

## **Verslag bijeenkomst Stuurgroep IC (DEFINITIEF)** **25 januari 2017, 9.30u – 11.00u, Amsterdam- BCN Amsterdam**

Aanwezig: Evert-Jan de Kruijf (NIV), Bas Oude Elberink (NIV), Lilian Vloet (FCIC), Marianne Brackel (FCIC), Heleen Post (NPCF), Elise Sarton (NVA), Stephanie Kaalberg (V&VN-IC), Jan van Dam (STZ), Sylvia Shackleton (NVZ), Yvonne Snel (SAZ), Bert Kleinlugtenbeld (SAZ), Sophie van Tilburg- van Hedel (NVIC), Clarissa Scheeren (NVIC), Dave Dongelmans (stichting NICE), Joline van de Rijt (Zorginstituut), Jan Kremer (Kwaliteitsraad Zorginstituut), Vera Jansweijer (Zorginstituut; secretaris), Diederik Gommers (NVIC; voorzitter).

Afwezig: Geertjan Mellema (ZN), Peter de Feiter (STZ), Andy Schuurmans (NFU), Crétien Jacobs (NVIC), Frederique Paulus (V&VN-IC), Marloes van Grotel (NVA).

### **1. Welkom**

De vergadering begint om 9.30u. Er is een aantal afmeldingen.

Diederik Gommers zit deze vergadering voor. Er wordt besproken of dit wenselijk is gezien de mogelijk verschillende belangen van dhr. Gommers als technisch voorzitter en tegelijkertijd vanuit de NVIC. Afsproken wordt dat Clarissa Scheeren in deze vergadering de inhoudelijke toelichting van onderwerpen vanuit de NVIC op zich zal nemen en dat de Stuurgroep aan het einde van zijn vergadering evalueert of deze rolverdeling gewerkt heeft.

### **2. Verslag van de vergadering van 12 oktober 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. Daarom wordt in het verslag van 12 oktober de volgende uitleg toegevoegd: 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.

→ *bovenstaande uitleg wordt toegevoegd aan het verslag van 12 oktober 2016.*

→ *In het volgend overleg van de Stuurgroep wordt Nazorg (en de rol van de Stuurgroep hierbij) besproken.*

NVIC en NVZ, SAZ, STZ, NFU hebben met elkaar uitgewisseld welke ziekenhuizen uit hun inventarisaties nog niet in een netwerk zaten. Dat bleken dezelfde huizen te zijn.

Niet door alle leden is de uitleg van wat een netwerk is en wat een regio is gedeeld met hun achterban. Opgemerkt wordt is dat het belangrijk is dat alle Stuurgroepleden dezelfde definitie van netwerk/ regio hanteren. De Stuurgroep besluit dat alle verslagen van de vergaderingen, inclusief die van dd 12 augustus waar de uitleg netwerk en regio staat beschreven, op de website van het Zorginstituut moeten worden gepubliceerd. Dan kan daar naartoe verwezen worden bij de achterban. Zo wordt verschillende uitleg voorkomen.

→ *de toelichtende tekst over de (definitie) van netwerk/ regio worden gepubliceerd op de website van het ZIN. Stuurgroepleden verwijzen hun achterban naar deze website of kopiëren de definitie van deze website.*

→ *Het verslag van 12 oktober 2016 wordt met bovenstaande wijzigingen vastgesteld en zal gepubliceerd worden op de website van het ZIN.*

### **3. Terugkoppeling overleg IGZ-NZa-ZIN & afvaardiging Stuurgroep IC**

Als afvaardiging en vertegenwoordiging van de Stuurgroep IC waren Diederik Gommers, Andy Schuurmans en Sylvia Shackleton aanwezig bij het overleg met IGZ-NZa-ZIN. In voorbereiding op het gesprek zijn de thema's die de Stuurgroep met IGZ en NZa wilde

bespreken beschreven in een memo. Vanwege tekort aan tijd in het overleg zijn alleen de eerste vier thema's van de memo aan bod gekomen.

#### Thema 1 netwerkvorming

De afvaardiging van de Stuurgroep heeft richting IGZ benadrukt dat ziekenhuizen veel tijd kwijt zijn aan netwerkvorming. IGZ geeft geen deadline vanaf wanneer ze wel of niet gaat handhaven. Zij willen niet het signaal afgeven dat ziekenhuizen netwerkvorming kunnen uitstellen en willen druk op het proces van netwerkvorming houden. Hoe zij dit precies gaan doen in de tijd dat de netwerken nog gevormd worden, gaan zij nader samen met NZa en ZIN bespreken.

#### Thema 2 Patient Data Management System (PDMS) en Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)

Rondom PDMS heeft IGZ al wel duidelijkheid geven. Zij konden zich vinden in de uitleg, dat 1 januari 2017 niet haalbaar is vanwege beperkte snelheid van leveranciers. De tussenoplossing dat ziekenhuizen in elk geval moeten kunnen aantonen dat zij PDMS/ SOFA in 2017 in laten bouwen leek hen werkbaar.

#### Thema 3 IC of PACU (Post Anaesthesia Care Unit)

De dag voor dit gesprek is er ook een consultatiebijeenkomst geweest van NZa met veldpartijen (zorgverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen) over de nieuwe IC-tarieven. Daar kwam onder andere naar voren dat er momenteel geen tarieven zijn voor Medium Care (MC) en PACU afdelingen. Deze laatste zit eigenlijk in DOT van de operatieve aandoening, maar ziekenhuizen zonder PACU leggen hun patiënten op IC. Dit speelt mogelijk ook mee bij afwegingen van een ziekenhuis om wel-of geen IC-zorg te willen blijven leveren. Tegelijkertijd benadrukte de zorgverzekeraar in dat overleg dat de focus eerst op de kwaliteit en inrichting van IC afdelingen moet liggen. Wel is duidelijk dat de tarieven voor behandeldag IC voor de grotere IC door de kwaliteitstandaard eerder duurder worden dan goedkoper de komende jaren en dus dit zal meegenomen worden in de prijsstelling 2018.

#### Thema 4 exclusieve beschikbaarheid intensivist

Op dit thema heeft de Stuurgroep nog geen eenduidige reactie gekregen vanuit NZa/ IGZ. NZa en IGZ plannen een vervolgoverleg om te bespreken hoe zij hun toezichthoudende rollen op dit punt het beste op elkaar af kunnen stemmen om implementatie van de kwaliteitsstandaard te bespoedigen.

NZa, IGZ en ZIN nemen de inhoudelijke thema's van de Stuurgroep mee naar hun reguliere overleg. De Stuurgroep krijgt hier een terugkoppeling op. Waarschijnlijk volgt er nog een volgend overleg tussen IGZ-NZA-ZIN en een afvaardiging van de Stuurgroep. Als dat nodig blijkt kan er ook nog een bestuurlijk overleg plaatsvinden.

Het is goed om steeds een afvaardiging van de Stuurgroep, die daar zit namens alle leden en perspectieven uit de Stuurgroep, naar het overleg met IGZ-NZA-ZIN te sturen. Tegelijkertijd moet er steeds afhankelijk van de onderwerpen goed afgewogen moet worden wie van de leden de Stuurgroep het beste kan vertegenwoordigen.

→ De reactie van NZa en IGZ en eventueel de bespreking van onderwerpen in een volgende overleg met IGZ-NZA-ZIN komt terug in de volgende vergadering van de Stuurgroep.

#### **4. Bespreken knelpunten regiosamenwerking**

Vanuit het perspectief van de verpleegkundigen wordt een belangrijk knelpunt rondom de opleiding en professionalisering van het IC-verpleegkundig beroep besproken. Het College Zorg en Opleidingen heeft hierover ook een brief gestuurd naar de V&VN-IC, de NVIC en het ZIN. V&VN-IC geeft aan dat er momenteel geen structurele budgetten voor de opleiding van IC-verpleegkundigen zijn en daarom zijn er afgelopen jaren te weinig verpleegkundigen opgeleid. Afgelopen jaren is met de aanwezigheid van een Medical Emergency Team (MET)

ook een groot beroep gedaan op de kunde van de verpleegkundige. De Stuurgroep herkent dit probleem m.b.t. opleiding en ook dat het zich voor doet bij alle verpleegkundigen over de hele acute as.

Een ander knelpunt dat de Stuurgroep bespreekt is dat met name kleine ziekenhuizen nog aan het zoeken zijn hoe ze moeten omgaan met de exclusieve beschikbaarheid van intensivisten. De Stuurgroep vindt het belangrijk dat ziekenhuizen zelf lokaal invulling moeten kunnen geven aan de eisen van de nieuwe kwaliteitsstandaard. De landelijke eis uit de kwaliteitsstandaard: 'Voor IC-patiënten is zeven dagen per week op iedere IC-afdeling overdag een intensivist aanwezig en exclusief beschikbaar voor patiëntenzorg op die IC.' Is op zich helder. Maar om te weten op welke verschillende manieren deze eis regionaal ingevuld kan worden, hebben regio's behoefte aan een uitgebreidere toelichting over wat exclusieve beschikbaarheid wel- en wat het niet betekent.

De Stuurgroep kan zich goed vinden in de beschrijving van exclusieve beschikbaarheid, zoals die in de memo naar IGZ en NZa is geschreven. De beschrijving is als volgt: Een exclusief beschikbare intensivist kan **wel** werkzaamheden verrichten in de acute as van het ziekenhuis. Dat is in veel ziekenhuizen nu al gebruikelijk. Echter de exclusief beschikbare intensivist kan **niet** tegelijkertijd ook nog verantwoordelijkheden hebben elders in het ziekenhuis, waardoor hij/zij voor langere tijd niet beschikbaar is voor de IC. Een andere grens voor exclusieve beschikbaarheid volgens de Stuurgroep is dat een intensivist van een grote IC **niet** opgeroepen kan worden door een andere IC-afdeling in zijn netwerk, als hij daardoor de eigen IC moet verlaten zonder dat daar een collega intensivist blijft. De Stuurgroep kan zich voorstellen dat ziekenhuizen in hun regio en in afstemming met de IGZ, afspraken maken over de invulling van exclusieve beschikbaarheid van de intensivist in de avond en nacht en exclusieve aanwezigheid overdag in het weekend in hun regio, zodanig dat de kwaliteit van zorg geborgd wordt en tegelijkertijd voorkomen wordt dat intensivisten op de IC moeten verblijven terwijl dat medisch gezien niet noodzakelijk is.

Over de vraag of er voldoende intensivisten in Nederland zijn om aan de eisen van beschikbaarheid te voldoen verschillen de meningen binnen de Stuurgroep. NVIC denkt dat er geen tekort is, ook het landelijk opleidingsorgaan GIC (Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie) geeft aan dat er op dit moment geen tekort is aan intensivisten en dat er ook geen tekort voorzien is in de toekomst. SAZ zegt wel tekorten te zien, vooral in de periferie. De Stuurgroep spreekt af om de verschillende bevindingen met betrekking tot wel/ geen tekorten aan intensivisten te agenderen in het volgend Stuurgroepoverleg.

→ *Stuurgroep wacht reactie van IGZ-NZa af (zie agendapunt 3) en bespreekt in de eerstvolgende Stuurgroepvergadering welke vervolgstappen zij m.b.t. de genoemde knelpunten wil ondernemen.*

→ *NVIC en SAZ presenteren hun beider bevindingen over de toereikendheid van het aantal intensivisten in Nederland in het volgend Stuurgroepoverleg.*

##### **5. Toelichting blauwdruk, zorgbeleidsplan NVIC**

Vanuit de NVIC wordt de totstandkoming van de blauwdruk voor het zorgbeleidsplan IC toegelicht. De blauwdruk is bedoeld als ondersteuning voor de leden van de NVIC bij het opstellen van hun zorgbeleidsplan. De blauwdruk presenteert welke landelijke eisen er zijn (uit de kwaliteitsstandaard, blauw gemarkeerd), welke aanvullende uitleg er is aan die eisen (uit het onderbouwingsdocument bij de kwaliteitsstandaard, groen gemarkeerd) en welke visie de NVIC heeft voor de nadere invulling daarvan (handreiking voor precieze invulling, in oranje).

De leden van de NVIC hebben gericht gevraagd om formatienormen te noemen in de blauwdruk. Ook de IC-verpleegkundigen hebben via V&VN-IC laten weten dat zij behoefte hebben aan extra handvatten voor het invullen van de verpleegkundigenformatie bij het opstellen van het zorgbeleidsplan. De voorwaarden over de beschikbaarheid van intensivisten

uit de kwaliteitsstandaard hebben uiteraard wel gevolgen voor de personele bezetting van een IC. Daarom heeft de NVIC, naast de landelijke eisen uit de kwaliteitsstandaard ook rekenregels in de blauwdruk opgenomen die laten zien hoe de personele bezetting van de IC's bepaald kan worden. De NVIC benadrukt dat de blauwdruk gemaakt is als leidraad en niet als harde eis bedoeld is, bovenop de al geldende landelijke eisen. De blauwdruk is tot nu toe alleen binnen de NVIC EN V&VN-IC overlegd.

Stuurgroepleden denken verschillend over de wenselijkheid van het noemen van formatie-eisen in de blauwdruk van de NVIC. NVZ, STZ en SAZ vinden het niet wenselijk om formatie-eisen te noemen in een document wat niet besproken is in de Stuurgroep. Ook als dit uitsluitend bedoeld is als ondersteuning, is het risico groot dat IC's hier toch onterecht op afgerekend kunnen worden, bijvoorbeeld omdat de IGZ het gaat zien als bindende veldnorm. Ook staat er in de inleiding van de blauwdruk dat de aanbevelingen worden getoetst bij de visitaties. Hiermee komt de vrijblijvendheid van formatie-voorwaarden uit de blauwdruk ook in het geding. Tot slot, spreekt de Stuurgroep de wens uit om dit soort documenten voortaan met alle relevante partijen uit de Stuurgroep te bespreken.

→ *De NVIC neemt de opmerkingen over de blauwdruk vanuit de Stuurgroep mee terug naar hun leden.*

→ *Daarnaast legt de NVIC de blauwdruk voor aan de leden van de Stuurgroep.*

→ *In het volgend overleg bespreekt de Stuurgroep op welke manier zij verder wil gaan met de blauwdruk.*

## **6. Stand van zaken indicatoren bij de kwaliteitsstandaard**

Momenteel ligt er voorstel voor de indicatorenset waarop de leden van de werkgroep indicatoren bij de kwaliteitsstandaard op dit moment reageren. NICE helpt bij het verzamelen van indicatoren. Hierbij gaat het om indicatoren die de implementatie van de kwaliteitsstandaard monitoren en indicatoren die kwaliteitsverbetering stimuleren. De indicatorenset is een combinatie van indicatoren die al eerder door NICE waren vastgesteld, indicatoren van NICE die deels herzien zijn en een beperkt aantal indicatoren die mogelijk nieuw te ontwikkelen zijn door NICE.

De werkgroep is gemandateerd om te bepalen welke indicatoren (vanuit de inhoud bezien) passen bij de onderwerpen uit de kwaliteitsstandaard. De werkgroep kan ook een voorstel doen voor welke indicatoren transparant gemaakt zouden moeten. Maar de uiteindelijke afweging over verplichte transparantie van de indicatoren wordt gemaakt in het Overleg Transparantie Medisch Specialistische zorg. Daartoe legt de werkgroep voor indicatoren bij de kwaliteitsstandaard uiterlijk op 1 april 2017 hun indicatorset voor aan het Overleg Transparantie Medisch Specialistische zorg.

Naar aanleiding van de discussie bij agendapunt 5 lijkt het ook niet passend om bij de indicator patiënt-verpleegkundige ratio een strikte norm op te nemen.

## **7. Zichtbaar maken voortgang implementatie-afspraken**

Zoals bij de inventarisatie in de vergadering van 12 oktober 2016 naar voren kwam zijn al veel ziekenhuizen in gesprek om een netwerk te vormen. Het lijkt er dus op dat de eerste mijlpaal is bereikt. De Stuurgroep zou dit graag met de buitenwereld delen in de vorm van een nieuwsbericht. Maar eerst wil de Stuurgroep zeker weten dat alle ziekenhuizen zo ver zijn dat ze hun regionale samenwerkingen geformaliseerd hebben. SAZ, STZ en NFU inventariseren daarom opnieuw bij hun achterban. NVIC wil bij hun leden wel inventariseren wat de stand van zaken is in enkele NVZ ziekenhuizen (die niet bij SAZ of STZ aangesloten zijn). NVZ en NVIC stemmen af welke dit zijn.

→ SAZ, STZ, NFU en NVIC (i.o.m. NVZ) inventariseren de laatste stand van zaken van de regionale samenwerking en brengen dit in het volgend overleg van de Stuurgroep in.

#### **8. Afspraken voor volgend overleg**

De volgende agendapunten komen terug in het Stuurgroep-overleg van april 2017.

- Overleg mbt toezicht- en bekostigingsvraagstukken met IGZ-NZa-ZIN en afvaardiging van de Stuurgroep IC
- Nazorg na IC-opname en de rol van de Stuurgroep hierin.
- Laatste stand van zaken voor inventarisatie van de regionale samenwerking en nieuwsbericht hierover
- Blauwdruk zorgbeleidsplan
- Toereikendheid van de beschikbaarheid van intensivisten.

#### **9. Rondvraag**

De Stuurgroep evalueert of de rolverdeling (Diederik Gommers als technisch voorzitter van de vergadering en Clarissa Scheeren als representant vanuit de NVIC) gewerkt heeft. De Stuurgroep concludeert dat deze rolverdeling werkt en besluit dat deze rolverdeling aankomende Stuurgroepvergaderingen gehandhaafd blijft.

#### **Volgend Overleg Stuurgroep-IC:**

**Maandag 3 april 2017, 9.30u – 11.00u**

**Locatie: Utrecht, DOMUS Medica, Mercatorlaan 1200**