

ONTSLAG PROCEDURE
op
ICUs in BELGIË
2015

Voor het ICCollege :

P.Ferdinande

P.Reper

M.Bourgeois

B.Oosterlynck

Versie 18-01-2016

Inhoudstafel

	pagina
Inleiding	3
Methode	3
“Best Performer “	4
Resultaten	4
1. Deelnemende ICUs	4
2. Patiëntenpopulatie	6
3. De ontslagprocedure	7
• De totale duur van de ontslag procedure	7
• De dissectie van de ontslagprocedure	8
• De redenen voor een uitgestelde ontslagprocedure	10
• Operationeel impact van uitgesteld ontslag	10
• Voor volgende factoren werd onderzocht of ze de duur van de ontslagprocedure beïnvloedden .	11
4. Hoe de ontslagprocedure verbeteren ?	15
5. Bespreking	16
6. Uw resultaten	19
Referenties	20
<u>ADDENDUM 1</u> : Vragenlijst enquête ICU ontslagprocedure	21
<u>ADDENDUM 2</u> : Uitnodiging tot deelname aan de enquête	38

Inleiding

Bij het ontslag van een ICU patiënt ontstaat dikwijls een subjectief gevoel van wrevel . Eigenlijk is iedere ontslagprocedure een dagelijkse test voor de coördinatie en de samenwerking tussen medische en verpleegkundige staf op ICU , ook met de opnamedienst in het ziekenhuis , met de ontvangende hospitalisatiedienst in (of buiten) het ziekenhuis , met de ontvangende geneesheer specialist en andere actoren zoals onder andere de verwanten van de patiënt . De wrevel ontstaat omdat er een reëel of gepercipieerd falen plaats vindt van één van de elementen in de keten . Wanneer daarenboven door een slecht lopende ontslagprocedure een urgente of electieve opname moet worden uitgesteld neemt die wrevel alleen maar toe .

Hierover gaat onderstaande enquête . Hoe performant zijn Belgische ICUs bij deze ontslagprocedure ? Zijn er interfererende factoren die een uitgesteld ontslag kunnen aankondigen ? Hoe frequent treedt er interferentie op met urgente of electieve opnames ? Zijn er suggesties voor verbetering ? Waar staat mijn ICU tegenover het gemiddelde en de meest performante ICU op ontslagprocedure-vlak ?

Methode

In overleg met het College voor Intensieve Geneeskunde werd een vragenlijst opgesteld om de ontslagprocedure in kaart te brengen .

1. Per patiënt die levend de ICU verliet tijdens de voorgenomen observatieperiode werden volgende gegevens opgevraagd :
 - Leeftijd
 - Geslacht
 - Reden ICU opname
 - Electieve versus urgente opname
 - Comorbiditeiten cfr APACHE II definities
 - Verpleegkundige werkbelasting tijdens de 24 uur voorafgaand en op het tijdstip van ontslag
 - Pivotal tijdstippen : Opnametijdstip ;Tijdstip waar de patiënt door de arts mondeling ontslagklaar werd verklaard ; Tijdstip waarop de patiënt medisch administratief ontslagklaar was ;Tijdstip van bed toewijzing door de opname dienst of externe ontvangdienst ;Tijdstip waarop de patiënt fysiek de ICU verlaat bij de ontslagprocedure ;
 - Bestemming van de patiënt na ontslag
 - Reden van uitgesteld ontslag
 - Intentie van het medisch beleid na ontslag
 - Of de patiënt reeds ongepland werd heropgenomen

- Bedbezetting bij ontslag
 - Invloed van eventueel uitgesteld ontslag op het opnamebeleid .
2. Per deelnemende ICU werden bovendien volgende gegevens gevraagd:
- Aantal ICU opnames in 2014
 - Aantal ontslagen in 2014
 - Aantal ICU overlijdens in 2014
 - Gemiddeld aantal operationele bedden tijdens de enquêteperiode
 - Aantal patiënten met ontslag tijdens observatieperiode
 - Aantal patiënten met ongeplande heropname tijdens de observatieperiode
 - Acties ondernomen om het ontslagbeleid te bespoedigen .

De volledige vragenlijst bevindt zich in addendum 1 . Voor het starten van de enquête werden de hoofdgeneesheer en diensthoofden van alle ICUs in België geïnformeerd over en uitgenodigd tot de enquête (zie addendum 2) .

De webgebaseerde enquête liep van 03 November tot 03 December 2015 en de database bleef open tot 13 December 2015 voor laattijdige invoer van data . De analyse gebeurde op basis van alle ontslagfiches per patiënt die minstens alle 5 pivotale tijdstippen rapporteerden . Bij de data cleaning werden alleen de onmogelijke data geschrapt en evidente fouten in tijdstippen gecorrigeerd .

De resultaten worden gerapporteerd als gemiddelde, mediaan ,minimum en maximum waarde . Voor de continue variabelen werd de Pearson correlatie coëfficiënt berekend .

“Best Performer” : bij de rapportering van de resultaten wordt de best performerende ICU als ijkpunt gebruikt . Het enige criterium om deze “best performer “ ICU te selecteren is de snelheid waarmee de ontslagprocedure wordt uitgevoerd (van de mondelinge mededeling dat patiënt ontslagklaar is tot het tijdstip dat de patiënt ook fysiek de ICU verlaat) .

Resultaten

1.Deelnemende ICUs .

In totaal namen 46 ICUs deel aan de enquête . Twee ICUs wensten nog laattijdig hun data in te voeren in de databank . De analyses in dit rapport werden uitgevoerd op de gegevens van de 46 ICUs die tijdig hun data invoerden .

In totaal werden 2490 ontslagprocedures gerapporteerd .

Vier ICUs rapporteerden meer dan 100 , zeventien tussen 51 en 100 , zeventien tussen de 10 en 50 en acht minder dan 10 ontslagprocedures . (tabel 1)

Number of discharge procedure reports	Number of ICUs
>100 (max 182)	4
>50-100	17
>10-50	17
<10	8

Tabel 1 : Aantal ICUs per categorie van het aantal ontslagrapporten .

Een aantal karakteristieken van de deelnemende ICUs worden weergegeven in tabel 2.

	All Participating ICUs
Number	46 (+2)*
Region	
Brussels	5
Flanders	24 (+1)*
Wallonia	16(+1)*
German speaking part	1
Total number of discharge procedures	
-in 2014	25406
-in present study period (03-11-2015 > 03-12-2015)	2490
Overall mortality in 2014 (in percent)	8,2
Total Number of operational beds pooled for all participating ICUs	359
Number of admissions /ICU bed / year (in 2014)	73,03
Length of ICU stay (median /mean/standard deviation in days) of the patients discharged during the study period	1,9 / 4,16 / 12,3
Readmission rate during study period (in percent)	2,2

Tabel 2 : Karakteristieken van de deelnemende ICUs . * Twee ICUs namen deel aan de studie maar voerden hun data in nadat de analyse was voltooid . Deze data werden niet gebruikt bij de berekeningen .

Tabel 5 geeft de bestemming weer en de toekomstige therapeutische opties van de patiënten op alle ICUs (inclusief de “Best Performer”) en de best performer afzonderlijk .

	All ICUs	Best Performer
Destination in %		
• Intramural and subcats	92	97
• Other ICU	2	0
• Extra-muros and subcats	2	0
• Home	2,2	1
Future therapeutic option in %		
• Curative management	77	87
• Medium /intermediate care	2,5	0
• Specific rehabilitation	12	6,5
• EOL care (death expected within 3 d)	0,3	0
• Palliative care (death expected after >3d)	1,7	2,7
• Transfer for upgrading therapy	1,1	0
• DCD III	0,04	0

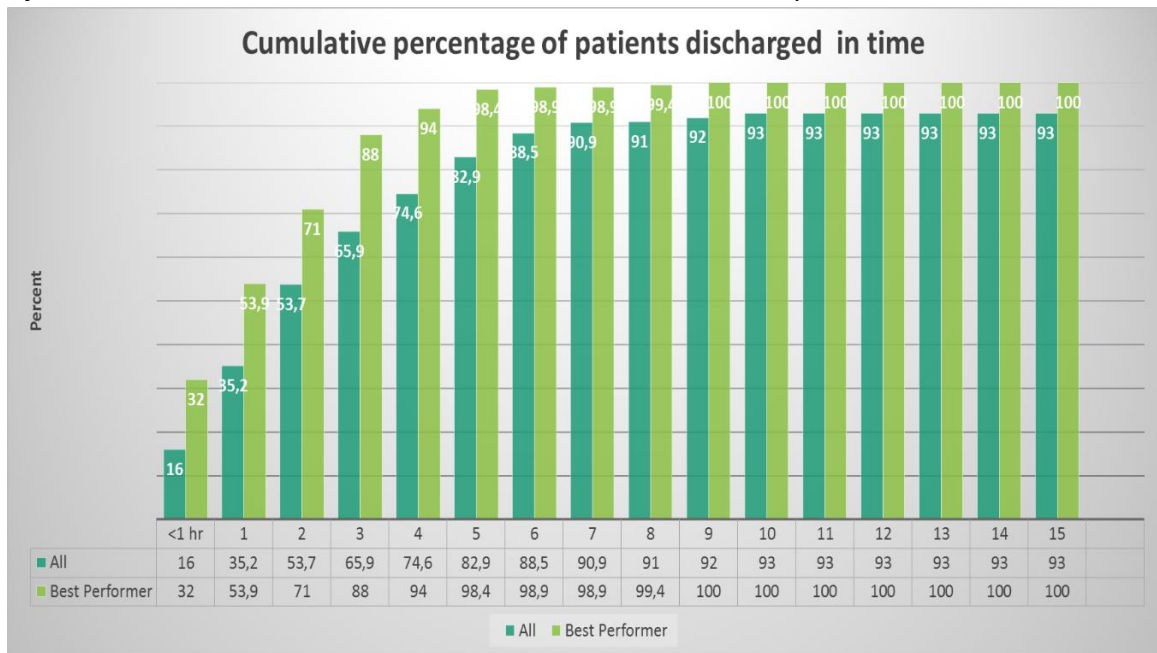
3. De ontslagprocedure .

- De totale duur van de ontslag procedure .

Tabel 6 geeft de gemiddelde ,de standaard deviatie , mediane ,minimum en maximum duur van het ontslag voor alle procedures op alle deelnemende ICUs en voor de “best performing “ICU .

In hrs	All ICUs	Best performer
Mean	4,78	2,26
Standard deviation	9,65	2,64
Median	2,65	1,58
Minimum	0	0
Maximum	194,5 (8,1 days)	28,5

Grafiek nr 1 geeft het cumulatief percent patiënten weer die ontslagen zijn per tijdsblok van 1 uur voor alle deelnemende ICUs en de beste performer .



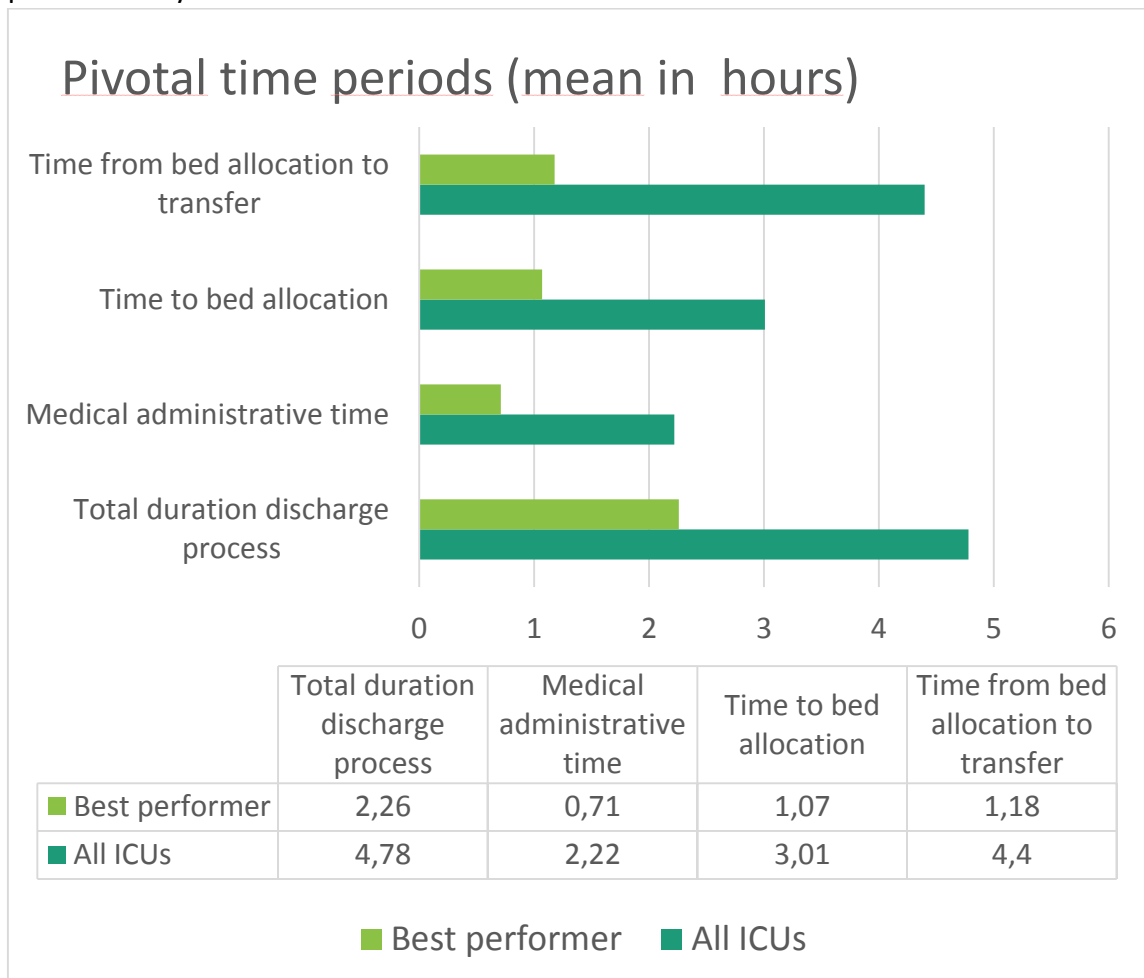
Opvallend hierbij is dat de meest performante ICU (Best Performer) er in slaagt van meer dan 50 percent van de patiënten te ontslaan voor het tweede uur aanvangt nadat de medische beslissing tot ontslag is genomen. Daarenboven zijn na 9 uur 100 percent van de geplande ontslagen de deur uit. Alle deelnemende ICUs (inclusief de beste performer) starten niet alleen trager maar na 15 uur wachten nog steeds 7 percent van de patiënten op transfer. Vermoedelijk is het werkelijke resultaat nog iets minder goed omdat de best performer ongeveer 7,3 percent van de ontslagprocedures inbrengt in het totale aantal bij de berekening voor All ICUs.

- De dissectie van de ontslagprocedure :

Tabel 7 geeft de duur weer van de onderdelen van de ontslagprocedure

In hours		All ICUs	Best performer
Time needed for medical administration	• Mean	2,2	0,7
	• Median	0,5	0,4
	• SD	22,6	1,2
Time needed for bed allocation from the discharge decision	• Mean	3	1
	• Median	0,7	0,5
	• SD	17,3	2,5
Time needed for bed allocation once medical administration is ready	• Mean	4,2	0,4
	• Median	0,33	0
	• SD	39,3	2
Time for transfer to ward once bed was allocated	• Mean	4,4	1,2
	• Median	1,58	0,7
	• SD	17,9	1,18

Grafiek nr 2 benadrukt de belangrijke verschillen tussen de totale groep van alle deelnemende ICUs en de Best Performer . In absolute tijd gaat gemiddeld het meeste tijd verloren tussen het ogenblik dat het bed is gealloceerd en het tijdstip dat de patiënt ook fysiek de ICU verlaat .



Tabel 8 geeft het aantal (en percentage) weer van de ontslagprocedures dat minstens 16 uur of minstens 24 uur aansleept .

Number of discharge procedures with a duration of (%)	All ICUs	Best performer
At least 16 hrs	128 (5,1)	1 (0,5)
At least 24 hrs	110(4,4)	1(0,5)
Maximum	194,5 (8,1 days)	28,5 (1,2 days)

- De redenen voor een uitgestelde ontslagprocedure

Tabel 9 geeft de gepercipieerde redenen weer waarom een ontslagprocedure werd uitgesteld in percent . Meerdere keuzemogelijkheden per ontslagprocedure waren mogelijk.

In %	All ICUs	Best performer
Bed on ward not timely available	19	10
Insufficient expertise of the ward nursing team	4	0
Delay due to commodity for the ward organisation (lunch time, visiting hour, too late , weekend..)	23	41
Logistic reason (e.g. no suction unit available..)	1,2	0
Opposition of the ward physician	0,3	0
Opposition of the family	0,1	0
Lack of ICU manpower for transport	2	0
Transport material /vehicle not available	1,8	0
Sudden deterioration of patient before transport	0,3	0
No private room available	0,3	0
No appropriate isolation bed available (infection)	0,1	0
ICU medical administrative workload at discharge	1	0

- Operationeel impact van uitgesteld ontslag

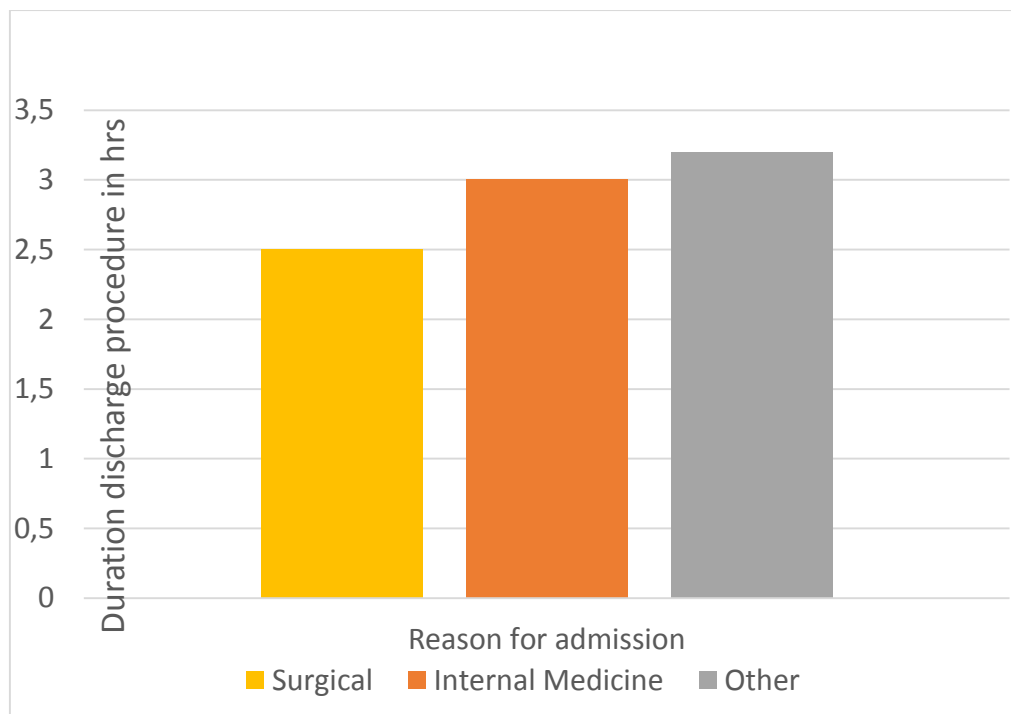
Tabel 10 geeft de repercussie van een uitgesteld ontslag weer op het opnamebeleid .

In %	All ICUs	Best Performer
YES <ul style="list-style-type: none"> • Emergency admission • Scheduled admission • Blanco 	5,3 (at 132 discharges) <ul style="list-style-type: none"> • 36 • 9 • 55 	0
No	90	100

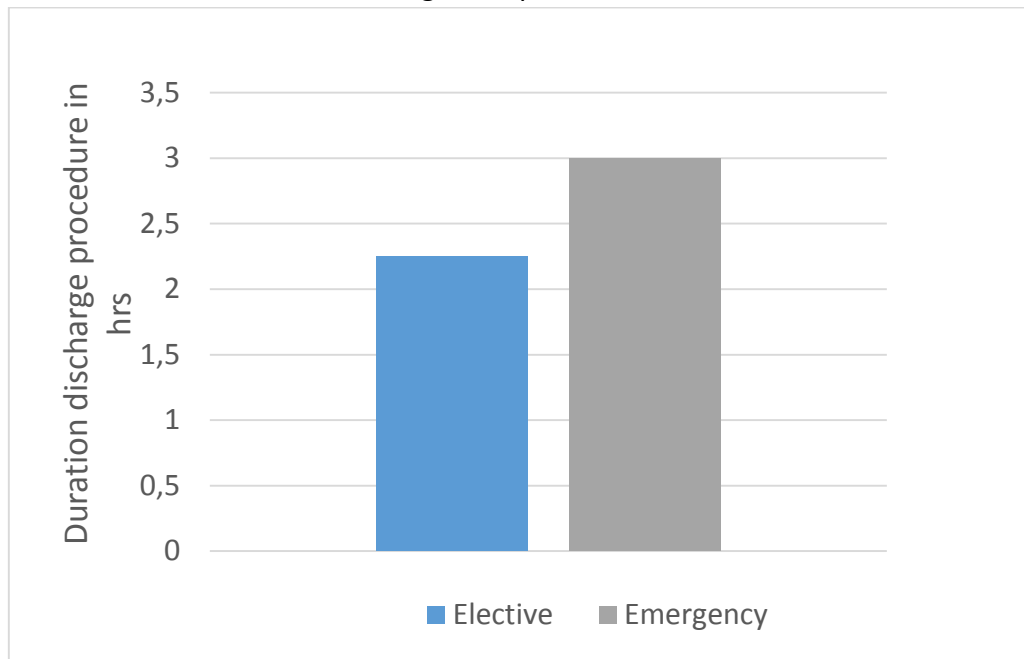
- Voor volgende factoren werd onderzocht of ze de duur van de ontslagprocedure beïnvloedden :

-Leeftijd , NEMS score : Er werd geen correlatie gevonden tussen de leeftijd , de NEMS score in de 24 uur voor ontslag en op het ogenblik van transfer en de duur van de ontslagprocedure (Pearson correlation coefficient respectievelijk -0.16 , -0.29 en -0.27 en heel wijde scatter)

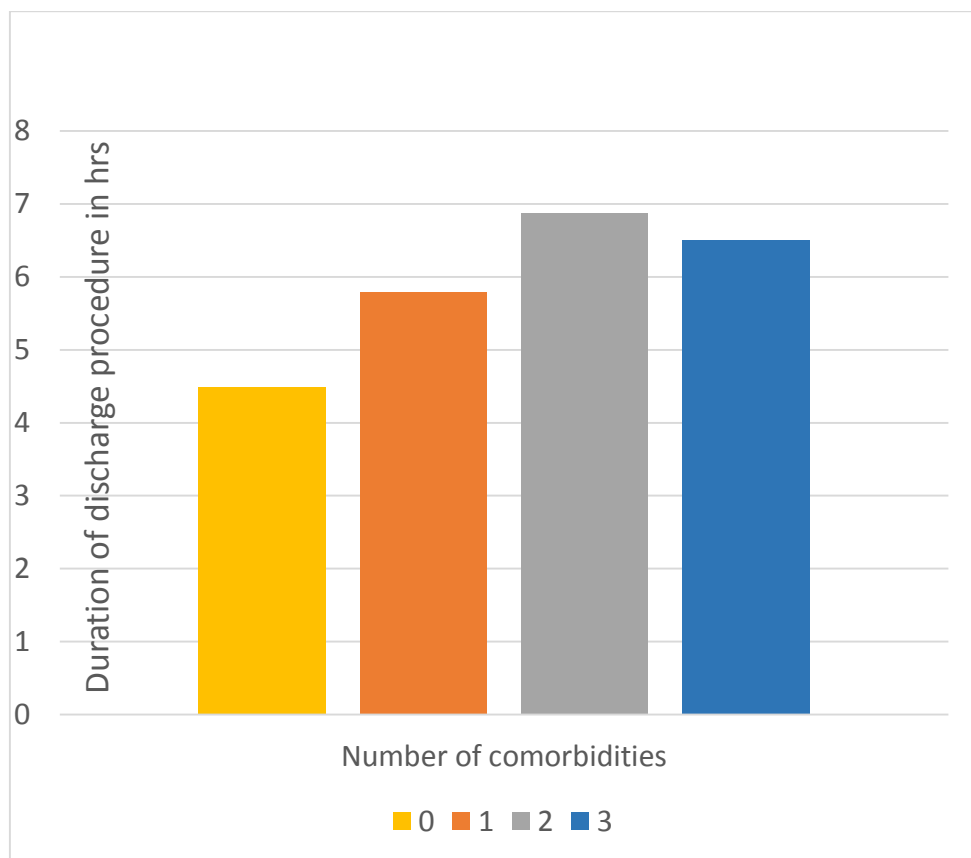
-Grafiek nr 3 : Reden van opname (heelkundig versus internistisch versus andere) :



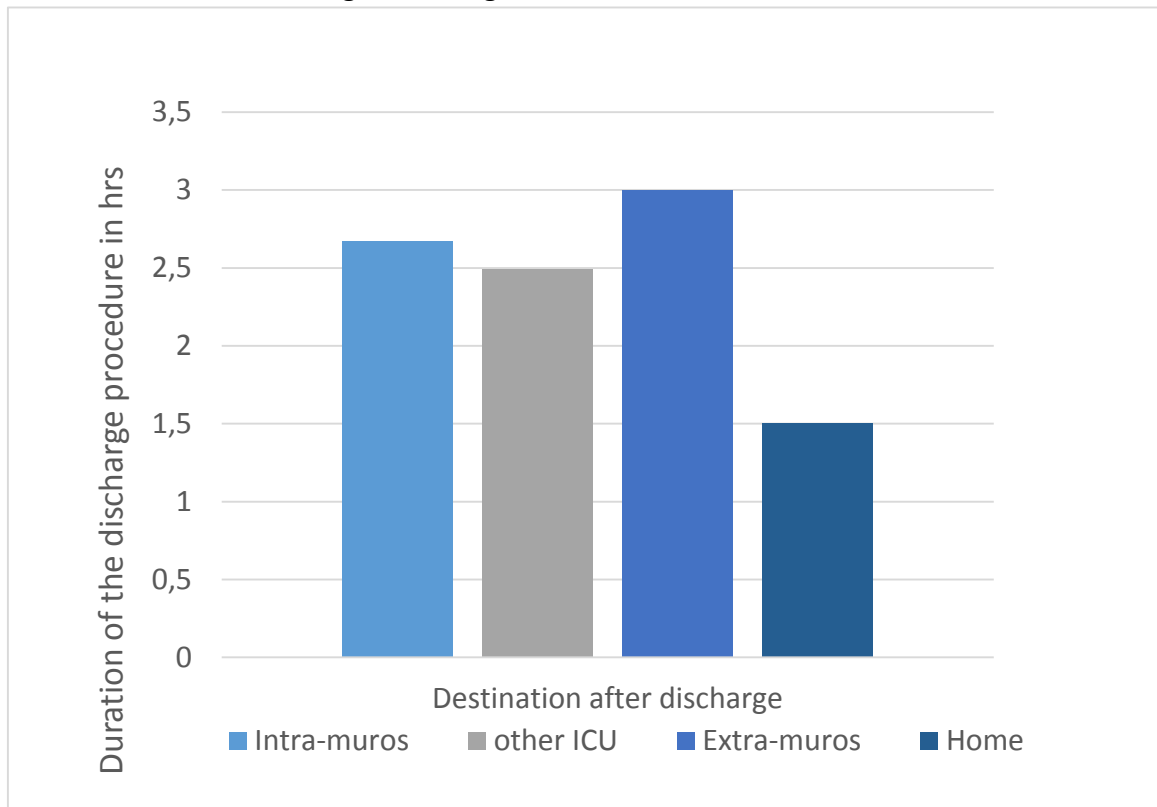
-Grafiek nr 4 :electieve versus urgente opname :



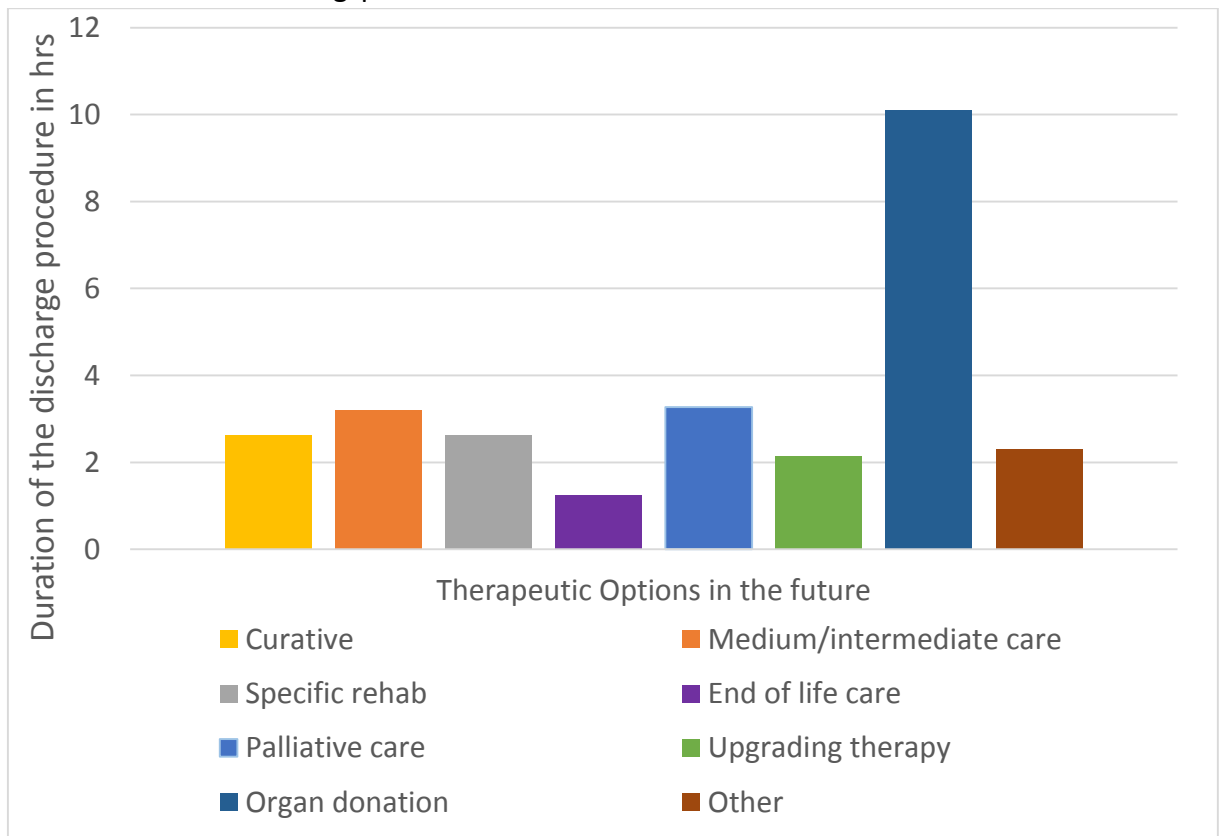
-Grafiek nr 5 : aantal comorbiditeiten :



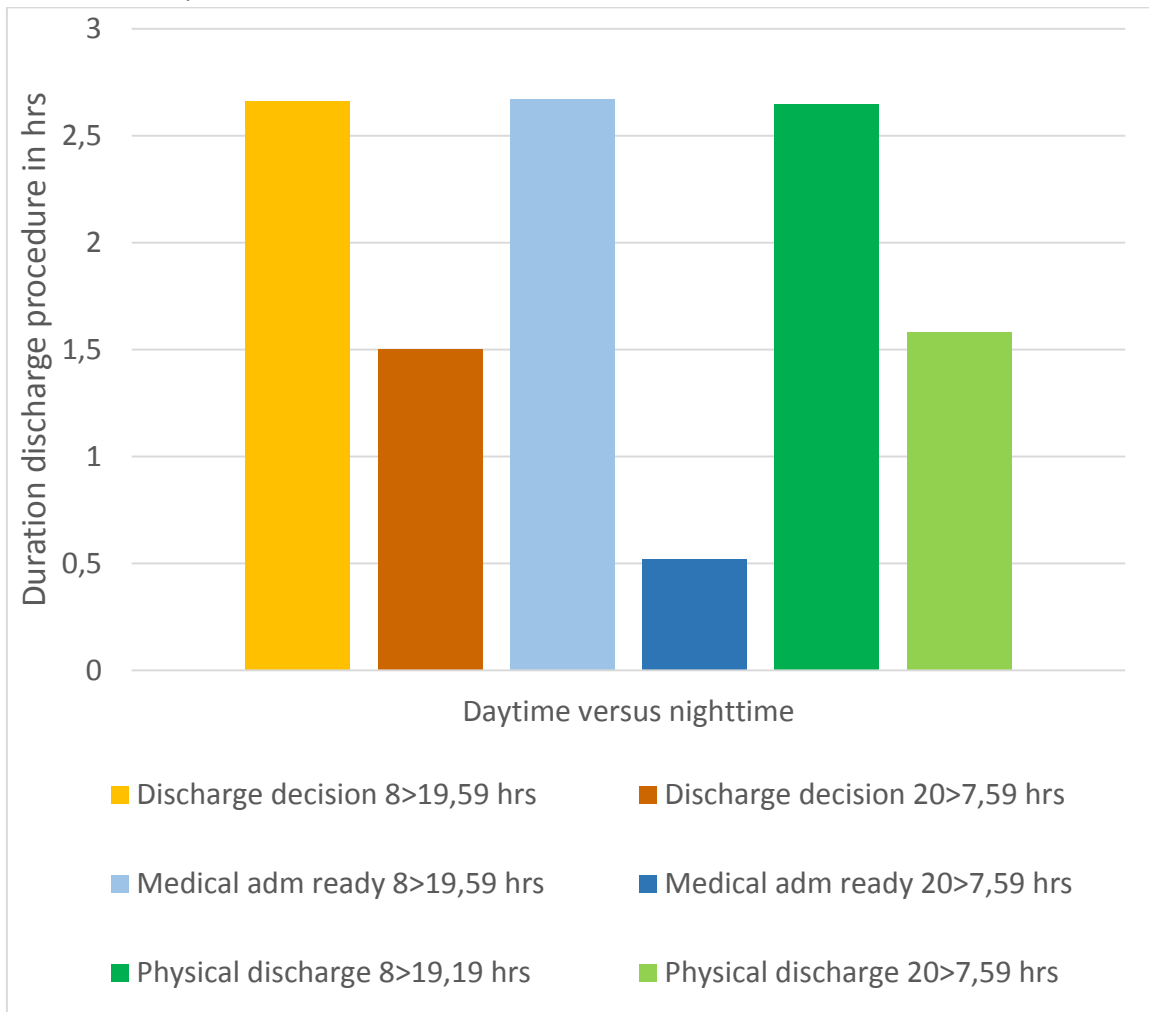
-Grafiek nr 6 : Bestemming na ontslag :



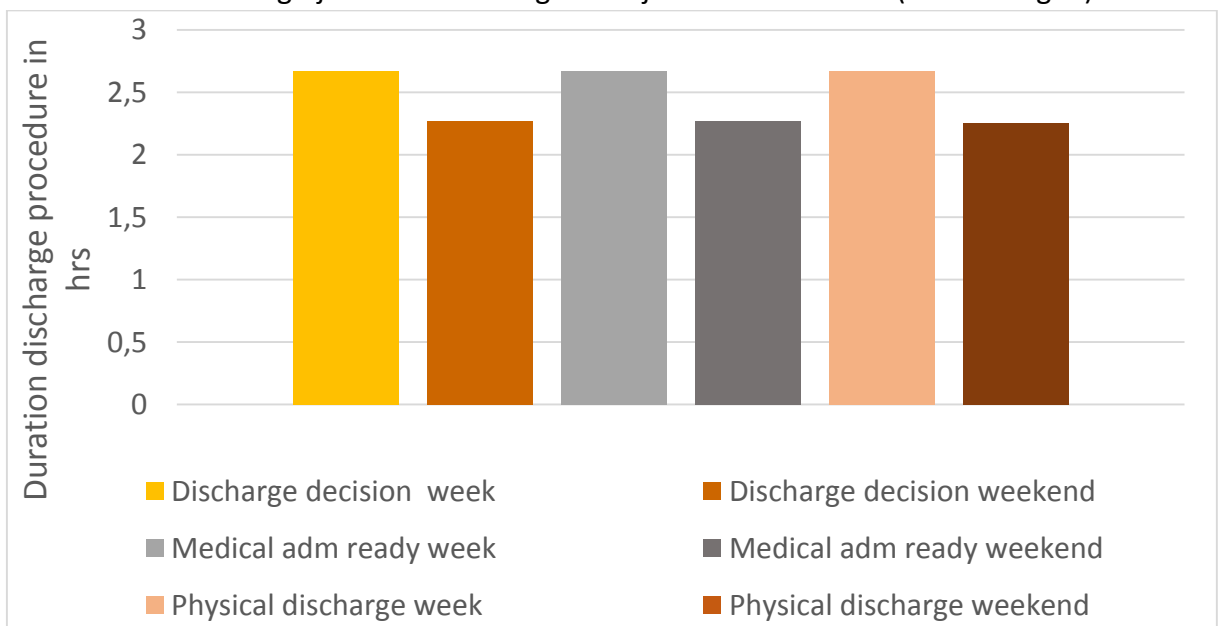
-Grafiek nr 7 :Behandelingsplan na ICU :



-Grafiek nr 8 : Ontslag tijdens de dag periode (08.00 tot 19.59 uur) en nacht (20.00 tot 07.59 uur) :



-Grafiek nr 9 : Ontslag tijdens de weekdays of tijdens het weekend (of feestdagen) :



4.Hoe de ontslagprocedure verbeteren ?

Aan de deelnemende intensivisten werd gevraagd welke initiatieven werden genomen om het ontslagbeleid vlotter te laten lopen . Hieronder volgt een samenvatting .

- 1) Sensibilisatie voor het probleem van de ontslagprocedure aan de hand van een jaarlijks rapport naar de ziekenhuisdirectie (en andere co-actoren) . Intensive care bedden zijn schaars , duur en de tijdige beschikbaarheid ervan kan het functioneren van het ziekenhuis alleen ten goede komen (oa. spoedgevallendienst , electieve ingrepen ,operatiekwartier ..) .
- 2) Management ingrepen :
 - Alle ICU ontslagprocedures vallen onder de verantwoordelijkheid van de dienstdoende intensivist ;
 - Patiënten op zaal met ontslag richting thuis kunnen ook vroeger op de dag het ziekenhuis verlaten (dan op het laatste bezoekuur) .
- 3) Anticipeer : Een ICU ontslag is meestal de dag voordien reeds te plannen en daardoor kan de opnamedienst van het ziekenhuis reeds vroeg worden gemobiliseerd .
- 4) Een goed functionerende opnamedienst : speelt een cruciale rol in de planning en voorbereiding van het ontslag .
- 5) Prioriteitsregels : ICU patiënten met ontslag hebben voorrang .
- 6) Dialog met de afdelingen die ICU patiënten overnemen: Negocieer de transfer van de ICU patiënt in de (late) voormiddag tussen 11.00 en 13.00 uur . Op dat ogenblik is er meestal een betere verpleegkundige bestaffing op zaal dan in de namiddag of avondshift .
- 7) Bijkomende bedcapaciteit :
 - hetzij op ICU (?)
 - hetzij voor zaalafdelingen met chronische overbezettingsproblematiek .

5. Bespreking

Het opzet van deze enquête was de ontslagprocedure van de ICU patiënt beter in kaart te brengen en tevens de deelnemende ICUs een ijkpunt aan te reiken .

Als ijkpunt werd gekozen voor de snelheid waarmee de ontslagprocedure wordt uitgevoerd (van de mondelinge mededeling dat patiënt medisch ontslagklaar is tot het tijdstip dat de patiënt ook fysiek de ICU verlaat) . In deze optiek werden alleen de fiches geanalyseerd die minstens de vijf volgende tijdstippen vermeldden meegenomen in de berekeningen : Opname tijdstip (A) ,tijdstip waarop de patiënt medisch ontslagklaar wordt verklaard (B) ,tijdstip waarop de patiënt medisch administratief ontslagklaar is (C) , tijdstip van bedtoewijzing of -allocatie (D) en tenslotte tijdstip waarop de patiënt fysiek de ICU verlaat (E) . De snelheid waarmee de ontslag procedure wordt uitgevoerd is natuurlijk slechts één van de indicatoren van de kwaliteit van het proces en zegt bv. niets over de kwaliteit van de overdrachtsnota (1) . Niettemin is de snelheid van uitvoering een belangrijke parameter omdat er voldoende literatuur evidentie bestaat dat uitgesteld ontslag vaak leidt tot uitgestelde opname met repercussie op mortaliteit en morbiditeit (2,3). In een aantal tabellen wordt de vergelijking gemaakt tussen de ganse groep van ICUs en de Best (lees “snelste”) Performer ICU.

De enquête

Uiteindelijk was er een vrij goede response op de enquête en namen 46 (+2 die laattijdig de data base invulden) ICUs met samen 359 ICU bedden deel aan de enquête (tabel 2) . De spreiding over de gewesten was bemoedigend en ook 2 universitaire ziekenhuizen namen deel . Bij aanvang was er wat weerstand wegens de administratieve werkbelasting maar uiteindelijk werden toch 2490 ontslagprocedures gerapporteerd in de studieperiode van 3 november 2015 tot 3 december 2015 (tabel 1) . Bij de data cleaning werden alleen heel evidente fouten en grove incongruenties geschrapt . De data van de twee ICUs die laattijdig invoerden in de database werden niet gebruikt bij de analyse . Op de vijf bovenvermelde tijdstippen na waren behoorlijk wat patiëntenfiches onvolledig. Merkwaardig is dat een aantal universitaire centra die “meten is weten “ in het vaandel dragen niet wensten (of konden) deel te nemen aan deze enquête .

Uit tabel 2 kan ook worden afgeleid dat het percent heropnames eerder aan de lage kant ligt , wat wijst op een behoudsgezinde ontslagpolitiek . Internationaal wordt een norm van 5 percent heropnames getolereerd (4) . Dit cijfer dient evenwel gekaderd te worden in het beschikbaar aantal ICU bedden per capita en is evident niet zo maar extrapoleerbaar . Bovendien gaan heropnames gepaard met een belangrijke mortaliteit en zijn de heropnames voornamelijk te verwachten bij patiënten die fysiologisch onstabiel zijn bij ontslag uit ICU (5,6,7).

Patiëntenpopulatie

De patiëntenpopulatie beantwoordt aan het verwachte profiel met een kleine meerderheid aan mannen met voornamelijk een heelkundige reden tot opname. In tegenstelling tot de ganse groep is er op de best performer een lager aantal urgente opnames en ook een lager percentage patiënten met ernstige comorbiditeiten (tabel 3). Wat betreft de nursing workload gemeten met de NEMS score valt op dat sommige patiënten bij ontslag nog steeds een maximale score toebedeeld krijgen (tabel 4). In principe kan dit mogelijk zijn bijvoorbeeld bij transfer naar een andere ICU voor upgrading van de therapie. Ook wat betreft de bestemming en de toekomstige therapeutische opties valt op dat bij de best performer in dit staal minder erg gecompliceerde pathologie gemeld wordt dan in de totale groep (tabel 5).

Duur van de ontslagprocedure

De totale duur van de ontslagprocedure is voor de alle ICUs samen berekend tweemaal zo lang als voor de "Best performer". De gegevens vertonen een linksverschuiving maar ook de mediaan geeft aan dat de extra tijd nodig voor het ontslagproces minstens 1 uur bedraagt (tabel 6). Het verschil met de "Best performer" ten opzichte van de totale groep wordt goed geïllustreerd in grafiek nr 1. Reeds voor het tweede uur na de medische ontslagbeslissing aanvangt zijn reeds meer dan 50 percent en na 9 uur alle 100 percent van de patiënten de deur uit. Voor de totale groep wordt die 50 percent grens niet alleen later bereikt, maar wat vooral opvalt is dat na 15 uur nog steeds 7 percent van de patiënten wacht op transfer.

Wanneer de ontslagprocedure wordt "gedisseceerd" in tabel 7 valt op dat het grote verschil NIET gemaakt wordt in de tijd nodig voor de medische administratie, de tijd nodig voor bedallocatie na de beslissing om de patiënt te ontslaan of het interval tussen het afwerken van de medische administratie en de bedallocatie maar WEL door het grotere interval tussen bedallocatie en fysieke transfer van de patiënt. Dit verschil komt ook tot uiting in grafiek nr 2 waar de gemiddelde waarden het probleem nog eens extra in de verf zetten.

Een ander kijk op het probleem is het aantal en het percentage ontslagprocedures berekenen waarbij het ganse proces minstens 16 of 24 uur bedraagt (tabel 8). Voor alle ICUs samen bedroeg dit 5.1 en 4.4 percent terwijl dit bij de Best Performer quasi niet voorkomt. Theoretisch kan hieruit een verspilling aan ICU bedcapaciteit berekend worden, maar gezien de opnames zich niet geprogrammeerd aanmelden blijft dit eerder een theoretische overweging.

Reden voor uitgesteld ontslag

De lijst van redenen voor uitgesteld ontslag wordt aangevoerd door uitstel omwille van commoditeit voor de organisatie op de ontvangende hospitalisatie afdeling, gevolgd door het niet tijdig vrij zijn van het toegewezen bed (tabel 9). Daarna volgen onvoldoende expertise van het ontvangende nursing team en tekort aan manpower op ICU voor het transport. De belangrijkste conclusie is evenwel dat een bed dat gealloceerd wordt door de

opnamedienst van het ziekenhuis niet noodzakelijk betekent dat dit bed onmiddellijk kan gebruikt worden om de ex-IC patiënt onder te brengen . Vaak moet de vorige patiënt nog worden geëvacueerd .

Operationeel impact van uitgesteld ontslag

Bij 132 of 5.3 percent van alle ontslagprocedures was er wel een impact op de opnamepolitiek voornamelijk voor urgente ICU opnames . Dit fenomeen kwam niet voor bij de beste performer (tabel 10) .

Zoektocht naar factoren die een uitgesteld ontslag voorspellen of veroorzaken

Noch de leeftijd , noch de NEMS scores vertoonden enige correlatie met de duur van de ontslag procedures . De reden van opname “Andere “ (3.25 % van het totaal) geeft aanleiding tot een iets langere ontslagprocedure maar de informatie heeft onvoldoende granulariteit om hieruit belangrijke conclusies te trekken (Grafiek nr 3) .Grafiek nr 4 geeft aan dat urgente opnames aanleiding tot een iets langer proces evenals het aantal comorbiditeiten hoewel er een plateauverschijnsel lijkt op te treden .Zie hiervoor grafiek nr 5 . De aantallen voor de categorie met meerder comorbiditeiten zijn echter zeer laag voor grote besluitvorming . De snelste manier om een ICU patiënt te evacueren is richting “thuis” , alhoewel dit eerder een zeldzame optie zal zijn in de dagelijkse praktijk (Grafiek nr 6) . Ook het behandelingsplan na ICU ontslag beïnvloedt de duur van de ontslagprocedure niet . Enige uitzondering hierop is orgaandonatie in het kader van een DCD III procedure waarin de tijd nodig om organen te alloceren , de nodige testen uit te voeren en de logistiek voor de mobilisatie van een prelevatieteam bij deze enige patiënt waarschijnlijk voldoende verklaring geven (Grafiek nr 7).

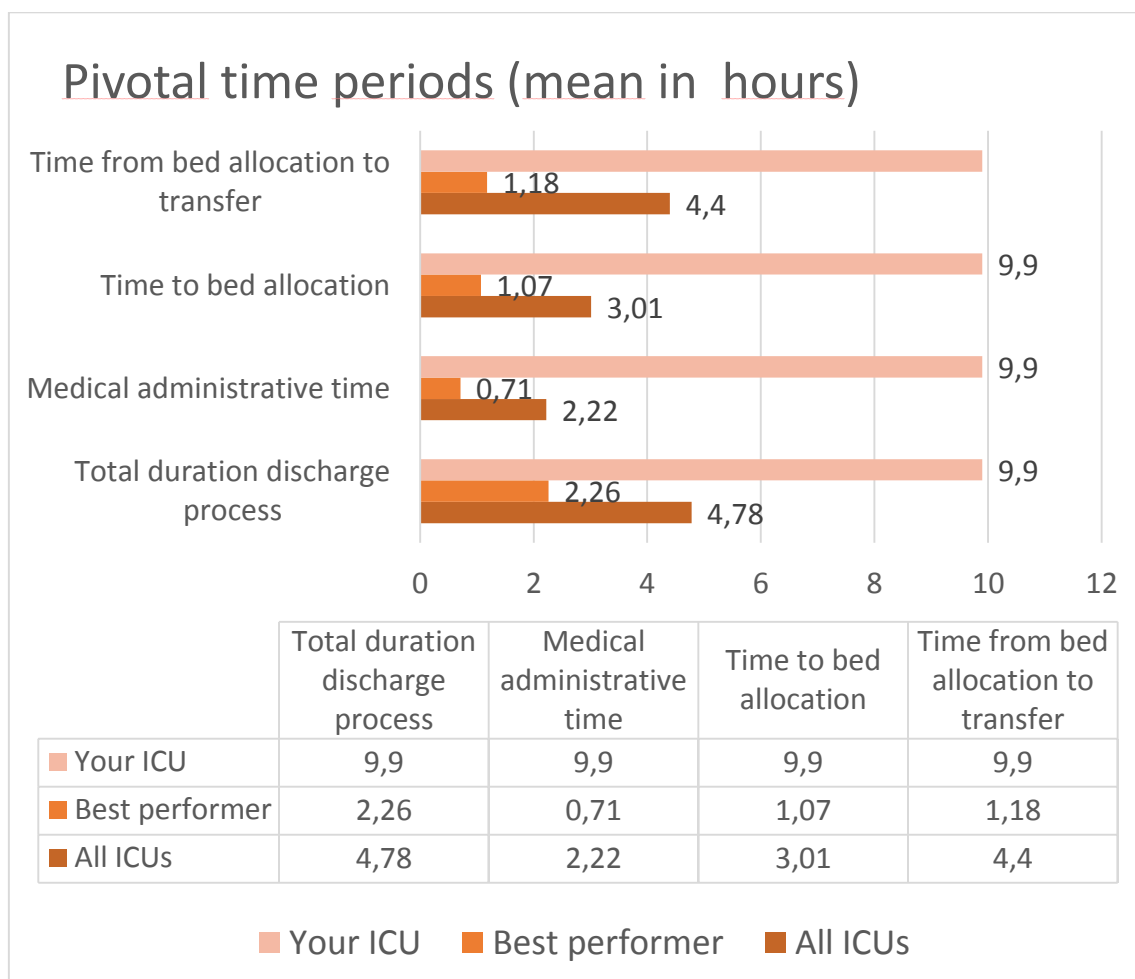
Enigszins verrassend is dat de ontslagprocedure ongeacht welk onderdeel wordt geanalyseerd zowel 's nachts tussen 20.00 en 07.59 uur als in het weekend zelfs minder tijd in beslag neemt (Grafiek 8 en 9) .

Al bij al levert de zoektocht naar interfererende factoren weinig op . Dit lijkt ook logisch want zowel bij de medische besluitvorming tot ontslag worden een groot aantal van deze risicofactoren in overweging genomen . Tenslotte is het proces van een ontslag procedure straightforward waarbij iedere component : tijd noodzakelijk voor medische administratie , tijd nodig voor bed toewijzing , tijd nodig vanaf bedtoewijzing tot fysiek ontslag van de patiënt afzonderlijk kunnen worden beoordeeld .

Tenslotte wordt u in punt 6 de mogelijkheid geboden om uw eigen resultaten te vergelijken met de ganse groep en met de beste performer .

6. Uw resultaten

Aantal ingevoerde ontslagprocedures	999
Aantal volledig ingevulde formulieren (percent)	999 (%)



Het aantal (en percentage) ontslagprocedures dat minstens 16 uur of minstens 24 uur aansleept :

Number of discharge procedures with a duration of (%)	All ICUs	Best performer	YOUR ICU
At least 16 hrs	128 (5,1)	1 (0,5)	9999
At least 24 hrs	110(4,4)	1(0,5)	9999
Maximum	194,5 (8,1 days)	28,5 (1,2 days)	9999(days)

Referenties :

1. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. van Sluisveld N. ; Hesselink G. ; Westert G. ; Wollersheim H. ; Zegers M. *Intensive Care Med* (2015) 41:589–604 .
2. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study . Cardoso L.; Grion C. ; Matsuo T. ; Anami E. ; Kauss I.; Seko L.; Bonametti A. *Critical Care* 2011, 15:R28 .
3. Discharge delay, room for improvement? Williams T. ; Leslie G. ; Brearley L. ; Leen T. ; O'Brien K. *Australian Critical Care* (2010) **23**, 141—149.
4. Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) . Rhodes A. ; Moreno R.P. ; Azoulay E. ; Capuzzo M. ; Chiche J.D. ; Eddleston J. ; Endacott R. ; Ferdinande P. et al. *Intensive Care Med* (2012) 38:598–605 .
5. Critically ill patients readmitted to intensive care units - lessons to learn? Metnitz P. ; Fieux F. ; Jordan B. ; Lang T. ; Moreno R.P.; Gall J.R. *Intensive Care Med* (2003) 29:241-248 .
6. Readmission to a surgical intensive care unit: incidence, outcome and risk factors .Kaben A.; Corrêa F. ; Reinhart K. ; Settmacher U. ; Gummert J. ; Kalff R. ; Sakr Y. *Critical Care* 2008, **12**:R123 .
7. Who bounces back? Physiologic and other predictors of intensive care unit readmission . Rosenberg A. ; Hofer T. ; Hayward RA.; Strachan C. ; Watts CM. *Crit Care Med* 2001;29:511–518 .

ADDENDUM 1 : Vragenlijst enquête ICU ontslagprocedure

OPERATIONELE EFFECTEN VAN DE ONTSLAGPROCEDURE VAN ICU PATIËNTEN

B.Oosterlynck –M.Bourgeois -P.Ferdinande- P. Reper

I . Onderzoeksvragen :

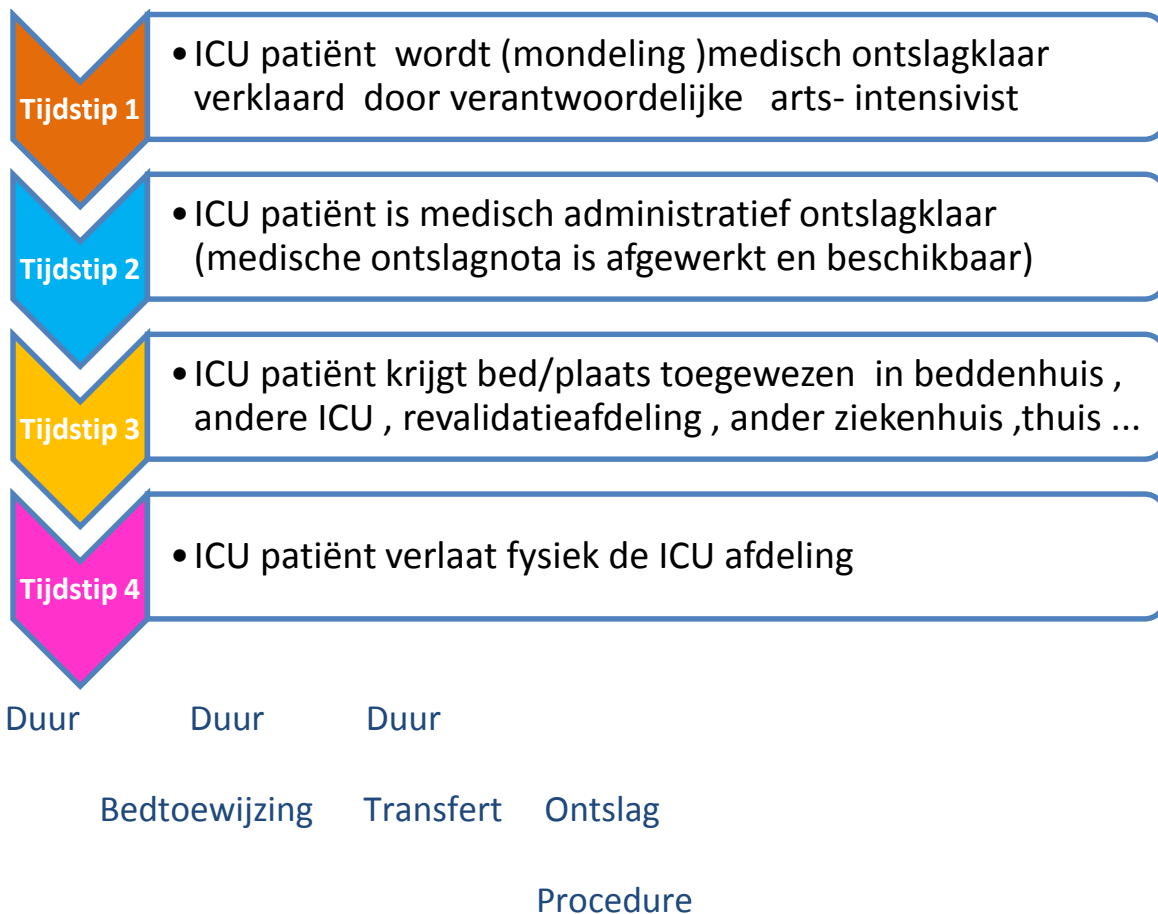
II . Definities

1. Uitgesteld ontslag :

Tijdsperiode tussen het tijdstip dat patiënt medisch MONDELING ontslagklaar wordt verklaard en het tijdstip dat de patiënt de ICU fysiek verlaat .

2. Scharniermomenten :

- 2.1. Tijdstip waarop patiënt MONDELING ontslagklaar wordt verklaard door de arts intensivist of zijn plaatsvervanger (*dit al kan zijn op de morgenbriefing ,wachtoverdracht , of tijdens een eerste snelle zaalronde*)
- 2.2. Tijdstip waar patiënt medisch ADMINISTRATIEF ontslagklaar is (medische ontslagnota = papierwerk of geïnformatiseerde npta afgewerkt) .
- 2.3. Tijdstip bed/ plaatstoewijzing (intramuros of extramuros)
- 2.4. Tijdstip wanneer patiënt fysiek de ICU verlaat .



III. Enquête

Inclusiecriteria : alle patiënten die de IC afdeling (**levend**) verlaten tijdens de voorgestelde observatieperiode op deelnemende ICU's .

I . **Enquête duur** : 30 (1) dagen van .. / .. / Tot .. / .. /

II. **Per ontslagen patiënt** : 1 uniek formulier

1. Primaire patiëntengegevens :

- leeftijd
- geslacht

- Aanleiding /reden ICU opname (is niet noodzakelijk = aan opname- of einddiagnose in het ziekenhuis)
 - Heelkundige ingreep :
 - cardiale heelkunde
 - thorax en longchirurgie
 - gastro-intestinale heelkunde
 - urologische chirurgie
 - vaatheelkunde
 - endocrinologische heelkunde
 - transplantatie
 - neurochirurgie
 - trauma
 - schedeltrauma
 - ...
 - Internistische pathologie :
 - neurologisch
 - respiratoir
 - cardiaal
 - renaal w
 - metabole ontregeling
 - gastro-intestinaal
 - infectie/sepsis
 -
 -
- Electief (=gepland) of urgent
- Belangrijke /relevante interfererende comorbiditeiten(definitie zie lager)
 - Respiratoir
 - Renaal
 - Leverlijden
 - Immun gecompromitteerd
- Verpleegkundige werkbelasting (NEMS) : stip de activiteiten aan (*dus tweemaal in te vullen!!!*)
 - die uitgevoerd werden tijdens de LAATSTE 24 uur voor het tijdstip dat de patiënt de ICU fysiek verlaat
 - en de activiteiten die op het ogenblik van ontslag nog verder uitgevoerd worden

NEMS Activiteit	Aankruisen indien uitgevoerd in de 24 u voorafgaand aan ontslag (meerdere opties mogelijk)	Aankruisen indien nog verder uitgevoerd bij ontslag (meerdere opties mogelijk)	Toegekende waarde

Basis monitoring: registratie van de vitale parameters om het uur en opvolgen + berekenen van de vocht balans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Toedienen van intraveneuze medicatie in bolus of continu infuus met uitsluiting van vasoactieve medicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Mechanische ventilatoire ondersteuning : Iedere vorm van mechanische :geassisteerde beademing met of zonder PEEP (continuous end expiratory positive pressure) met of zonder spierverslappers . Inclusief Niet Invasieve Ventilatie .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Speciale respiratoire zorg :ademhaling via canule of endotracheale tube : alle methodes van extra zuurstof toediening (tenzij de definitie hierboven geldt) NIET cumulatief met vorige activiteit !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Enkelvoudige vasoactieve medicatie (gelijk welke vaso actief geneesmiddel intraveneus toegediend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Multiëpele vasoactieve medicatie : meer dan één vasoactief farmacon intraveneus toegediend : Ongeachte het type of de dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Alle dialyse technieken voor renale epuratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Specifieke interventies op ICU zoals : Endotracheale intubatie , plaatsen van een cardiale pacemaker ,cardioversie , endoscopie , urgente heelkundige ingreep in de laatste 24 uur , maaglavage Zijn NIET inbegrepen volgende routine interventies : Standaard RX thorax , echocardiografie, verbandzorg , plaatsen van arteriële of veneuze catheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Specifieke interventies buiten ICU (waarvoor transport nodig is) : Zoals heelkundige ingreep of een diagnostische procedure . De interventie/procedure is gerelateerd aan de ziekte-ernst van de patiënt en doet extra appel op het ICU personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6

Totaal			..

2. Tijdmetingen :

2.1 ICU opnametijdstip : Datum : .. / .. / (Dag /maand/jaar) Uur .. / .. (00/00> 23 /59)

2.2. Exact tijdstip waar de patiënt medisch MONDELING ontslagklaar wordt verklaard

- Datum : .. / .. / (Dag /maand/jaar) Uur .. / .. (00 hrs /00 min> 23 hrs /59 min)

2.3. Exact tijdstip waar de patiënt medisch ADMINISTRATIEF ontslagklaar is (= uitgeschreven /uitgeprinte medische ontslagnota klaar)

- Datum : .. / .. / (Dag /maand/jaar) Uur .. / .. (00/00> 23 /59)
-

2.4. Exact tijdstip waarop operationeel een bed op zaal is toegewezen (op zaal door opnamedienst van het eigen ziekenhuis (voor intramuros ontslagen of extramuros plaatstoewijzing) .

- Datum : .. / .. / (Dag /maand/jaar) Uur .. / .. (00/00> 23 /59)

2.5. Exact tijdstip waarop de patiënt ook effectief fysiek wordt getransfereerd van ICU naar zaal of andere bestemming (*ook belangrijk om impact van de weekenddagen te onderzoeken*)

- Datum : .. / .. / (Dag /maand/jaar) Uur .. / .. (00/00 > 23 /59)

3. Bestemming van de patiënt na ontslag :

- intra-muros (inclusief andere campus van het ziekenhuis) : De dienst waarheen de patiënt wordt ontslagen
 - heerkunde (*kan nog meer gespecificeerd worden*)
 - interne geneeskunde
 - Pediatrie
 - neurologie
 -
- Andere ICU
- extra muros (niet in eigen ZH) bv revalidatie/psychiatrie /zorginstelling
- Thuis

4. Reden van uitgesteld ontslag (meerdere keuzes mogelijk) :

- Bed/plaats niet (tijdig) beschikbaar op zaal , andere afdeling
- Onvoldoende zaalverpleegkundige expertise (aantal , skills) aanwezig
- Uitstellen tot meer opportuun oogenblik op zaal (bv. pauze voor eten , uitstel tot na bezoeken op zaal)

- Logistieke reden (materiaal nog niet voorhanden op bestemming bv voor thoraxdrainage)
 - Verzet afdelingsarts /zaalarts
 - Verzet patiënt / familie/ verwanten
 - Onvoldoende manpower op IC om transport te organiseren...
 - Geen transportmiddel beschikbaar (transport trolley, ziekenwagen ...)
 - Plotse deterioratie van de patiënt tussen de initiële beslissing tot ontslag en de transfer van de patient
 - Geen kamer bed beschikbaar volgens de voorkeur van de patient (bv. patient wenst privé –kamer)
 - Geen bed beschikbaar volgens de eisen van infectiepreventie (isolatiekamer)
 - Te veel administratie rond het ontslag (denk aan patiënten die lang op de IC hebben verbleven).
 -
 -
 -
5. Wat is de Intentie van het verder beleid voor deze patiënt :
- Curatief beleid op zaalafdeling
 - Medium/intermediate care
 - Specifieke revalidatie –afdeling (bv. quadriplegie)
 - End of life care (er wordt verwacht dat de patiënt binnen de 3 dagen na verlaten ICU zal sterven)
 - Palliatieve setting... (overlijden verwacht na meer dan 3 dagen na verlaten ICU)
 - Transfer voor upgrading van de behandeling
 - Orgaandonatie (DCD III : therapiestop gepland gevolgd door prelevatie na overlijden)
 - ...
6. Was deze patiënt het voorwerp van een ongeplande heropnames (24 uur na ontslag) tijdens de observatieperiode ? en reden voor heropname .
- Ongeplande heropname (binnen 24 u na ICU ontslag)
 - Reden heropname :
 - oorspronkelijke reden eerste ICU opname
 - nieuw / ander probleem
7. Bedbezetting op ogenblik van ontslag (het ogenblik dat de patiënt ICU fysiek verlaat) : aantal bezette ICU bedden per aantal operationele bedden .
- Aantal bezette ICU bedden bij ontslag :
 - Aantal operationele (bruikbare) ICU bedden bij ontslag :
8. Invloed van het uitgesteld ontslag op opnamebeleid :
- Uitstel urgente opname
 - Tot later op de dag
 - Meer dan 24 uur
 - Uitstel electieve opname
 - Tot later op de dag
 - Meer dan 24 uur

III .Per ICU 1 formulier op het einde van de enquête

1. Algemene gegevens

- ICU aantal opnames 2014 (één patiënt kan meerdere malen opgenomen zijn)
- ICU ontslagen per jaar 2014(één patiënt kan meerdere malen ontslagen zijn)
- Aantal overlijdens 2014
- Gemiddeld aantal operationele bedden tijdens huidige observatie periode van het begin tot het einde van deze enquête: beschikbare ICU bedcapaciteit = *(aantal operationele beddenx365 dagen X24 uur)*
- Aantal patiënten met ontslag tijdens de huidige observatie periode
- Aantal patiënten met ongeplande heropname tijdens de huidige observatieperiode
- Heeft u tijdens de vorige 5 jaar acties ondernomen om het ontslagbeleid te bespoedigen ? en zo ja welke (free text)

IV . Formulieren

1 . Formulier per ontslag (per patiënt)

Inclusie criterium : iedere patiënt die LEVEND de ICU verlaat tussen .././2015 en .././2015 (dus ook in te vullen als dezelfde patiënt meerdere malen ontslaan wordt van ICU tijdens de observatieperiode)

Vraag	Categorieën	Keuze mogelijkheden/eenheden/opmerkingen
1.Primaire patiëntgegevens		
▪ leeftijd	geboortedatum	
▪ geslacht	Mannelijk Vrouwelijk	m/v
▪ Aanleiding /reden van		<i>Info: niet noodzakelijk gelijk aan de opname- of</i>

de huidige ICU opname		<i>einddiagnose in het ziekenhuis</i>
	Heelkundige ingreep :	cardiale heekunde thorax en longchirurgie gastro-intestinale heekunde urologische chirurgie vaatheekunde endocrinologische heekunde transplantatie neurochirurgie trauma schedeltrauma ...
	Internistische pathologie :	neurologisch respiratoir cardiaal renaal metabole ontregeling gastro-intestinaal infectie/sepsis
	Andere ...	Free text
<ul style="list-style-type: none"> ▪ electieve(= gepland) of urgente opname 	Electief urgent	<i>Info:</i> Electief =gepland <i>Info:</i> Urgent=dringend
<ul style="list-style-type: none"> ▪ belangrijke /relevante interfererende comorbiditeiten ... 	Ja neen <input type="checkbox"/> RESPIRATOIR	<i>Info:</i> Definities : Orgaanfalen of immuno-gecompromiteerde toestand moet evident zijn VOOR de ziekenhuis opname en conform aan de volgende criteria : <i>Info:</i> Chronische restrictieve , obstructieve of vasculaire aandoening die resulteert in ernstige inspanningsbeperking .

	<p><input type="checkbox"/> LEVER:</p> <p><input type="checkbox"/> RENAAL:</p> <p><input type="checkbox"/> IMMUUN- GECOMPROMITEER D</p>	<p>Niet in staat om trappen te lopen , huishoudelijk werk te verrichten : of gedocumenteerde chronische hypoxie , hypercapnie , secundaire polycythemie , ernstige pulmonaire hypertensie (mean > 40 mm Hg) of respirator dependentie</p> <p><i>Info:</i> Biopsie bewezen cirrhose of portale hypertensie episodes met bloeding uit de bovenste gastro-intestinale tractus te wijten aan portale hypertensie : vroegere episodes van leverfalen ,encephalopathie of hepatisch coma</p> <p><i>Info:</i> Dialysenood</p> <p><i>Info:</i> De patiënt heeft een behandeling gekregen die weerstand tegen infectie onderdrukt (bv. immunosuppressie , chemotherapie , langdurige of recent hoge (= meer dan endocrinologische substitutiedosis) dosissen corticosteroiden) of heeft een ziekte die in een stadium beland is die weerstand tegen infectie kan onderdrukken (bv.leukemie , lymphoma ,AIDS..)</p>
<p>2. TIJDSTIPPEN :</p> <ul style="list-style-type: none"> • opnametijdstip huidig ICU verblijf 	<p>Datum : .. / .. / Uur .. / ..</p>	<p>(Dag /maand/jaar) (00/00> 23 /59)</p>

<ul style="list-style-type: none"> Exact tijdstip waar de patiënt MONDELING medisch ontslagklaar wordt verklaard . 	Datum : .. / .. / Uur .. / ..	(=verantwoordelijke arts zegt dat de patiënt mag ontslaan worden) (Dag /maand/jaar) (00/00> 23 /59)		
<ul style="list-style-type: none"> Exact tijdstip waar de patiënt medisch ADMINISTRATIEF ontslagklaar is . 	Datum : .. / .. / Uur .. / ..	<i>Info: (= Medische ontslagnota klaar en beschikbaar)</i> (Dag /maand/jaar) (00/00> 23 /59)		
<ul style="list-style-type: none"> Exact tijdstip waarop operationeel een bed/plaats is toegewezen . 	Datum : .. / .. / Uur .. / ..	<i>Info: door opnamedienst van het eigen ziekenhuis (voor intramuros ontslagen) of extramuros plaatstoewijzing</i> Dag /maand/jaar (00/00> 23 /59)		
<ul style="list-style-type: none"> Exact tijdstip waarop de patiënt ook effectief fysiek wordt getransfereerd van ICU naar zaal of andere bestemming . 	Datum : .. / .. / Uur .. /	Dag /maand/jaar (00/00> 23 /59)		
3. Verpleegkundige werkbelasting : NEMS (Dus <u>tweemaal</u> in te vullen)	<ul style="list-style-type: none"> Verpleegkundige activiteiten in de laatste 24 u voorafgaand aan het ontslag . Verpleegkundige activiteiten bij het ontslag 	<ul style="list-style-type: none"> Hoogste score in de 24 uur voor ontslag (NEMS max) NEMS bij ontslag 		
NEMS Activiteit	Aankruisen indien uitgevoerd in de 24 u voorafgaand aan ontslag	Aankruisen indien nog verder uitgevoerd bij ontslag (meerdere	<i>Info: Toegekende waarde Dient niet getoond</i>	

	(meerdere opties mogelijk)	opties mogelijk)	<i>bij invullen enquête</i>
Basis monitoring: registratie van de vitale parameters om het uur en opvolgen + berekenen van de vocht balans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Toedienen van intraveneuze medicatie in bolus of continu infuus met uitsluiting van vasoactieve medicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Mechanische ventilatoire ondersteuning : Iedere vorm van mechanische :geassisteerde beademing met of zonder PEEP (continuous end expiratory positive pressure) met of zonder spierverslappers . Inclusief Niet Invasieve Ventilatie .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Speciale respiratoire zorg :ademhaling via canule of endotracheale tube : alle methodes van extra zuurstof toediening (tenzij de definitie hierboven geldt) NIET cumulatief met vorige activiteit !	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Enkelvoudige vasoactieve medicatie (gelijk welke vaso-actief geneesmiddel intraveneus toegediendp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Multipele vasoactieve medicatie : meer dan één vasoactief farmacon intraveneus toegediend : Ongeachte het type of de dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Alle dialyse technieken voor renale epuratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Specifieke interventies op ICU zoals : Endotracheale intubatie , plaatsen van een cardiale pacemaker ,cardioversie , endoscopie , urgente heelkundige ingreep in de laatste 24 uur , maaglavage Zijn NIET inbegrepen volgende routine interventies : Standaard RX thorax , echocardiografie, verbandzorg , plaatsen van arteriële of veneuze catheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Specifieke interventies buiten ICU (waarvoor transport nodig is) : Zoals heelkundige ingreep of een diagnostische procedure . De interventie/procedure is gerelateerd aan de ziekternst van de patiënt en doet extra appel op het ICU personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
<i>Totaal (in achtergrond dient niet getoond bij invullen enquête)</i>			..

4 .Bestemming van de patiënt na ontslag :	-Intra-muros	<p>Bestemming :</p> <p><i>Info: (inclusief andere campus van het ziekenhuis)</i></p> <p>-heelkunde (kan nog meer gespecificeerd worden):</p> <ul style="list-style-type: none"> • cardiale heekunde • thorax en longchirurgie • gastro-intestinale heekunde • urologische chirurgie • vaatheekunde • endocrinologische heekunde • transplantatie • neurochirurgie • traumatologie • neus-keel-oor • oncologische heekunde • ...andere <i>free text</i> <p>-interne geneeskunde</p> <ul style="list-style-type: none"> • algemene interne • pneumologie • gastro-enterologie • cardiologie • geriatrie • nefrologie • andere <i>free text</i> <p>-neurologie</p> <p>-</p> <p>-Pediatrie</p> <p>.....</p>
	-Andere ICU	<p>Reden :</p> <p>-upgrading van therapie</p> <p>-plaatsgebrek eigen ICU</p> <p>-vraag van familie/patiënt</p> <p>-<i>free text</i></p>
	-Extra muros verzorgingsinstelling specificeer...	<p><i>Info: (niet in ZH) bv revalidatie/psychiatrie</i></p> <p><i>Free text</i></p>
	-Thuis	
5 . Wat is de reden van uitgesteld ontslag ?		<p><i>Info: Verklaring (meerdere keuzes mogelijk)</i></p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bed niet tijdig beschikbaar 2. Onvoldoende zaalverpleeg kundige expertise (aantal , skills) aanwezig 3. Uitstellen tot meer opportuun ogenblik op zaal (bv.pause voor eten , uitstel tot na bezoekuur op zaal ,te laat op de dag, weekend,..) 4. Logistieke reden (materiaal nog niet voorhanden bv thoraxdraina ge) 5. Verzet ontvangende zaalarts 6. Verzet familie/ verwanten 7. Onvoldoende manpower op ICU om transport te organiseren ... 8. Transportma teriaal /voertuig 	<p>Free text</p>
--	---	------------------

	<p>niet beschikbaar</p> <p>9. Plotse deterioratie van de patient tussen de initiële beslissing tot ontslag en de transfer van de patient</p> <p>10. Geen bed beschikbaar volgens de keuze van de patient (privé – kamer)</p> <p>11. Geen bed beschikbaar volgens de eisen van infectiepreventie (isolatiekamer)</p> <p>12. Te veel administratie rond het ontslag (denk aan patiënten die lang op de ID hebben verbleven).</p> <p>13. andere <i>free text</i></p>	
<p>6. Wat is de intentie: bedoeling van het verder beleid voor deze patiënt na ICU?</p>	<p>○ curatief beleid zonder specifieke revalidatieafdeling</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ medium/intermediate care ○ specifieke revalidatie ○ end of life care (overlijden verwacht binnen de 3 dagen na ontslag ICU) ○ palliatieve setting...(overlijden verwacht meer dan 3 dagen na ontslag ICU) ○ transfer voor een upgrading van de behandeling ○ Orgaandonatie (DCD III : therapiestop gepland gevolgd door prelevatie na overlijden) ○ ○ 	Free text
7. Was deze patiënt het voorwerp van een ongeplande heropname ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ja ○ neen 	<i>Info: Definitie "ongeplande heropname" : niet geplande heropname binnen de 24 uur na ICU ontslag tijdens de ganse enquêteduur + 24 uur</i>
Reden voor heropname .	<ul style="list-style-type: none"> ○ oorspronkelijke reden eerste ICU opname ○ nieuw / ander probleem 	<i>Info: Enkel tonen indien ja geantwoord op vorig vraag</i> Free text

<p>8. Wat is de bedbezetting op ogenblik (het tijdstip dat de patiënt de ICU fysiek verlaat) van dit ontslag</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aantal bezette ICU bedden bij ontslag ○ Aantal operationele (bruikbare) ICU bedden bij ontslag 	<p><i>aantal bezette ICU bedden per aantal operationele bedden .</i> <i>Info: Met “operationele “ bedden wordt bedoeld bedden die bruikbaar zijn zowel wat betreft personeelsbestand als materiële uitrusting .</i></p>
<p>9..Is er een Invloed van het uitgesteld ontslag op opnamebeleid ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ja ○ neen 	<p><i>Zo ja</i> Uitstel urgente opname <ul style="list-style-type: none"> ○ Tot later op de dag ○ Meer dan 24 uur Uitstel electieve opname <ul style="list-style-type: none"> ○ Tot later op de dag ○ Meer dan 24 uur </p>

2. Eenmalig in te vullen formulier per ICU op het einde van de enquête : datum ..
/./...+ 24 uur

<p>2.1.. Algemene gegevens ICU</p>		
------------------------------------	--	--

ICU aantal opnames 2014	aantal	<i>Info: (één patiënt kan meerdere malen opgenomen zijn)</i>
ICU ontslagen per jaar 2014	aantal	<i>Info: (één patiënt kan meerdere malen ontslagen zijn)</i>
Aantal overlijdens op ICU 2014	aantal	
Gemiddeld aantal operationele bedden tijdens observatie periode	aantal	<i>Info: Met "operationele " bedden wordt bedoeld bedden die bruikbaar zijn zowel wat betreft personeelsbestand als materiële uitrusting .</i>
Aantal patiënten dat tijdens deze observatieperiode van uw ICU werd ontslagen tussen .././2015 en .././2015	aantal	
Aantal ongeplande heropnames tijdens de ganse observatieperiode tussen .././2015 en .././2015	aantal	<i>Info: Definitie : niet geplande heropname binnen de 24 uur na ICU ontslag tijdens de ganse enquêteduur + 24 uur</i>
Heeft u in de voorbije 5 jaar actie ondernomen om het ontslagbeleid te bespoedigen/verbeteren ?	<i>FREE text</i>	

ADDENDUM 2 : Uitnodiging tot deelname aan de enquête

Geachte Collega ,

U herkent het helemaalde wrevel van elke dag : het ontslag van een ICU patiënt nog maar eens wordt nodeloos uitgesteld .

Er zijn duizend en één redenen : administratieve hinderpalen , zoektocht naar plaats op de zaalafdeling of ergens anders , organisatie van transport , bereidheid om te patiënt over te nemen, enz... . En dat allemaal terwijl reeds een volgende patiënt voor de deur staat te dringen .

DE bron van ergernis van quasi elke dag met veel nutteloos telefoonverkeer , energieverlies en irritatie voor veel intensivisten .

Hierover gaat deze enquête !

Ze bestaat uit twee delen:

1. Per ontslagen patiënt : Eén PATIENT fiche in te vullen met 9 korte vragen tijdens een beperkte periode van 30 dagen van tot Voor iedere patiënt die tijdens deze periode LEVEND de ICU verlaat .

2. Op het einde van de enquêteperiode : Een éénmalig in te vullen fiche per ICU in te vullen (best in te vullen door de medisch IC verantwoordelijke).

U krijgt feedback . Niet alleen het Belgisch gemiddelde komt u te weten maar ook waar u staat met uw afdeling ten opzichte van dit gemiddelde . Tenminste als u voldoende correct ingevulde patiëntfiches terugstuurt . We zoeken ook de oorzaken uit van uw irritatie en kijken naar mogelijke oplossingen .

Wij danken u alvast voor uw bereidwillige medewerking ,

Prof Dr L. Huyghens

Voorzitter College Intensieve Zorg

