

Reactiedocument

Toelichting van de adviescommissie kwaliteit op de wijzigingen in de kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care

Naar aanleiding van de veldconsultatie (14 april t/m 13 mei 2016)

Vooraf

Het Zorginstituut stimuleert de verbetering van de kwaliteit van de zorg in Nederland. Daarnaast zorgt het Zorginstituut ervoor dat iedereen toegang heeft tot betrouwbare en begrijpelijke informatie over de kwaliteit van geleverde zorg.

Iedereen in Nederland moet altijd en overal kunnen rekenen op goede Intensive Care (IC-) zorg en goede IC-nazorg, waarbij ook naasten van IC-patiënten kunnen rekenen op goede begeleiding. Het uitgangspunt van het Zorginstituut is dat partijen in de zorg zelf kwaliteitsstandaarden opstellen, zoals richtlijnen op zorgstandaarden. Het Zorginstituut laat op zijn Meerjarenagenda zien voor welke zorggebieden met voorrang kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld en wanneer deze gereed moeten zijn. Wanneer het Zorginstituut constateert dat de in de Meerjarenagenda gestelde termijnen niet gehaald zijn, kan het Zorginstituut met het oog op het publiek belang de regie op de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard overnemen. Het Zorginstituut zal de ACK dan vragen om de ontwikkeling op zich te nemen. Dit wordt de doorzettingmacht van het Zorginstituut genoemd. Het Zorginstituut neemt vervolgens de kwaliteitsstandaard op in het Register. Zo wordt zichtbaar dat dit de (nieuwe) norm voor goede zorg is. En zo wordt de kwaliteitsstandaard onderdeel van de professionele standaard waaraan zorgaanbieders zich dienen te houden. De via doorzettingmacht ontwikkelde kwaliteitsstandaard is voor de IGZ uitgangspunt voor toezicht op en handhaving van de kwaliteit van de zorgverlening.

Inleiding

Op 14 april 2016 heeft het de adviescommissie kwaliteit (ACK) van het Zorginstituut het consultatiedocument *conceptkwaliteitsstandaard Intensive Care* voorgelegd in een openbare consultatie. De ACK heeft belanghebbenden en belangstellenden tot en met 13 mei de gelegenheid gegeven om op het consultatiedocument te reageren. We vroegen u om te reageren op de duidelijkheid en de uitvoerbaarheid de conceptkwaliteitsstandaard. In totaal zijn er 17 reacties¹ binnengekomen. In dit reactiedocument bundelen wij samenvattingen van de schriftelijke inzendingen en de reactie van de ACK daarop. De reacties zijn zo veel mogelijk samengevat per onderwerp. Daarnaast kunt u de originele consultatiereactie nalezen op onze website [link]. Het is duidelijk dat betrokken partijen in de zorg zich tijdens deze consultatie zeer ingespannen hebben om de ACK te voorzien van inbreng. Wij danken daarom alle respondenten van harte voor hun waardevolle bijdrage.

Overname suggesties:

- Er zijn veel bruikbare suggesties gegeven, zowel algemeen van aard, als ingaand op specifieke onderdelen van de kwaliteitsstandaard.
- De kwaliteitsstandaard is inhoudelijk aangepast als de oorspronkelijke teksten onjuist waren en/of als de consultatiereacties duidelijk maakten dat een onderdeel in de praktijk niet toepasbaar bleek.
- Teksten zijn redactioneel aangepast en/of uitgebreid als de oorspronkelijke teksten niet duidelijk of onvolledig waren, of als het gedane voorstel anderszins een aanmerkelijke verbetering is. Als suggesties niet zijn overgenomen, betekent dit niet dat die suggesties onjuist waren, maar volgens de ACK waren deze niet altijd noodzakelijk.
- De binnengekomen consultatiereacties waren voor een aantal onderwerpen zeer divers. De uiteindelijke door de ACK genomen beslissing zal in deze gevallen helaas niet iedereen tevreden kunnen stellen.

¹ FCIC, DZ ziekenhuis, FMS, formatie ziekenhuizen, NFU, NIV, NPCF, NVA, NVIC, NVKF, NVN, NVVC, NVZ, SAZ, STZ, V&VN-IC, ZN.

Leeswijzer:

- In dit document geeft de ACK een terugkoppeling op de ontvangen reacties uit de consultatie.
- De terugkoppeling wordt gedaan in de behandeling van onderstaande punten:

Hoofdpunten consultatie t.a.v. de conceptkwaliteitsstandaard.....	5
1.1 (minimum-) normen en ondergrenzen, formatie en levelindeling IC's.....	5
1.2 Beschikbaarheid en aanwezigheid van de intensivist	6
1.3 Nazorg	6
1.4 Indicatoren.....	7
1.5 SOFA	8
1.6 Visitatie door NVIC	9
1.7 Vorming van netwerken	9
Hoofdpunten consultatie ten aanzien van toepassing van de kwaliteitsstandaard... 11	
1.8 Doorontwikkeling en eigenaarschap van de kwaliteitsstandaard en de werkwijze bij doorzettingsmacht	11
1.9 Implementatie	12

Door op het onderwerp te klikken kunt u per hoofdpunt lezen:

- wat de lijn van de consultatiereacties hierin was
- welke aanpassingen er gedaan zijn (indien van toepassing)
- wat de overwegingen van de ACK hierbij waren.

Hoofdpunten consultatie t.a.v. de conceptkwaliteitsstandaard

1.1 (minimum-) normen en ondergrenzen, formatie en levelindeling IC's

Lijn van de consultatiereacties

Veel² partijen vinden dat de kwaliteitsstandaard, doordat bepaalde normen zijn losgelaten, onvoldoende kader geeft om kwaliteitsverbetering te realiseren. De kwaliteitsstandaard komt op hen over als vaag en vrijblijvend is. Echter, respondenten doen weinig concrete suggesties ter verbetering. De enige concrete suggestie die genoemd wordt is om aanvullend aan de kwaliteitsstandaard de huidige richtlijn voor Intensive Care uit 2006 te hanteren. Specifiek over de formatie-eisen reageren respondenten³ dat het niet langer stellen van formatie-eisen in hun ogen een risico vormt voor de kwaliteit van IC-zorg in de Nederlandse IC-geneeskunde. Een respondent⁴ geeft aan dat zonder een ondergrens aan de vereiste personele bezetting mogelijk al snel bezuinigd zal worden op de zachtere kanten van de IC-geneeskunde, zoals gesprekken met patiënten en naasten en familiegerichte zorg. Specifiek op de levelindeling van IC-afdelingen wordt er door een aantal respondenten⁵ gereageerd. Zij geven aan dat de huidige financiering gerelateerd is aan een levelindeling. Het verlaten van het onderscheid in niveaus van IC's, heeft mogelijk (financiële) gevolgen voor de ziekenhuisafdelingen en het zal tijd nodig hebben om een alternatieve financiering uit te kunnen werken. Een respondent⁶ geeft aan dat 12 bedden niet hetzelfde is als 12 patiënten. Er wordt genoemd dat het van belang is om ook het bedbezettingspercentage mee te laten wegen. Een aantal respondenten⁷ geeft aan dat zij een vastgestelde norm bij de indicatoren missen.

Aanpassingen in de kwaliteitsstandaard

- Duidelijker uitgelegd wat het doel van de kwaliteitsstandaard is
- Duidelijker geformuleerd wat de buitengrenzen zijn (kaders)
- Duidelijker aangeven in plan van aanpak voor het implementatietraject wat het Zorginstituut in dit traject gaat monitoren.
- Bedbezettingspercentage meegenomen in de voorwaarden voor de onderverdeling van IC's: "12 bedden of meer met gemiddeld bedbezettingspercentage van minimaal 70% over de afgelopen 3 jaar"

Overwegingen

Het doel van deze kwaliteitsstandaard is vooral het creëren van een lerend perspectief. De organisatie van de IC's heeft sinds de richtlijn uit 2006 veel aan kwaliteit gewonnen. Toen waren er nog vele strikte procesvoorwaarden nodig. Op dit moment vertrouwt de ACK erop dat de IC's in goede samenwerking de aanbevelingen regionaal kunnen en zullen gaan invullen. De ACK vindt het daarom passender om de gewenste uitkomsten en wat er moet gebeuren te beschrijven en de invulling van het proces hoe daar te komen over te laten aan de netwerken en de individuele IC's. Dat heeft gevolgen voor het detailniveau van de aanbevelingen in deze nieuwe kwaliteitsstandaard.

Het betreft hier nadrukkelijk een leerproces. Voor sommige thema's wil de ACK stimuleren dat de IC's kennis en ervaring opdoen om vervolgens gezamenlijk te kunnen beoordelen wat de exacte invulling gaat worden. Een voorbeeld is de registratie van de Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-score. De ACK vindt het belangrijk dat er zicht komt op de zorgzwaarte van IC-patiënten en veronderstelt op basis van de bestaande literatuur dat dit instrument hier

² NFU, NVA, NVIC, NIV, V&VN-IC, NVN,

³ FCIC, DZ ziekenhuizen, NIV, NVN, V&VN-IC, NFU.

⁴ FCIC

⁵ NVN, NFU, NVZ, ZN

⁶ NFU

⁷ SAZ, V&VN-IC

het best voor is toegerust. Door het verzamelen van deze gegevens en het monitoren en evalueren ervan kunnen de IC's in Nederland leren of en hoe zij de SOFA-score kunnen gebruiken om de IC-zorg in Nederland verder te optimaliseren. Een ander voorbeeld is het aantal fte intensivist en IC-verpleegkundigen. De ACK wil dat de IC's deze gegevens door middel van indicatoren gaan registreren om zo zicht te krijgen op de ingezette formatie in vergelijking tot de zorgzwaarte. Vervolgens kan tijdens de implementatie op basis van deze indicatoren overleg plaatsvinden over de noodzakelijke inzet van de professionals.

Dat betekent ook dat de Kwaliteitsstandaard op dit moment niet bij alle indicatoren een norm hanteert. Op basis van de bestaande wetenschappelijke literatuur is er niet overal een norm te bepalen. Waar nodig kunnen de betrokken IC's normen samen in de netwerken in het implementatietraject stellen.

Terecht werd opgemerkt in de consultatie dat het belangrijk is om niet alleen het aantal IC-bedden, maar ook het aantal bezette bedden (bedbezettingspercentage) mee te nemen in de onderverdeling van IC's in een netwerk. Uit de jaarverslagen van NICE blijkt dat in 2010 de bedbezetting op IC-afdelingen in 2014 72% was. De ACK heeft ervoor gekozen om aanvullend aan het omslagpunt minder dan 12 bedden/ 12 bedden of meer, het bedbezettingspercentage van 70% te hanteren om aan de veilige kant van de in 2014 gemeten bedbezetting te zitten.

1.2 Beschikbaarheid en aanwezigheid van de intensivist

Lijn van de consultatiereacties

Hier wordt door een aantal respondenten⁸ aangegeven dat de keuze voor de aanbeveling dat er 7 dagen overdag een intensivist aanwezig en exclusief beschikbaar dient te zijn, weliswaar begrijpelijk is, maar dat dit voor kleinere ziekenhuizen een behoorlijke (financiële) belasting betekent. Sommige respondenten⁹ vragen zich af of dit wel meerwaarde heeft. Een andere respondent¹⁰ merkt expliciet op dit een goede toevoeging te vinden. Een respondent¹¹ merkt op dat aanvullend onderzoek over de meerwaarde van 24x7 aanwezigheid van de intensivist nodig is.

Daarnaast attendeert een aantal respondenten op een inconsistentie tussen de aanbeveling over beschikbaarheid van de intensivist voor patiëntenzorg en de aanbeveling over de verschillende vormen van overleg.

Aanpassing in de kwaliteitsstandaard

-inconsistentie tussen de aanbeveling over beschikbaarheid van de intensivist voor patiëntenzorg en de aanbeveling over de verschillende vormen van overleg verwijderd.

Overwegingen ter bespreking met de ACK-IC

De verschillende argumenten rond de beschikbaarheid van de intensivist zijn bekend en helder. Er is veel literatuur die laat zien dat in het weekend in de ziekenhuizen de risico's groter zijn als de hoeveel staf minder is. Vanuit het streven om IC-patiënten goede en passende zorg te geven vindt de ACK het belangrijk dat er zowel overdag als ook 's avonds, 's nachts en in het weekend een intensivist beschikbaar is voor de IC-patiënt(en) op zijn of haar IC-afdeling en dat deze overdag ook aanwezig is.

1.3 Nazorg

Lijn van de consultatiereacties

Een aantal respondenten¹² gaat in op het onderwerp nazorg. Zij noemen dat er te weinig aandacht voor het onderwerp nazorg is in de kwaliteitsstandaard. Bovendien geven ze aan dat relevante nieuwe literatuur over nazorg en in het bijzonder Post IC-syndroom niet

⁸ NVZ, formatie ziekenhuizen, SAZ,

⁹ SAZ, NVZ

¹⁰ NVN

¹¹ ZN

¹² FCIC, NPCF, ZN

meegenomen is in de kwaliteitsstandaard.

Aanpassingen in de kwaliteitsstandaard

- aanvullende literatuursearch uitgevoerd
- literatuur van de paragraaf over nazorg geactualiseerd naar de laatste wetenschappelijke kennis

Overwegingen ter bespreking met de ACK-IC

Nazorg na de IC-opname wordt terecht opgemerkt als een belangrijk aspect van IC-zorg om kwaliteit van de zorg voor de patiënt te garanderen. De ACK heeft daarom een extra literatuursearch gedaan voor het onderwerp nazorg en de interventies die er op dat gebied gedaan kunnen worden. Echter, bij het beoordelen van de effectiviteit van een nazorg-interventie is het erg moeilijk om sterke bewijslast te verzamelen. Het betreft een zeer heterogene patiëntengroep, een grote heterogeniteit aan interventies en effecten in post IC zorg zijn sterk afhankelijk van de eigenschappen van de IC-opname, bijvoorbeeld van het aantal ligdagen en de beademingsduur tijdens opname. Ondanks dat er geen direct bewijs is dat een post-IC polikliniek invloed heeft op de IC-outcome, kan een post-IC polikliniek, of een vergelijkbare vorm daarvan, meerwaarde hebben voor de dagelijkse praktijkvoering en de patiënt. Terugkoppelingen van ervaringen van patiënten en familie draagt bij aan verbetering van de kwaliteit van zorg. De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat het post-IC syndroom een aandeel heeft in de ervaren kwaliteit van leven van IC-patiënten op langere termijn. Daarom is het belangrijke hier in het nazorgtraject aandacht aan te besteden. Daarnaast is het van belang de uitkomst van IC-handelen op lange termijn zichtbaar te gaan maken om dit niet alleen voor het eigen centrum, maar ook voor centra landelijk te kunnen vergelijken. Op deze terreinen moet nog veel onderzoek plaatsvinden. Daarnaast is het raadzaam om te kijken wat er geleerd kan worden van praktijkvoorbeelden, regio's die zich op het gebied van nazorg na een IC-opname goed georganiseerd hebben.

Om ervoor te zorgen dat er werkenderwijs meer kennis verzameld wordt over dit onderwerp wil de ACK een indicator aan de kwaliteitsstandaard verbinden die meer zicht moet gaan geven op de langetermijneffecten van een IC-opname. Nazorg is een belangrijk thema dat de komende tijd als onderwerp op de agenda van de betrokken partijen moet blijven staan. Ook bij de ACK blijft dit thema onder de aandacht. In het implementatietraject voor de kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care, zal de ACK, naast goede voorbeelden (*good practices*) van regionale samenwerking, ook goede voorbeelden van de manier waarop (samenwerking bij) nazorg ingericht is verspreiden. Hiervoor zal de ACK de samenwerking met de FCIC zoeken.

1.4 Indicatoren

Lijn van de consultatiereacties

Op het onderwerp indicatoren reageren veel respondenten¹³. De ACK had hier ook een gerichte consultatievraag over gesteld. Een aantal respondenten¹⁴ constateert dat er weinig uitkomstindicatoren voorgesteld worden. Een aantal respondenten¹⁵ adviseert om de kwaliteitsstandaard (ook) te verbinden met de Minimale Dataset (MDS) van NICE. Een aantal respondenten geeft aan dat indicatoren niet altijd een directe relatie met een aanbeveling lijken te hebben¹⁶.

Een aantal respondenten geeft aan dat de voorgestelde indicatoren de administratielast onnodig verhogen¹⁷, terwijl anderen juist de beperkte omvang van de voorgestelde set

¹³ SAZ, V&VN-IC, DZ ziekenhuis, NVN, FCIC, NVZ, ZN, formatie ziekenhuizen, NFU, NVA

¹⁴ NVZ, SAZ

¹⁵ DZ ziekenhuis, NVZ

¹⁶ NVZ, NFU

¹⁷ DZ ziekenhuis, SAZ

toejuichen. Enkele respondenten¹⁸ doen suggesties voor aanvullende indicatoren. Ook doen veel respondenten concrete suggesties t.a.v. specifieke indicatoren. Een respondent¹⁹ stelt voor om de indicatoren dezelfde route te laten doorlopen als de andere indicatoren voor de transparantiekalender en om een toets te doen van de registreerbaarheid.

Aanpassingen in de kwaliteitsstandaard

- Beter toegelicht dat de visie van de ACK is om indicatoren ook te richten op onderdelen waar we nog weinig van bekend is, zodat daar meer kennis over verzameld wordt.

Overwegingen

De constatering dat er weinig uitkomstindicatoren worden voorgedragen klopt. De ACK wil wel graag dat partijen in de zorg naar uitkomstindicatoren toewerken, maar realiseert zich dat er op dit moment nog weinig uitkomstindicatoren beschikbaar zijn. De invoering van indicatoren vraagt om een gefaseerde invoering van de registratie en publicatie van indicatoren (ook wel 'getrapte transparantie'). Een gefaseerd pad voor uitkomstindicatoren kan er bijvoorbeeld als volgt uitzien: het eerste registratiejaar richt registratie zich op deelname, het tweede en derde jaar op proces- en structuurindicatoren en pas daarna op uitkomstindicatoren. De suggestie om de kwaliteitsstandaard (ook) te verbinden met de Minimale Dataset van NICE heeft de ACK omarmd.

Ook kiest de ACK er bewust voor om voor sommige onderwerpen nog geen aanbeveling, maar wel een indicator bij de kwaliteitsstandaard te formuleren. Om het leren en verbeteren te stimuleren richt de ACK indicatoren ook op onderdelen waar nog weinig van bekend is, zodat daar meer kennis uit de praktijk over verzameld wordt.

Het Zorginstituut neemt de indicatoren bij de kwaliteitsstandaard op zijn Meerjarenagenda op en gaat de betrokken partijen in het implementatietraject (juli 2016 – januari 2017) ondersteunen in de verdere uitwerking van deze indicatoren, zoals het bepalen van de teller en noemer, registreerbaarheid en aanlevering, uitwerking. Hierbij zal er aandacht zijn voor de aansluiting bij de registratie in NICE, vaststellen van indicatoren voor informatie over de geleverde zorg vanuit het perspectief van de patiënt, bijvoorbeeld indicatoren die zijn af te leiden uit vragenlijsten die de belevingen (bijvoorbeeld ervaringen, tevredenheid, uitkomsten) van de patiënt meten, zoals Patient Reported Outcome Measures (PROMS) en Patient Reported Experience Measures (PREMS) die zijn te gebruiken in het nazorgtraject. Dit gebeurt in samenwerking met de patiëntenorganisatie Stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC) en afstemming met de stuurgroep Indicatoren voor medisch specialistische zorg van de NVZ over de registreerbaarheid. En er zal aandacht zijn voor het vaststellen van indicatoren voor toezicht. Dit gebeurt in samenwerking met de IGZ. Alle waardevolle suggesties die respondenten in de consultatie van de kwaliteitsstandaard Intensive Care al gedaan hebben, zal het Zorginstituut meenemen in het traject voor de verdere uitwerking van de indicatoren.

1.5 SOFA

Lijn van de consultatiereacties

Sommige respondenten²⁰ benadrukken het belang van het in kaart brengen van de zorgzwaarte. Anderen²¹ geven aan dat zij vinden dat de SOFA-score niet maatgevend kan zijn voor het accuraat in kaart brengen van de zorgzwaarte.

Ook geven respondenten²² aan dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor het gebruik van de SOFA-score als richtsnoer voor overleg met een collega van een IC-afdeling

¹⁸ DZ ziekenhuis, formatie ziekenhuizen, NVZ

¹⁹ NVZ

²⁰ Formatie ziekenhuizen

²¹ NIV, SAZ, formatie ziekenhuizen, DZ ziekenhuis

²² SAZ, formatie ziekenhuizen

met 12 of meer bedden. Een respondent²³ geeft aan dat het hanteren van een SOFA-score van 8 of meer arbitrair is. De oplossing is volgens deze respondent om regelmatig een MDO tussen de regiopartners te houden dat op een constructieve manier plaatsvindt via videoverbinding, waarbij laagdrempelig complexe patiënten besproken kunnen worden. Deze bespreking is wederzijds, ook intensivisten van een IC met meer dan 12 bedden brengen hun patiënten is. Als ander alternatief wordt gesuggereerd om bij het aanhouden van de SOFA-score, wel de drempel aan te passen in de richting een SOFA-score van 11 of 12, aangezien een dergelijke drempel veel onnodig overleg zou voorkomen. Dit uiteraard naast het dagelijkse MDO waar vrijwel altijd al meerdere intensivisten aan deelnemen.

Tot slot geven respondenten aan dat in meerdere ziekenhuizen nog niet wordt gewerkt met de SOFA-score en dat software hiervoor aangeschaft moet worden indien het registreren van de SOFA-score met deze kwaliteitsstandaard verplicht wordt. Respondenten geven aan dat dat veel geld en tijd kost.

Aanpassingen in de kwaliteitsstandaard

- aanbeveling over de momenten van overleg

Overwegingen

De ACK vindt het belangrijk dat IC-afdelingen in hun netwerk overleg gaan voeren over de zeer zware patiënten op hun IC. Tegelijkertijd moet dit in de praktijk toepasbaar en zinnig zijn. De ACK heeft er daarom voor gekozen om niet langer de afkapwaarde van een SOFA-score van 8 als voorwaarde voor overleg te hanteren. In plaats daarvan heeft de ACK maar de aanbeveling die hierover opnieuw geformuleerd, zodat intensivisten in hun netwerk overleggen over een IC-patiënt met bij ernstig orgaanfalen met een intensivist van een IC met 12 bedden of meer met een bedbezetting van minimaal 70% over de afgelopen 3 jaar. Waarbij een SOFA-score van 10 of meer als richtlijn wordt meegegeven.

Uitleg ACK heeft er begrip voor dat het registreren van de SOFA praktische gevolgen heeft voor ziekenhuizen die dat nog niet deden. Toch wil de ACK dat IC-afdelingen gaan starten met het vastleggen van de zorgzwaarte en met het bespreken de geregistreerde scores in het intercollegiale overleg tussen intensivisten in het eigen ziekenhuis en met de collega-intensivisten in het netwerk. Zodat wordt er werkendewijs meer kennis verzameld over zorgzwaarte in de praktijk. De SOFA als instrument daarvoor vindt de ACK op dit moment de meest passende aanpak omdat er geen goede geschikte alternatieven zijn. Daarbij wil de ACK de kwaliteitsstandaard gaan verbinden met een indicator voor de SOFA-score.

1.6 Visitatie door NVIC

Lijn van de consultatiereacties

Twee respondenten reageren over de visitatie door NVIC. Een respondent geeft aan dat de frequentie van visitatie door de NVIC gespecificeerd moet worden. Een andere respondenten²⁴ geeft aan dat deze in plaats van eens per vijf jaar naar eens per 3 per jaar zou moeten.

Aanpassingen in de kwaliteitsstandaard

-aanbeveling over visitatie door NVIC geëxpliciteerd naar eens per 5 jaar.

Overwegingen

De ACK vindt het een goede suggestie om de frequentie van visitatie in de kwaliteitsstandaard te concretiseren. De ACK heeft ervoor gekozen om de frequentie die op dit moment gehanteerd wordt aan te houden: eens per vijf jaar.

1.7 Vorming van netwerken

²³ SAZ

²⁴ NIV

Lijn van de consultatiereacties

Een aantal respondenten²⁵ reageert op de vorming van netwerken. Zij vragen zich bijvoorbeeld af hoe deze zich verhoudt tot regionale indeling. Ook wordt de vraag gesteld en de suggestie gedaan om ook de mogelijkheid dat twee ziekenhuizen een netwerk vormen open te laten. Daarnaast wordt gevraagd of het gaat over ziekenhuizen of locaties van ziekenhuizen in een netwerk en of je als ziekenhuis bij meerdere netwerken kan zijn aangesloten

Aanpassingen in de kwaliteitsstandaard

- uitgelegd dat een netwerk bestaat uit tenminste 3 ziekenhuizen, waarvan één met 12 bedden of meer met een gemiddelde bedbezetting van minimaal 70 procent
- uitgelegd dat het gaat om een fysieke IC-afdeling
- toegevoegd dat een regio in principe overeen komt met de al bestaande Regionale Opvang Acute Zorg (ROAZ) en bestaat uit verschillende netwerken. De ROAZ maakt bestuurlijke afspraken over de samenwerking in de regio.

Overwegingen ter bespreking voor de ACK-IC

Binnen een netwerk is de focus gericht op samenwerking. Daarnaast zou het netwerk ook ruimte moeten bieden aan leren en deskundigheidsbevordering. Om dit te stimuleren vindt de ACK dat een ziekenhuis maar bij één netwerk aangesloten kan zijn. Voor de praktische werkbaarheid en het overzicht kan worden aangesloten bij al-bestaande bestuurlijke verantwoordelijkheden.

²⁵ NVZ, NIV, formatie ziekenhuizen, SAZ, NFU

Hoofdpunten consultatie ten aanzien van toepassing van de kwaliteitsstandaard

1.8 Doorontwikkeling en eigenaarschap van de kwaliteitsstandaard en de werkwijze bij doorzettingsmacht

Lijn van de consultatiereacties

Verschillende respondenten²⁶ geven aan dat er een risico is aan het terugleggen van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsstandaard bij beroepsverenigingen. Sommigen vragen aan het Zorginstituut om zelf de regie strenger in de hand te houden of op z'n minst vinger aan de pols te houden. Anderen²⁷ geven aan dat het belangrijk is om de regie ook weer terug te leggen bij de professionals en doen juist de suggestie om nadrukkelijker het eigenaarschap van de WV-en te benoemen.

Daarnaast blijkt er wat onduidelijkheid bij respondenten²⁸ over de gang van zaken bij doorzettingsmacht en de relatie tot de criteria van het Toetsingskader.

Aanpassingen in de kwaliteitsstandaard

- Toegelicht dat het uitgangspunt van het Zorginstituut is dat verantwoordelijkheid en eigenaarschap van kwaliteitsstandaarden bij partijen in de zorg zelf ligt en daar blijft liggen.
- Toegelicht dat in die situaties waarin het publiek belang in gevaar komt het Zorginstituut doorzettingsmacht kan inzetten
- Toegelicht wat de relatie is tussen doorzettingsmacht en de criteria van het Toetsingskader van het Zorginstituut

Acties naast de kwaliteitsstandaard

- Ondersteuning door het Zorginstituut bij de implementatie van de kwaliteitsstandaard in de praktijk (zie plan van aanpak implementatietraject).

Overwegingen

Het Zorginstituut laat op zijn Meerjarenagenda zien voor welke zorggebieden met voorrang kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld en wanneer deze gereed moeten zijn. Wanneer het Zorginstituut constateert dat de in de Meerjarenagenda gestelde termijnen niet gehaald zijn, kan het Zorginstituut met het oog op het publiek belang de regie op de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard overnemen. Het Zorginstituut zal de ACK dan vragen om de ontwikkeling op zich te nemen. Dit wordt de doorzettingsmacht van het Zorginstituut genoemd. Het Zorginstituut neemt vervolgens de kwaliteitsstandaard op in het Register. Zo wordt zichtbaar dat dit de (nieuwe) norm voor goede zorg is. En zo wordt de kwaliteitsstandaard onderdeel van de professionele standaard waaraan zorgaanbieders zich dienen te houden. De via doorzettingsmacht ontwikkelde kwaliteitsstandaard is voor de IGZ uitgangspunt voor toezicht op en handhaving van de kwaliteit van de zorgverlening. Bij de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard in de doorzettingsmacht volgt de ACK de criteria van het Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden, maar in het doorzettingstraject is het uiteindelijk de ACK zelf die de kwaliteitsstandaard vaststelt. In dit traject heeft de ACK de relevante partijen op verschillende manieren betrokken om input van hun kant te garanderen: ten eerste door de conceptrichtlijn uit 2015 die opgesteld is door partijen te gebruiken als uitgangspunt, ten tweede door voorafgaand aan het doorzettingstraject een brede inventarisatie te houden over de discussiepunten en argumenten onder vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars en onder verschillende deskundigen en tot slot door de betrokken partijen te consulteren over de conceptkwaliteitsstandaard (april 2016).

²⁶ NVZ, SAZ, FCIC

²⁷ NFU, ZN

²⁸ NPCF, FCIC,

1.9 Implementatie

Lijn van de consultatiereacties

Op het onderwerp implementatie reageert een klein aantal respondenten²⁹. Zij geven aan dat de implementatie nog aandacht nodig heeft en dat de totstandkoming van samenwerkingsregio's de nodige afstemming en tijd zal vergen. Ook noemt een respondent³⁰ dat de implementatie van de Zorgstandaard IC financiële consequenties voor de ziekenhuizen zal hebben en dat in de conceptkwaliteitsstandaard geen kosten-baten analyse/Business Impact Analyse is opgenomen. Deze respondent adviseert om dit tijdens de implementatie in kaart te brengen en daarvoor een 0-meting uit te voeren.

Een respondent³¹ geeft aan dat er nog te weinig aandacht is voor patiënteninformatie bij de kwaliteitsstandaard.

Acties naast de kwaliteitsstandaard

- Ondersteuning door het Zorginstituut bij de implementatie van de kwaliteitsstandaard in de praktijk (zie plan van aanpak implementatietraject).
- Samenwerking met patiëntenstichting FCIC voor actualisatie van de informatie voor patiënten.

Overwegingen

Met de implementatie van de kwaliteitsstandaard in de zorgpraktijk start het echt werk. Daarom gaat het Zorginstituut, na vaststelling van de kwaliteitsstandaard de implementatie van de nieuwe kwaliteitsstandaard volgen en ondersteunen. Het doel van deze kwaliteitsstandaard is vooral het stimuleren van een lerend perspectief. De organisatie van de IC's heeft sinds de richtlijn uit 2006 veel aan kwaliteit gewonnen. Toen waren er nog duidelijke procesvoorwaarden nodig. Op dit moment vertrouwt de ACK erop dat de IC's, de intensivisten, de verpleegkundigen en ziekenhuizen, in goede samenwerking de aanbevelingen regionaal kunnen en zullen gaan invullen. Voor sommige thema's (zoals zorgzwaarte van de IC-patiënt door meten van de SOFA-score en het aantal fte intensivist en IC-verpleegkundige) wil het Zorginstituut stimuleren dat de IC's kennis en ervaring opdoen om vervolgens gezamenlijk te kunnen beoordelen wat de exacte invulling gaat worden. Waar nodig kunnen zo regionaal passende normen worden opgesteld.

Wat er in de praktijk geïmplementeerd moet worden staat beschreven in de kwaliteitsstandaard Organisatie van IC's. In de kwaliteitsstandaard staan steeds de gewenste uitkomsten beschreven. Voor de precieze invulling over hoe die uitkomsten bereikt worden, is bewust ruimte gelaten voor de netwerken en de individuele IC's. Je zou kunnen zeggen dat de aanbevelingen van de kwaliteitsstandaard de bestemming aangeven, maar dat de reis ernaartoe niet tot in detail wordt voorgeschreven. Het Zorginstituut zal de IC's en de netwerken ondersteunen bij het realiseren van de noodzakelijke afspraken.

In de ondersteuning van de implementatie door het Zorginstituut (juli 2016 t/m oktober 2017) lopen 3 trajecten naast elkaar:

- 1) het stimuleren van netwerkvorming tussen ziekenhuizen
- 2) het ontwikkelen van de indicatoren bij de kwaliteitsstandaard
- 3) het monitoren van de implementatie van de aanbevelingen

Naast het verzamelen van *good practices* op het gebied van samenwerken in de regio is het Zorginstituut ook geïnteresseerd op praktijkervaring van bestaande nazorg-interventies kennen. Deze zal het Zorginstituut samen met de betrokken partijen publiek maken, zodat werkendewijs geleerd kan worden van de goede initiatieven die al bestaan op dit gebied. Daarnaast gaat het Zorginstituut in overleg met FCIC en NVIC over de patiënteninformatie bij

²⁹ SAZ, NVZ, ZN

³⁰ SAZ

³¹ FCIC

de kwaliteitsstandaard op de patiëntenwebsite van FCIC en om te zorgen dat die aansluit bij de nieuwe kwaliteitsstandaard en zal het Zorginstituut samen met FCIC en NVIC een speciale pagina op de website Kiesbeter.nl vormgeven.