

Kwaliteitsjaarverslag 2024

IC/MC

St. Antonius ziekenhuis

Datum	6 maart 2025
Auteur	Larissa Veldhuis en Bram Heijnen
Versie	1
Status	Definitief
Markering	Intern en extern

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
1 Training en scholing.....	4
2 Auditsysteem.....	6
3 Complicatieregistratie.....	8
4 Indicatoren	11
5 Integraal risicomanagement.....	17
6 Incidentmelden en calamiteitenonderzoek.....	17
7 Klachten en claims.....	18
8 Onderzoek en innovatie.....	19
9 Duurzame inzet van medewerkers en materialen.....	19
10 Evaluatie van zorg	21

Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitsjaarverslag voor de Intensive Care en Medium Care (IC/MC) van het St. Antoniusziekenhuis (St.AZ.). Bij het opstellen van dit verslag is gebruik gemaakt van het normendocument kwaliteitsvisitatie Intensive care en het document kwaliteitsindicatoren en complicatieregistratie voor intensive care. Het kwaliteitsjaarverslag is een gemeenschappelijk product van de Intensivistengroep en het Management IC/MC.

Het St.AZ. heeft een kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid. Als afdeling sluiten wij aan bij de definities, missie en doelstellingen zoals beschreven in het ziekenhuisbeleid. Ter ondersteuning van dit beleid heeft het ziekenhuis een veiligheidsmanagementsysteem. Ook de afdeling maakt gebruik van de instrumenten welke onderdeel vormen van dit systeem:

- Training en scholing
- Auditsysteem
- Documentbeheer
- Complicatieregistratie
- Indicatoren
- Incidentmelden en calamiteitenonderzoek
- Cultuur en identiteit
- Integraal risicomanagement
- Klachten en claims
- Onderzoek en innovatie
- Evaluatie van de zorg

Op de afdeling IC/MC zijn diverse werkgroepen actief. Deze dragen allemaal (direct of indirect) bij aan de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. De werkgroepen worden gevormd door IC/MC-verpleegkundigen (aandachtshouders) en afhankelijk van het onderwerp bijvoorbeeld arts-assistenten, Verpleegkundig Specialist (VS) en intensivisten. Jaarlijks stellen de werkgroepen een jaarplan en jaarverslag op (in de portefeuille- en werkgroepenstructuur is vastgelegd welke werkgroepen een jaarplan en jaarverslag dienen op te stellen). Vanuit de werkgroepen worden acties en eventuele verbeterinitiatieven opgepakt. De voortgang van grote verbeterinitiatieven wordt bewaakt via verbeterformulieren in kwaliteitsnet (PDSA-cyclus).

In dit kwaliteitsjaarverslag wordt op hoofdlijn inzichtelijk gemaakt hoe de afdeling IC/MC in 2024 invulling heeft gegeven aan kwaliteit en veiligheid. De [specifieke jaarverslagen](#) per werkgroep en de verbeterformulieren in kwaliteitsnet zijn beschikbaar voor direct betrokkenen danwel auditoren. De opbouw van dit document is conform bovengenoemde instrumenten.

De afdeling IC/MC van het St. Antonius ziekenhuis heeft twee locaties van waaruit patiëntenzorg wordt geboden aan volwassenen. Het betreft de locaties Nieuwegein en Utrecht. De IC-zorg wordt centraal vanuit locatie Nieuwegein geboden. De MC-zorg wordt geboden vanuit zowel Nieuwegein als Utrecht. Het kwaliteitsjaarverslag is van toepassing op de gehele afdeling IC/MC en daarmee op alle patiënten die worden behandeld op deze afdeling.

1 Training en scholing

Om kwalitatief, hoogstaande en veilige patiëntenzorg te kunnen leveren dient iedere IC/MC-professional bekwaam te zijn. De afdeling IC/MC is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg en moet bepalen hoe en door wie de zorg verleend wordt. Het op peil houden van bekwaamheid is een verantwoordelijkheid van de professional zelf, waarbij de afdeling IC/MC een faciliterende rol heeft. In dit hoofdstuk worden de initiatieven op dit gebied gepresenteerd.

Scholing

In 2024 zijn verschillende verplichte scholingen aangeboden:

- ALS training (scenariotraining), inclusief BLS toetsing.
- Tweejaarlijks wordt er een scholingsdag georganiseerd vanuit de scholingscommissie voor alle gediplomeerd IC- en MC-verpleegkundigen. De volgende onderwerpen zijn in 2024 behandeld:
 - Voorjaarsscholing: Een fit begin (ergo coach), pulmonale hypertensie en endarteriectomie, Redeneren volgens de ABCDE methodiek, pancreas falen, laxantia, frontaal EEG, begeleiding PIO's, PICS en CIV aftercare, case based discussion (theorie) en een blik op de toekomst (zorginfarct)
 - Najaarsscholing: Re-thoracotomie, MIK, case based discussion (praktijk), artic sun (alleen IC), NPPV (alleen MC), circulatiekwarter, familie participatie en de regie van de patiënt.
- Extra Corporale Life Support (ECLS) trouble shooting training (scenariotraining) voor alle ECLS experts, artsen en perfusionisten.

De overige scholingen/bijeenkomsten die zijn aangeboden zonder verplichtend karakter:

- Masterclass circulatie over ECG's georganiseerd door de circulation practitioners. Deze scholing werd zeer goed bezocht.
- Acute uurtjes voor het extra scholen van bekwaamheden. In 2024 zijn de volgende bekwaamheden behandeld: BLS/ALS en gebruik defibrillator, hemosphere, pm drempelen en monitoring (Philips)
- Training coachend begeleiden. Dit is een op maat gemaakte training voor IC/MC-verpleegkundigen, gemaakt door de Antonius Academie. Doel: rol als coach op de werkvloer te versterken.

Bekwaamheidspaspoort

Alle bevoegd- en bekwaamheden worden op medewerker niveau vastgelegd in het bekwaamheidspaspoort (Online leerplein) en is inzichtelijk voor medewerker en leidinggevende. De volgende onderdelen zijn in het bekwaamheidspaspoort opgenomen:

- EPIC; verschillende e-learning modules passende bij een specifieke rol.
- Onderdelen toetsingskader 2024, inclusief Advance Life Support.
- Voorbehouden en Risicovolle Handelingen (VRH's) passende bij de IC of MC afdeling.
- Nieuwe apparatuur = medische hulpmiddelen (MH); deze vaardigheid wordt tijdelijk aan alle paspoorten toegevoegd met bijpassende leeropdrachten.

Een aantal keren per jaar is middels een steekproef bekeken in hoeverre de verschillende onderdelen van het bekwaamheidspaspoort afgerond zijn bij de IC- en MC verpleegkundigen (Zie tabel 1). Indien er een laag percentage gescoord werd op een specifiek onderdeel, werd hier aandacht aan besteed door scholing of middels een bericht in de weeknieuws (oranje items). In de loop van het jaar werd een stijging zichtbaar op de onderdelen van het toetsingskader en een aantal IC-specifieke vaardigheden. De onderdelen High risk medicatie, informatiebeveiliging, de externe pacemaker (MC), het gebruik van de transportrolley (MC), vrijheid beperkende interventies (IC/MC), alteplase en EKOS (MC), de hemosphere (IC), frontaal EEG (IC) en de BLS (MC) scoren onder het streefniveau van 80%, waardoor deze onderdelen in 2025 aandacht behoeven.

Ook op medewerkersniveau wordt gestreefd naar het behalen van minimaal 80% van alle onderdelen van het bekwaamheidspaspoort. Bij een lage score ontvangen medewerkers een bericht van leidinggevende. Ook is het bekwaamheidspaspoort een standaard onderdeel van het jaargesprek. Leidinggevende en medewerker bespreken de mogelijkheden en de ervaren belemmeringen.

In onderstaande tabel het overzicht van het bekwaamheidspaspoort IC/MC-verpleegkundigen 2024:

Datum	7-feb-24		16-mei-24		29-okt-24		5-dec-24	
	IC	MC	IC	MC	IC	MC	IC	MC
Toetsingskader (gediplomeerde + student)								
Handhygiëne	91%	85%	89%	88%	90%	98%	95%	100%
High risk medicatie	68%	50%	68%	73%	79%	78%	79%	72%
Medisch rekenen	80%	71%	81%	72%	82%	88%	84%	86%
Informatiebeveiliging	22%	22%	38%	54%	63%	78%	73%	76%
Meldcode	78%	73%	82%	75%	84%	82%	86%	84%
Ontruimen	52%	57%	60%	77%	72%	86%	80%	86%
Omkleedinstr strikte isolatie	85%	83%	77%	79%	86%	88%	87%	90%
Afdelingsspecifiek (alleen gediplomeerd)	student-1	student-9	student-2	student-3	student-1	student-3	student-1	student-3
ALS	67%	63%	61%	70%	85%	70%	80%	81%
Ass rethoracotomie	90%	96%	82%	92%	95%	98%	93%	88%
Buikligging (alleen IC)	99%	x	86%	x	93%	x	95%	x
ECLS basis (alleen IC)	84%	x	81%	x	85%	x	86%	x
Externe PM	77%	32%	74%	38%	95%	49%	89%	48%
Transportkar	95%	65%	90%	72%	93%	77%	96%	75%
CVVH	79%	x	78%	x	92%	x	93%	x
Spoedintubatie/MIK	87%	89%	82%	80%	95%	96%	93%	90%
Vrijheidsbeperkende interventies	73%	59%	71%	66%	74%	72%	63%	66%
NPPV (alleen MC)	x	x	x	x	x	x	x	x
alteplase en EKOS	x	x	x	6%	x	64%	x	67%
Hemosphere	x	x	3%	x	31%	x	50%	x
EEG op de IC (alleen IC)	x	x	x	x	42%	x	53%	x
Servo-U (voor MC alleen NPPV)	x	98%	x	94%	x	96%	99%	94%
Afdelingsspecifiek (gediplomeerd + student)								
BLS	36%	55%	37%	66%	50%	62%	58%	73%
Braunpompen	x	x	x	x	x	x	x	x
Omniceil	82%	82%	88%	92%	91%	98%	91%	98%
POC: Accu-check Glucose	94%	94%	96%	98%	97%	100%	99%	100%
POC: Rapidpoint 500 Bloedgas	94%	90%	97%	98%	100%	100%	100%	98%
ECLS experts								
Ballonpomp	86%	x	97%	x	92%	x	92%	x
ECLS gevorderd	76%	x	78%	x	82%	x	79%	x
Impella	56%	x	65%	x	68%	x	72%	x

Tabel 1:

Nieuwe apparatuur

Het streven is om bij de implementatie van nieuwe of vernieuwde medische hulpmiddelen een afdelingsbekwaamheid van 80% te bewerkstelligen. Dit houdt in dat 80% van de IC/MC-verpleegkundigen de instructie van het nieuwe medische hulpmiddel heeft gevolgd.

- In 2024 is gestart met de FRONT studie. Hierbij werd de IC-verpleegkundige geschoold om een frontaal geplaatst EEG (fEEG) te plaatsen bij de IC-patiënt na een reanimatie. In de voorjaarssscholing is een theoretische les gegeven over de noodzaak van EEG diagnostiek bij deze patiëntencategorie. Daarna volgden verplichte praktijklessen, welke het grootste deel van het team heeft gevolgd. In juli 2024 is de studie van start gegaan is en bracht de IC-verpleegkundige het fEEG aan ipv een uitgebreid EEG aangebracht door een KNF-laborant.

2 Auditsysteem

Vanuit de afdeling Waardegedreven Verbeteren (WV) en vanuit de afdeling IC/MC zijn gedurende het jaar audits en veiligheidsrondes uitgevoerd. Hierbij zijn thema's zoals medicatieveiligheid, overdracht, patiëntidentificatie, time-out procedure en handhygiëne periodiek getoetst. De uitkomsten zijn teruggekoppeld naar het management en hebben geleid tot acties en verbeterinitiatieven vanuit de diverse werkgroepen danwel het MT.

In de interne audits zijn de volgende onderwerpen getoetst:

- Decubitus
- Ondervoeding
- Pijn
- Diverse onderwerpen uit de Qualicor normenset Kritieke zorg
- HRM (High Risk Medicatie)

Relevante uitkomsten van veiligheidsrondes:

- Het VTGM werkproces is bekend, maar naleving van aantal onderdelen verdient extra aandacht.
- Voeding/intake is niet altijd onderwerp van de artsensite.
- Medewerkers zijn goed op de hoogte van omgaan met noodprocedures, wel behoefte aan fysieke training.
- EVV schap moeilijk te realiseren door omvang team.
- Anamnese wordt beter ingevuld ten opzichte van vorig jaar.
- Awareness omtrent ECG maken en beoordelen is toegenomen. Kan wel beter ingebed worden als onderwerp in de site.
- Dienstoverdracht vindt niet structureel aan het bed plaats.

De uitkomsten van de audits en veiligheidsrondes zijn via het weeknieuws naar het team gecommuniceerd. De eventuele afdelingsspecifieke verbeterpunten zijn verwerkt in het verbeterformulier en indien nodig belegd bij de verschillende werkgroepen wat heeft geleid tot diverse kwaliteitsverbeterprojecten in 2024.

Kwaliteitsverbeterprojecten:

- Bedside teaching over het belang van overdragen aan bed, SBAR en pompenstanden controle.
- Voorkomen van verwisseling van medicatie. De focus ligt met name op aandacht voor correct scannen van medicatie. Het gehele team heeft hier een signalerende functie in. De medicatiewerkgroep IC/MC en de EPIC-werkgroep IC/MC koppelen eventuele scanproblemen terug naar de Klinische Farmacie.
- Er zijn extra veiligheidsrondes gedaan aangaande High Risk Medicatie. En waar nodig werd en bedside feedback gegeven.
- Er zijn extra veiligheidsrondes gedaan op de naleving van het herziene ECG protocol.
- Monitoren van de uitkomsten van de veiligheidsrondes en beleggen bij de verschillende werkgroepen.
- Periodiek aandacht besteden aan de noodprocedures.
- Awareness creëren voor het belang van dienstoverdracht aan het bed door hier aandacht hieraan te besteden op de werkvloer en in het weeknieuws.
- Belang van gegevens- en informatiebeveiliging onder de aandacht brengen middels de bijbehorende e-learning.
- Afspraken omtrent het verkrijgen van informed consent verduidelijkt en zichtbaar gemaakt voor patiënt en naasten op de website van de IC/MC.

Visitaties

De IC wordt conform de standaarden van de NVIC eens in de vijf jaar gevisiteerd. De laatste visitatie was in 2018. De volgende visitatie vindt plaats in februari 2025.

Qualicor

Het ziekenhuis wordt periodiek geauditeerd door Qualicor. Het auditbezoek heeft plaatsgevonden van 10 tot en met 12 december 2024. Het betreft de eerste sequential van deze assessmentcyclus. In december 2024 is de normenset 'Kritieke zorg' getoetst. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2024. Het aangevraagde niveau van accreditatie is diamant. Aan alle getoetste criteria uit de normenset 'Kritieke zorg' is voldaan. Het auditteam beschrijft in het rapport dat zij zich zeer welkom hebben gevoeld in een zelfverzekerde organisatie die veel trots uitstraalt. Breed in de organisatie ziet het auditteam dat er veel ruimte wordt gegeven aan ontwikkeling, innovatie, verbeteren, eigen regie en regelruimte. Een aantal van de door het auditteam gegeven complimenten, welke betrekking hebben op de IC/MC:

- Verpleegkundig leiderschap
- Gedragen innovatie en verbetercultuur
- App 'CrisisSuite'
- Greenteam IC en MC
- Acut uur tje IC/MC
- AGE Multidisciplinair Overleg (MDO)

Het volledige [verslag](#) is intern beschikbaar.

KIWA

Jaarlijks vindt een KIWA audit plaats op de normen NEN 7510 en ISO 27001. In 2024 is de IC/MC niet bezocht.

Documentbeheer

Er wordt gewerkt volgens lokale protocollen, welke indien van toepassing multidisciplinair zijn opgesteld. Er zijn gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) voor de meest belangrijke ziektebeelden waar de richtlijnen van de beroepsgroep (NVIC) een onderdeel van vormen. Alle procedures en protocollen die van toepassing zijn voor de afdeling IC/MC zijn digitaal vastgelegd in het ziekenhuisbrede documentbeheersysteem. Maandelijks is vanuit de afdeling WaVe een rapportage opgesteld waardoor inzicht ontstaat in de actualiteit van de documenten, zie onderstaande tabel:

Totaal t/m 31 december 2024	Alle locaties				
	Legenda:	< 5% = verlopen			
		≥ 5% en ≤ 10% = verlopen			
		>10% = verlopen			
Kwaliteitsnet Medische en Verpleegkundige kwaliteitsdocumenten	Aantal gepubliceerd kwaliteitsdocumenten (raadpleegbaar voor alle medewerkers) t/m 31-12-2024	Aantal actuele kwaliteitsdocumenten t/m 31-12-2024	Aantal verlopen kwaliteitsdocumenten t/m 31-12-2024	% verlopen kwaliteitsdocumenten tot 31-12-2024	% verlopen kwaliteitsdocumenten tot 31-10-2024
IC/MC	206	199	7	3%	4%

Uit bovenstaande afbeelding kan opgemaakt worden dat slechts 3% van de medische en verpleegkundige kwaliteitsdocumenten van de IC/MC eind 2024 verlopen was.

3 Complicatieregistratie

In het kader van de kwaliteitsregistratie hebben wij in 2023 de volgende complicaties geregistreerd en besproken in het intensivistenoverleg:

- Reïntubatiepercentage
- Prevalentie meting decubitus en preventiescreening decubitus
- Incidentie en prevalentie van delier

Re-intubatie percentage

In onderstaande tabel wordt het percentage re-intubaties ten opzichte van alle invasief beademde patiënten weergegeven. Onder re-intubatie verstaan we een patiënt die binnen 24 uur na detubatie opnieuw invasief beademd moet worden. Het percentage is laag normaal in vergelijking met de percentages gepubliceerd in de literatuur.

Jaar	Re-intubatiepercentage
2019	5,1%
2020	5,5%
2021	6,9%
2022	4,3%
2023	5,6%
2024	4,4%

Prevalentie meting decubitus

Ieder kwartaal is een prevalentiemeting decubitus uitgevoerd. In het eerste en vierde kwartaal lag het percentage boven de vastgestelde norm. In de andere twee kwartalen lag het percentage binnen de vastgestelde norm van 15%.

Decubitus preventiescreening

De prevalentie van decubitus is hoog op de IC/MC (alle categorieën). Met de inzet van preventieve maatregelen wordt gestreefd dat de incidentie van decubitus zo laag mogelijk is. Wekelijks is er door de aandachtsvelders een decubitus preventiescreening uitgevoerd, met als doel inzicht verkrijgen over de inzet van de preventieve maatregelen bij patiënten op de IC/MC. Daarnaast is bedside teaching gegeven tijdens de screeningsronde.

Algemene gegevens (jan – dec 2024)

	Q1	Q2	Q3	Q4
Totaal aantal metingen*	233	236	168	184
Gemiddelde ligduur tot screening in dagen	15	19	10	11

Tabel 12: totaal aantal metingen

* bezette bedden tijdens screening

Screening decubitus

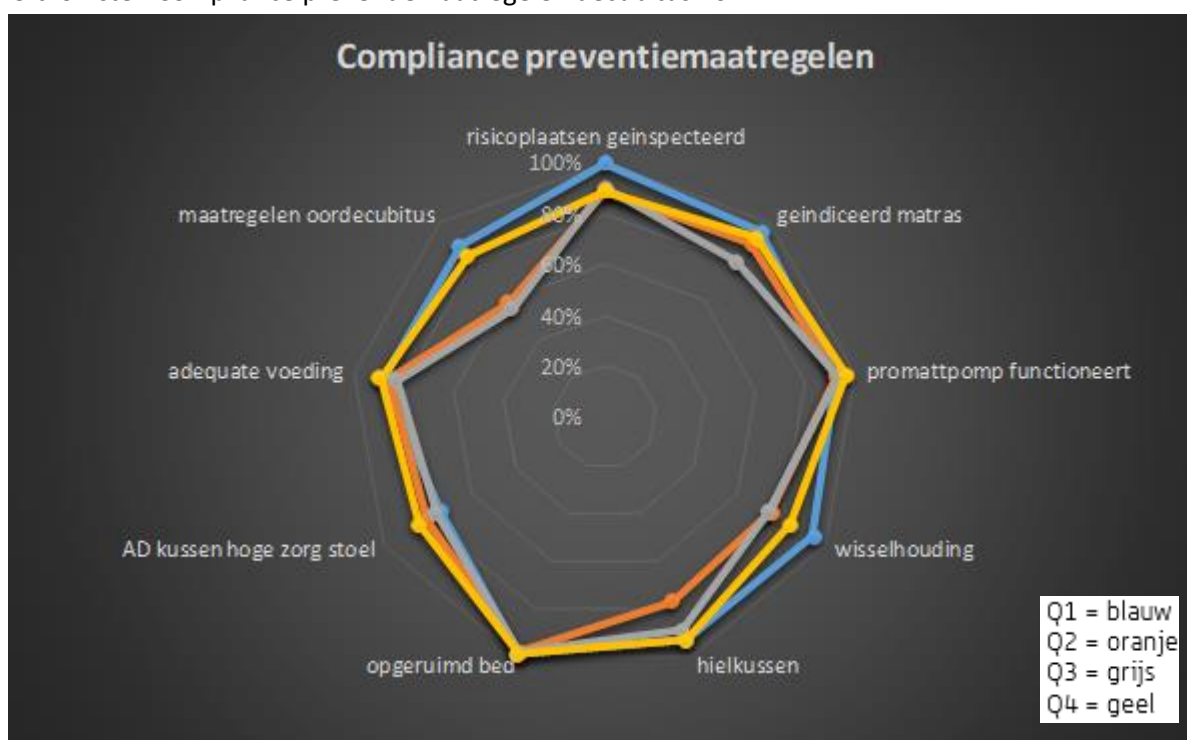
Interventies	Q1	Q2	Q3	Q4
Reeds decubitus aanwezig*	37% (86/233)	30% (70/236)	18% (31/168)	29% (53/184)
Risicoplaatsen geïnspecteerd	100% (225/225)	89% (193/216)	90% (138/154)	89% (160/179)
Geïndiceerd matras	95% (222/233)	89% (210/236)	80% (135/168)	92% (169/184)

ingezet				
Promattpomp functioneert	95% (155/168)	92% (142/155)	93% (91/98)	96% (109/114)
Wisselligging toegepast	94% (201/214)	75% (155/208)	74% (113/153)	84% (141/168)
Hielkussen ingezet	93% (170/182)	77% (134/174)	89% (109/123)	93% (123/132)
Opgeruimd bed	99% (231/233)	98% (231/236)	98% (164/168)	99% (183/184)
Anti-decubitus kussen in de stoel	74% (68/92)	80% (90/112)	76% (45/59)	84% (72/86)
Adequate intake voeding	88% (204/233)	86% (203/236)	83% (140/168)	89% (164/184)
Maatregelen tegen oordecubitus ingezet	87% (117/134)	59% (64/109)	56% (29/52)	83% (90/108)

Tabel 13: percentage interventies

**alle ernst/categorieën*

Uitkomsten Compliance preventiemaatregelen decubitus 2024:



Per kwartaal is een overzicht gemaakt van de resultaten van de uitgevoerde metingen. Hierdoor was het mogelijk om gerichte acties in te zetten op maatregelen die matig scoorden of een dalende trend lieten zien. Een voorbeeld hiervan is dat het functioneren van de Promatt pomp zeer matig scoorde in 2023. Aandacht en goede communicatie met het teamhoofd van de bedden centrale hebben ertoe geleid, dat de pompen in gemiddeld 95% van de gevallen naar behoren functioneren in 2024. Het geven van wisselhouding is cruciaal in het voorkomen van decubitus. In Q2 zien we dat 75% van de patiënten adequate wisselhouding à 4 uur hebben mogen ontvangen. Dit percentage is een daling t.o.v. Q1. Dit percentage konden we destijds niet verklaren. Door middel van een bericht in het weeknieuws werd hier aandacht aangegeven. Gelukkig zagen we het percentage in Q4 weer oplopen, maar blijvende aandacht is nodig. We zagen dat gemiddeld 29% van de patiënten, die niet gedraaid kunnen worden, decubitus ontwikkelden in 2024. Dit zijn de patiënten waarbij wisselhouding niet mogelijk is vanwege ernst van ziekte. Wellicht kan een beter preventief matras hierbij nog helpend zijn.

Wanneer het de verwachting is dat een patiënt langdurig te ziek is om wisselhouding toe te passen, wordt zo spoedig mogelijk een geavanceerd matras ingezet; het Dolphin matras. In 2024 zijn twee Dolphin matrassen aangeschaft voor de IC/MC, waardoor huren bij een externe partij minder vaak nodig was. Doordat deze matrassen in eigen beheer zijn, kunnen deze sneller worden ingezet. In 2025 is een 3^e Dolphin matras aangeschaft, mede door een sluitende businesscase en het implementatiesucces. Door de adequate inzet van een geavanceerd matras kan diepere weefselschade voorkomen worden.

Incidentie en prevalentie van delier

Hieronder verstaan wij de incidentie en prevalentie van delier (gemeten volgens Intensive Care Delirium Screening Checklist-NL) bij patiënten die langer dan 48 uur zijn opgenomen met een RASS score ≥ -2 . In 2023 is de delier data registratie tegen het licht gehouden. De belangrijkste conclusie was dat onze registratie onvoldoende is om uitspraken te doen over de incidentie en de prevalentie. In 2024 zijn verbetermaatregelen ingezet en is daarnaast veel tijd besteedt aan het verbeteren van de PADS preventiescreening. Het doel van de PADS preventiescreening is inzicht krijgen in de inzet van de preventieve maatregelen bij een delirium, pijn, agitatie, fixatie en slaap bij patiënten die langer dan 48 uur opgenomen zijn. Preventieve maatregelen voor valpreventie en de inzet van zware VBI inclusief registratie in EPIC zijn aan deze screening toegevoegd in 2024.

	Q1 2024	Q2 2024	Q3 2024	Q4 2024
Totaal aantal metingen*	64	120	60	54
Gemiddelde ligduur in dagen tot screening	24,2	28,3	13,6	13,4
Mediane ligdag (min/max)	13,5	15	9,5	8,5

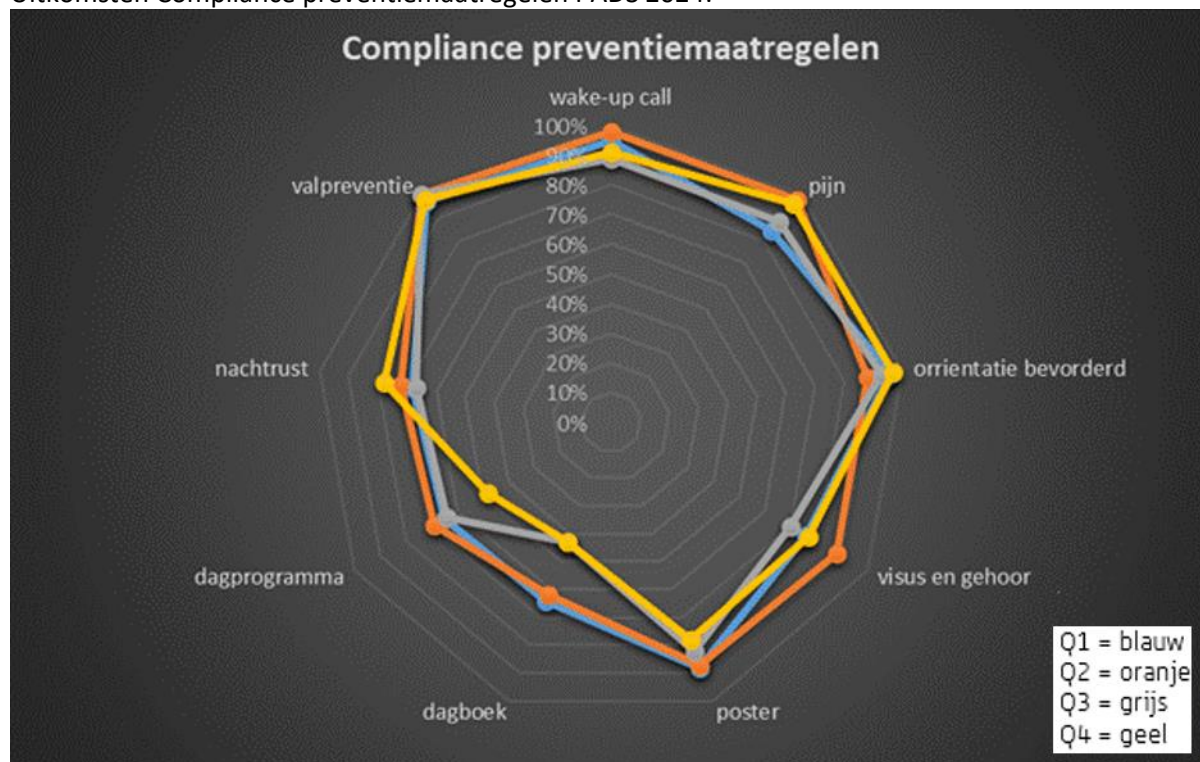
Totaal aantal metingen - * bezette bedden tijdens screening

Delirium screening en inzet preventieve maatregelen

Delirium	Q1 2024	Q2 2024	Q3 2024	Q4 2024
Is er sprake van delirium de afgelopen 24 uur?	49% (24/49)	31% (30/97)	29% (13/45)	27% (10/37)
Is de oriëntatie van de patiënt bevorderd? (Klok, kalender, datum of horloge, of mondeling door zorgverlener/familie)	96 % (52/54)	88% (88/100)	93% (43/46)	97% (36/37)
Heeft de patiënt de bril, lenzen en/of gehoor toestel op/in?	76% (19/25)	88% (58/66)	70% (19/27)	77% (17/22)
Is er een dagprogramma ingezet voor de bevordering van het dagritme?	65% (30/46)	69% (49/71)	64% (25/39)	48% (14/29)
Heeft de patiënt de afgelopen 24 uur een goede nachtrust gehad?	68% (36/53)	72% (71/98)	67% (31/46)	78% (29/37)

Per kwartaal is een overzicht gemaakt van de resultaten van de uitgevoerde metingen. Hierdoor was het mogelijk om gerichte acties in te zetten op maatregelen die matig scoorden of een dalende trend lieten zien.

Uitkomsten Compliance preventiemaatregelen PADS 2024:



Gemiddeld had 30% van alle patiënten een verhoogde delierscore. Uit de literatuur komen wisselende incidentie cijfers voor een delier naar voren. Dit heeft er mee te maken dat een hypo-actief delier moeilijk te diagnosticeren is met ICDCS-screening. Belangrijker is om te bekijken of er voldoende non-farmacologische interventies worden toegepast. Gedurende 2024 wordt de oriëntatie voldoende bevorderd op het gebied van klok, kalender, datum of horloge (96%). Het optimaliseren van de visus en gehoor heeft in 2025 blijvende aandacht nodig. Dit geldt ook voor de inzet van een dagprogramma bij patiënten waarbij dit geïndiceerd is. Op een goede nachtrust werd in 2024 wisselend gescoord. In 2025 zal de data uit 2024 verder onderzocht worden waardoor er duidelijker wordt waardoor de kwaliteit van slaap wisselend was. Mogelijk kunnen hier passende interventies op worden ingezet. Om meer aandacht voor dit onderwerp te vragen, wordt dit onderdeel opgenomen in de scholing 2025 van de IC/MC-afdeling.

4 Indicatoren

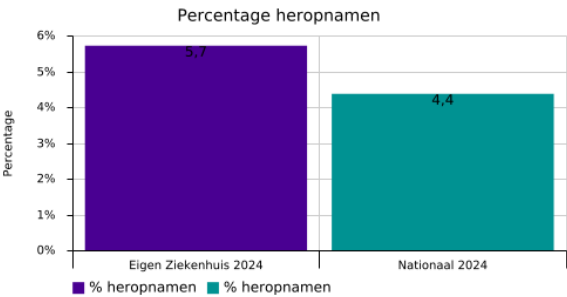
In dit hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten van kwaliteitsmetingen gepresenteerd. De uitkomsten van verpleegkundige kwaliteitsmetingen zijn ieder kwartaal besproken met het MT, medisch manager en kwaliteitsfunctionaris. De uitkomsten van de medische kwaliteitsmetingen zijn besproken in het intensivistenoverleg. De uitkomsten van de NICE registratie zijn tevens besproken in de regio-overleg.

De Minimale Data Set (MDS) is de kernregistratie van de stichting NICE en bevat variabelen waarmee de demografie, de opname en ontslaggegevens, fysiologie, de redenen van opname en de ernst van ziekte in de eerste 24 uur van IC opname alsmede de uitkomstmaten IC- en ziekenhuissterfte en

behandelduur beschreven worden. Het St.AZ. is NICE deelnemer en verzamelt en levert van alle IC opnamen deze data aan. Een publiekjaarsverslag 2024 is separaat beschikbaar.

IC behandel­dagen

De behandelduur wordt hieronder weergegeven in kalenderdagen. Het aantal kalenderdagen is niet altijd gerelateerd aan het aantal 24-uurs perioden dat de patiënt op de IC heeft gelegen. Ter illustratie: Als een patiënt 12 uur op de IC heeft gelegen en op dezelfde dag wordt opgenomen en ontslagen, telt dit als één kalenderdag. Als een patiënt 12 uur op de IC heeft gelegen van de voorgaande avond tot de ochtend, telt dit als twee kalenderdagen. In beide gevallen zou het aantal 24-uurs perioden dat de patiënt op de IC heeft gelegen 0,5 zijn.



IC behandel­dagen in de laatste drie jaar:

	2024	2023	2022
Aantal IC-behandel­dagen (kalender­dagen)	12.113	12.691	12.159
Gemiddelde IC-behandel­duur (kalender­dagen)	3,7	4,0	3,8
Mediane IC-behandel­duur (kalender­dagen)	2,0	2,0	2,0

Mortaliteit

In de onderstaande tabel wordt voor het jaar 2024 het aantal IC-opnamen en percentage sterfte weergegeven. Hierbij worden alle patiënten die op de IC onder verantwoordelijkheid van een intensivist worden opgenomen als IC-opname geteld, dit betekent dat de recovery patiënten en patiënten niet onder eindverantwoordelijkheid van de intensivist worden geëxcludeerd. Het totaal aantal IC-opnamen in 2024 was 3.297. Let op: De groepen in de tabel kunnen elkaar overlappen; een IC-opname kan onder meerdere groepen meegeteld worden. Het % opnamen geeft het percentage van het totaal aantal IC-opnamen weer. Het totaalpercentage telt daarom niet op tot 100%

	Eigen Ziekenhuis 2024				Nationaal 2024			
	Aantal opnamen	% Opnamen	% IC-mortaliteit	% ZKH-mortaliteit	Aantal opnamen	% Opnamen	% IC-mortaliteit	% ZKH-mortaliteit
Medisch	1.131	34,3	15,4	20,5	38.681	55,8	13,0	18,2
Spoed chirurgie	365	11,1	6,6	9,1	7.780	11,2	11,3	15,6
Geplande chirurgie	1.801	54,6	1,2	2,2	22.682	32,7	1,0	2,0
Trauma	86	2,6	2,3	6,0	3.121	4,5	8,4	10,9
Sepsis	66	2,0	16,7	22,2	4.381	6,3	17,2	23,6
OHCA	82	2,5	32,9	36,6	2.664	3,8	43,7	46,8
CAP	110	3,3	18,2	22,9	3.431	5,0	15,0	20,0

Heropnamen

Een heropname is gedefinieerd als een IC opname van een patiënt die al eerder op de IC opgenomen is geweest in dezelfde ziekenhuisopnameperiode. Een heropname is een ongewenst voorval omdat het kan wijzen op een te vroeg ontslag van de IC. Aan de andere kant kan de situatie van de patiënt

op de verpleegafdeling verslechteren waardoor heropname op de IC noodzakelijk is. Er zijn meerdere verklaringen voor verschillen in het percentage heropnamen tussen IC's. De belangrijkste daarvan is het feit of een ziekenhuis wel of geen beschikking heeft over een aparte Medium Care (MC) afdeling. In nevenstaande grafiek wordt een overzicht gegeven van het percentage heropnamen in het jaar 2024.

Ziekenhuissterfte (APACHE IV SMR) non-cardiochirurgische patiënten

Onder de opgenomen IC-patiënten wordt vaak onderscheid gemaakt tussen patiënten waarbij direct voorafgaand aan de IC-opname een operatieve ingreep aan het hart (waaronder kransslagvaten, hartkleppen en eerste deel van de grote lichaamsslagader of aorta) heeft plaatsgevonden en de patiënten waarbij dit niet heeft plaatsgevonden. Deze twee groepen worden ook wel de cardiochirurgische en non-cardiochirurgische patiënten genoemd. Omdat hartchirurgie in een beperkt aantal ziekenhuizen kan worden verricht en omdat deze patiënten qua karakteristieken en uitkomsten erg afwijken van de non-cardiochirurgische patiënten worden de resultaten van deze twee groepen apart geanalyseerd. Hieronder vindt u de resultaten van de non-cardiochirurgische patiënten.

De Standardized Mortality Ratio (SMR) is het totaal aantal geobserveerde sterfgevallen gedeeld door het totaal aantal verwachte sterfgevallen in het ziekenhuis in een bepaalde periode. Het verwachte aantal sterfgevallen wordt bepaald met behulp van het voor Nederland geijkte APACHE IV model, dat op basis van belangrijke patiënt gegevens zoals demografie (leeftijd en geslacht), opnamediagnose, comorbiditeit (aandoening die al voor de ziekenhuisopname aanwezig was) en fysiologische bepalingen een sterftekans voor individuele patiënten berekent. Zo zal een jonge relatief gezonde patiënt een lagere verwachte sterftekans krijgen dan een oudere ernstig zieke patiënt. De optelling van alle individueel voorspelde sterftekanzen resulteert in het totaal aantal verwachte sterfgevallen in een bepaalde periode voor een betreffende IC.

De SMR is een belangrijke indicator voor de IC aangezien de meeste sterfgevallen binnen een ziekenhuis op de IC plaatsvindt. Toch zijn er belangrijke beperkingen waarmee men rekening dient te houden bij de beoordeling van de SMR. Ondanks dat veel patiëntgegevens worden gebruikt bij het berekenen van de sterftekans, kan het zijn dat het model geen rekening houdt met andere belangrijke factoren. Doordat de SMR gebruik maakt van ziekenhuissterfte kan het zijn dat overplaatsingen of nauwe samenwerkingen met bijvoorbeeld verpleeghuizen en hospices een positieve invloed hebben op de berekende SMR (sterfte na ziekenhuisontslag wordt niet meegenomen).

Het gebruikte model werkt het beste bij grotere aantallen patiënten omdat daarmee de kans dat een gevonden verschil op toeval berust kleiner wordt. Om deze reden wordt ook het betrouwbaarheidsinterval gerapporteerd. Het is gebruikelijk om het zogenaamde 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) te rapporteren. Hiermee wordt een bandbreedte voor de SMR aangegeven waarvan voor 95% zeker is dat de daadwerkelijke SMR in die bandbreedte valt. De bandbreedte zal groter worden als het aantal opgenomen patiënten daalt en zal kleiner worden als het aantal opgenomen patiënten stijgt.

Het APACHE IV model is in 2006 ontwikkeld op een grote IC-populatie in Amerika. Dit betekent dat de berekende APACHE IV sterftekanzen zijn gebaseerd op de verwachtingen in 2006 buiten Nederland. Sinds 2006 is de kwaliteit van zorg op de IC verbeterd waardoor de sterftekanzen in het ziekenhuis inmiddels lager ligt dan destijds. Hierdoor ligt de gemiddelde SMR in de Nederlandse IC's ruim onder de waarde 1, hetgeen aangeeft dat de ziekenhuissterfte lager is dan werd verwacht volgens het APACHE IV model uit 2006. Een mogelijkheid om het APACHE IV model aan te passen naar de huidige praktijksituatie van de Nederlandse IC's is door een correctie toe te passen op de verwachte sterftekanzen. Dit wordt op nationaal niveau per kalenderjaar gedaan zodat nationaal het totaal aantal geobserveerde sterfgevallen gelijk is aan het totaal aantal verwachte sterfgevallen. Dit resulteert in een nationale SMR van 1. Door deze aanpassing ontstaat de zogeheten voor Nederland

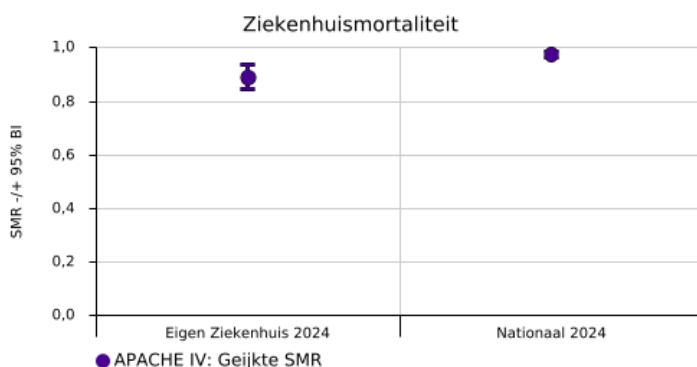
geijkte SMR welke goed gebruikt kan worden voor het vergelijken van IC's. Een IC met een geijkte SMR groter dan 1 heeft een geobserveerde sterfte die hoger is dan we in het betreffende kalenderjaar gemiddeld in Nederland verwachten. Een IC met een geijkte SMR lager dan 1 heeft een geobserveerde sterfte lager dan we gemiddeld verwachten.

Het APACHE IV model kan voor de meeste opgenomen IC-patiënten een verwachte sterftetekans berekenen, er zijn echter een aantal groepen patiënten waarvoor het model niet in staat is een juiste berekening te maken. Deze groepen patiënten zijn daarom geëxcludeerd bij het berekenen van de SMR. Het APACHE IV model hanteert de volgende exclusiecriteria: jonger dan 16 jaar, korter dan 4 uur op de IC, langer dan 365 dagen in het ziekenhuis, overleden voor IC-opname (donor), heropnamen, brandwonden, transplantaties (m.u.v. nier en levertransplantaties), patiënten niet onder eindverantwoordelijkheid van de intensivist (zoals bijvoorbeeld CCU patiënten), recovery patiënten en patiënten met een missend opnametype en/of opnamediagnose.

In de onderstaande tabel wordt voor het jaar 2024 het aantal IC-opnamen (excl. cardiochirurgie) weergegeven en hoeveel daarvan voldoen aan de APACHE IV inclusiecriteria.

	2024
Aantal IC-opnamen (excl. cardiochirurgie)	1.935
Aantal IC-opnamen (excl. cardiochirurgie) die voldoen aan APACHE IV inclusiecriteria	1.736

In de onderstaande grafiek wordt voor alle patiënten (excl. cardiochirurgie) die voldoen aan de APACHE IV inclusie criteria de geijkte APACHE IV SMR voor het jaar 2024 weergegeven.

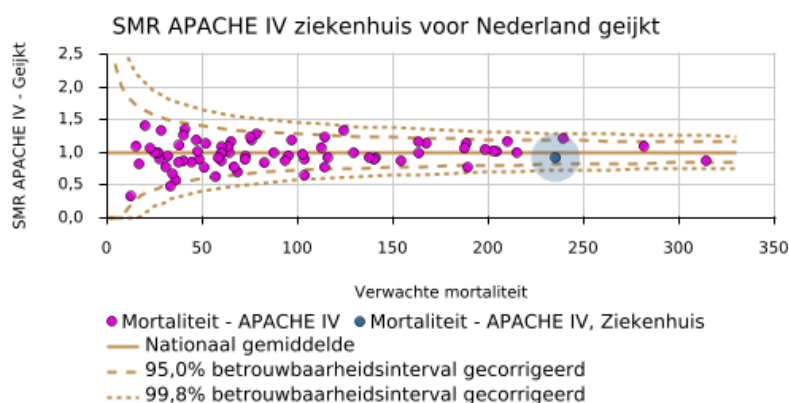


Om de variatie in SMR tussen verschillende deelnemende IC's inzichtelijk te maken, wordt gebruik gemaakt van de zogenoemde funnelplots. In een dergelijke plot wordt iedere IC als stip afgebeeld. De waarde op de x-as geeft het verwachte aantal sterfgevallen van de betreffende IC aan en de waarde op de y-as geeft de waarde van de voor Nederland geijkte SMR aan. De horizontale lijn geeft de gemiddelde geijkte SMR weer, welke de waarde 1 heeft (zie uitleg hierboven). De kromme lijnen vormen de bijbehorende 95%- en 99,8%-betrouwbaarheidsintervallen en benadrukken dat er niet één waarde van de SMR als normaal beschouwd moet worden, maar dat er afhankelijk van het aantal verwachte sterfgevallen een bandbreedte aan waarden normaal is.

De voor Nederland geijkte SMR van een IC kan puur door 'toeval' iets lager of hoger dan 1 uitvallen zonder dat er sprake is van een structureel en duurzaam aanwezige oorzaak. Een geijkte SMR boven het 99,8%-betrouwbaarheidsinterval wordt geïdentificeerd als een IC met waarschijnlijk een structurele oorzaak of tekortschietende kwaliteit die de verhoogde sterfte verklaart. Dit vraagt dus zeker om nader onderzoek naar mogelijke oorzaken bij de betreffende IC. Het betrouwbaarheidsinterval moet echter niet gezien worden als harde grens tussen 'toeval' en 'aanwezigheid van structurele oorzaken of tekortschietende kwaliteit' maar als zone van toenemende waakzaamheid. Omdat de grens tussen 'toeval' en 'aanwezigheid van structurele oorzaken of tekortschietende kwaliteit' niet met zekerheid en in harde getallen vast te stellen is,

moeten funnelplots altijd voorzichtig geïnterpreteerd worden. De kans dat een IC zonder 'aanwezigheid van structurele oorzaken of tekortschietende kwaliteit' een geijkte SMR boven of onder het betrouwbaarheidsinterval heeft is 5% bij het 95%-betrouwbaarheidsinterval en 0,2% bij het 99,8%-betrouwbaarheidsinterval.

In het onderstaande figuur wordt voor alle patiënten (excl. cardiochirurgie) die voldoen aan de APACHE IV inclusiecriteria de funnelplot op basis van de voor Nederland geijkte APACHE IV SMR voor het jaar 2024 weergegeven. Uw eigen IC heeft een SMR van 0.92 en is in het blauw weergegeven.



Lange termijn sterfte non-cardiochirurgische patiënten

Naast ziekenhuissterfte is het uiteraard ook belangrijk om te kijken wat er met de IC-patiënten gebeurt na ziekenhuisontslag, immers het doel van de IC-zorg is lange termijn overleving. Daarnaast wordt de lange termijn sterfte minder beïnvloedt door de ontslagprocedures van een ziekenhuis, zoals een nauwe samenwerking met verpleeghuizen en/of hospices, waardoor deze beter tussen IC's te vergelijken is. Momenteel zijn de lange termijn gegevens nog niet bekend. De verwachting is dat deze vanaf april 2025 beschikbaar zijn.

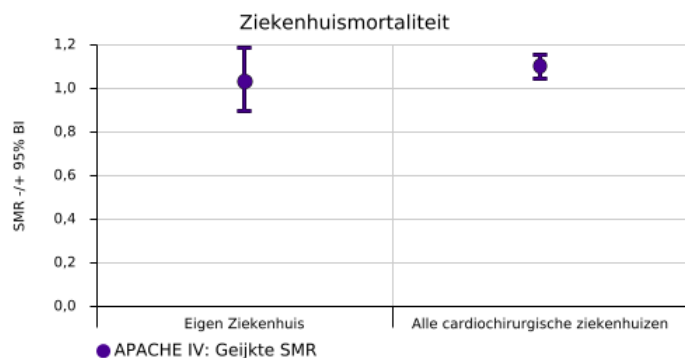
Ziekenhuissterfte (APACHE IV SMR) cardiochirurgische patiënten

Hieronder worden de resultaten zoals die bij non-cardiochirurgisch patiënten zijn getoond herhaald voor de cardiochirurgische patiënten (patiënten waarbij direct voorafgaand aan de IC-opname een operatieve ingreep aan het hart heeft plaatsgevonden). De gemaakte opmerkingen bij het onderdeel non-cardiochirurgische patiënten met betrekking tot de SMR en funnelplot dienen daarom ook hier in acht te worden genomen.

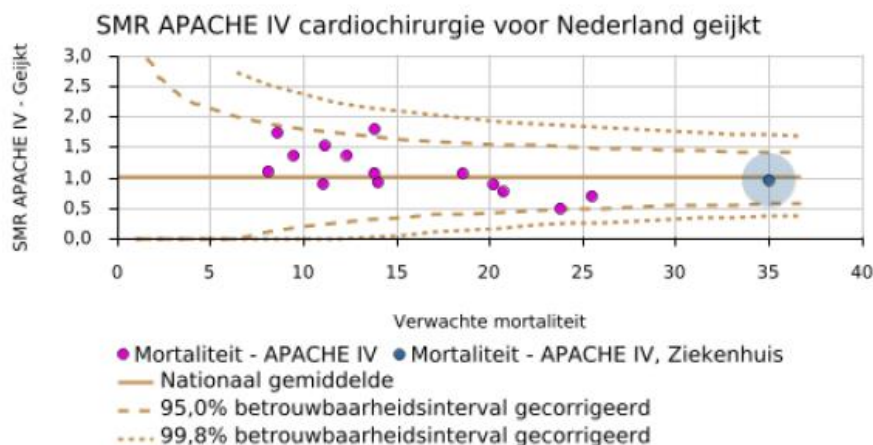
In de onderstaande tabel wordt voor het jaar 2024 het aantal cardiochirurgische IC-opnamen weergegeven en hoeveel daarvan voldoen aan de APACHE IV inclusiecriteria.

	2024
Aantal cardiochirurgische opnamen	1.362
Aantal cardiochirurgische opnamen die voldoen aan APACHE IV inclusie criteria	1.307

In de onderstaande grafiek wordt voor alle cardiochirurgische patiënten die voldoen aan de APACHE IV inclusie criteria de geijkte APACHE IV SMR voor het jaar 2024 weergegeven.



In het onderstaande figuur wordt voor alle cardiochirurgische patiënten die voldoen aan de APACHE IV inclusiecriteria de funnelplot op basis van de voor Nederland geijkte APACHE IV SMR voor het jaar 2024 weergegeven. Uw eigen IC heeft een SMR van 0.97 en is in het blauw weergegeven.



Lange termijn sterfte cardiochirurgische patiënten

Momenteel zijn de lange termijn gegevens nog niet bekend. De verwachting is dat deze vanaf april 2025 beschikbaar zijn.

IGJ en ZIN indicatoren

De IGJ en het Zorginstituut hebben geen uitvraag gedaan over 2024.

Medicatie verificatie bij opname

Medicatieverificatie vindt plaats conform protocol. Dagelijks wordt door de apothekers assistent van de Klinische farmacie een check gedaan of alle patiënten een gesprek hebben gehad. In 2024 heeft bij 460 patiënten op de IC/MC een medicatieverificatie-gesprek plaatsgevonden. Deze data is gegenereerd uit iverints in EPIC. Voor de overige patiënten geldt dat deze gesprekken hebben plaatsgevonden op de SEH, verpleegafdeling of pre-operatieve screening.

Kwaliteitsverbeterproject:

- Het protocol Medicatieverificatie IC/MC is door het medisch hoofd IC/MC en klinische farmacie geoptimaliseerd en geïmplementeerd.
- Op de IC/MC wordt medicatie toegediend via meerdere mogelijke toedieningsroutes. Door een universele aansluiting per toedieningsroute is verwisseling niet mogelijk. Dit jaar is de ENFit aansluiting geïmplementeerd, waardoor verwisseling van orale en intraveneuze (i.v.) toedieningsweg wordt voorkomen. In 2023 is het ENFit systeem geïmplementeerd voor orale medicatie via de voedingssonde, zowel maag als duodenum. De aansluiting voor maaghevels is in 2024 geïmplementeerd.
- Ontwikkeling en implementatie van het defecatieprotocol IC/MC.
- Opstellen en implementatie van opbouwschema Totale Parenterale Voeding, als nieuw onderdeel binnen het huidige voedingsprotocol IC/MC.

5 Integraal risicomanagement

Het identificeren van risico's (op vele domeinen), het prioriteren en het formuleren van verbetermaatregelen vormde ook in 2024 structureel onderdeel van ons werk. De ingezette werkwijze van preventiescreening is hiervan een mooi voorbeeld.

In Q1 is een PRI (Prospectieve Risico Inventarisatie) uitgevoerd met betrekking tot dreigende stroomuitval door hoge waterstand in geval van bevroren leidingen. In Q4 heeft een PRI plaatsgevonden aangaande netwerk downtime door I&I en ziekenhuisbreed.

Er heeft een Risico-inventarisatie en –evaluatie (RI&E) plaatsgevonden op locatie Nieuwegein, waarbij de volgende twee knelpunten zijn geconstateerd:

- De fysieke belasting is niet-beoordeeld met de RugRadar/ Riscioradar of een ander instrument.
- De fysieke belasting door de verouderde bedden
- De fysieke belasting voor zwangeren

Kwaliteitsverbeterproject, welke zijn uitgevoerd door de ergocoach:

- Start uitvoering rugradar.
- Coaching in tiltechnieken op de werkvloer.
- Voorlichting over beschikbare tilhulpmiddelen ter vermindering van fysieke belasting.
- Advies gevraagd bij HR gezondheid ten aanzien van fysieke belastbaarheid en getoetst of de beschikbare tilhulpmiddelen correct worden toegepast.

6 Incidentmelden en calamiteitenonderzoek

Conform ziekenhuisbeleid worden incidenten gemeld via digitale formulieren in kwaliteitsnet. De werkgroep 'VIM/MIM' van de afdeling IC/MC heeft de ingediende incidenten patiëntenzorg behandeld in indien nodig afgestemd met de Centrale Incidenten Commissie. Ieder kwartaal is de VIM-commissie bijeen gekomen.

VIM meldingen IC/ MC	Aantal 2023	Aantal 2024
Totaal	195	178
Afgewezen	6	11
Afgehandeld	180	153
Ontvangen	x	1
In behandeling, worden meegenomen en afgehandeld in (2024-2025)	9	13
Analyse door CIC	0	0
Risico inschatting (bijna) incident		
Laag risico	120	115
Middel risico	62	52
Hoog risico	11	10
Zeer Hoog	2	1

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er een grote meldingsbereidheid is. Dit biedt ons de mogelijkheid om continu te verbeteren. Het grootste aandeel betreft laag risico meldingen. Alle meldingen zijn in behandeling genomen door de VIM-commissie. Aan het einde van het jaar is vanuit de werkgroep 'VIM & MIM' een jaarverslag opgesteld.

Calamiteitenonderzoek

In Q2 heeft de IC/MC deelgenomen aan een learning teams sessie met als onderwerp Fraxiparine niet gestopt bij herstart Rivaroxaban. Er waren geen verbeterpunten voor de IC/MC.

Kwaliteitsverbeterprojecten:

- De verbeteracties ten aanzien van de patiëntencategorie die een Alteplase behandeling ondergaat, zijn in 2024 afgerond.
- Verbeteracties omtrent ECG maken en beoordelen zijn afgerond in 2024.

7 Klachten en claims

Indien duidelijk is dat een patiënt of diens familie ontevreden is over de geleverde zorg op de afdeling wordt laagdrempelig en direct het gesprek aangegaan. Mochten zij achteraf onvrede of een klacht willen uiten dan verloopt dit via de klachtenfunctionaris van het ziekenhuis. Dit kan via het klachtenformulier, telefonisch of schriftelijk.

De afdeling IC/MC heeft in 2024 een klacht via de klachtenfunctionaris ontvangen. De aard van de klacht betreft communicatie door de zorgprofessional. De klacht is geanalyseerd en via de klachtenfunctionaris is een schriftelijke reactie gegeven. Tevens is een gesprek aangeboden.

De afdeling heeft in 2024 een claim ontvangen welke conform protocol is afgehandeld in afstemming met de afdeling claimbehandeling van het St. Antonius Ziekenhuis en de afdelingsleiding IC/MC.

8 Onderzoek en innovatie

Evidence Based Practice

In 2024 is twee keer een EBP bulletin uitgebracht en verstuurd naar alle IC/MC-verpleegkundigen en artsen. In dit bulletin zijn onder andere alle afgeronde kwaliteit- en onderzoeksprojecten gepresenteerd. Het bulletin is uitgebracht door een verpleegkundig onderzoeker in samenwerking met de verpleegkundig specialisten.

Per jaar starten meerdere verpleegkundigen de opleiding tot IC of MC verpleegkundige. Onderdeel van deze opleiding is de uitvoer van een kwaliteitsproject. Hierbij volgen groepjes studenten de stappen behorende bij evidence based practice. Middels een PICO wordt er een onderzoeksvraag geformuleerd en wordt er een literatuur onderzoek uitgevoerd. In 2023 zijn de volgende drie kwaliteitsprojecten afgerond:

1. Dubbele sequentiële defibrilatie bij refractaire shock
2. PICS
3. Vernevelen met hypertoon zout

Onderzoek

De eerste stappen zijn gezet om een R&D IC/MC op te richten. De R&D IC/MC werkt nauw samen met de R&D anesthesie. Verpleegkundige en medische onderzoeklijnen worden opgesteld en er wordt gestreefd naar voornamelijk uitvoer of deelname onderzoeken met een praktijkgerichte meerwaarde. Daarbij is het volgende doel opgesteld:

‘Streven naar een continue output van gedegen verpleegkundig en medisch wetenschappelijk onderzoek op de intensive en medium care, om de meest efficiënte en optimale zorg aan (ex)patiënten te kunnen leveren.’

Naast de kwaliteitsprojecten van studenten zijn er meerdere lopende onderzoeken op de intensive care, welke grotendeels gecoördineerd worden door de verpleegkundig onderzoeker. Lopende onderzoeken:

- ECLS en wondproblematiek – Retrospectieve studie – afgerond in 2024, publicatie in 2025
- EARLY- mob studie (telemetrie vs monitor bewaking) – RCT per 1 oktober 2023 gestart, lopend
- PRECISE – ECLS – Multicenter prospectieve studie, lopend
- FRONT-studie – implementatiestudie – gestart per 1 juli 2024
- Trach-wean studie – observationeel – dataverzameling afgerond
- PROZIC studie – 24 uren prevalentie meting – in 2025 nog een follow-up moment

Innovatie

De verpleegkundig onderzoeker van de IC/MC is key-innovator ziekenhuisbreed en neemt deel aan de adviescommissie van het St. Antonius innovatiefonds. Het doel wat nagestreefd wordt is innovatie (ondersteuning) bereikbaar/beschikbaar te maken voor alle zorgprofessionals.

In 2024 zijn financiën ontvangen van het onderzoek- en innovatiefonds voor een onderzoek met negatieve drukpleisters welke ingezet kunnen worden op de gesloten wond nadat patiënten gedecanuleerd zijn na ECLS therapie. De studie wordt in 2025 verder opgezet.

9 Duurzame inzet van medewerkers en materialen

Om zorg van goede kwaliteit te kunnen leveren is het van belang om duurzaam met medewerkers en materialen om te gaan. In 2022 heeft de afdeling het plan ‘behoud van medewerkers’. Hierin hebben we vastgesteld dat acht thema’s van belang zijn bij het behoud van medewerkers: waardering, samenwerking tussen disciplines, werkplezier, scholing en ontwikkelingsmogelijkheden,

verpleegkundig leiderschap / autonomie, gezondheid van medewerkers, patiëntgerichte zorg en tenslotte informatie delen. In 2024 is onverminderd uitvoering gegeven aan de inhoud van dit plan.

Formatie

De afdeling heeft in 2024 een mooie formatie groei doorgemaakt. Een groot aantal studenten heeft het IC/MC-diploma behaald en de uitstroom onder IC/MC-gediplomeerden was beperkt. De uitstroom onder gediplomeerden wordt grotendeels verklaard door het pensioneren van collega's.

Persoonlijke ontwikkeling

In 2024 heeft een IC-verpleegkundige de opleiding tot praktijkopleider in de gezondheidszorg afgerond.

Leerklimaat studenten

In 2024 is een leerklimaatscan onder student IC/MC-verpleegkundigen uitgevoerd, met onderstaande uitkomsten. De resultaten zijn door de St.AZ academie opgepakt.

(N=14)	Schaalscore ⁱ (op 5-puntsschaal)	Score op algemene controle-item ⁱⁱ
Sfeer op afdeling	4,38 (3,5-5)	4,57 (4-5)
Teamhoofd	4,38 (3,33-5)	-
Verpleegkundige zorg	4,38 (4-5)	-
Werkbegeleideriii(	4,74 (3,88-5)	4,71 (4-5)
Leerunit-coach (N = 4)	3,75 (3-5)	3,75 (3-5)
Praktijkopleider	4,44 (4,21-4,5)	4,43 (4-5)

2 ^e werkbegeleider tevredenheid (N=14)	100% even tevreden (49-51)	
---	-------------------------------	--

ⁱ Een schaalscore is een gemiddelde score over verschillende item van eenzelfde thema.

ⁱⁱ Een controle-item is één enkel item, wat eenzelfde thema bevraagd als bijbehorende schaal. De score hierop is minder betrouwbaar dan de schaalscore.

Duurzaamheid

Het greenteam van de IC/MC heeft in 2024 aan verschillende doelen gewerkt die aansluiten bij de greendeal 3.0. Naast enthousiasmeren van het team d.m.v. nieuwsbrieven en het organiseren van de week van de duurzaamheid, zijn er verschillende projecten uitgerold. Zo is er op de IC/MC ook veel aandacht gegeven aan het ziekenhuisbrede project m.b.t. het verminderen van onnodig handschoengebruik. Daarnaast is er gewerkt aan een nieuw lab protocol, waarin het aantal bloedafnames bij de patiënt wordt teruggedrongen. Er is een inzamelpunt voor blikjes gerealiseerd. Daarnaast is er campagne gevoerd voor het beter benutten van de huidige afvalscheiding mogelijkheden.

Verder zijn de resultaten doorberekend van projecten die gedurende 2023 en 2024 liepen:

- Celstofmatjes campagne. 43% minder verbruik → Kostenbesparing € 2.124/jaar
- Reductie IV toediening paracetamol, van 24% naar 16% IV gedaald → Kostenbesparing €1858/jaar
- Beademingsslangen transportkar langer gebruiken → Kostenbesparing €358/jaar
- Sintrom oraal toedienen i.p.v. warfarine intraveneus → Kostenbesparing €4.405/jaar
- Kleinere zak sondevoeding bij lage toediensnelheid → Kostenbesparing €1.368/jaar

10 Evaluatie van zorg

Aan de hand van verschillende instrumenten is de geleverde IC/MC zorg geëvalueerd met als doel leren en verbeteren.

Nazorgpoli

Enkele weken na ontslag krijgen IC/MC patiënten een uitnodiging om op de nazorgpoli op locatie Nieuwegein te komen. Belangrijkste doel van deze poli is begeleiding bij de verwerking van opname op de IC/MC en/of verwijzing naar specialistische hulpverleners. Daarnaast wordt de feedback van patiënt en familie daar waar mogelijk gebruikt om de (kwaliteit van) zorg te verbeteren.

Relevante uitkomsten nazorgpoli:

- Vooral veel lof voor de verschillende disciplines op de afdeling.
- Veel persoonlijke aandacht voor de patiënt (haren wassen, naar buiten gaan, muziek aanzetten etc.)
- Onduidelijkheden over het zorgteam.
- Op-maat-afspraken worden niet altijd goed gecommuniceerd.

Kwaliteitsverbeterprojecten:

- CIV aftercare geïmplementeerd. Waarbij de consulteren intensive care verpleegkundige (CIV) IC en MC patiënten bezoekt met als doel het risico op post intensive care syndroom (PICS) te verkleinen.

Spiegelgesprek

Door de werkgroep 'nazorg' wordt jaarlijks een spiegelgesprek met de patiënt en diens familie georganiseerd. Op deze manier ontstaat inzicht in de ervaringen van de patiënt en zijn familie. Dit biedt input voor verdere verbetering van de zorg. In april 2024 is geen spiegelgesprek, maar een rondetafelgesprek georganiseerd. Hierbij stond de patiënt die van de ECLS gebruik heeft gemaakt centraal. Aan de tafel zaten vier ex- patiënten en professionals. Na uitleg door de perfusionist over de ECLS werking deelden de ex-patiënten hun ervaringen over de geleverde zorg, het geluid in de nachtdiensten, de ervaren eenzaamheid, pijn, angst, dorst, niet begrepen worden en niet kunnen bewegen. Het bood inzicht en bevestiging van reeds gestarte initiatieven. Veel zorgprofessionals waren aanwezig bij het gesprek. De uitkomsten zijn via het weeknieuws met de overige teamleden gedeeld ter aandacht en bewustwording.

Moreel beraad

Vanuit de werkgroep 'ethiek' wordt op basis van actuele casuïstiek met regelmaat een moreel beraad georganiseerd. In 2024 is 1 keer een moreel beraad georganiseerd met het volgende thema:

- Hebben we goede zorg gegeven aan deze vrouw die zich, vanuit haar perspectief in een uitzichtloze situatie bevond?

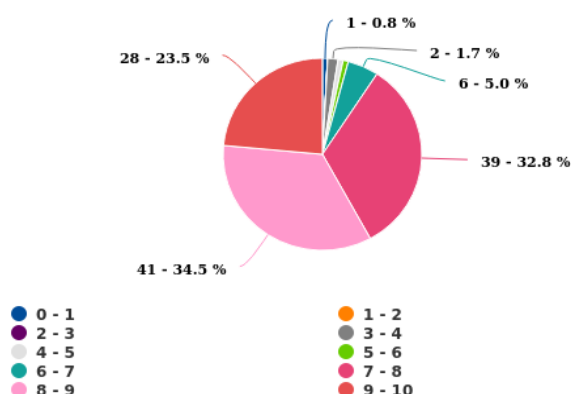
Feedbackradar

Na een bezoek of opname worden patiënten, via een korte online vragenlijst, soms gevraagd om hun mening te geven over hun ervaring, zodat de afdeling meteen aan de slag kan met een verbeteringsuggestie of contact opnemen met de patiënt indien daarom gevraagd wordt naar aanleiding van hun feedback. In 2024 heeft de afdeling IC/MC geen gebruik gemaakt van de feedbackradar.

Relevante bevindingen feedbackradar:

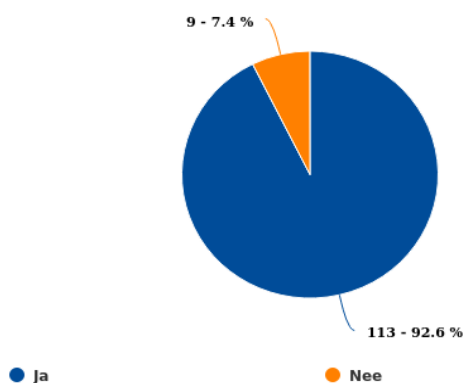
De resultaten van de feedbackradar is verkregen vanuit 393 patiënten. Het gemiddelde cijfer wat we hebben gekregen is een 8,6.

Welk rapportcijfer geeft u de afdeling IC/MC op basis van uw ervaring tijdens uw opname?



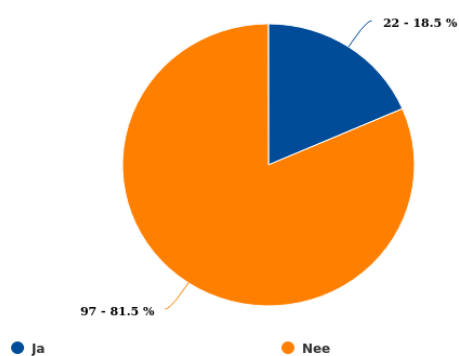
Positieve ervaringen

Heeft u ten aanzien van uw opname op de IC/MC positieve ervaringen?



Verbeterpunten

Heeft u verbeterpunten voor ons?



De meest voorkomende verbeterpunten:

- Rumor op de gang tijdens dienstwissel en in de nachtdienst
- Communicatie naar familie heeft te lang op zich laten wachten, waardoor familie in onzekerheid verkeerde.

Verbeterpunten zijn besproken binnen het team van verpleegkundigen, artsen en familiebegeleiders.

Necrologiebespreking

Iedere week heeft een necrologiebespreking plaatsgevonden waarbij elk overlijden op de intensive care is besproken. Verbeter- en aandachtspunten zijn systematisch bijgehouden en geëvalueerd.

Complicatiebespreking

Periodiek wordt plenair een ernstige of een veel voorkomende complicatie besproken tijdens plenair onderwijs. De zorgprofessionals op de IC/MC nemen deel aan deze multidisciplinaire complicatiebesprekingen waarbij een specifieke casus wordt behandeld. Naar aanleiding van deze besprekingen worden acties en verbeterinitiatieven ontplooit. In 2024 is er 1 complicatiebespreking gehouden:

- *Delay in beoordelen ECG.*

VIM commissie

De werkgroep 'VIM & MIM' heeft ieder kwartaal de trends en bijzonderheden ten aanzien van de VIM meldingen en eventuele calamiteiten met de VIM commissie besproken. Aan het einde van het jaar is een VIM-jaarverslag opgesteld door de voorzitter van de commissie.

Accounthoudersoverleg kwaliteit en veiligheid

Aan de hand van de managementrapportage kwaliteit & patiëntveiligheid heeft ieder kwartaal overleg plaatsgevonden. Aanwezig: verpleegkundig afdelingshoofd, kwaliteitsfunctionaris IC/MC, teamhoofd met de portefeuille 'kwaliteit & veiligheid' en de accounthouder Waardegedreven verbeteren. Er is stilgestaan bij de onderwerpen (omvang en voortgang van) incidenten en calamiteiten, klachten en claims, kwaliteitsdocumenten, interne audits, prospectieve risico inventarisaties en openstaande verbetermaatregelen.

Kwartaaloverleg Kwaliteit en Veiligheid

Ieder kwartaal heeft overleg plaatsgevonden met het MT IC/MC, medisch hoofd IC/MC en kwaliteitsfunctionaris IC/MC. De belangrijkste elementen uit de managementrapportage kwaliteit & patiëntveiligheid zijn besproken en er is aandacht geweest voor de uitkomsten van audits en veiligheidsrondes en bevindingen uit de werkgroepen 'kwaliteit & veiligheid', 'medicatie' en 'VIM & MIM'.

Naast bovenstaande overleggen zijn diverse rapportages opgesteld en besproken met als doel de geleverde zorg te evalueren en zo nodig te optimaliseren.