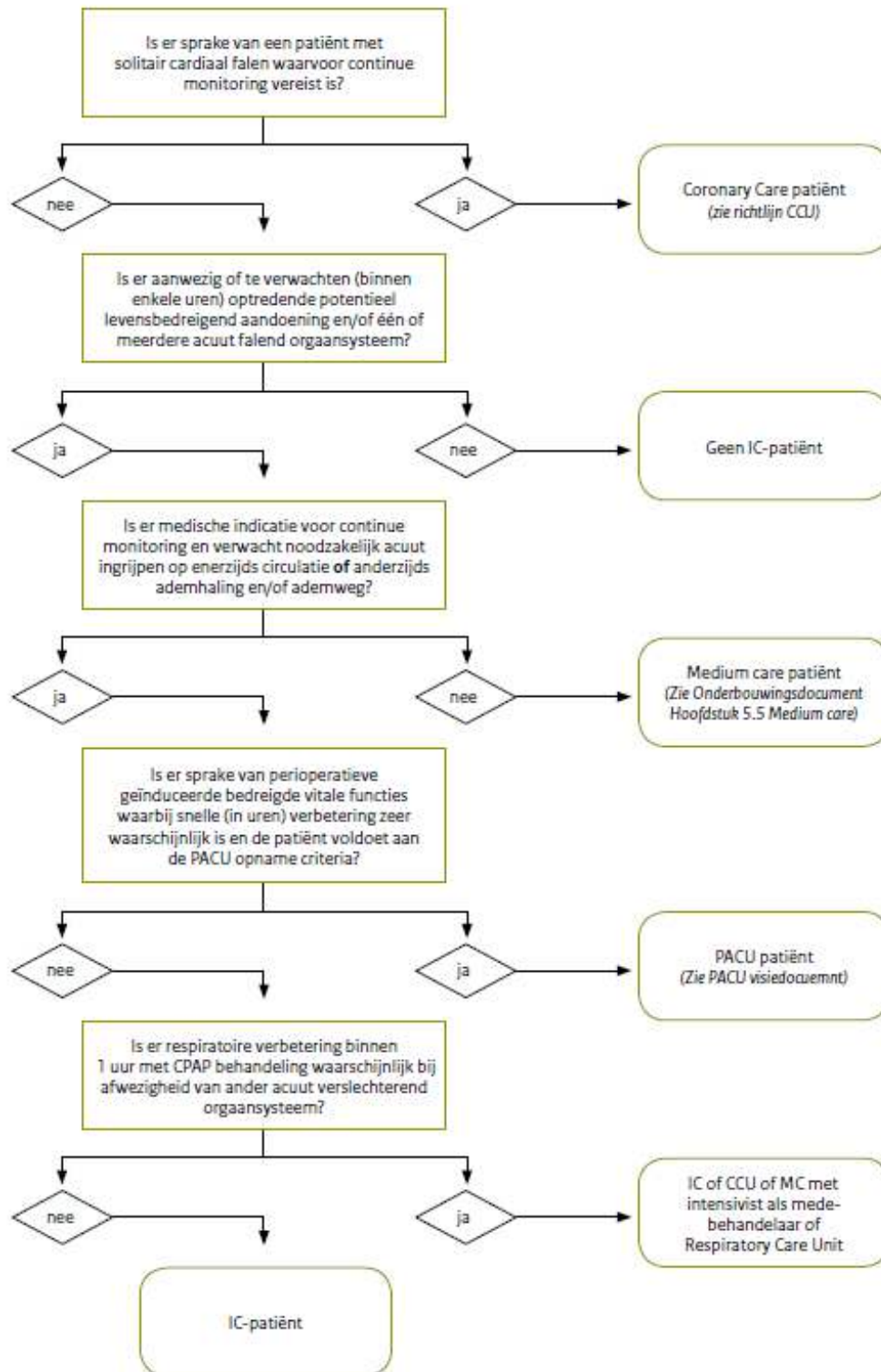
Belangrijke beslissingen zoals wijziging van de behandelcode en onverwachte ontwikkelingen worden altijd besproken door de intensivist met de insturend specialist. Als de patiënt van de IC wordt ontslagen vervalt het hoofbehandelaarschap weer aan de ontvangend specialist. Bovenstaande is vastgelegd in het protocol "*Hoofdbehandelaarschap op de IC*", te vinden in *Zenya* en wordt jaarlijks geëvalueerd tijdens stakeholdergesprekken met de diverse bij de IC betrokken specialismen.

Leeftijd > 18 jaar

Op de IC van het xxx worden alleen patiënten behandeld met een leeftijd van 18 jaar of ouder. Patiënten die jonger zijn worden in overleg met de kinderarts overgeplaatst naar een IC voor kinderen. In acute situaties kan een patiënt jonger dan 18 jaar worden opgenomen op onze IC. Dit betreft altijd een situatie van overmacht waarbij gestreefd wordt de patiënt zo snel en veilig mogelijk over te plaatsen naar een IC voor kinderen. De kinderarts is in dit geval hoofdbehandelaar en de anesthesioloog en insturend medisch specialist zijn nauw betrokken bij de behandeling. De afdeling IC en de vakgroep intensivisten hebben een faciliterende en consulterende functie.

Patiënt-selectie

De IC van het xxx hanteert een patiëntselectie-systeem volgens de definitie uit de kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care uit 2016. Het xxx heeft geen Medium Care (MC); patiënten die onder de categorie medium care (MC) vallen, worden opgenomen op de IC. Om tegemoet te komen aan de wens vanuit de organisatie om in tijden van extreem beddentekort in het ziekenhuis toch bedden voor niet IC-patiënten beschikbaar te stellen kan, in overleg met de dienstdoende intensivist, worden besloten om tijdelijk IC-bedden te sluiten. Deze fysieke ruimte kan worden benut voor de opname van (niet-IC) patiënten. Verpleegkundige zorg voor deze patiënten wordt geleverd door de intensive care. Behandeling vindt echter plaats onder de verantwoordelijkheid van de opnemend specialist. Dit is vastgelegd in het protocol 'Opname- en beddenbeleid & opnamestop', te vinden in *Zenya*.



Figuur 1. Stroomdiagram typen patiënten (Kwaliteitstandaard IC 2016)

Niet-invasieve ademhalingsondersteuning buiten de IC

Patiënten die niet-invasieve ademhalingsondersteuning behoeven, worden in principe op de IC opgenomen. Op de longafdeling en CCU bestaat de mogelijkheid voor BiPAP en hoge flow zuurstoftherapie respectievelijk CPAP. De voorwaarden waaronder patiënten op die afdelingen deze therapie kunnen krijgen en de protocollen daartoe zijn opgesteld in samenspraak met de intensivisten en vermeld in de Dienstverleningsovereenkomst Longziekten-IC en Dienstverleningsovereenkomst Cardiologie-IC in Zenya. Scholing van medewerkers op de betreffende afdelingen wordt vastgelegd in “Mijn xxx Academie” in het persoonlijke portfolio.

Pandemische of andere crisissituatie

Tijdens een pandemische of andere crisissituatie geldt de kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care en kan het crisisaddendum in werking treden. Wanneer de fysieke omgeving van de eigen IC-afdeling ontoereikend is, kan een IC-patiënt worden behandeld in een andere omgeving, mits deze is ingericht met de apparatuur en middelen die nodig zijn voor IC-geneeskunde.

Invasieve beademing behoort te worden verricht op een IC-afdeling, tenzij de IC-patiënt moet worden behandeld in een andere omgeving die is ingericht zoals hierboven omschreven. De intensivist is te allen tijde hoofdbehandelaar van de IC-patiënt. Indien een andere medisch specialist (bijv. anesthesioloog-niet-intensivist) fungeert als uitvoerend behandelaar blijft de intensivist eindverantwoordelijk voor de behandeling. Ten tijde van de COVID-pandemie episodes waar opschaling nodig was, is ook als zodanig gehandeld.

Voor het xxx is gekozen deze IC-zorg in tijden van crisis uit te voeren op een tweetal daartoe vrijgemaakte zalen die naast de IC liggen. Monitoring en aansluitingen zijn daarvoor inmiddels aanwezig. Daarmee zijn in korte tijd vier extra bedden te realiseren mocht dit nodig zijn. Afspraken over communicatie en opschaling zijn vastgelegd in de documenten “*Integraal crisisplan xxx*” en “*Opschalingsplan ZiROP-IC*”. De opschalingsfasen en de behandelcapaciteit van de IC per fase ten aanzien van COVID is vastgelegd in het document “*COVID-19 xxx op en afschalen COVID en non COVID-zorg xxx*”. In deze documenten zijn de regionale en landelijke afspraken, de criteria voor op- en afschalen, de bevoegdheid ten aanzien van op- en afschalen, de communicatie tijdens op- en afschalen en de commandostructuur vastgelegd. Regelmatig vindt een multidisciplinaire calamiteiten oefening plaats waaraan ook GGD en GHOR meewerken.

Hoe werken de professionals op de IC?

ZBP en management

Dit ZBP-IC wordt jaarlijks geactualiseerd en besproken in het netwerk IC-regio xxx. De IC valt onder de Zorgeenheid Acuu welke wordt aangestuurd door een manager bedrijfsvoering en een medisch manager. Het dagelijks management is eveneens een duaal management, bestaande uit het hoofd van de IC en een intensivist als medisch coördinator. Het hoofd IC geeft leiding aan het verpleegkundig personeel en is daarnaast financieel verantwoordelijk en coördineert de capaciteit en logistiek op de IC. Zij is formeel benoemd en is fulltime hiertoe aangesteld.

De medisch coördinator is medeverantwoordelijk voor het strategisch beleid van de IC, logistieke organisatie en overlegt jaarlijks met de verwijzende vakgroepen. Voor deze taak is 0.1 fte beschikbaar. De medisch coördinator en zijn plaatsvervanger zijn GIC gecertificeerde intensivisten en de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn beschreven in *Zenya "Medisch coördinator, profiel, versie 1"*.

Intensivisten op de IC

Alle intensivisten werkzaam op de IC van het Xxx zijn GIC gecertificeerd. De intensivisten zijn betrokken bij het reanimatieteam (A/B) en verantwoordelijk voor SIT-oproepen. Daarnaast voor spoedtransport niet zijnde MICU-transport (zoals ook is vastgelegd in de *"dienstverleningsovereenkomst IC-Anesthesiologie"*, beschikbaar op *Zenya*). De intensivisten dragen actief bij aan diverse ziekenhuiscommissies. Daarnaast zijn ze betrokken bij regio activiteiten.

Er zijn 2 intensivisten overdag aanwezig en tijdens de avond- en nachtdienst (AN dienst) is altijd een intensivist in huis. De overdracht vindt plaats om 7:30 en 16:00 uur. De overdracht verloopt gestructureerd en wordt naast voor beleidsafstemming ook gebruikt voor onderwijsdoeleinden (onderwijs door arts-assistenten op dinsdag 16:30 en speedweertjes 2-wekelijks aan het einde van een nachtblok en door intensivisten op donderdag om 16:30).

Voor het berekenen van de minimale formatie intensivisten wordt gebruik gemaakt van de eisen voor een IC met 12 of meer bedden met een bedbezetting van < 70% in de afgelopen 3 jaar. De huidige formatie is 6.2 fte (0,52 fte per operationeel IC bed).

Artsen op de IC

De arts-assistenten werkzaam op de IC hebben, voordat zij nachtdiensten verrichten, de FCCS-cursus met succes afgerond. Daarnaast worden zij getraind in BLS en ALS. Zij hebben een inwerkperiode van een maand voordat zij in de nachtdienst worden ingezet. Zij lopen in hun eerste week op de IC ook een dag mee met de verpleegkundige en krijgen van zowel renal als ventilation practitioner uitleg over de gebruikte apparatuur; dit ook in het kader van de uitwerking van het convenant medische technologie. Dit geldt voor zowel stage-assistenten (AIOS) als ANIOS. Er is een introductieklapper beschikbaar waarin algemene uitleg over het werken op de IC wordt gegeven.

Op een IC met meer dan 12 bedden met een bedbezetting van < 70% moet gerekend worden met 0,55 fte IC-arts per bed wat voor het Xxx neerkomt op 7,2 fte. De IC heeft nagenoeg aansluitend altijd 1 stage-AIOS interne en 1 stage-AIOS chirurgie, afhankelijk van het aanbod nog 1 extra. Daarnaast heeft zij naar gelang het aantal AIOS aanvullend tussen de 4 en 5 fte ANIOS tot haar beschikking. Zij werken in een 1-1-1 (totaal 6 FTE) of 2-1-1 (bij 7 FTE) rooster. Dit wordt ook zo mogelijk afgestemd op de drukte op de IC.

IC-verpleegkundigen

Alleen specifiek en aantoonbaar opgeleide IC-verpleegkundigen behandelen IC-patiënten op de IC van het Xxx. IC-verpleegkundigen volgen na- en bijscholing en zijn bevoegd en bekwaam voor het gebruik van de aanwezige apparatuur wat is vastgelegd in "Mijn Xxx Academie" in het persoonlijke portfolio.

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. Verpleegkundigen dragen actief bij aan het SIT en reanimatie, CIV, nazorg. Daarnaast hebben zij een rol in het kwaliteitsbeleid en worden IC-verpleegkundigen en practitioners opgeleid. De formatie IC-verpleegkundigen is x fte exclusief cursisten en x fte inclusief cursisten per IC-bed.

Exclusieve beschikbaarheid

Voor IC-patiënten van de IC van het Xxx is 7 dagen per week, 24 uur per dag een intensivist aanwezig en exclusief beschikbaar voor patiëntenzorg op de IC. Zij slapen in huis en zijn daarmee binnen vijf minuten beschikbaar aan het bed.

Fysiotherapie

Op de IC is fysiotherapeutisch behandeling een vast onderdeel van de IC zorg. De werkgroep 'Fysiotherapie op de IC' werkt samen met de fysiotherapeut aan continuïteit als het gaat om onder andere het (vroeg)mobiliseren van IC-patiënten. Dagelijks vindt overleg met de fysiotherapeut plaats. Bij dit overleg wordt aan de hand van de afspraken bepaald wie welke vorm van fysiotherapie mag/kan ondergaan. Deze afspraken zijn vastgelegd in het protocol "*Fysiotherapie op de IC*" in Zenya.

Multidisciplinair Overleg (MDO)

Zeven dagen per week is er een MDO; door de week om 13u, in het weekend om 10:30u. Het doel van het MDO is om de vaak complexe problemen van de patiënten te bespreken met het hele IC-behandelteam, inclusief de verpleegkundigen en de consultants zoals longarts, chirurg, klinisch chemicus en ziekenhuisapotheker om zo tot een gezamenlijke conclusie en/of beleid te kunnen komen. De medisch microbioloog participeert dagelijks in het MDO, de ziekenhuisapotheker is 3x/week aanwezig, op de andere dagen is er zo nodig en zeer laagdrempelig telefonisch contact. Tijdens het MDO wordt per patiënt het beloop van de afgelopen 24 uur geëvalueerd en beleid voor de opvolgende 24u besproken. Dit wordt vastgelegd in het individueel patiëntendossier in HiX. Intensivisten conformeren zich hieraan tenzij veranderingen in het klinisch beloop hiertoe aanleiding geven.

Het MDO is daarnaast ook een onderwijs moment voor de A(N)IOS, voor kennis maar ook voor klinische besluitvorming (*Zie ook protocol "Multidisciplinair overleg (MDO), ICU"* in Zenya).

Bij patiënten die langer dan 14 dagen zijn opgenomen en waarbij het ontslag nog niet in zicht is wordt er wekelijks een Lang Liggers Overleg (LLO) gevoerd tijdens het MDO. Bij dit overleg sluiten, naast de gebruikelijke deelnemers, ook de paramedische diensten aan zoals fysiotherapie, logopedie en diëtik en worden verpleegkundige en medische doelen geformuleerd om de zorg te optimaliseren en te versnellen. Het belang van deze doelen is structuur aan de zorg te geven en te komen tot een plan om sneller het ontslag van de IC in zicht te krijgen dan wel tijdig te signaleren wanneer doelen niet gehaald worden en de zorg op de IC te richten op comfort in plaats van herstel. Met het evalueren van deze doelen wordt vooruitgang/achteruitgang inzichtelijk gemaakt. Zie het protocol "*Langligger bespreking*" in Zenya.

SOFA/overleg

De IC-afdeling registreert de SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) scores van al haar patiënten. Door de dagelijkse overdacht met een collega-intensivist worden ernstig zieke patiënten binnen 24 uur besproken. De geregistreeerde SOFA scores worden jaarlijks besproken in het intercollegiale overleg tussen de intensivisten in het eigen ziekenhuis en jaarlijks in het netwerk.

Regionale Samenwerking

Regionale samenwerking IC Xxx

De IC van het Xxx is onderdeel van de IC-regio Xxx. In de IC-regio Xxx participeren ziekenhuizen die met elkaar het gehele aanbod van IC-patiëntenzorg leveren en afspraken hebben gemaakt over supra regionale zorg zoals brandwonden- en transplantatiezorg. Onder de IC-regio Xxx vallen de xxx ziekenhuizen in xxx. Deze IC-regio is ontstaan in 2021 na samenvoegen van de drie eerder bestaande netwerken (IC Netwerk xxx).

In het kader van het borgen van een laagdrempelige vaste overlegstructuur en efficiënte overplaatsing binnen de regio functioneren er op basis van deze oude netwerkindeling drie sub regio's.

Regio overeenkomst IC-regio Xxx

In de regio overeenkomst van de IC-regio xxx zijn de afspraken vastgelegd tussen IC-afdelingen in de IC-regio. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de afzonderlijke ziekenhuizen in het netwerk zijn beschreven.

De eventuele onderlinge patiëntenstromen zijn vastgelegd evenals afspraken over het benchmarken van resultaten in het netwerk, het maken van een kwaliteitsjaarverslag en het registreren van de SOFA score. Daarnaast worden afspraken beschreven over criteria voor intercollegiaal overleg. De *regio overeenkomst IC-regio Xxx* is terug te vinden in Zenya.

Deze overeenkomst wordt jaarlijks in het netwerk besproken.

De organisatie van de IC

Beddencapaciteit

De IC Xxx heeft 14 1-persoonsboxen met beademingsmogelijkheid waarvan momenteel 12 operationeel. Conform de kwaliteitsstandaard IC moet er altijd één bed worden vrijgehouden voor spoedopnames. Gezien de regionale verantwoordelijkheid, wordt na correctie voor geplande electieve operaties, elk extra vrij bed aangeboden op www.LPZ.nu voor het overnemen van de behandeling van IC-patiënten binnen het netwerk, de regio of zo nodig van daarbuiten. De criteria voor opname op de IC Xxx dan wel ontslag van de IC, zijn vastgelegd in het protocol '*Opname en Ontslag IC*' in Zenya.

Een bedbezetting van boven de 80% is geassocieerd met een verhoogde mortaliteit. Het streven is om de bezetting niet boven de 80% te laten geraken. Indien de bedbezetting hierboven raakt, zal de intensivist besluiten tot het overplaatsen van een IC-patiënt naar een ander ziekenhuis. Deze weigering van patiënten wordt geregistreerd in Hix. Over het afgelopen jaar was het weigerpercentage x procent.

Categorieën patiënten die worden behandeld of juist niet behandeld

Patiënten die niet behandeld worden op de IC Xxx zijn patiënten waarvan behandeling op geen enkele wijze mogelijk is binnen het Xxx. Dit zijn patiënten die cardiothoracale – dan wel neurochirurgische interventies behoeven en patiënten met ernstige brandwonden. Zij zullen worden verwezen naar de hiervoor speciaal ingerichte centra. Voor de cardiothoracale chirurgie is dit preferentieel het xxx-ziekenhuis, voor de neurochirurgie het xxx. Voor brandwondenzorg worden patiënten zo nodig overgeplaatst naar 1 van de 3 brandwondencentra in Nederland. Patiënten die in aanmerking komen voor extracorporele cardiale dan wel ventilatoire ondersteuning zullen preferentieel worden verwezen naar het xxx.

Het xxx heeft geen PACU. Alle postoperatieve patiënten die meer zorg en bewaking nodig hebben dan op een verpleegafdeling, worden opgenomen op de IC. Het xxx heeft geen medium care (MC). Patiënten die onder de categorie MC vallen, worden opgenomen op de IC.

Patiënten waarvan de levensverwachting minder is dan 3 maanden worden in principe niet op de IC Xxx opgenomen. Tevens zullen alle patiënten met een behandelbeperking "niet naar IC" niet op de IC xxx worden opgenomen.

Overplaatsing naar andere instelling

Indien binnen het xxx een patiënt IC-behoefstig is en wegens logistieke problemen niet kan worden opgenomen op de IC xxx, dan zal deze naar een IC buiten het xxx moeten worden overgeplaatst. Bij ernstige instabiliteit kan gekozen worden om een reeds opgenomen IC-patiënt over te plaatsen om zo de nieuwe patiënt op te nemen binnen het xxx. In beide gevallen zal de dienstdoende intensivist verantwoordelijk zijn voor het zoeken naar een oplossing buiten het xxx. Het beleid en de verantwoordelijkheden rondom interklinisch transport is vastgelegd in het protocol 'Intraklinisch en interklinisch transport van een beademde Intensive Care Patiënt' in Zenya.

Er worden 3 soorten transport onderscheiden, te weten Spoedtransport van een IC-patiënt, MICU transport en Begeleid transport. Spoedtransport vindt plaats indien uitstellen van transport voor verdere stabilisatie in afwachting van de MICU, niet medisch verantwoord is voor de patiënt. De patiënt wordt met een reguliere ambulance A1-rit begeleid door een intensivist. In de nachtelijke uren kan dit ook een SEH-arts, anesthesioloog of een IC-arts zijn, dit ter beoordeling van de dienstdoende intensivist. Bij afwezigheid door spoedtransport van de intensivist zal de opvang van nieuwe IC-patiënten en/of luchtwegmanagement in de dienst geborgd worden door de vakgroep anesthesiologie. De dienstdoende anesthesioloog neemt deze taak samen met de IC-arts op zich. Deze afspraken zijn vastgelegd in het "*Dienstverleningsovereenkomst IC met Anesthesiologie*" in Zenya. MICU-transport vindt in principe plaats door de MICU xxx. De intensivisten van het xxx dragen bij aan de invulling van de dienstenpool hiervan. Een MICU-transport is in de regio xxx 24u/dag, 7 dagen per

week mogelijk. Begeleid transport, indien nodig, wordt gedaan door de IC-arts van dienst na instructies door de intensivist.

IC-zorg buiten de IC-muren: pre-IC-zorg, peri-IC-zorg en post-IC-zorg

Multidisciplinaire preoperatieve bespreking

Om de best passende zorg te bieden voor de patiënten en om het risico op complicaties te verkleinen is er een tweewekelijkse multidisciplinaire preoperatieve bespreking. Het MDO is bedoeld voor ASA 3+ patiënten die een hoog risico ingreep moeten ondergaan. Naast de ASA-classificatie kan ook op basis van de inschatting van de betrokken specialist een patiënt worden aangemeld voor dit MDO. Het initiatief voor het organiseren van dit MDO ligt bij de anesthesie. Voor deze bespreking worden de dienstdoende cardioloog, longarts, intensivist en specialist ouderen geneeskunde standaard uitgenodigd.

Perioperatieve zorg

De perioperatieve zorg wordt multidisciplinair uitgevoerd. Dagelijks is er overleg met de chirurgie over het te voeren beleid bij de postoperatieve patiënten. Het starten van enterale of parenterale voeding na gastroenterologische ingrepen is na overleg met de chirurg. Overleg met de anesthesie vindt standaard plaats wanneer patiënten postoperatief epidurale pijnstilling hebben.

Spoed Interventie Team

Het doel van het Spoed Interventieteam (SIT) is om een mogelijk vitaal bedreigde patiënt op de afdeling tijdig in kaart te brengen, zodat zo vroeg mogelijk een adequate behandeling kan worden ingezet om verdere achteruitgang te voorkomen. Het SIT bestaat uit een IC-arts en een IC-verpleegkundige. Het SIT is 24 uur per dag beschikbaar en kan binnen 10 minuten aanwezig zijn op de afdeling.

SIT-scores fungeren als 'early warning scores' en zijn afgeleid van de NEWS. De SIT-scores van patiënten worden door de verpleegkundigen van de afdeling genoteerd in HiX. De procedure die beschrijft hoe en wanneer een SIT-score op de afdeling afgenomen dient te worden, de wijze van communiceren en de verschillende verantwoordelijkheden van hulpverleners die betrokken zijn bij een vitaal bedreigde patiënt zijn beschreven in het SIT protocol in Zenya. Arts-assistenten worden bij hun aanstelling getraind in het gebruik van de SIT en het omgaan met een verhoogde score.

Elke SIT-melding en beoordeling wordt vastgelegd in het SIT-formulier. Hierbij kan aangegeven of verdere evaluatie van het SIT-proces noodzakelijk is. Evaluatie hiervan wordt gedaan door de SIT-aandachtvelders van betreffende afdeling en de SIT-coördinator die onderdeel is van commissie Vitaal Bedreigd. De resultaten worden indien nodig individueel teruggekoppeld en jaarlijks besproken in het jaarverslag van de SIT-coördinator. De evaluatie van de SIT oproepen staat beschreven in het protocol Werkinstructie Evaluatie SIT-oproepen in Zenya.

Post-IC zorg

Voor de overdracht van patiënten naar een verpleegafdeling maakt de IC gebruik van de ontslag checklist. In deze checklist wordt de SIT-score bij ontslag en overige

aandachtspunten voor de afdeling zoals herstarten thuismedicatie, afbouwschema's, en antistolling beschreven. Maar ook wordt vastgelegd of de patiënt zowel aan superviserend staflid als aan arts-assistent verantwoordelijk voor de afdeling is overgedragen.

Bij deze checklist kan ook worden aangegeven of patiënt in aanmerking komt voor nazorg. De nazorg bestaat uit dagelijkse visite gedurende 3 dagen van de patiënt op de afdeling door een IC verpleegkundige. De werkwijze voor Post-IC zorg is vastgelegd in het protocol "Nazorg van de IC" in Zenya.

Twee maanden na ontslag uit het ziekenhuis wordt telefonische contact opgenomen met als doel het geven van persoonlijke aandacht, informatie geven over de IC-tijd, advies geven voor verder herstel én het observeren en vroeg signaleren van PICS-gerelateerde klachten. Indien er aanwijzingen zijn voor PICS kan worden geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts.

Kwaliteitsverantwoording en verbetering

VIM, Calamiteiten en klachten

Op de Intensive Care afdeling wordt gewerkt conform de VIM (Veilig Incident Melden). Binnen het team zijn er 2 IC-verpleegkundigen die de VIM-meldingen afhandelen. Er vindt een terugkoppeling plaats naar het management van de afdeling. VIM-meldingen worden door de leidinggevende met de medisch coördinator besproken en in elk werkoverleg aan het team teruggekoppeld. De PDCA-cyclus van de VIM-melding wordt in Zenya doorlopen. Dit proces staat beschreven in de werkinstructie Corrigerende en preventieve maatregelen IC.

Calamiteiten worden onverwijld gemeld aan de directie. Calamiteiten worden behandeld in de calamiteiten commissie waarin ook een intensivist zitting heeft.

Een klacht kan een belangrijk signaal zijn. Door adequaat om te gaan met klachten kunnen zorgaanbieders het vertrouwen van de ontevreden patiënt behouden of herwinnen. Bovendien kan van klachten geleerd worden en kunnen zij aanleiding zijn om maatregelen te treffen, waardoor de kwaliteit van de verleende zorg verbeterd kan worden. Klachten worden binnen het Xxx behandeld volgens de Klachtenregeling.

Kwaliteitsagenda en KwaCom

De IC heeft de beschikking over 0.5 fte kwaliteitsmedewerker. Om de kwaliteit en veiligheid op de IC te volgen is er maandelijks overleg tussen de kwaliteitsmedewerker IC, het hoofd van de IC, de medisch coördinator en een intensivist met portefeuille kwaliteit. Daar wordt de kwaliteitsagenda besproken en verbeterplannen gemonitord.

Daarnaast vindt maandelijks een Kwaliteits- en Complicatiebespreking plaats (KWACOM) waarbij intensivisten, arts-assistent, verpleegkundig hoofd en verpleegkundigen aanwezig zijn. In deze bespreking worden protocollen, kwaliteitsindicatoren en complicaties of calamiteiten besproken. Verbeter- en vervolgacties en evaluatie worden bijgehouden als PDCA-cyclus in het KwaCom Registratie Systeem (KRS). Rapportage hierover gebeurt in het kwaliteitsjaarverslag.

Stichting NICE

Op de intensive care wordt er data verzameld met als doel het monitoren en optimaliseren van de kwaliteit van IC zorg. Deze data worden maandelijks gedeeld met stichting NICE. Door het aanleveren van de minimale data set, waaruit de verwachte sterftkans wordt berekend, de SOFA score, sepsis en complicatieregistratie, maar ook kwaliteitsindicatoren zoals beademingsduur, glucoseregulatie en capaciteitsregistratie kan er benchmark met vergelijkbare ziekenhuizen plaatsvinden.

Door middel van de analysetool van stichting NICE is deze data inzichtelijk en voor ons altijd beschikbaar. Ieder half jaar wordt door middel van rapportage een overzicht gegeven van de aangeleverde data in vergelijking met alle andere IC's van Nederland. Deze resultaten worden besproken in de KwaCom. Het NICE jaarverslag wordt gedeeld en besproken met de IC-regio Xxx.

Lokale protocollen

De IC van het Xxx werkt volgens de landelijke protocollen van de NVIC. Daar waar nodig zijn er lokale protocollen, zowel medische als verpleegkundige en daar waar mogelijk geïntegreerd. De protocollen beschrijven de werkwijze van veel voorkomende werkzaamheden of bij veel voorkomende handelingen. Deze lokale protocollen zijn terug te vinden op intranet in Zenya. Hier zijn ook procedures beschreven voor apparaat beheer, onderhoud en vervanging.

Necrologiebespreking

Alle overleden patiënten worden besproken op de maandelijks necrologiebespreking. Elke casus wordt voorbereid onder verantwoordelijkheid van de intensivist die de ontslagbrief geschreven heeft, eventueel samen met de arts-assistent. Hierbij wordt de aanleiding en beloop van de IC opname besproken en gekeken of er verbeteringen in dit beloop mogelijk waren geweest. Van deze bespreking worden notulen gemaakt en eventuele verbeterpunten verder in de KwaCom besproken.

Een keer per 3 maanden is er een multidisciplinaire necrologiebespreking waarin in overleg met de afdeling pathologie een patiënt besproken wordt samen een andere de afdeling.

Patiënt en/of familie-tevredenheidsonderzoek

Na elke IC opname wordt er een patiënt en/of de familie-tevredenheidsonderzoek (PTO/FTO) uitgevoerd. Naar aanleiding van de antwoorden worden er verbeteracties ontwikkeld. De resultaten van dit PTO/FTO wordt 2 keer per jaar besproken op de KwaCom.

Overig

Scenariotraining

De afdeling IC organiseert scenariotrainingen voor de IC, Acute Opname Afdeling, Spoedeisende Hulp (SEH) en de Coronary Care Unit. Bij deze trainingen ligt de nadruk op het volgen van de protocollen en de onderlinge communicatie middels de Crew Resource Management methode. Deze trainingen worden gegeven op de SEH en op het skills lab op

de IC. Iedere IC-verpleegkundige, IC-arts en intensivist volgt 2 keer per jaar een scenariotraining.

Vakgroep functioneren

De vakgroep IC voert samen met de afdeling IC 2-jaarlijks de Quickscan uit waarbij het vakgroep functioneren een deel van de vraagstelling is over het functioneren van de IC. Naar aanleiding van deze Quickscan worden verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. Individueel nemen de intensivisten deel aan jaargesprekken en IFMS. De gesprekken die worden gevoerd in het kader van de diverse dienstverleningsovereenkomsten worden eveneens gebruikt om het functioneren van de vakgroep te toetsen bij de samenwerkende collega's. En daar waar met vakgroepen geen dienstverleningsovereenkomst nodig is worden minimaal jaarlijks gesprekken over het functioneren van de IC en de vakgroep gevoerd.

Organisatorische onderwerpen worden besproken op de maandelijkse vakgroepsvergaderingen naast evaluatie van algemeen medisch beleid. Inhoudelijk medisch beleid wordt besproken in de KwaCom. Van deze vergaderingen worden notulen gemaakt en besluiten en processen vastgelegd in de "taken- en besluitenlijst".

De kwaliteit van de vakgroepsvergadering wordt jaarlijks geëvalueerd op de heidag. Deze heidag wordt gebruikt om de groepsdynamiek te evalueren en zo mogelijk te verbeteren. Daarnaast wordt een deel van de heidag gebruikt voor een toekomstverkenning.

Wetenschap

Op de IC loopt een promotieonderzoek naar het implementeren van xxx. Dit promotieonderzoek wordt verricht vanuit het xxx. Vanuit de vakgroep IC is er begeleiding door een van de intensivisten, tevens copromotor. Het Xxx faciliteert dit promotietraject. In het kader van dit promotieonderzoek worden er twee interventiestudies uitgevoerd, te weten de xxx en de xxx studie. Naast deze interventie trials wordt ook medewerking verleend aan verscheidene retrospectieve of dataverzameling studies waarbij de medewerking verzocht wordt door de uitvoerende centra.

Wetenschappelijke studies worden alleen verricht na goedkeuring door de directie. De aanmelding en goedkeuring voor het starten van studies verloopt via Castor en het Wetenschapsbureau.