



Verslag bijeenkomst Stuurgroep IC 12 oktober 2016, 9.30u – 11.00u, Utrecht- BCN Utrecht CS

Aanwezig: Evert-Jan de Kruijf (NIV), Lilian Vloet (FCIC), Marloes van Grotel (NVA), Stephanie Kaalberg (V&VN-IC), Peter de Feiter (STZ), Jan van Dam (STZ), Sylvia Shackleton (NVZ), Andy Schuurmans (NFU), Yvonne Snel (SAZ), Bert Kleinlugtenbeld (SAZ), Diederik Gommers (NVIC), Sophie van Tilburg- van Hedel (NVIC), Crétien Jacobs (NVIC), Dave Dongelmans (stichting NICE), Jan Kremer (Kwaliteitsraad Zorginstituut; voorzitter), Vera Jansweijer (Zorginstituut; verslag), Joline van de Rijt (Zorginstituut), Rudi van de Valk (Zorginstituut).

Afgemeld: Frederique Paulus (V&VN-IC), Heleen Post (NPCF), Elise Sarton (NVA), Clarissa Scheeren (NVIC), Bas Oude Elberink (NIV), Marianne Brackel (FCIC), Geertjan Mellema (ZN)

1. Welkom

De vergadering begint om 9.30u. Er is een aantal afmeldingen, o.a. door ziekte.

2. Verslag van de vergadering van 25 augustus 2016

Nazorginterventies en patiëntenperspectief zijn in de vergadering van 25 augustus wel besproken, maar in de inventarisatie van regiosamenwerking afgelopen najaar is nazorg nog niet meegenomen. Nazorg en patiëntperspectief blijven echter als thema uiteraard wel relevant. De inventarisatie van regiosamenwerking en een inventarisatie van nazorginterventies zijn in eerste instantie uit elkaar gehaald. De NVZ, NFU, STZ, SAZ en NVIC hebben zich gefocust op inventariseren hoe de netwerkvorming tussen ziekenhuizen verloopt.

→ *Het verslag van de vorige vergadering wordt (met bovenstaande wijzigingen) vastgesteld en zal gepubliceerd worden op website van ZIN.*

3. Inventarisatie regiosamenwerking

SAZ, STZ, NVZ, NFU en NVIC hebben bij hun leden de voortgang van de regionale samenwerking (m.b.t. IC-zorg) tussen ziekenhuizen geïnventariseerd. Hieruit komen de volgende onderwerpen

Netwerken:

Alle ziekenhuizen, op vier na, zitten in een netwerk of zijn in gesprek over netwerkvorming. De deadline van 1 januari lijkt voor sommige van de ziekenhuizen die nog in gesprek zijn wel wat ambitieus.

→ *Als leden van de Stuurgroep in hun achterban merken dat gesprekken voor netwerkvorming vastlopen, dan melden zij dit bij de Stuurgroep-IC. De Stuurgroep bekijkt dan hoe zij in dat geval wil acteren.*

Het verschil tussen Netwerk en Regio is in het veld soms nog onduidelijk. De uitleg uit het verslag van de Stuurgroep d.d. 25 augustus (ook onderaan dit verslag nog eens toegevoegd), is bruikbaar om meer helderheid te geven over de verschillen. In sommige gevallen is er al een goedwerkend regionaal overleg, dat niet precies overeenkomt met een ROAZ. In dat geval kan het verwarrend zijn dat in de definitie 'komt in principe overeen met de ROAZ'

staat. Besloten wordt om 'in principe' te vervangen voor 'mogelijk'.

→ leden van de Stuurgroep delen de uitleg van *Netwerk en Regio met hun achterban*.
Exclusieve beschikbaarheid en aanwezigheid van een intensivist

Overdag:

De meeste ziekenhuizen kunnen deze eis opvangen met eigen formatie. Uit de inventarisatie van de ziekenhuiskoepels blijkt dat 12 SAZ ziekenhuizen nog niet aan deze aanbeveling voldoen. Van deze 12 ziekenhuizen verwacht één ziekenhuis inzet vanuit zijn regio te krijgen. Uit de NVIC-inventarisatie blijkt dat niet 12 maar 9 ziekenhuizen nog niet aan deze eis voldoen.

→ NVIC en NVZ, SAZ, STZ, NFU wisselen met elkaar uit welke deze 9 resp. 12 ziekenhuizen zijn om te zien of het dezelfde ziekenhuizen zijn.

In de avond en nacht:

De meeste ziekenhuizen kunnen aan deze eis voldoen met hun eigen formatie. Zeven SAZ-ziekenhuizen voldoen nog niet aan deze aanbeveling. Een aantal van deze ziekenhuizen is in overleg met het netwerk om dit op te vangen.

Exclusief beschikbaar:

De Stuurgroep bespreekt wat 'exclusief beschikbaar' inhoudt. Exclusief beschikbaar betekent bijvoorbeeld **niet** dat een anesthesioloog-intensivist, tegelijkertijd ook nog verantwoordelijkheden heeft als anesthesioloog elders in het ziekenhuis, waardoor hij/zij mogelijk aanwezig moet zijn bij operaties en zo voor langere tijd niet beschikbaar is voor de IC. Ook betekent het **niet** dat een intensivist van een grote IC opgeroepen kan worden door een andere IC-afdeling in zijn netwerk, waardoor hij/zij de eigen IC moet verlaten. Wel kunnen ziekenhuizen ervoor kiezen om de intensivist die exclusief aanwezig moet zijn in te zetten op de acute as van het ziekenhuis. Dat is in veel ziekenhuizen nu al gebruikelijk.

Benodigde formatie:

De NVIC heeft een standpunt gemaakt waarin beschreven staat wat in hun ogen een goede formatie intensivisten is. Dit is bedoeld als landelijk uitgangspunt dat uitgewerkt kan worden in de regio. Het standpunt is beschikbaar voor leden van de NVIC via zijn website. Het is de bedoeling dat de netwerkvorming ook gebruikt kan worden om de eis van exclusieve beschikbaarheid haalbaar te maken, zodat niet elk ziekenhuis voor zich alleen de eigen formatie aan gaat te passen. Dat betekent dat zowel grotere- als kleinere ziekenhuizen een verantwoordelijkheid hebben om de benodigde formatie in hun netwerk te regelen. Ook zullen ziekenhuizen in hun regio het overleg moeten voeren met zorgverzekeraars.

PDMS en SOFA

12 SAZ ziekenhuizen registeren de SOFA score nu nog niet. 10 ziekenhuizen hebben nu nog geen PDMS. De ziekenhuiskoepels geven aan dat het voor deze ziekenhuizen niet haalbaar is om in de eerste helft van 2017 allemaal aan de eis voldoen om een PDMS te hebben en de SOFA-scores te registreren. Dit komt vooral door beperkte snelheid van leveranciers om dit te kunnen leveren.

Tarieven en toezicht:

De Stuurgroep heeft wat vragen over de tarieven voor IC-zorg. De huidige tarieven volgen de nieuwe kwaliteitsstandaard nog niet. Dat is wel de bedoeling wil e.e.a. in de praktijk goed uitwerken. Ook voor het toezicht is het belangrijk dat IGZ stuurt op de juiste dingen. De Stuurgroep wil zelf een proactieve rol aannemen richting IGZ. Door aan te geven hoe zij aan de slag gaan met de implementatie. Een van de dingen is dat de Stuurgroep richting IGZ aan kan geven hoe zij om willen gaan met de eis voor PDMS: bijvoorbeeld dat het ook akkoord is als een ziekenhuis aantoonbaar een afspraak heeft met de leverancier dat deze PDMS in 2017 gaat inbouwen. De Stuurgroep IC zou hun vragen over toezicht en bekostiging graag aan IGZ en NZA voorleggen. Daarom vraagt de Stuurgroep IC aan het ZIN om een bestuurlijk overleg met IGZ en NZA te beleggen waarin deze vragen aan bod kunnen komen.

→ Jan Kremer (als voorzitter van de Kwaliteitsraad van ZIN) adviseert de RVB van ZIN om een bestuurlijk overleg tussen ZIN, IGZ, NZA te organiseren waarin de vragen van de Stuurgroep aan bod kunnen komen.

4. Stimuleren nazorg

Vorige vergadering is nazorg na een IC-opname en het perspectief van patiënten en hun naasten hierin al als belangrijk thema door de Stuurgroep benoemd. De Stuurgroep bespreekt wat zij wil doen om nazorg meer te stimuleren.

De NVIC geeft aan dat ze met revalidatie artsen overleggen over richtlijn voor IC-nazorg. Er is echter op dit moment geen financiering voor de ontwikkeling van deze richtlijn. V&VN-IC geeft aan dat zij graag meedoen aan de ontwikkeling van deze richtlijn. FCIC laat weten in al in de commissie nazorg van de NVIC vertegenwoordigd te zijn.

→ NIV en NVA gaat in overleg met NVIC en de revalidatieartsen om te zien wat er mogelijk is aan financiering voor deze richtlijn binnen de SKMS gelden.

→ Er zijn voldoende lopende initiatieven op het thema nazorg. Voor dit moment neemt de Stuurgroep geen extra actie naast deze initiatieven.

5. Procesafspraken werkgroep IC-indicatoren

Op 29-9 kwam de werkgroep voor het eerst bij elkaar. Er is besproken van welke bestaande NICE-indicatoren gebruik gemaakt kan worden en voor welke onderwerpen aanvullingen nodig zijn voor de monitoring van de implementatie van de standaard. De FCIC vult aan dat binnen IC-zorg patiënttevredenheid minder relevant is om te meten, maar dat preventie van het Post Intensive Care Syndroom (PICS) vanuit het perspectief van de patiënt waardevoller is.

→ De opdrachtbrief aan de IC-indicatorwerkgroep (Bijlage 4) wordt vastgesteld en namens de Stuurgroep door ZIN naar de werkgroepleden verstuurd.

→ De werkwijze van de ontwikkeling IC-indicatoren i.r.t. transparantie Medisch Specialistische Zorg-indicatoren wordt vastgesteld (zoals opgesteld in Bijlage 5).

6. Voortgang implementatieafspraken

De stappen die nog nodig zijn om de gestelde mijlpalen te halen, zijn al besproken in voorgaande punten. De rol van het ZIN is dat zij de Stuurgroep-IC -waar mogelijk- helpt om de gestelde mijlpalen te halen en dat ZIN betrokken partijen ondersteunt om de kwaliteitsstandaard zo snel mogelijk in praktijk te brengen. De IGZ is uiteindelijk degene die toeziet op de implementatie.

7. Afspraken voor volgend overleg

De volgende agendapunten komen terug in het Stuurgroep-overleg van Januari 2017:

1. Terugkoppeling van overleg ZIN & Stuurgroep IC met IGZ en NZa.
o.a. inhoudelijke bespreking van wat het betekent voor het zorgpallet van een ziekenhuis (stand alone) als deze van kleine IC naar een PACU gaat? (zowel bezien vanuit tarief (Nza) als vanuit toezicht (IGZ).
2. Bespreken van knelpunten in de regio's (mbt implementatie van de afspraken in de kwaliteitsstandaard Organisatie van IC).
3. Bespreken wat de Stuurgroep vindt dat verplichte indicatoren zouden moeten zijn (zonder dat deze ook (verplicht) transparant hoeven te zijn).
4. Bespreken hoe de Stuurgroep de stand van zaken m.b.t. de implementatie van de kwaliteitsstandaard zichtbaar maakt vanaf 1 januari 2017.

Jan Kremer vraagt de aanwezigen of zij er bezwaar tegen hebben dat hij vanaf januari 2017 het voorzitterschap van de Stuurgroep aan Diederik Gommers overdraagt. Hier is geen bezwaar tegen.

→ Het volgende Stuurgroep-overleg (25 januari) wordt voorgezeten door Diederik Gommers

(NVIC).

Volgend Overleg Stuurgroep-IC:

Woensdag 25 januari 2017, 9.30u – 11.00u

Locatie: Utrecht (exacte vergaderlocatie volgt)