

# *Ban reskatá nos kuido intensivo*

**‘Een ‘positiopaper’ en beknopte analyse van de problematieken rondom de toegankelijkheid tot de intensieve zorg op Curaçao’**

**Geproduceerd op persoonlijke titel door :**

*Felix D. Pinedo MScN*

**November 2008**

## **Inhoud**

1. Inleiding	blz. 4
2. Het concept ‘intensive care’ belicht	“ 5
3. De bevolkingsgroei versus beschikbare IC-plaatsen	“ 9
4. Medium Care	“ 10
5. Financiering van de intensieve zorg	“ 10
6. Indicatoren	“ 12
7. De verpleegkundige en medische verantwoordelijkheid op de IC	“ 13
8. De intensieve zorg op Curaçao voor jeugdigen en pasgeborenen	“ 16
9. Uitzending	“ 17
10. Aanbevelingen richting de eilandelijke en centrale overheid	“ 18
11. Slot	“ 20.

*Opgedragen aan het huidige en gewezen personeel van de afdelingen Intensive Care en Neonatologie St. ElisabethHospitaal, voor hun inzet ten behoeve van de gemeenschap.*

## **1. Inleiding**

Op bepaalde tijden wordt het St. Elisabeth Hospitaal (St.EH), als enige voorziener van de intensieve zorg, geconfronteerd met een te hoge zorgvraag van patiënten die een hoogcomplexere intensieve zorg nodig hebben. Deze zorgvraag overtreft de op deze Afdeling Intensive Care aanwezige capaciteit (zowel aantal bedden als personeel). De meest voor de hand liggende oplossing op kort termijn voor het ziekenhuis was het opvangen van de patiënten die een 8<sup>ste</sup> en 9<sup>de</sup> bed in gebruik zouden nemen op de Afdeling Spoedeisende Hulp op te nemen. Deze oplossingsrichting, vooral indien de patiënt die intensieve zorg behoeft, meerdere dagen op de afdeling Emergency verblijft, brengt de nodige verhoging van de werklast voor het personeel van de Afdeling Emergency vooral indien zij geconfronteerd worden met een hoog aantal binnenkomende spoedgevallen of ongevallen. Naast de spoedgevallen dient het personeel tevens de medici te assisteren bij kleine ingrepen die op de afdeling Emergency plaatsvinden. Bezien vanuit het feit dat onderzoek heeft uitgewezen dat in Nederland 10 % van de aangeboden ernstig zieke patiënten wegens plaatsgebrek doorverwezen moeten worden naar andere ziekenhuizen is het plaatsen van de overmatige IC-patiënten op de afdeling Emergency voor ons het heilige middel, daar er elders op het eiland geen IC-voorziening met het nodige deskundig personeel aanwezig is.

Gezien het feit dat deze situatie zich al jaren voordoet kan men ervan uitgaan dat er sprake is van een structureel probleem op dit gebied.

Door het uitzenden van diverse patiënten naar voornamelijk Colombia is het tot nu toe gelukt om de zaak onder controle te houden zonder dat er massaal ernstige gevolgen zich voorgedaan hebben.

Deze uitweg heeft de nodige gevolgen gehad voor de kas van de BZV (Eilandgebied Curaçao) omdat uitzending hoge kosten met zich meebrengt, die zo te zien niet begroot waren. Het kwam voor dat het verblijf in het buitenland enkele maanden duurde. De gedeputeerde heeft blijkbaar het belang ingezien om structureel maatregelen te treffen voor wat betreft deze problematiek en heeft via een BC besluit een commissie in het leven geroepen die zich dient te buigen over deze problematiek en hem (het BC) een advies hieromtrent doet toekomen.

Hopelijk kan deze pro-actief door mij samengestelde positionpaper als een discussie- of praatstuk dienen binnen genoemde commissie.

Wij hoeven het wiel helemaal nog niet een keer op Curaçao uit te vinden. Vandaat dat er een diepgaande literatuurstudie heeft plaatsgevonden ter onderbouwing van de diverse stellingen in deze nota. De in deze nota aangehaalde 'websites' geven tevens de nodige literatuur waarvan goed gebruik gemaakt kan worden.

In hoofdstuk 2 ga ik in op het concept 'intensive care' zoals dit over het algemeen in Nederland omschreven wordt.

Verder geef ik een beeld van de diverse typering of niveau's van 'intensive care'.

In hoofdstuk 3 geef ik een beeld van de gehandhaafde normstellingen ten aanzien van aantal bedden op grond van de bevolkingsaantal of demografische samenstelling.

In hoofdstuk 4 ga ik in op de 'medium care' en in hoofdstuk 5 wordt kort ingegaan op de financiële aspecten ter handhaving van de intensieve zorg.

In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op het belang van de diverse indicatoren voor wat betreft het vaststellen van het tactische en strategische en beleid.

In hoofdstuk 7 worden de verpleegkundige en medische verantwoordelijkheid ten aanzien van de intensieve zorg belicht.

In hoofdstuk 8 wordt kort ingegaan op de intensieve zorg voor jeugdigen en pasgeborenen op Curaçao.

In hoofdstuk 10 wordt kort ingegaan op de uitzending van patiënten.

In hoofdstuk 9 worden diverse aanbevelingen genoemd richting de eilandelijke en centrale overheid.

## **2. Het concept intensive care belicht**

Tijdens de vele disputen omtrent intensive care en medium care heb ik gemerkt dat er niet is ingegaan op het concept intensive care en medium care. Waar staan deze concepten voor? Dit is de primordiale vraag die men dient te stellen alvorens over te gaan tot beslissingen tot het over het eiland spreiden van deze voor het volk zeer essentiële voorzieningen.

Deze concepten worden in onze gezondheidswetgevingen niet belicht. Alle zorginstellingen doen wat zij denken te moeten doen ten aanzien van dit zorggebied doordat onze wetten geen richtlijnen en standaarden aangeven voor wat betreft deze zorggebieden.

Hierdoor zal het dan ook moeilijk zijn om als autoriteit in te kunnen grijpen voor zover het aspect kwaliteit niet ter sprake komt.

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft het begrip intensive care als volgt verwoord;

***‘Intensive care is specifieke verpleegkundige en medische zorg aan ernstig zieke patiënten van wie een of meer vitale functies zijn verstoord of uitgevallen. De voor deze patiënten vereiste zorg omvat intensieve verpleging en bewaking (monitoring) en daarnaast veelal een vorm van mechanische of farmacologische ondersteuning, zoals kunstmatige beademing, vervanging van de nierfunctie en vasoactieve medicatie. De duur van de intensieve zorg kan variëren van één dag tot vele weken.’***

Dit begrip wordt door genoemd college gehanteerd voor zowel de intensive care als de high care.

In de nota ‘Programma Intensive Care (Aanpak van de problemen in de Intensive Care in Nederland)<sup>1</sup> wordt het begrip intensive care als volgt verwoord;

***‘Intensive Care is specifieke medische behandeling en verpleegkundige zorg aan ernstig zieke patiënten van wie één of meer vitale orgaanfuncties zijn verstoord of uitgevallen.’***

Men stelt verder dat patiënten met een vraag naar intensieve zorg, zorgintensieve bewaking vereisen, veelal uitvoerige farmacologische behandeling en in veel gevallen tevens ondersteuning door kunstmatige beademing. In het St.EH kan de complexiteit van intensive zorg veelzijdig en van diverse niveaus zijn. Dit is hoofdzakelijk vanwege het feit dat het St.EH de enige voorziener is van intensieve zorg.

---

<sup>1</sup> Programma Intensive Care ; Aanpak van de problemen in de Intensive Care in Nederland ; stuurgroep Intensive Care ; September 2002 Den Haag.

### ***Typeringen van Intensive Care voorzieningen***

Het aantal beademingsdagen speelt een belangrijke rol binnen de intensive care afdelingen (IC afdelingen) in Nederland. De diverse niveaus IC's wordt op grond van het aantal beademingen bepaald.<sup>2</sup> Men hanteert in Nederland 3 niveaus waarbij niveau 1 als hoogste niveau geldt. De onderverdeling geschiedt als volgt;

#### Niveau 3:

IC-afdelingen met uitsluitend of hoofdzakelijk patiënten met enkelvoudig orgaanfalen en een korte beademingsduur (high care), met minder dan 1000 beademingsdagen per jaar.

#### Niveau 2:

IC-afdelingen met ook structureel patiënten met meervoudige orgaanfalen waarbij sprake is van 1000 tot 2000 beademingsdagen per jaar.

#### Niveau 1:

IC-afdelingen met ook structureel complexe patiënten, ongeacht de vereiste vorm van orgaanfunctievervangende therapie, waarbij sprake is van meer dan 2000 beademingsdagen per jaar.

Het feit dat het St.Elisabeth Hospitaal (StEH) de enige zorginstelling is met een Afdeling Spoedeisende Hulp en Afdeling Intensive Care in combinatie met de beste geëquipeerde operatiekamer, doet de vraag naar intensieve zorg binnen het St.EH steeds toenemen. Indien wij gebruik maken van dezelfde normen, die men in Nederland gebruikt om het aantal IC bedden te bepalen dienen wij op Curaçao c.q. het St.EH 9 tot 10 IC bedden te hebben. In het St.EH zijn er naar eigen zeggen, op het IC complex 7 IC bedden met de mogelijkheid tot uitbreiding naar 10 bedden. De personeelsbezettingsproblematiek speelt hierbij echter parten en ook het aanschaffen van dure medische apparaten die aan te pas komen. Het aspect van remuneratie van de IC-verpleegkundigen dient niet onderschat te worden. Ook voor de IC-verpleegkundigen die uit Europa hier naartoe willen komen is de huidige salariëring niet aantrekkelijk. Tevens speelt een rol het doorvoeren van een nieuw kostendekkend tarief voor de ligdagen op de IC en ter realisering van een Afdeling Medium Care om de werkdruk en werklust op de Afdeling IC te kunnen verlagen welke ook het kwaliteitsaspect ten goede komt.

In het bij deze paper toegevoegde 'fishbone analysis' wordt een beknopt overzicht gegeven van de meest mogelijke knellende oorzaken waardoor er steeds geen opvang mogelijk is op de afdeling Intensive Care voor de patiënten die een intensieve zorg nodig hebben.

Het is duidelijk dat een scala van aspecten ertoe leiden dat wij ons geconfronteerd zien met de huidige perikelen rondom de intensieve zorg. Het probleem van tekort aan IC-bedden is iets dat al lange tijd gaande is.

Indien het St. Elisabeth Hospitaal niet is overgegaan tot het plaatsen van IC-patiënten op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) zouden in de afgelopen jaren al een hoog aantal patiënten naar het buitenland gestuurd moeten worden, met de nodige kosten. In feite dient gesteld te worden dat het St.EH door het plaatsen van deze patiënten op de afdeling SEH, voorkomt dat de BZV c.q. de overheid en andere zorgverzekeraars zich geconfronteerd zien met steeds hogere kosten door het uitzenden van deze patiënten naar het buitenland.

---

<sup>2</sup> Vijsel A.R. en Zanten A.R.H. van ; Medisch Contact februari 2003.

Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland ; 2006 ; Nederlandse vereniging voor anesthesiologie ; Utrecht.

Gezien het feit dat deze situatie zich al enkele jaren voordoet kan gesproken worden van een structurele situatie. Het is dan meer dan billijk dat de reeds genoemde zorgverzekeraars bijdragen tot een redelijke tarief voor de IC-zorg waardoor het St.EH de nodige financiële middelen ter beschikking krijgt om deze voorziening op hoog kwalitatief niveau te kunnen garanderen gericht op de zorgvraag. Deze bijdrage zal een fractie zijn van de gemaakte of nog te maken kosten vanwege (mogelijke) uitzending.

Het mogelijk spreiden van de intensieve zorg en zelfs ook de medium care op de markt is iets dat men zich goed over dient te bedenken. Voor ernstig zieke patiënten en patiënten die in een slechtere toestand geraken in een andere zorginstelling blijft het St.EH de enige uitwijk mogelijkheid. Hierdoor dient het St.EH toch steeds, met de nodige kosten gepaard gaande, extra bedden ter beschikking te hebben om aan de haar opgedrongen zorgplicht te kunnen voldoen. Voor de handhaving van een hoogkwalitatieve IC-zorg en de controle hierop is de concentratie van deze zorg binnen de grootste zorginstelling op het eiland de meest voor de hand liggend. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie geeft aan in hun nota voor richtlijnen en werkwijze op intensive-care afdelingen, dat concentratie van zorg de mortaliteit en opnameduur vermindert.<sup>3</sup>

Tevens wordt er nadruk op gelegd dat bij het vervoeren (overplaatsen) van intensive care patiënten men dient te beschikken over een ambulancezorg welke voldoende uitgerust is met de nodige apparaturen en andere middelen en tevens over voldoende geschoold personeel.

De afstanden tussen onze zorginstellingen is niet zo groot als in Nederland maar voor een patiënt in nood telt elk minuut.

Het is daarom goed na te gaan in hoeverre bijvoorbeeld in andere klinieken een op de in deze klinieken aanwezige disciplines en medische 'backup', een Medium Care kunnen waarborgen.

Tevens dient gelet te worden op het 'moral hazard' effect waardoor ongewenste indicatiestellingen de kosten hoger zullen drijven.

Het is van belang dat afspraken tussen het nationaal (hoofd)ziekenhuis en andere klinieken op het eiland, de intensieve zorg op het moment dat dit nodig is, garanderen.

Men dient zich ook van bewust te zijn dat de kosten voor het handhaven van een hoogkwalitatieve IC-zorg en Medium Care constant op de financiële huishouding van de organisatie zullen drukken. Dit terwijl de inkomsten voor de IC-zorg wel een variabele component is dat afhankelijk is van onder andere het aantal aanwezige patiënten en de ligduur.

Om bovenstaande redenen is een van de oplossingsrichtingen welke door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen in Nederland wordt aangeraden, namelijk het bevorderen van doelmatig gebruik van regionaal beschikbare capaciteiten, op Curaçao geen reële optie. Resteert dan het verder ontwikkelen van de intensieve zorg, 'high care' en 'medium care' binnen het St.EH, ongeacht dat er een Medium Care afdeling in het Jan Taams Kliniek geopend wordt.

---

<sup>3</sup>Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care afdelingen voor volwassenen in Nederland ; 2006 ; Nederlandse vereniging voor anesthesiologie.

Resteert mij nog te vermelden dat op organisatorisch gebied binnen het St.EH de diverse stakeholders (chirurgen, Operatiekamer, Afdeling Opname en Verpleegafdelingen) met elkaar dienen samen te werken opdat de doorstroming van de patiënten binnen het St.EH op grond van onder andere een adequaat opname- en ontslagbeleid geschiedt.

Ik breng dit naar voren daar algemeen gezien de interne overplaatsingen van patiënten die onder andere grote operaties ondergaan blijkbaar ook de nodige bedden bezetten waardoor patiënten die van buiten opgenomen dienen te worden geen plaats krijgen op een afdeling Intensive Care. Een goede afstemming tussen de chirurgen onderling bij de planning van grote ingrepen op de operatiekamer zal zeker de nodige verlichting kunnen brengen.



### **3. De bevolkingsgroei versus beschikbare IC-plaatsen**

Het bevolkingsaantal neemt gestaag toe. Het Centraal Bureau voor de Statistiek geeft een groei aan van 126.715 in 2002 naar 137.094 per 1 januari 2007. Op grond van het vermelde aantal opnames in het St. Elisabeth Hospitaal<sup>4</sup> kan gesteld worden dat meer dan 11% van de bevolking (inclusief herhaalde opnames) jaarlijks in het St.EH te komt te liggen.

Na de grotere en gecompliceerdere operaties die verricht worden op een operatiekamer komen vaak de patiënten voor één of meerdere dagen op een IC afdeling te liggen. Dit heeft ook zijn impact op de capaciteit van een IC afdeling.

In veel gevallen dienen deze patiënten postoperatief aangesloten te worden aan de beademingsapparaat. In Nederland waar grotere ingrijpendere operaties verricht worden dan bij ons komt dit vaker voor. Vandaar dat beademingsdagen een belangrijke indicator is in de beleidsvoering ten aanzien van IC plaatsen.

Dit heeft als gevolg dat er ook een buffer dient te bestaan aan beademingsplaatsen voor dit soort gevallen en andere gevallen die niet te maken hebben met operaties.

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen hanteert de formule van 12.8 plaatsen per 100.000 inwoners van 45 jaar en ouder, ter bepaling van het aantal beademingsplaatsen in Nederland.

Indien wij deze norm volgen op Curaçao zal de volgende berekening gehanteerd moeten worden; Conform de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft Curaçao anno 2007 een aantal van 51.378 inwoners van 45 jaar en ouder. Derhalve kunnen wij op grond van de in Nederland gehanteerde norm vaststellen dat er 6 beademingsplaatsen paraat dienen te zijn op Curaçao (c.q. in het St.EH). Men zou kunnen neigen dit aantal beademingsplaatsen op minder dan 6 te stellen, vanwege het feit dat er in Nederland een groot aantal grote gecompliceerde operaties verricht wordt dat hier niet plaatsvindt. De positie van het St.EH echter als enige ziekenhuis met een Intensive Care afdeling, tezamen met de op haar rustende zorgplicht, leiden ertoe dat alhier ook 6 beademingsplaatsen gehandhaafd dienen te worden.

Daar het St.EH het enige ziekenhuis is met intensive care voorziening, is er dan geen sprake van spreiding van deze 6 beademingsplaatsen over diverse zorginstellingen op het eiland. De vraag rijst of deze 6 beademingsplaatsen worden inbegrepen in de eerder vermelde 10 IC bedden in het St.EH die continu operationeel dienen te zijn. Het voorgaande in verband met mogelijke grote operaties die continu verricht worden waarna de patiënt voor enige tijd aan de beademingsapparaat aangesloten moet worden. Vandaar dat naast de Afdeling IC met minimaal 10 bedden een Afdeling Medium Care met minimaal 6 bedden de nodige oplossing kan brengen.

Verder dient rekening mee gehouden te worden met spoedopnames via de afdeling Spoedeisende Hulp, die mogelijk anderszins aan de beademingsapparaat aangesloten dienen te worden en tevens spoedopnames uit ander eilanden van de Nederlandse Antillen.

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen stelt voor om de niet functionele beschikbare capaciteitsruimten als eerste stap operationeel te maken. Binnen het lokale IC complex blijkt zoals men zelf zegt ruimte te zijn voor het functioneel maken van nog 3 IC plaatsen. Er is blijkbaar reserve monitor apparatuur aanwezig voor één bed, dat eventueel in acute gevallen in gebruik genomen kan worden. Voor de resterende 2 bedden waarvoor de nodige ruimte beschikbaar is dienen de bedden en

---

<sup>4</sup> Van Wijk N. Ph, Grstenbluth I ; 2004 ; Statisch overzicht van de gezondheidszorg Curaçao 1996 – 2000 ; GGD Curaçao Afdeling Epidemiologie en Onderzoek.

bijbehorende apparaten blijkbaar aangeschaft te worden. Indien dit plaatsvindt zal de Afdeling IC dan over 10 bedden beschikken.

Het aantal personeelsleden dient dan ook verhoogd te worden. Het St.EH is bezig met het laten opleiden van verpleegkundigen tot IC-verpleegkundigen en tevens voor het certificaat Medium Care Verpleegkundige. Het perspectief is dat daarna het personeelsbestand toereikend zal zijn om de 10 bedden te kunnen bemannen. Vanwege de vraag naar deze professionelen elders is het personeelsverloop op de IC afdeling moeilijk voorspelbaar.

In Nederland is de bezettingsgraad van de afdeling IC in algemene ziekenhuizen als geheel (beademing en ander soort opvang) rond gemiddeld de 80%. Er wordt gesteld dat een bezetting tussen de 70 en 80 % aanvaardbaar is.<sup>5</sup> In de nota van 2002 van het College bouw ziekenhuizen wordt vermeld dat bij 10% van ernstig zieke patiënten die op de afdeling Spoedeisende Hulp aankomen, een verzoek voor opname op de afdeling Intensive Care wordt geweigerd vanwege plaatsgebrek. Verder wordt gesteld dat bij een bezettingsgraad van boven de 80 % de kans groot is dat de patiënten worden geweigerd.<sup>6</sup> Het personeelsprobleem speelt hierbij ook een rol. De problematiek van de zorgplicht speelt aldaar blijkbaar minder zwaar een rol daar er voor opvang elders gezorgd kan worden. Ik ben de mening toegedaan dat het St.EH een afgeleide zorgplicht heeft daar de primaire zorgplicht berust bij de overheid. De overheid dient te zorgen dat het St.EH de nodige 'tools' ter beschikking heeft en financiële ondersteuning krijgt om aan deze zorgplicht te kunnen voldoen.

#### **4. Medium Care**

De onderverdeling in zorgniveaus van de afdeling IC speelt namelijk bij ons in de praktijk geen rol, daar het St.EH als enige ziekenhuis met IC voorziening, voorbereid dient te zijn voor opvang van patiënten met zorgbehoefte van het laagste tot het hoogste zorgniveau.

Het bewerkstelligen van een afdeling voor Medium Care zal de werklast en werkdruk op de afdeling IC kunnen verlagen. Gezien het feit dat er redelijk veel patiënten beademd worden rijst toch de vraag in hoeverre een Medium Care afdeling de werklast zal verlagen.

Indien bij een hoge aantal beademingspatiënten op de IC de Afdeling Medium Care ook vol zit, zal er nu en dan dezelfde situatie zich voordoen. De kans dat personeel vanuit de afdeling Medium Care een hand zou kunnen bieden op de IC zal dan miniem tot niet mogelijk zijn. Het is daarom aanbevelenswaardig dat er ook op de afdeling Medium Care een substantieel aantal verpleegkundigen met IC opleiding werkzaam zijn.

De te grote 'gap' in opvang bij de doorstroming van de patiënt van de IC naar de verpleegafdelingen wordt in Nederland ook als een knelpunt ervaren. In Medisch Contact van februari 2003 wordt vermeld;

*'Als er geen mogelijkheden zijn om zorg op medium-careniveau te leveren blijven patiënten langer dan nodig op de IC. Het onderzoek toont het belang van medium care aan.'*

Vandaar dat ik stel dat het 'upgraden' en zorgen voor taakverruiming van de verpleegkundigen op verpleegafdelingen van groot belang zal zijn voor het opvangen van patiënten, die eventueel toch vroegtijdig van de afdeling IC en Medium Care /CCU moeten. De nodige remuneratie dient vanzelfsprekend meegenomen te worden.

---

<sup>5</sup> Medisch Contact 58 nr. 6 ; 7 februari 2003

<sup>6</sup> Zie nota 'Uitvoeringstoets inzake Onderzoek Intensive Care' ; College bouw ziekenhuisvoorzieningen d.d. 8 juli 2002

## **5. Financiering van de intensieve zorg**

Als oorzaak van de vele problemen op de afdelingen IC in Nederland wordt door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen hoofdzakelijk genoemd dat de IC's bij de verdeling van het ziekenhuisbudget onvoldoende middelen toebedeeld krijgen om onder andere vacatures op te vullen. Er wordt gesteld dat het ziekenhuis geen extra financiële middelen krijgt voor de kostbare IC-behandeling. Verder wordt gesteld dat doordat de ziekenhuizen zelf intern budgettaire afwegingen konden maken men relatief lage prioriteit gaf aan de IC afdelingen, waarbij om de hoek kwam kijken dat er een krapte heerst aan geschoold IC-personeel.

Op Curaçao blijkt dit fenomeen enigszins zich te hebben voorgedaan. Tot nu is er bijvoorbeeld geen oplossing voor de tariefsverhogingen aangevraagd door het St.EH bij de overheid(sdiensten).

Het is goed dat de overheid overgaat tot het accorderen van kostendekkende tarieven waarbij de eis gesteld wordt dat continu de kwaliteit van zorg en opvang van patiënten op de IC gegarandeerd wordt.

## **6. Indicatoren**

Een indicator wordt gedefinieerd als een verschijnsel dat op iets wijst. Als wij het bijvoorbeeld hebben over prestatieindicatoren op de Afdeling Intensive Care, heeft dit dan te maken met die verschijnselen waarmee men onder andere de prestatie of de productie en andere van belang zijnde voorvallen op deze afdeling kunnen meten of aangeven.

Het vergaren van indicatoren kan gezien worden als een onderdeel van de informatica binnen de organisatie.

Informatica wordt gedefinieerd als;

‘De theoretische en praktische aspecten van de vergaring, opslag, verwerking en presentatie, in het bijzonder met behulp van computers, van informatie gezien als de formele neerslag van kennis en communicatie op alle gebieden van wetenschap en samenleving’ (Bots et.al. 1990-22).<sup>7</sup>

Gezien de vele turbulenties binnen de gezondheidszorg en rondom het IC gebeuren in het bijzonder is het goed dat de overheid een effectief en efficiënt beleid voert ten aanzien van het vergaren van indicatoren op de Afdeling Intensive Care en andere zorggebieden in het algemeen.

Ik heb reeds naar voren gebracht dat de beademingsdagen een belangrijk aspect (indicator) is waarmee het niveau van de Afdeling IC wordt bepaald.

Er zijn ook andere indicatoren, die van belang zijn voor een beleid gericht op effectiviteit en efficiëntie binnen een afdeling IC en tevens van belang zijn voor de strategische beleidsvoering in het algemeen. In de reeds genoemde richtlijnen van de Nederlandse Anesthesisten Vereniging wordt nadruk gelegd op het systematisch meten en evalueren ter verbetering van de zorgverlening.

Indicatoren waaraan ik hierbij denk, die van belang zijn voor de overheid(sinstellingen) zijn onder andere;

- aantal beademingen
- aantal nierspoelingen;
- aantal opnames per specialisme;
- aantal opnames per specialist;
- aantal gevallen van infecties;MRSA, BRMO en ESBL
- aantal infecties bij beademingen;
- aantal indicaties voor isolatie waarvoor geen isolatieplaats mogelijk waren;
- opnames naar sekse en leeftijd;

Het ter beschikking hebben van dit soort gegevens en andere interventies, die op de afdeling Intensive Care plaatsvinden, is van groot belang.

---

<sup>7</sup> Bots et. al ; 1990 ; Bestuurlijke Informatiekunde ; Lansa Oublishing B.V. ; Leiderdorp

## **7. De verpleegkundige en medische verantwoordelijkheid op de IC-afdeling**

De verpleegkundige en medische zorg op een Intensive Care afdeling en in een ziekenhuis in het algemeen, hebben een complementerende functie ten opzichte van elkaars activiteiten naar de patiënt toe.

Elk van beide disciplines hebben meerdere van belang zijnde richtlijnen, vakkundige en bevoegdheids- en bekwaamheidscriteria.

Zie: [www.leapfroggroup.org](http://www.leapfroggroup.org)

### **7.1. De IC-verpleegkundige**

De IC-verpleegkundige heeft zich over de jaren heen ontwikkeld tot een zeer specifieke tak van de verpleegkundige zorg ten behoeve van de patiënt met hoogcomplexere zorgbehoefte.

De IC-verpleegkundige heeft zich gedurende de opleiding in combinatie met de praktische ervaring bekwaam gemaakt op het gebied van bewaking en acties ondernemen op het gebied van circulatie-, ademhalingsstoornissen en andere orgaanfalen bij een patiënt in crisissituatie.

Dit brengt met zich mee dat de IC-verpleegkundige continu parate kennis dient te hebben van interpretatie van onder andere monitorgegevens van circulatie- en ademhalingsfuncties (saturatiemetingen et cetera).

Er wordt gesteld dat bij aanwezigheid van een medisch hoofd naast een verpleegkundig hoofd op de afdeling Intensive Care, dit kan leiden tot reductie van de bezettingsgraad en vermindering van het aantal patiënten dat onterecht op de afdeling Intensive Care wordt behandeld.<sup>8</sup>

De IC-verpleegkundige dient op grond van zijn/haar parate kennis continu de nodige assistentie te kunnen bieden aan de medische specialist bij (acute) levensreddende interventies op de afdeling Intensive Care.

#### **7.1.2 Het verpleegkundig beleid**

De verpleegkundige beroepsgroep is ziekenhuisbreed 24 uur per dag in de nabijheid van de patiënt.

De verpleegkundige op de Intensive Care afdeling (IC) is een hooggekwalificeerde speciaal voor deze afdeling opgeleide verpleegkundige, die de medici bijstaat tijdens de diverse activiteiten ten aanzien van de intensieve zorg van de patiënt op de IC.

Onder verpleegkundig beleid dient men niet alleen op te vatten de activiteiten die aan te pas komen bij de medische en verpleegkundig-technische handelingen in de zorgverlening.

De verpleegkundige dient naast de interventies bij onder andere fysiologisch falen van bepaalde organen van de patiënt een belangrijke rol te spelen in onder andere;

- de emotionele ondersteuning,
- stimulering,
- stressverwerking
- de omgevingsbeleving
- opvang van de proxi (familie e.a.)
- de organisatie van de dagelijkse activiteiten ten aanzien van de zorg

Zo te zien speelt naast de assisterende werkzaamheden bij de medici de specifieke verpleegkundige taken die een integraal deel van de totale zorg dienen te vormen een belangrijke rol.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Organisatie en werkwijze op Intensive Care afdelingen voor volwassenen in Nederland ; 2006 ; Nederlandse Vereniging van Anesthesisten

<sup>9</sup> Nota LAngliggers ; Landelijke Werkgroep IC verpleegkundigen ; oktober 2000.

Wij zien volgens mij op Curaçao de Afdeling Intensive Care teveel als een afdeling welke gericht is op de vele (medisch- en/of verpleeg-)technische aspecten rondom de zorg van de patiënt. De beleving van de patiënt, ongeacht deze vaak in een (sub)comateus toestand of gesedeerd is, ten aanzien van zijn/haar situatie verdient ook de nodige aandacht.

In de praktijk zijn er diverse methoden die gehandhaafd kunnen worden voor de uitvoering van de holistische verpleegkundige zorg op onder andere de IC. Genoemd kunnen worden de toewijzingsmethode waarbij de zorg van de patiënt berust bij één specifieke verpleegkundige en de methode van 'eerste verantwoordelijk verpleegkundige', waarbij die verpleegkundige als eerste verantwoordelijke is aangesteld voor de zorg van een of meer patiënten. Bij afwezigheid van die verpleegkundigen speelt de rapportage en overdracht een belangrijke rol binnen de organisatie en continuïteit van de zorg.

Bovenstaande gedachtengangen doen de vraag rijzen of de huidige formatieplaatsen berekeningmethoden van formatieplaatsen zowel lokaal als in Nederland wel toereikend zijn.

## **7.2 Het medisch beleid**

In de eerder genoemde nota van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie wordt gesteld dat de resultaten op de IC beter en kostenefficiënter zijn wanneer de medische behandeling wordt gecoördineerd door een intensivist.

Men stelt hierbij dat het voor de hand ligt dat het formeel hoofd van de IC een intensivist is, die in nauwe samenwerking met de andere medische specialisten en verpleegkundigen de zorg draagt voor het management van de afdeling IC.

Tussen de insturend en/of verwijzend specialist en de intensivist dienen er goede werkafspraken te bestaan waarbij de procedurele verantwoordelijkheid op de IC bij de intensivist berust.

Dus er kunnen geen twee soorten medisch beleid gehanteerd worden ten aanzien van de patiënt op de IC.

Sinds kort heeft het St.EH ook enige intensivisten in dienst genoemd.

Er dient continu multidisciplinair overleg plaats te vinden op de afdeling IC waarbij de voortgang van elke patiënt onder de loep genomen wordt.

Zowel in de nota van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie als de nota (Onderzoek intensive care, deel 2) vastgesteld door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen d.d. 8 juli 2002, wordt aandacht besteed aan de formatieplaatsen van de medici die aanwezig dienen te zijn ter garandering van de continuïteit van de zorg op de IC.

Voor wat betreft de intensivist wordt 0,35 tot 0,42 fte per bed aanbevolen. Dit zal betekenen voor het St.EH met 10 IC bedden, 3,5 tot 4,2 fte aan intensivisten. Verder wordt in bovenvermelde nota aanbevolen om bij een beddenbestand van 12 bedden één IC-arts aanwezig te hebben wat neer komt op 0,08 fte per bed. Dit betekent dat het St.EH op grond van 10 IC bedden, 0,80 (afgerond 1) netto IC-arts moet hebben die zich bezig houdt met het IC gebeuren. Dit betekent dat om te zorgen dat er tijdens elke dienst een IC-arts aanwezig is, er bruto 4,5 á 5 IC-artsen in dienst genomen moeten worden.

In de richtlijn Organisatie en Werkwijze van Nederlandse IC afdelingen (wetenschappelijke verenigingen en CBO, 2006) wordt voorgeschreven dat op alle IC afdelingen in Nederland (niveau I, II en III) binnen 5 minuten en 7x24 uur een op niveau van Fundamental Critical Care Support (FCCS) geschoolde arts een IC patiënt medische hulp moet kunnen bieden.<sup>10</sup>

Om aan de gangbare aanbevelingen te kunnen voldoen, opdat continu een IC-arts aanwezig is samen met het aanbevolen aantal intensivisten, zal het St.EH over de nodige financiële middelen moeten beschikken.

De kosten ter handhaving van deze professionelen zijn constante kosten terwijl de inkomsten op de IC afhankelijk zijn van de ligdagen die strikt variabel zijn.

---

<sup>10</sup> Zie [www.fccs.nl](http://www.fccs.nl)

## **8. De intensive zorg op Curaçao voor jeugdigen en pasgeborenen**

Op dit moment dient op Curaçao de IC-afdeling in het SEHOS voor opvang van zowel jeugdige en volwassen patiënten.

Er is geen speciaal op jeugdigen gerichte opvang voor wat betreft de hoogcomplexere of intensieve zorg. Hierdoor valt de categorie jeugdige patiënten tussen wal en schip, doordat er wel opvangmogelijkheden zijn voor volwassenen en neonaten.

Het is vanzelfsprekend dat een specifiek op jeugdige patiënten gerichte hoogcomplexere sub-afdeling of unit slechts positief kan inwerken op de kwaliteit van zorg voor deze categorie patiënten.

De nodige aandacht dient ook ‘asap’ aan besteed te worden.

### **8.1. De intensieve zorg voor neonaten op Curaçao**

Net zoals in het geval van intensieve zorg voor volwassenen, is slechts in het SEHOS opvang mogelijk voor (hoogcomplexere of intensieve) zorg voor neonaten.

Verpleegkundigen worden speciaal opgeleid voor dit zorggebied. Het continu op peil houden van de formatie neonatologie-verpleegkundigen, eventueel door het verzorgen van continue opleidingen, dient te voorkomen dat in de toekomst zich eenzelfde situatie zich voordoet als in het geval van de volwassenen IC-afdeling.

Het medisch beleid op deze afdeling wordt gevoerd door de kinderartsen. Ook hier is het continu houden van patiëntenbesprekingen door een multidisciplinair team van medische specialisten en verpleegkundig personeel, van essentieel belang.

CMH en chef de Clinique (kinderarts tevens belast met opleiding) zijn belast met de organisatie van de medische zorg. Chef de clinique is verantwoordelijk voor de dagelijkse patiëntenzorg.

Op Curaçao zijn er diverse kinderartsen met verschillende specialisaties. Er is naar ik heb vernomen geen kinderarts met specialisatie op het gebied van de neonatologie. Voor wat betreft de andere specialismen op het gebied van de pediatrie hebben wij op Curaçao kinderartsen met specialisatie op coronair en pulmonair gebied, nefrologische en endocrinologische specialisatie.

Op de afdeling Neonatologie is in principe opvang mogelijk voor pasgeborenen tot ongeveer 6 maanden. Incidenteel worden er toch oudere baby's opgenomen voor zowel 'intensive' als 'high care' op de afdeling neonatologie.

Indien de afdeling IC voor volwassenen vol is worden de niet volwassen patiënten op de isolatieafdeling opgevangen, waar twee isolatieboxen speciaal hiervoor uitgerust zijn. De zorg wordt dan opgevangen door de specialist, arts-assistent en de kinderverpleegkundige, totdat er plaats is op de afdeling Intensive Care of uitzending geregeld is.

Wanneer de afdeling Neonatologie voor honderd procent bezet is dienen de patiëntjes eigenlijk ook naar het buitenland vervoerd te worden. In het verleden is het voorgekomen dat aanstaande moeders waarvan men weet dat na de geboorte de baby op de afdeling Neonatologie opgenomen dient te worden, vóór de bevalling naar het buitenland werd gestuurd.

Dus het probleem van kosten in verband met uitzending speelt hier ook een rol.



## **9. Uitzending**

Indien een ziektekostenverzekeraar aangeeft dat uitzending niet ingesloten is in de polis, valt de patiënt tussen wal en schip.

De overheid c.q. BZV heeft blijkbaar de uitzending van diverse patiënten, die bij andere zorgverzekeraars verzekerd zijn geweest, steeds moeten bekostigen.

Het is aanbevolen dat de ziektekostenverzekeraars een budget op na houden ter bekostiging van uitzending van patiënten die bij hen verzekerd zijn.

De overheid kan ook een bij de wet verplichte financiële voorziening (fonds) in het leven roepen die gedragen wordt door een jaarlijkse dotatie door alle ziektekostenverzekeraars.

## **10. Aanbevelingen richting de overheid**

Als uitgangspunten voor aanbevelingen richting de overheid heb ik enkele aandachtspunten meegenomen.

Het eerste aandachtspunt betreft de visie welke de overheid heeft ten aanzien van de gezondheidszorg en daarvan afgeleid de intensieve zorg.

Belangrijke aspecten ten aanzien van de volksgezondheid, gezondheidszorg of 'health promotion' zijn;

- toegankelijkheid ('accessability')
- continuïteit ('sustainability')
- doeltreffendheid ('effectivity')
- doelmatigheid ('efficiency')

Al deze relevante onderdelen hangen af van de visie welke de overheid voorop stelt ten aanzien van de positie van de mens binnen het traject van de (gezondheids)zorgvoorziening.

De geneeskunde sec draagt niet bij tot de toegankelijkheid van eenieder zonder dat er regels en wetgevingen door de overheid zijn uitgevaardigd.

Vandaar dat artikel 43 lid 1 van de Statuten van het Koninkrijk stelt dat de overheid de plicht heeft tot het bevorderen van de gezondheidszorg binnen de Nederlandse Antillen. Indien deze zorgplicht in het gedrang komt stelt artikel 43 lid 2 van de Statuten van het Koninkrijk dat het Koninkrijk (Nederland) dit fundamentele zorggebied dient te waarborgen.

De genees- en verpleegkunde zijn er om levens te redden en het lijden te verzachten.

De overheid heeft op grond van haar visie ten aanzien van de gezondheidszorg diverse wetten en/of instanties in het leven geroepen (SVB, BZV, AVBZ) ter garanderen van de toegankelijkheid tot in ieder geval de basiszorg.

Om te blijven bij het onderwerp van discussie in deze nota, kan gesteld worden dat de intensieve zorg een voortvloeiende is van de basiszorg, welke in zekere zin geldt voor het grootste gedeelte van de bevolking, althans voor degenen die daarvoor in aanmerking komen conform de daarvoor gestelde eisen.

Vanuit bovenstaande optiek dient de overheid haar verantwoordelijkheid ten aanzien van de 'medium care', 'high care' en intensieve zorg in oenschouw nemen.

De situatie, die is ontstaan ten aanzien van onvoldoende opvang voor patiënten die intensieve zorg behoeven kan naar mijn mening niet los gezien worden van de verantwoordelijkheid, die de overheid ten aanzien van de basiszorg dient te dragen.

Indien de overheid de basiszorg op grond van wetgeving en verzekeringsstelsels ruimschoots garandeert, dient deze te bevorderen dat behoefte aan complexere zorg, wegens acute voorvallen of in het verlengde van de basiszorg, ook ruim gegarandeerd wordt.

De reden waarom ik de term 'ruim' gebruik is dat elke situatie van onder andere toegankelijkheid tot en continuïteit van de gezondheidszorg afhankelijk is van de maatschappelijke situatie, de welvaartspeil of de economische situatie c.q. financiële positie van elk land.

In onze situatie hebben wij jarenlang een 'open-end' situatie gekend welke weinig gereguleerd en deficiënt geconcentreerd werd. Naarmate de financiële situatie van de overheid steeds penibeler werd is men gaan ingrijpen om deze 'open-end' situatie een halt toe te roepen.

In de loop der tijd heeft de geneeskunst op ons eiland zich verder ontwikkeld van basiszorg tot topklinische zorg binnen ons nationaal ziekenhuis, het St. Elisabeth Hospitaal.

De ‘medium care’, ‘high care’ en ‘intensive care’ kunnen ook tot de topklinische zorg gerekend worden, daar er diverse behandelingen plaatsvinden die onder genoemde categorie van topklinische zorg gerekend kunnen worden.

Op het gebied van de ‘medium’ en ‘intensive care’ is er een deficiëntie aan wet- en regelgeving zijdens de overheid.

De continuïteit van deze zorg is totaal afhankelijk van de zorginstellingen.

Er is lange tijd geen enkele regelgeving ‘in place’ geweest ten aanzien van de eisen waaraan de zorginstelling zich dient te houden om de continuïteit van genoemde hoogcomplexe intensieve zorg te garanderen

Hierbij denk ik onder andere aan;

- de concepten ‘high-care’, medium-care’ en ‘intensive care’ en de diverse zorgniveaus officieel bij de wet vaststellen waarbij ook gesteld wordt welk zorgniveau wel of niet buiten het nationaal of centraal ziekenhuis plaats kunnen vinden
- regelgevingen bij de wet ten aanzien van onder andere het aantal medisch en verpleegkundig personeel dat ter plekke dient te zijn
- de verplichting tot het tijdig laten opleiden van onder andere IC- en neonatologie-verpleegkundigen om de personeelsbezetting en kwaliteit van zorg steeds op peil te houden
- regelgeving tot beperking van de spreiding van zorginstellingen met hoogcomplexe intensieve zorgvoorzieningen
- regelgeving tot onmiddellijke bijstand van andere (para-)medische disciplines in het ziekenhuis waar de medium care zorg of intensieve zorg plaatsvindt
- door de overheid in samenspraak met de beroepsgroepen vastgestelde formules voor het aantal IC-bedden en professionelen
- het bij de wet vaststellen van het aantal plaatsen voor kunstmatige beademingen op de IC-afdeling
- regelgeving zijdens de overheid tot het documenteren en periodiek overleggen van data aan de relevante overheidsorganen
- het naast de geneeskundige kwaliteitsbewaking ook een verpleegkundige kwaliteitsbewaking op na houden op het bureau Inspectie Volksgezondheid
- de mogelijkheid nagaan voor taakdifferentiatie op de afdeling IC waardoor het plaatsten van verpleegkundigen in de functie van assistent verpleegkundige IC mogelijk wordt

Ten aanzien van enkele van bovengenoemde aandachtspunten wordt in hoofdlijnen verwezen in de pas van kracht zijnde Landsverordening Zorginstellingen. De regelgevingen in deze landsverordening zijn limitatief.

## **11. Slot**

Het probleem van tekort aan bedden voor intensieve zorg heeft zich steeds in mindere of hogere mate gepresenteerd in de laatste 10 jaren. De redenen hiertoe kunnen zijn een groei van de bevolking in de laatste 5 jaren, het verrichten van grotere gecompliceerdere operaties in het nationaal ziekenhuis St. Elisabeth Hospitaal, het steeds groeiende aantal verkeersongelukken en steek- en schietpartijen. Alsmede een steeds groeiend aantal gevallen van hart- en vaatziekten en hieraan verwante ziektes. Het zich niet tijdig aanpassen aan bovengenoemde ontwikkelingen door het St.EH kan ook bijgedragen hebben aan de onstane situatie. Of één en ander als achtergrond heeft het niet tijdig of niet toekennen van de nodige tarieven zijdens de overheid, waardoor de nodige financiële middelen niet ter beschikking waren om de nodige maatregelen te kunnen treffen ter opvang van de grote vraag naar intensieve zorg en 'highcare' (medium Care/CCU), dient uit de beleidsstukken van het St.EH geverifieerd te worden. De intensieve zorg is een hoogkwalitatieve verpleegkundige en geneeskundige zorg aan ernstig zieke patiënten die onoverkomenlijk ter plaatse dient te zijn ter voorkoming dat deze patiënten ten dode opgeschreven staan.

De stelling die men steeds in de politieke sfeer hoort dat de mens centraal staat dient dan ook gehonoreerd te worden in die zin dat de overheid voor dient te zorgen dat er wet- en regelgevingen ter plekke dienen te zijn om de voor onze bevolking van belang zijnde zorg te garanderen.'

Het bij de wet stellen van criteria ten aanzien van het concept intensieve zorg, waarbij de kwalitatieve aspecten een belangrijke rol spelen is primordiaal.

Door de Inspectie Volksgezondheid dient dan de nodige controle op de wettelijke eisen uitgeoefend te worden waardoor de kwaliteit van deze zorg niet slechts bepaald wordt door de zorginstellingen.

De financiële consequenties voor het bewerkstelligen en handhaven van een hoogkwalitatieve en 'sustainable' intensieve zorg zullen door de overheid in samenspraak met alle 'stakeholders' besproken dienen te worden.

'Last but not least' dient gesteld te worden dat het St.EH ook na het ingaan van de nieuwe staatkundige structuur, de spil blijft voor opvang van die gevallen, die de opvang mogelijkheid in ziekenhuizen op de andere eilanden (landen) overstijgen. Nederland kan niet langer met de handen over elkaar blijven toezien dat de situatie in de gezondheidszorg op Curaçao steeds nijpender wordt.

Voor wat betreft de intensieve zorg als een bijzonder onderdeel van de totale gezondheidszorg, dient Nederland op kort termijn de nodige bijstand te bieden.

Indien er al jarenlang patiënten die intensieve zorg nodig hebben, op de afdeling Spoedeisende Hulp blijven liggen wegens niet toereikendheid van de opvang op de afdeling Intensive Care, is Nederland verplicht op grond van artikel 43 van de Statuten van het Koninkrijk, op zijn zachts gezegd, de nodige bijstand te bieden. Ik kan me niet indenken dat zo'n situatie zich in Nederland zou kunnen voordoen. Op grond van de door mij in deze 'position paper' naarvoren gebrachte aandachtspunten blijkt dat de problematiek rondom de toegankelijkheid tot de intensieve zorg, niet slechts afhangt van de beschikbare financiële middelen.

Een integraal beleid ten aanzien van de diverse aspecten rondom de 'intensive care', eventueel doormiddel van wetgevingen, dient op kort termijn door de eilandelijke en centrale overheid bewerkstelligd te worden.

**Felix D. Pinedo MScN**

**14 november 2008**

**Curaçao**

