

Uitbreiding IC-capaciteit

Werkgroep 1a

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Fasering uitbreiding IC-capaciteit	5
<i>Personele inzet.....</i>	<i>6</i>
Verpleegkundig	6
Intensivisten	8
IC-artsen	8
<i>Samenvatting.....</i>	<i>8</i>
De verpleegkundige taken in de opschaling.....	9
De medische taken in de opschaling.....	11
<i>Intensivisten.....</i>	<i>11</i>
<i>IC-artsen, PA's en VS-en.....</i>	<i>12</i>
Voorwaarden aan lange termijn opschaling	13
<i>Waardering.....</i>	<i>13</i>
<i>Loopbaanperspectief</i>	<i>13</i>
<i>Zeggenschap.....</i>	<i>13</i>
<i>Uitbreiden contracturen</i>	<i>14</i>
<i>Ondersteuning IC-verpleegkundige</i>	<i>14</i>
Bijscholen IC-verpleegkundigen	15
Kwaliteit van zorg.....	16
<i>Bedbezetting.....</i>	<i>16</i>
<i>Landelijke borging kwaliteit.....</i>	<i>16</i>
<i>Registratie.....</i>	<i>16</i>
<i>Landelijke coördinatie.....</i>	<i>17</i>
<i>Selectie en triage</i>	<i>18</i>
Bijlage 1 Berekening personele capaciteit	20
Bijlage 2 Behoud: Goed werkgeverschap en arbeidsvoorwaarden	23
<i>Werving en behoud IC-verpleegkundigen</i>	<i>23</i>
Behoud van personeel.....	23
Arbeidsomstandigheden verbeteren	24
Opvang piekbelasting	25
Bijlage 3 Competenties superviserende IC-verpleegkundigen	27
Bijlage 4 Taken specialisten.....	28
Educatie.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Inleiding

Opname op de IC heeft tot doel om patiënten een kans op overleven te bieden. In de afgelopen periode heeft een flink aantal patiënten de opname overleefd, echter voor vele anderen gold dit niet. Op basis van de gegevens verkregen uit wetenschappelijk onderzoek en registraties zoals NICE, kan meer inzicht verkregen worden over welke factoren invloed hebben en welke patiënt meer kans op overleving heeft. Bovendien vindt nu follow-up van de overlevenden plaats en wordt inzicht verkregen in de langere termijn kwaliteit van leven. Keuzes t.a.v. opname op de IC zullen in een nieuwe periode meer gebaseerd zijn op de factoren die invloed hebben op de uitkomst. Dit gebeurt altijd, echter kennis over COVID-19 en welke factoren invloed hebben, waren niet bekend.

Dit document geeft antwoord op de vraag hoe tot een IC-capaciteit van 1.700 bedden te komen. Het aantal van 1.700 IC-bedden is gebaseerd op data die verkregen is uit de recente periode. Ligduur is een belangrijke met invloed op het verwacht aantal IC-bedden. Het is waarschijnlijk dat de ligduur bij nieuwe patiënten anders ligt. Ten opzichte van de eerste periode zullen er wijzigingen zijn in de behandeling, zoals het niet gebruiken van hydroxychloroquine, het gebruiken van dexamethason, het optimaliseren van beademing en mogelijk dat bewijs voor andere interventies komt, waardoor de ligduur verkort kan worden. Wel dient rekening gehouden te worden dat bepaalde interventies die invloed hebben op overleving de opnameduur zouden kunnen verlengen.

Het verhogen van de capaciteit op de Intensive Care (IC) heeft zowel impact op de IC zelf als op de zorg in het algemeen. Daarom dienen alle betrokken processen in het ziekenhuis (en daarbuiten) in kaart gebracht te worden om waar mogelijk optimalisatie door te voeren. Het optimaliseren van de zorg kan immers personeel beschikbaar maken voor inzet op een andere plaats, al naar gelang de behoefte.

Sommige elementen uit dit document zullen in bepaalde ziekenhuizen reeds ingevoerd zijn en andere niet. Per IC zal de optimalisatie anders zijn. Afhankelijk van lokale omstandigheden kunnen deze elementen helpen de inzet van het huidige personeel zo aan te passen dat het aantal patiënten waarvoor zorg geleverd kan worden, groter is. Het optimaliseren van zorg creëert ruimte voor ontwikkeling van teams door ruimte voor onderwijs, opleiding en onderzoek wanneer meer capaciteit niet nodig is. Bovendien ontstaat door de optimalisatie ruimte voor werken in een andere functie buiten piekperiodes. De flexibiliteit van inzet geeft ruimte voor individuele keuzes, dit zal bijdragen aan het behoud van personeel.

Voor het anticiperen op een mogelijke tweede piek van COVID-19 patiënten bestaat de behoefte aan de mogelijkheid om extra personeel in te kunnen zetten op de IC. Door gezamenlijk de zorg rondom een crisis waar mogelijk te optimaliseren, wordt samen de best mogelijke zorg bereikt. Het is een van de successen van de afgelopen periode geweest. Dit aspect dient behouden te worden.

Daarnaast is gebleken dat bij de coördinatie van zorg de inbreng van zorgprofessionals van essentieel belang is. De uitwerking van opschaling dient regionaal afgestemd te worden en ook hierbij moeten de zorgprofessionals betrokken zijn. Uiteindelijk zal elke IC moeten bijdragen aan het uitbreiden van de landelijke IC-capaciteit om zo de zorg in heel Nederland te kunnen leveren. De zorgprofessionals op

de IC hebben getoond hun verantwoordelijkheid te nemen. Om in de toekomst de zorg van hoge kwaliteit te kunnen blijven bieden, biedt dit document handvatten.

Fasering uitbreiding IC-capaciteit

Het structureel ophogen van de IC-capaciteit is in verband met de verwachte (niet aan COVID-19 gerelateerde) toenemende zorgvraag noodzakelijk. Als uitgangspunt nemen we de 1.150 beschikbare IC-bedden. Deze IC-bedden zijn momenteel qua materieel en fysieke infrastructuur beschikbaar. Echter, er wordt gemiddeld gewerkt met een bedbezetting van 78% wat neerkomt op 900 'warme' IC-bedden. De 1.150 IC-bedden zijn nu niet beschikbaar door het structurele en jaarlijks oplopende tekort aan IC-verpleegkundigen. Er is een vacatureruimte van 7%. Wanneer we rekening houden met een toenemende zorgvraag van gemiddeld 17%, zoals berekend door het Capaciteitsorgaan¹, moet het aantal IC-bedden in de komende 6 jaar groeien van de huidige 1.150 bedden naar een structureel aantal bedden van 1.350. Er zijn dus in 2024 structureel 1.350 IC-bedden nodig om aan de niet aan COVID-19 gerelateerde zorgvraag te voldoen.

De vraag om de IC-capaciteit uit te breiden naar 1.700 bedden komt voort uit het surplus van het verwachte aantal COVID-19 patiënten dat de komende maanden en jaren IC-behoefstig zal zijn. De te realiseren uitbreiding gaat over alle IC-patiënten en alle mogelijke redenen voor grotere belasting van de IC-afdelingen. Uitgangspunt in de uitbreiding van IC-capaciteit is het streven naar het behoud van voldoende kwaliteit, waarbij veiligheid voor de patiënt en de medewerkers op de IC gewaarborgd dient te blijven.

Gegeven de structurele gemiddelde bedbezetting over de afgelopen jaren is permanente beschikbaarheid van 1.700 IC-bedden niet noodzakelijk en niet wenselijk. Dit komt de kwaliteit van zorg niet ten goede komt. Daarnaast is het ook niet kosteneffectief gezien de langdurige leegstand van deze bedden buiten tijden van crisis.

De beroepsverenigingen NVIC en V&VN-IC achten een flexibel model dat meebeweegt met de capaciteitsbehoefte het meest passend voor het opvangen van piekbelasting op de IC. In dit model wordt uitgegaan van een structureel aanwezige capaciteit van 1.350 operationele bedden binnen de muren van de IC. De IC-capaciteit zou zich vervolgens bij piekbelasting als een harmonica moeten kunnen uittrekken van 1.350 tot 1.700 bedden.

Om te komen tot het verhogen van de IC-capaciteit, zien wij 3 stappen:

Stap 1 – 100% structureel beschikbaar maken (1.150 IC-bedden)

Op dit moment staat de beschikbare IC-bedden capaciteit t.g.v. formatietekorten onder druk. Er wordt structureel met een tekort gewerkt, waardoor in veel ziekenhuizen de optimale benutting van de capaciteit (80%²) ver wordt overschreden. Vacatures dienen zo snel mogelijk te worden ingevuld.

¹ In de capaciteitsramingen 2018-2021 voor de gespecialiseerde beroepen wordt ervan uitgegaan dat door demografische veranderingen er meer gespecialiseerde verpleegkundigen nodig zijn, waaronder IC-verpleegkundigen. In het hoofdlijnenakkoord (HLA MSZ) is de ambitie uitgesproken dat in 2021 de capaciteitsramingen van het Capaciteitsorgaan zijn gerealiseerd. Dit wordt naar verwachting niet gehaald. Vanaf 2018 tot en met 2024 wordt een autonome, niet aan COVID-19 gerelateerde gecumuleerde stijging van de zorgvraag voor gespecialiseerde zorg verwacht die tussen de 12-20% ligt.

² Kwaliteitsstandaard

Stap 2 – 120% structureel beschikbaar maken (1.350 IC-bedden)

Binnen bouwkundige grenzen uitbreiden van het aantal IC-bedden naar 120%. Dit zal voor het ene ziekenhuis makkelijker zijn dan voor het andere. Voorstel is daarom om te streven naar uitbreiding binnen de IC-regio tot 120%.

Stap 3 – 150% flexibel beschikbaar maken (1.700 IC-bedden)

De uitbreiding naar ca. 1.700 IC-bedden. Deze extra operationele bedden, alleen in te zetten tijdens piekbelasting, zullen (meestal) buiten de muren van de IC-afdeling moeten worden gerealiseerd. Hiervoor geldt ook dat het opschaling tot deze 150% binnen de regio wordt afgestemd.

Figuur 1. Stappen structurele en flexibele opschaling IC-capaciteit



Personele inzet

Hiervoor is beschreven hoe ideaaltypisch opgeschaald kan worden. Dat is afhankelijk van de beschikbaarheid van IC-personeel. Dat bepaalt uiteindelijk hoe op korte en langere termijn opgeschaald kan gaan worden.

Verpleegkundig

Instroom en uitstroom afgezet tegen toenemende zorgvraag

Begin 2018 waren er 3.838 FTE aan IC-verpleegkundigen beschikbaar. Jaarlijks wordt een uitstroom van 364 FTE IC-verpleegkundigen verwacht door het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd en 214 FTE uitstroom van gediplomeerden jonger dan de pensioengerechtigde leeftijd. In tabel 1 staat de instroom van IC-verpleegkundigen voor de jaren 2013-2017³. Volgens de capaciteitsraming is er vanaf 2019 jaarlijks ten minste een instroom van 800-1.000 IC-verpleegkundigen nodig om de (natuurlijke) uitstroom en de autonome zorgtoename op te vangen. Kijkend naar de instroomcijfers uit tabel 1 zien we dat de door het Capaciteitsorgaan geadviseerde benodigde instroom aan IC-verpleegkundigen ver boven de instroomaantallen liggen die de afgelopen jaren zijn gerealiseerd.

Tabel 1. Instroom van IC-verpleegkundigen 2013-2017

Beroep	Instroom 2010-2013 (gemiddeld per jaar)	Instroom 2013	Instroom 2014	Instroom 2015	Instroom 2016	Instroom 2017

³ https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2018/11/20181024_FZO_DEF-Capaciteitsplan_2018_2021-vs3-EDIT.pdf Pagina 25

IC-verpleegkundigen	351	246	203	225	349	405
---------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Gegeven het aantal beschikbare IC-verpleegkundigen is het op basis van de kwaliteitseisen⁴ op dit moment niet mogelijk om de beschikbare 1.150 IC-bedden volledig te operationaliseren. Zoals opgemerkt waren er in de afgelopen jaren van de 1.150 regulier beschikbare IC-bedden in Nederland ongeveer 900 IC-bedden operationeel. Tabel 2 beschrijft per scenario het benodigd aantal FTE IC-verpleegkundigen en FTE ondersteuners van algemeen verpleegkundigen⁵. In deze tabel wordt duidelijk dat er fors meer IC-verpleegkundigen nodig zijn om de IC-capaciteit te kunnen verhogen. In bijlage 1 is de onderbouwing van de berekeningen opgenomen. De opleiding tot IC-verpleegkundige duurt 18 maanden. Wanneer op korte termijn (c.q. najaar 2020) opschaling naar 1.700 bedden noodzakelijk is, dan kan dat alleen (voor een beperkte periode) met de inzet van ongeveer 5.200 fte aan ondersteunende verpleegkundigen.

Tabel 2. Opschaling van IC-capaciteit en benodigd IC-personeel

Situatie	Opschaling	Aantal IC-bedden	Ratio verpleegkundige: patiënt	Benodigde FTE IC-verpleegkundigen	Extra FTE IC-verpleegkundigen nodig	Benodigde FTE ondersteuner
Huidige werkelijke situatie	78%	900	1:1,5-1,75-2	3.838	-	-
Huidige gewenste situatie	100%	1.150	1:1,5-1,75-2	4.082	244	-
Structureel nodig	120% ⁶	1.350	1:2	4.171	333	3.127
Flexibel nodig	150%	1.700	1:2	5.253	1.415	3.937
Flexibel nodig	150%	1.700	1:3*	3.500	-	5.200

*1:3 ratio is slechts mogelijk voor een **korte periode (<maand⁷)**

Impact verpleegafdelingen

Het verhogen van de IC-capaciteit met 650 extra IC-bedden (specifiek voor COVID zorg) heeft impact op de verpleegafdelingen en de gehele zorgketen. Op basis van de IC opschaling zijn naar verwachting

⁴ Checklist zorgbeleidsplan IC-afdelingen in Nederland. 2019. NVIC

⁵ Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat in 2018 3838 FTE IC-verpleegkundigen beschikbaar waren. Gezien de trend op gebied van in- en uitstroom is de verwachting dat het aantal IC-verpleegkundigen eind 2020 met ongeveer 400 FTE is gekrompen. Dit betekent dat het daadwerkelijke aantal beschikbare IC-verpleegkundigen in de praktijk lager kan zijn dan hier beschreven. Echter, omdat dit geschatte aantallen zijn is ervoor gekozen dit niet mee te nemen in de berekening.

⁶ 120% komt neer op 1380 bedden, de toename in benodigde IC-bedden is volgens het Capaciteitsorgaan 17% en komt daarmee op 1.345. Vanwege leesbaarheid is gekozen om 1.350 aan te houden.

⁷ Uit leden enquête V&VN-IC mei 2020

op de COVID-verpleegafdelingen 1.100 extra bedden nodig. Om deze 1.100 bedden operationeel te maken zijn er aanvullend 2.453 FTE verpleegkundigen nodig. In bijlage 1 is de onderbouwing van deze berekening opgenomen. Tijdens een crisis zijn er dus extra bedden en personeel nodig op de IC én extra bedden en personeel op de verpleegafdelingen. Zonder verpleegkundigen is er geen operationeel bed. Tijdens een crisis zijn er extra algemeen verpleegkundigen nodig om te ondersteunen op de IC en op de verpleegafdelingen.

In totaal zijn 7.650 FTE extra verpleegkundigen nodig in de verschillende scenario's om 1.700 bedden te realiseren. Deze aantallen geven aan dat dat onvermijdelijk impact heeft op de overige, reguliere zorg in het ziekenhuis. Daar moet bij worden aangetekend dat op dit moment⁸ de opstart van reguliere zorg blijft steken op 70-75% van de voormalige capaciteit. De verwachting is dat dat in de loop van het jaar niet veel hoger gaat zijn. De 'onbenutte' capaciteit van 25-30% van de reguliere zorg is mogelijk in te zetten op de IC's.

Intensivisten

De formatie van intensivisten is voldoende op orde om stap 1 te kunnen realiseren. Voor stap 2 zal er per IC-afdeling gekeken moeten worden of de formatie conform de geldende kwaliteitseisen is.

Voor stap 3 zal per IC-afdeling gelden dat in de mate waarin de garantie voor het uitbreiden geborgd moet zijn, de formatie uitgebreid dient te worden. Is de conclusie dat stap 3 enkel voor crisissituaties geldt en niet voor een structurele opschaling, dan is er vooralsnog minder noodzaak om de formatie intensivisten structureel uit te breiden boven het niveau nodig voor stap 2. Hier geldt evenwel de beperking dat als de piekbelasting langdurig blijkt te zijn, ook voor de formatie van intensivisten de checklist van de NVIC moet worden gevolgd en uitbreiding wel nodig kan blijken.

De opleidingsperiode voor intensivisten is te lang om snel te kunnen inspelen op eventuele piekbelasting in de regio of nationaal. Alleen in de opleidingsinstituten zelf zouden deze extra artsen in opleiding in een dergelijke situatie direct kunnen bijdragen aan extra inzet van IC-artsen.

IC-artsen

De verwachting is dat voor invulling van stap 1 en 2 de aan de IC-afdeling verbonden reguliere formatie IC-artsen niet afdoende is. Verklaring hiervoor is dat de formatie van IC-artsen wordt aangepast op de actuele permanent in gebruik zijnde bedden die operationeel zijn en gebaseerd op de formatie zoals in de checklist van de NVIC gedefinieerd.

Juist omdat er binnen de taakomschrijving van IC-artsen (en hieronder vallen conform de checklist ook Physician Assistants (PA's) en Verpleegkundig specialisten (VS) werkzaam op de IC) maar beperkt sprake is van niet-patiëntgebonden activiteiten, dient bij uitbreiding van het aantal operationele bedden de formatie IC-artsen langs de adviezen van de checklist van de NVIC uitgebreid te worden. Afhankelijk van de complexiteit van de pathologie kan, ook in geval van piekbelasting, de span of control voor IC-artsen maar beperkt uit worden gebreed boven de eisen in de checklist.

Samenvatting

Het opschalen van het aantal beschikbare IC-bedden wordt beperkt door tekorten aan IC-verpleegkundigen. Om deze beschikbare IC-bedden wel te operationaliseren, moet er afgeweken

⁸ Juni 2020

worden van de normale kwaliteitseisen. Dat betekent dat de span of control omhoog moet (naar 1:2) en ondersteuners moeten worden ingezet naast alle mogelijkheden om de processen te optimaliseren. Tijdens een piek is het mogelijk om kortdurend (niet langer dan een maand) op te schalen en met een ratio van 1:3 en zo 1.700 bedden operationeel te hebben. Dit vergt echter de inzet van 5.200 FTE aan ondersteuners. Voor deze stap zijn tevens extra IC-artsen nodig.

De verpleegkundige taken in de opschaling

Stap 1 (1.150 IC-bedden): De IC-zorg wordt zoveel mogelijk door IC-verpleegkundigen gedaan. Voor het invullen van de vacatures kan gedacht worden aan:

- Het inzetten van de gespecialiseerd verpleegkundigen die tot op heden niet structureel (meer) werkzaam zijn op de IC en kan gerealiseerd worden in een duurzaam en structureel roulatiesysteem. Combinatiebanen (intern) moeten beter mogelijk gemaakt worden en nieuwe combinatiebanen kunnen worden ontwikkeld. Het roulatiesysteem geschiedt op vrijwillige basis.
- Aantrekken van oud-IC-verpleegkundigen niet langer werkzaam in de ziekenhuizen. Ook hier kan gedacht worden aan het creëren van combinatiebanen.
- Tijdelijk uitbreiden van (flexibele) contracturen van IC-verpleegkundigen.

Gezien de verwachting dat het invullen van de vacatures niet op de korte termijn ook de gewenste formatie voor de volgende stap gaat opleveren is ook in stap 1 een rol weggelegd voor ondersteuners:

- De assistent-IC-verpleegkundigen. Zij voeren werkzaamheden uit in de rol van verpleegkundige met aanvullende competenties ten behoeve van de acute zorg.
- Professionals die de niet-verpleegkundige taken van de IC-verpleegkundige overnemen, zoals inzet van technische dienst, voedingsdienst, het secretariaat en paramedische zorgprofessionals.

Stap 2 (1.350 IC-bedden): Het team zoals deze in de bovenstaande fase staat omschreven is de basis voor de eerste opschaling naar 1.350 IC-bedden.

In deze stap kan op kortere termijn gedacht worden aan:

- Nog grotere inzet van gespecialiseerd verpleegkundigen van de andere acute afdelingen uit het roulatiesysteem. Dit heeft wel als gevolg dat op de andere acute afdelingen zeer waarschijnlijk ook een differentiatie van werkzaamheden zal moeten plaatsvinden om te voorkomen dat het opschalen naar 1.350 IC-bedden ten koste gaat van de reguliere zorg. Met andere woorden: voorkomen moet worden dat er een verdere afschaling dan de nu⁹ gebruikte capaciteit van 70-75% van de reguliere zorg plaatsvindt.
- Tijdelijke inzet van oud-IC-verpleegkundigen die nu andere functies vervullen en toewerken naar (beter georganiseerde) combinatiebanen.
- Tijdelijk uitbreiden van (flexibele) contracturen van IC-verpleegkundigen.

Op de langere termijn:

- Is het doel meer IC-verpleegkundigen te hebben opgeleid. Bepaalde ondersteuners kunnen de mogelijkheid krijgen zich verder te ontwikkelen tot IC-verpleegkundige.
- Ondersteuners, verpleegkundigen afkomstig van andere (niet-acute) afdelingen, kunnen worden bijgeschoold om als ondersteuner op de IC te gaan werken.

Stap 3 (1.700 IC-bedden): Gedurende de piekbelasting is de ondersteuning van alle ondersteunende professionals maximaal nodig.

- Alle gespecialiseerd verpleegkundigen uit het roulatiesysteem worden ingezet. Ook de acute verpleegkundigen moeten maximaal ingezet worden.
- Het hele team wordt de mogelijkheid geboden om de contracturen te verhogen.
- Verloven kunnen worden ingetrokken op vrijwillige basis.

Voor een piekfase zijn de volgende oplossingsrichtingen denkbaar:

- Inzet van studenten aan een opleiding binnen de gezondheidszorg. De afgelopen periode heeft geleerd dat ondersteunend personeel naast de bovengenoemde ondersteuners ook te vinden zijn binnen medische opleidingen en opleidingen die een raakvlak hebben met de gezondheidszorg. Dit sluit aan bij Community-Oriented Medical Education principe waarbij de behoefte van de maatschappij een rol speelt.
- Inzet van defensiepersoneel. Bij de inzet van defensiepersoneel moet men zich goed realiseren dat zij ook elders in het ziekenhuis ingezet kunnen worden zodat elders personeel vrijgespeeld kan worden dat beter inzetbaar is op de IC. Voorwaarden uit de literatuur zijn dat de personen die ingezet worden, gemotiveerd moeten zijn.¹⁰¹¹

Voor de lange termijn kan overwogen worden na het behalen van de bachelor en de start van de coschappen een verplichte opleiding en stage te doen om IC-ondersteuner of ondersteuner op een andere afdeling te worden. Tijdens de coschappen blijven de geneeskunde studenten 'reservist' en dus oproepbaar in geval er moet worden opgeschaald. Eenzelfde constructie is denkbaar voor defensiepersoneel.

¹⁰ Gallagher TH, Schleyer AM. "We Signed Up for This!" — Student and Trainee Responses to the Covid-19 Pandemic. N Engl J Med. 2020 Apr 8. DOI: 10.1056/NEJMp2005234. Online ahead of print.

¹¹ Association of American Medical Colleges. Interim guidance on medical students' participation in direct patient contact activities: principles and guidelines. March 30, 2020 (<https://www.aamc.org/system/files/2020-03/Guidance%20on%20Student%20Clinical%20Participation%203.17.20%20Final.pdf>. opens in new tab).

De medische taken in de opschaling

Het aantal intensivisten dat nodig is voor de verschillende fases van opschaling zal gelijk zijn aan het aantal FTE dat nu per bed noodzakelijk geacht wordt. Dit hangt met name samen met de span of control waarmee de beste kwaliteit kan worden geleverd. Per bed geldt 0.45-0.55 FTE als norm. Bij het opschalen kan aan de ene kant door supervisie van een groter aantal bedden met minder intensivisten toch de zorg geleverd worden, aan de andere kant zullen andere taken toenemen, zoals inzet in vervoer (al dan niet op de MICU) en in het coördineren van zorg en het uitvoeren van consulten buiten de IC. Bovendien zullen intensivisten een rol spelen in de ondersteuning van de IC-verpleegkundigen. De IC-verpleegkundigen zullen bij opschaling meer in een superviserende rol komen en de intensivist kan en zal hierbij helpen.

Intensivisten

Stap 1 (1.150 IC-bedden):

Op dit moment lijkt het dat voor invulling van stap 1 de IC-afdeling verbonden reguliere formatie intensivisten afdoende is. Dit op basis van de situatie dat deze vaak al (deels) is afgestemd op de bij deze stap passende formatie.

Stap 2 (1.350 IC-bedden):

Indien regionaal en/ of lokaal blijkt dat uitbreiding van het aantal intensivisten benodigd is voor stap 2 dient de formatie van intensivisten te worden uitgebreid.

Stap 3 (1.700 IC-bedden):

Uitgaande dat stap 3 enkel voor crisissituaties geldt en niet voor een structurele opschaling, dan is er vooralsnog minder noodzaak om de formatie intensivisten structureel uit te breiden boven het niveau nodig voor stap 2. Hier geldt echter de beperking dat als de piekbelasting langdurig blijkt te zijn, ook voor de formatie van intensivisten de checklist van de NVIC t.a.v. de geldende kwaliteitseisen moet worden gevolgd. Intensivisten die ook een taak buiten het primaire proces hebben, zoals in het management en organisatie, in onderzoek, opleiden en onderwijs, zouden gedurende de crisis met name ingezet kunnen worden in de zorg.

Bij opschaling naar stap 3 kan gedacht worden aan:

- Ondersteuning door meer IC-artsen/PA's/VS-en
- Formatie door extra intensivisten.
- Op vrijwillige basis uitbreiden van contracten (aantal uur dat wordt gewerkt).
- Inzetten van GIC-geregistreerde intensivisten die op dat moment (deels) niet werkzaam zijn op de IC.
- Inzetten van andere specialisten behoort tot de mogelijkheid echter is hierbij de beperking dat het niet ten koste moet gaan van de overige zorg.
- Taakherschikking, waarbij aantal taken tijdelijk kan worden uitbesteed aan andere specialisten. Ook hiervoor geldt dat het uitbesteden van taken niet ten kost mag gaan van de overige zorg.
- Tijdelijk opschorten van niet- patiëntgebonden taken.
- Intrekken van verloven t.b.v. vakantie, congresbezoek etc.

IC-artsen, PA's en VS-en

Stap 1 (1.150 IC-bedden) & **Stap 2** (1.350 IC-bedden):

Juist omdat er binnen de taakomschrijving van IC-artsen/PA's/VS-en maar beperkt sprake is van niet-patiëntgebonden activiteiten, zal bij uitbreiding van het aantal operationele bedden de formatie IC-artsen/PA's/VS-en volgens de adviezen van de checklist van de NVIC moeten worden uitgebreid.

Afhankelijk van de complexiteit van de pathologie is ook in geval van piekbelasting de span of control voor IC-artsen (beperkt) uit te breiden boven de eisen in de checklist.

Stap 3 (1.700 IC-bedden):

Voor de invulling op korte termijn kunnen AIOS, ANIOS en VS-en die op de IC werkzaam zijn geweest terug worden gevraagd.

Voor een ondersteunende rol voor intensivisten of als IC-arts kunnen specialisten (niet-intensivisten), op basis van partieel overlappende competenties, logischerwijs ook voorkomende uit het opleidingstraject dat intensivisten doorlopen, taakgericht worden ingezet waardoor de intensivist wordt ontlast en derhalve een groter aantal patiënten kan overzien en superviserend kan behandelen.

Op lange termijn zou door een IC-stage op te nemen in meer opleidingen tot medisch specialist het mogelijk zijn om ook hier een reservistenpool te creëren die ingezet kan worden tijdens een piek.

Voorwaarden aan lange termijn opschaling

Om de IC-zorg op de langere termijn structureel op te schalen is het noodzakelijk dat meer gediplomeerd personeel en ondersteuners ingezet worden. Met name de IC-verpleegkundigen moeten worden geworven, opgeleid en behouden. Goede arbeidsvoorwaarden, waaronder financiële waardering, ontwikkelingsmogelijkheden en een carrièreperspectief zijn essentieel om huidig en toekomstig personeel te motiveren om te (blijven) kiezen voor IC-zorg. Minstens zo belangrijk is directe invloed op hoe invulling gegeven wordt aan de zorg en hoe de zorg wordt georganiseerd (zie voor verder uitwerking van suggesties m.b.t. arbeidsvoorwaarden/-omstandigheden bijlage 2).

Waardering

Voor eenieder geldt dat een deel van de waardering financieel is. Verpleegkundigen zijn hoogopgeleide professionals en de financiële waardering is de belangrijkste reden die wordt genoemd voor uitstroom naar andere functies. Hogere inschaling is daarom noodzakelijk om IC-verpleegkundigen maximaal te behouden en te **werven**.

Loopbaanperspectief

Verpleegkundigen moeten gefaciliteerd worden om door te groeien binnen het verpleegkundig beroep, met behoud van een percentage directe patiëntenzorg. Dit is voor intensivisten beter ingebed. Door functies te creëren waarin patiëntenzorg gecombineerd kan worden met onderwijs, kwaliteitsbeleid, onderzoek of management kunnen verpleegkundigen bouwen aan een carrière en tegelijkertijd behouden worden voor de directe patiëntenzorg. Om te voorkomen dat IC-verpleegkundigen alsnog de IC verlaten vanwege inkomstenverlies door het wegvallen onregelmatigheidstoelage door een combinatiebaan dient hier een passende compensatie voor te komen. Aandacht voor deskundigheidsbevordering dient ten alle tijden te blijven bestaan en gefaciliteerd te worden.

Zeggenschap

Minstens zo belangrijk om te kiezen, maar ook behouden worden voor het beroep is dat verpleegkundigen directe invloed hebben op hoe invulling gegeven wordt aan de zorg en hoe de zorg wordt georganiseerd. Door borging van het verpleegkundig belang in besturen van ziekenhuizen kunnen verpleegkundigen volwaardige gesprekspartners zijn bij besluitvorming in organisaties.

Daarnaast is in de huidige situatie het noodzakelijk dat de op- en afschaling van IC-bedden in gezamenlijke besluitvorming wordt uitgevoerd door IC-verpleegkundigen intensivisten. IC-verpleegkundigen en intensivisten moeten tijdens een crisis een rol hebben in het Outbreak Management Team (OMT) van de organisatie. Zij kunnen als geen ander informatie geven over de stand van zaken, maar ook over mogelijke problemen en oplossingen. Ook op regionaal gebied moeten IC-verpleegkundigen en intensivisten betrokken zijn bij overleggen en inspraak hebben over de organisatie van zorg binnen de ROAZ'en.

Voor een meer structurele borging van verpleegkundige zeggenschap in organisaties adviseren wij om een 'Chief Nursing Officer' (CNO) per organisatie aan te stellen. Daarnaast adviseren wij de Verpleegkundige Adviesraad een meer prominente rol van medezeggenschap te geven, die bij voorkeur wettelijk is verankerd. Zij kunnen samen met de medische staf sparringpartner zijn voor de Raad van Bestuur.

Uitbreiden contracturen

Veel verpleegkundigen werken in deeltijd, de huidige capaciteit van IC-verpleegkundigen kan mede geoptimaliseerd worden als de huidige verpleegkundigen meer uren gaan werken.

Tabel 3 laat zien dat wanneer 20% van de IC-verpleegkundigen hun contracturen met 8 uur ophogen dit 271 extra FTE oplevert. Het verhogen van bestaande contracten kan een snelle en effectieve manier zijn om het aantal beschikbare FTE aan IC-verpleegkundigen te vergroten.

Tabel 3. Uitbreiden contracturen.

Huidig aantal IC-verpleegkundigen	Huidig aantal FTE verpleegkundigen	20% verhoogd contracturen	40% verhoogd contracturen	60% verhoogd contracturen
4.994	3.838	4.109 FTE	4.340 FTE	4.556 FTE

Echter, dit moet wel aantrekkelijk gemaakt worden voor IC-verpleegkundigen zonder dat reeds fulltime werkende IC-verpleegkundigen hierdoor benadeeld worden. Het invoeren van flexibele roosters en invloed op werktijden en inzetbaarheid kan daarbij helpen. Ook het stimuleren van combinatiebanen met functies op andere afdelingen van het acute cluster kunnen bijdragen aan duurzame inzetbaarheid van verpleegkundigen die meer uren willen werken. Hierbij zijn ondersteunende voorwaarden, zoals bijvoorbeeld uitgebreide mogelijkheden voor kinderopvang, belangrijk. Aspecten hiervan gelden evenzo voor intensivisten, IC-artsen, PA's en VS-en.

Zie voor verdere uitwerking van deze bovenstaande punten bijlage 2.

Ondersteuning IC-verpleegkundige

Wanneer op korte termijn opgeschaald moet worden met zo min mogelijk kwaliteitsverlies, dus met zo min mogelijk schadelijke gevolgen voor patiënt en personeel, moeten de huidige IC-verpleegkundigen ondersteund worden door inzet van ander (zorg)personeel. Hierbij moet de kanttekening worden gezet dat er een grens is aan de inzet van ondersteuners om de kwaliteit en veiligheid op de IC te kunnen borgen.

Om verhoging van de IC-capaciteit mogelijk te maken moeten IC-verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor een groter aantal patiënten. Dit kan alleen als de IC-verpleegkundigen ondersteund worden in de zorg door andere professionals en optimalisatie van techniek en registratielast. Wij onderscheiden vier groepen van ondersteunende (zorg)professionals:

1. Gespecialiseerd-verpleegkundigen die niet werkzaam zijn op de IC. De verpleegkundigen hebben een geldige BIG-registratie en zijn werkzaam binnen het acute zorg domein (Recovery-, HC-, MC-, CCU-, anesthesie-, SEH-, PICU en ambulanceverpleegkundigen).
2. (Basis-) Acute-zorg verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen zijn in twee typen te verdelen en hebben een geldige BIG-registratie.

Type 1: verpleegkundigen die niet werkzaam zijn binnen het acute zorg domein maar die dit in het recente verleden (<5 jaar) wel zijn geweest.

Type 2: zijn generieke verpleegkundigen die een aanvullende scholing met betrekking tot de acute zorg hebben gevolgd (bijvoorbeeld de 5 basis Entrustable Professional Activities) Hierdoor krijgen zij veel kennis en vaardigheden aangeleerd waarmee zij de IC-

verpleegkundigen goed kunnen ondersteunen door het (met mate) zelfstandig leveren van laag complexe zorg waardoor puur taakgericht werken zoveel mogelijk wordt vermeden.

Beide type acute zorg verpleegkundigen functioneren onder de supervisie van de IC-verpleegkundigen. Inzet van (basis-) acute zorg verpleegkundigen op de IC dient uitgevoerd te kunnen worden in een combinatie met inzet op de reguliere werkplek. Door de acute verpleegkundigen scholing aan te bieden en structureel inzetbaar te houden, wordt er loopbaanperspectief geboden en is snelle opschaling mogelijk.

3. (Zorg) professionals die werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg. Deze professionals zijn normaliter niet werkzaam op de IC en beschikken niet altijd over een (geldige) BIG-registratie. Dit kunnen verpleegkundigen in opleiding zijn of oud-verpleegkundigen waarvan de BIG-registratie is verlopen. Hierin kan ook een rol liggen voor de Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH).
4. Niet verpleegkundigen die binnen het team aan professionals op de IC werkzaam zijn. Dit zijn bijvoorbeeld professionals van de logistieke diensten, technische dienst, voedingsdienst, het secretariaat en paramedische zorgprofessionals.

Het totale overzicht houden over de situatie van de patiënt, en de verantwoordelijkheid op het verpleegkundig domein, kan niet worden overgenomen door ondersteunende verpleegkundigen (V&VN, mei 2020). Hieruit vloeit voort dat ondersteuners niet zelfstandig kunnen handelen en niet de coördinatie van zorg voor een IC-patiënt kunnen overnemen. De IC-verpleegkundige heeft daarom een superviserende rol over alle vier de groepen ondersteuners.

Het inzetten van de ondersteunende professionals geschiedt op basis van bevoegd- en bekwaamheden van de individuele professional. Het is wenselijk om de verpleegkundige in te zetten op de plek waar zijn of haar expertise ligt (bijv. CCU verpleegkundigen op een unit met voornamelijk cardiovasculaire patiënten). Het is een randvoorwaarde dat er standaardisatie ontstaat in de werkzaamheden, verantwoordelijkheden, scholingen en de wijze waarop de ondersteunende professionals worden ingezet. Belangrijk bij het werken met verschillende zorgprofessionals is de gezamenlijke taal die wordt gesproken. Het is daarom en aanbevolen om teams op de IC's te trainen in communicatie en samenwerking, bijvoorbeeld door middel van 'Crew Resource Management'.

Bijscholen IC-verpleegkundigen

Van IC-verpleegkundigen wordt verwacht dat zij – door verantwoordelijk te zijn voor meer patiënten en tegelijkertijd zowel extra ondersteuners als de reguliere studenten te coachen – meer coördinerende competenties in gaan zetten. Deze zijn niet van vanzelfsprekend voldoende aanwezig bij IC-verpleegkundigen (peiling V&VN mei 2020). Het is noodzakelijk hiervoor aanvullende scholing aan te bieden. De competenties voor superviserende IC-verpleegkundigen zijn beschreven in bijlage 3.

Kwaliteit van zorg

Opschaling op korte termijn naar 1.700 bedden met behoud van kwaliteit is onmogelijk, laat staan een opschaling tot 3.000 bedden. Kwaliteit is rechtstreeks afhankelijk van de verhouding IC-verpleegkundige (en/of intensivist) vs. patiënt. We kunnen geen garantie geven voor goede kwaliteit van (COVID en non-COVID) zorg wanneer we eind 2020 zouden moeten opschalen naar 1.700 bedden, met name omdat er onvoldoende FTE IC-verpleegkundigen/intensivisten/IC-artsen beschikbaar zullen zijn en er onvoldoende ondersteuners zullen zijn opgeleid. De bijscholing voor superviserende IC-verpleegkundigen zal niet zijn afgerond.

Ondersteuning zal dus (grotendeels) onttrokken moeten worden uit de reguliere zorg, wat geassocieerd is met een afname van kwaliteit van overige zorg.

Veel literatuur toont aan dat verdunning van verpleegkundige expertise ongunstig is voor de patiënt en nadelig voor de verpleegkundigen. Een andere verhouding of organisatievorm is mogelijk, zoals oplossingsrichtingen die hierboven zijn genoemd; het kost echter tijd om die te bereiken.

Bedbezetting

Om zo optimaal mogelijk gebruik te maken van de beschikbare bedden is het belangrijk gebleken inzicht te hebben in de beschikbare bedden. De verdeling van patiënten zal ten eerste in de regio plaatsen vinden en daarna tussen regio's. Het optimaal verdelen en daarmee kunnen continueren van zorg voor alle patiënten vereist een overzicht dat tijdig en precies is. Het geeft professionals handvatten om de keuzes voor opname en uitplaatsing sturen. Een IC zal altijd de mogelijkheid moeten hebben om acute patiënten op te nemen op een vrij bed. Voor de IC geldt dat een 80% bedbezetting geassocieerd is met een betere uitkomst dan een 100% bedbezetting. We nemen aan dat dit geldt voor alle stappen.

Landelijke borging kwaliteit

Op korte termijn dient een crisis addendum bij de kwaliteitsstandaard te worden opgesteld, waarin onder andere maximale verpleegkundige-bed ratio, intensivist-bed ratio, functieomschrijving van de ondersteuners, de definitie van crisis (verwijzing naar het Draaiboek Pandemie), manier van spreiding, vastleggen 'minimale data set' (MDS), etc. wordt vastgelegd. Globale uitgangspunten worden hierin vastgelegd, die zoals gebruikelijk regionaal en/of lokaal worden uitgewerkt. Belangrijk is dat alle beschikbare medewerkers van het IC-team met de inzet van hun competentie blijven functioneren tijdens crisissituaties om zo de continuïteit en daarmee de kwaliteit van de IC-zorg te behouden. Verder dient hierin aan de orde te komen hoe wordt omgegaan met werkdruk, peer support, regio-afstemming, familie etc. Afstemming met de Inspectie Gezondheid & Jeugd dient plaats te vinden.

Registratie

Ten tijde van normale bedrijfsvoering in de Nederlandse gezondheidszorg hebben we een systeem dat goed functioneert daar waar het gaat om het monitoren van de kwaliteit van IC-zorg en het registreren van beschikbare IC-bedden.

De kwaliteit van IC-zorg wordt in Nederland gemonitord door gebruik te maken van de NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie). NICE verzorgt de continue en complete registratie van eenduidig gedefinieerde data, te extraheren uit de EPDs van deelnemende IC-afdelingen, met als doel het monitoren en optimaliseren van de kwaliteit van IC-zorg.

De beschikbare bedden worden handmatig geregistreerd in zorgcapaciteit.nl. Hierin wordt aangegeven of er wel of geen IC-bed beschikbaar is voor patiënten van buiten de eigen ziekenhuisorganisatie (zorgcapaciteit.nl). Dit door NICTIZ beheerde en in NVZ eigendom zijnde systeem kan worden (en is) aangepast aan de behoeften van het veld ten tijde van crisis.

De frequentie van uitvraag kan indien noodzakelijk ten tijde van een crisis worden opgehoogd. Inzicht in bedden capaciteit is op verschillende niveaus mogelijk (landelijk, regionaal, per ziekenhuis) Niet iedereen heeft inzicht nodig op alle niveaus. Het moet transparant zijn wie er op welk niveau inzicht in heeft. Inzicht in maximale beschikbare capaciteit voor crisis patiënten alsook de opbouw van capaciteit over de tijd zou gekoppeld kunnen worden aan de uitvraag van beschikbare bedden.

De NICE-registratie is, op verzoek, uitgebreid en de bedrijfsvoering is aangepast. Voor het registreren van opgenomen IC crisis patiënten is een eenvoudige handmatige invoer beschikbaar. Het (meermaals) dagelijks registreren van crisis IC-patiënten is voor het plannen c.q. modelleren van groot belang gebleken. Dit heeft echter wel administratieve last met zich meegebracht. Daarom is in de latere fase ook de mogelijkheid geboden om batch-gewijs dagelijks een bestand te uploaden. Tevens is de website aangepast voor het optimaal (real-time) terugkoppelen van de beschikbare gegevens van crisis patiënten ten behoeve van individuele IC-afdelingen, IC-regio's, ROAZ-regio's en de landelijke coördinatie.

Het verder automatiseren van bovenstaande moet worden onderzocht. De rol die EPD-leveranciers/eigenbouw/specialistische pakketten hierin zouden kunnen hebben zou moeten worden onderzocht. Uit een eerste inventarisatie blijkt dat er behoefte blijft aan een menselijke check voordat getallen worden aangeleverd, zeker waar het beschikbare bedden betreft. Onderzoek naar real time data aanlevering (via Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR)) maar ook het gebruik van federatieve inrichting van bestaande databronnen moeten worden versneld.

Het is niet wenselijk dat er via verschillende routes hetzelfde wordt uitgevraagd. Dit leidt tot onnodige tijdsinvestering en afwijkingen tussen de verschillende uitvragen. Veelal terug te voeren op effecten van definities en moment van uitvragen.

Landelijke coördinatie

Het algemene beeld is dat er binnen de IC-regio's goed is samengewerkt op vakinhoudelijk gebied en onderlinge ondersteuning. Daartegenover staat dat er onvoldoende verbinding met de ROAZ-structuur is ervaren (enquête NVIC mei 2020). Het systeem van IC-regio's is niet vrijblijvend (kwaliteitsstandaard ZIN) en de expertise van de IC-zorgprofessionals dient meer en beter te worden ingezet door een formele betrokkenheid van de IC-regio's in de betreffende ROAZ-en, maar zeker ook in de landelijke coördinatie. Door goede registratie moeten pieken snel kunnen worden gesignaleerd. Opschaling naar landelijke coördinatie dient zodra de regionale bedbezetting boven 100% uit komt te kunnen worden opgestart. Proportionaliteit in deze, is belangrijk. Dat wil zeggen dat er ook voor wat betreft de landelijke coördinatie opgeschaald moet kunnen worden.

De overgang naar een volgende crisisfase dient duidelijk te worden gemarkeerd De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd dient tijdig te worden betrokken en geïnformeerd.

Ervan uitgaande dat alle ROAZ-en het LNAZ weer de regie krijgen in een volgende crisis, is het zeer aan te bevelen dat een intensivist en IC-verpleegkundige actief participeert in elke ROAZ en RCPS, evenals uiteraard in het LCPS. De IC-zorg dient als dan separaat te worden ondergebracht bij een subcommissie die zich exclusief richt op coördinatie van de IC-zorg; uiteraard dienen de NVIC en V&VN-IC hierin dan het voortouw te nemen.

Selectie en triage

Voor het opschalen lijkt de beschikbaarheid en wijze van werken van IC-verpleegkundigen en intensivisten op de IC van het grootste belang. Door tijd te besteden aan consulten bij patiënten buiten de IC kan mogelijk een IC opname of een heropname voorkomen worden. Bij het streven naar de meest optimale zorg is het voorkomen van een opname van wezenlijk belang.

Behalve opschaling van personeel zijn selectie en triage van groot belang.

Het onderscheid tussen beide is:

- Medische selectie doen we op dagelijks basis

Bij selectie worden voor individuele patiënten de voordelen en nadelen van een IC-opname afgewogen. De opname moet proportioneel zijn en de kans op herstel moet in redelijke mate voorzienbaar zijn. We wegen hierbij *performance status*, co-morbiditeit en de ernst van de actuele diagnose mee. Dit doen we in overleg met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger en we nemen de waarden en normen van de patiënt daarbij mee.

- Triage past alleen bij fase 3 (crisis) van het draaiboek pandemie van de NVIC

Met triage bedoelen we hier triage tijdens de zorg binnen het ziekenhuis. Hierbij verschuift het perspectief naar wat het beste is voor de maatschappij. Patiënten worden bij deze triage geprioriteerd voor zorg en de verdeling van (te) schaarse middelen. Er worden beslissingen genomen over wie wel en wie niet levensreddende behandelingen zal krijgen.

Triage kan het beste gebeuren op basis van tevoren vastgestelde criteria. In die criteria zijn ook de hierboven genoemde *performance status*, co-morbiditeit en ernst van de actuele diagnose geïncorporeerd. Dezelfde criteria gelden voor alle patiënten.

	selectie		triage
	conventioneel	opschalen	crisis
Ruimte	Normale IC gemaximeerd	Extra IC ruimte in gebruik, buiten de muren van de oorspronkelijke IC, PACU, CCU aangepast	Onconventionele ruimtes gebruikt voor IC zorg
Personeel	Extra personeel beschikbaar indien nodig	Personele uitbreiding boven normaal, grotere "span of control" aanpassingen in documentatie en zorg	Onvoldoende personeel, of onvoldoende geschoold personeel ingezet
Bevoorrading	Normale bevoorrading	Bewust omgaan met materiaal, vervanging en hergebruik waar mogelijk	Kritische benodigdheden missen of zijn zeer schaars
Kwaliteit van zorg	Normaal	Minimale impact	Niet overeenkomend met normale kwaliteit van zorg
Opschaal factor	tot 120%	120% tot 200%	>=200%
Middelen	Lokaal	(Supra-) regionaal/ Landelijk	Landelijk/ Internationaal

normaal ← ← ← ← werkomstandigheden → → → extreem

Zoals gezegd zijn er grenzen aan hoeveel opgeschaald kan worden. Bij te grote mate van opschaling zal de kwaliteit van zorg negatief worden beïnvloed. Dan is er sub-standaard zorg voor iedereen, waardoor patiënten met goede kansen op overleving slechtere uitkomsten hebben.

Selectie leidt niet per definitie tot minder IC-patiënten. Triage kan wél bijdragen aan de oplossing van het capaciteitsprobleem. Triage geschiedt alleen als het landelijk is afgekondigd en dan:

- Zo lang mogelijk op medische gronden
- Bij medisch identieke patiënten gaan we over op triage op niet-medische gronden

Intensivisten moeten medico-legaal beschermd worden zodat ze volgens het in het draaiboek pandemie (gepubliceerd op 16 juni 2020) beschreven proces (door IGJ geaccordeerd) kunnen triëren.

Bijlage 1 Berekening personele capaciteit

Benodigde formatie IC-verpleegkundigen voor 1 bed IC 24/7 met ratio 1:2 patiënten						
Roosterdienst	Aantal uur per dienst	Aantal dagen per week	Aantal personen per dienst	Aantal roosteruren per week	Aantal roosteruren per jaar	Aantal FTE nodig
Ochtendienst (07:30 uur - 16:00 uur)	4,00	7	1	28	1.456	1,03
Avonddienst (15:30 uur - 00:30 uur)	4,00	7	1	28	1.456	1,03
Nachtdienst (23:30 uur - 07:45 uur)	4,00	7	1	28	1.456	1,03
Overige dienst						
Totaal				84	4.368	3,09

FTE inzet 1 IC verpleegkundige per 2 bedden: 1350 bedden: 4.171 FTE IC-verpleegkundigen

FTE inzet 1 IC verpleegkundige per 2 bedden: 1700 bedden: 5.253 FTE IC-verpleegkundigen

Benodigde inzet <u>ondersteuners</u> IC-formatie voor 1 bed IC 24/7 bij 1:2 patiënten						
Roosterdienst	Aantal uur per dienst	Aantal dagen per week	Aantal personen per dienst	Aantal roosteruren per week	Aantal roosteruren per jaar	Aantal fte nodig
Ochtendienst (07:30 uur - 16:00 uur)	4,00	7	1	28	1.456	1,03
Avonddienst (15:30 uur - 00:30 uur)	3,00	7	1	21	1.092	0,77
Nachtdienst (23:30 uur - 07:45 uur)	2,00	7	1	14	728	0,51
Overige dienst						
Totaal				63	3.276	2,32

FTE inzet 1 IC verpleegkundige per 2 bedden: 1.350 bedden: 3.127 FTE ondersteuners

FTE inzet 1 IC verpleegkundige per 2 bedden: 1.700 bedden: 3.937 FTE ondersteuners

Uitgaande van 1:2

- Vroege dienst 1 IC-verpleegkundige met 1 ondersteuner met verpleegkundige achtergrond.
- Avonddienst 1 IC-verpleegkundige met 0.75 fte met verpleegkundige achtergrond.
- Nachtdienst met 1 IC-verpleegkundige met 0,5 FTE ondersteuning met verpleegkundige achtergrond.

Benodigde formatie IC-verpleegkundigen voor 1 bed IC 24/7 met ratio 1:3 patiënten

Roosterdienst	Aantal uur per dienst	Aantal dagen per week	Aantal personen per dienst	Aantal roosteruren per week	Aantal roosteruren per jaar	Aantal FTE nodig
Ochtendienst (07:30 uur - 16:00 uur)	2,67	7	1	19	972	0,69
Avonddienst (15:30 uur - 00:30 uur)	2,67	7	1	19	972	0,69
Nachtdienst (23:30 uur - 07:45 uur)	2,67	7	1	19	972	0,69
Overige dienst						
Totaal				56	2.916	2,06

FTE inzet 1 IC verpleegkundige per 3 bedden: 1.700 bedden: 3.500 FTE IC-verpleegkundigen

Benodigde inzet <u>ondersteuners</u> IC formatie voor 1 bed IC 24/7 bij 1:3 patiënten						
Roosterdienst	Aantal uur per dienst	Aantal dagen per week	Aantal personen per dienst	Aantal roosteruren per week	Aantal roosteruren per jaar	Aantal FTE nodig
Ochtendienst (07:30 uur - 16:00 uur)	5,33	7	1	37	1.940	1,37
Avonddienst (15:30 uur - 00:30 uur)	4,00	7	1	28	1.456	1,03
Nachtdienst (23:30 uur - 07:45 uur)	2,66	7	1	19	968	0,68
Overige dienst						
Totaal				84	4.364	3,09

FTE inzet 1 IC verpleegkundige per 3 bedden: 1.700 bedden: 5.200 FTE ondersteuners

Uitgaande van 1:2

- Vroege deinst 1 IC-verpleegkundige met 1 ondersteuner met verpleegkundige achtergrond.
- Avonddienst 1 IC-verpleegkundige met 0.75 fte met verpleegkundige achtergrond.
- Nachtdienst met 1 IC-verpleegkundige met 0,5 FTE ondersteuning met verpleegkundige achtergrond.

Benodigde formatie verpleegkundigen voor 1 COVID-19 verpleegafdeling bed IC 24/7						
Roosterdienst	Aantal uur per dienst	Aantal dagen per week	Aantal personen per dienst	Aantal roosteruren per week	Aantal roosteruren per jaar	Aantal fte nodig
Ochtendienst (07:30 uur - 16:00 uur)	4,00	7	1	28	1.456	1,03
Avonddienst (15:30 uur - 00:30 uur)	2,67	7	1	19	971	0,69

Nachtdienst (23:30 uur - 07:45 uur)	2,00	7	1	14	728	0,51
Overige dienst						
Totaal				61	3.155	2,23

FTE inzet verpleegafdeling bij COVID-19 zorg: 1.100 bedden: 2.453 FTE verpleegkundigen

Bijlage 2 Behoud: Goed werkgeverschap en arbeidsvoorwaarden

Werving en behoud IC-verpleegkundigen

Gezien het langdurige structurele tekort aan IC-verpleegkundigen is het noodzakelijk dat er een focus komt op het behoud van IC-verpleegkundigen, zodat de negatieve balans in de instroom (28%) en uitstroom (34%) van IC-verpleegkundigen wordt doorbroken. Er is nu de noodzaak en urgentie om de functie van IC-verpleegkundige aantrekkelijk te houden. Dit kan onder andere via een herwaardering van de functie.

Voor intensivisten en IC-artsen geldt evenzo dat goed werkgeverschap en arbeidsvoorwaarden van belang zijn. Daar waar onderstaande suggesties een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van werken van intensivisten en IC-artsen dienen de maatregelen te gelden voor alle personeel en dienen deze overwogen te worden voor het personeel in de zorg in het algemeen.

Behoud van personeel

Behoud van personeel verdient meer aandacht. Iedere organisatie kan een bijdrage hieraan leveren. Dit gaat verder dan tevredenheid. Het gaat om goed werkgeverschap, in de meest brede zin van dat begrip. Leidinggevenden geven het goede voorbeeld als zij de inbreng van de zorgprofessionals de plek geven die deze verdient. Wat blijkt, is dat organisaties die werk maken van de gezondheid, bevlogenheid, ontwikkeling van personeel, ondervinden daarvan voordelen, zoals minder uitval en ziekteverzuim, meer motivatie, plezier en resultaat.

Herwaardering functie

Behoud van IC-verpleegkundigen moet een herwaardering van de functie inhouden. Hieronder vallen financiële waardering, zeggenschap en loopbaanperspectief. Dit geldt niet alleen voor IC-verpleegkundigen, maar ook voor alle andere verpleegkundigen.

Financiële waardering

Financiële waardering staat met stip op nummer één betreft het verbeteren van arbeidsomstandigheden. Hogere inschaling en uitbreiding van het functiehuis zijn hierbij noodzakelijk in de huidige situatie.

Zeggenschap

IC-verpleegkundigen hebben ervaren dat zij onvoldoende zeggenschap hebben gekregen in de afgelopen crisis. In de huidige situatie is het noodzakelijk dat de op- en afschaling van IC-bedden in gezamenlijke besluitvorming wordt uitgevoerd door IC-verpleegkundigen en intensivisten. Daarnaast moeten IC-verpleegkundigen en intensivisten tijdens een crisis een rol hebben in het Outbreak management Team (OMT) van de organisatie. Zij kunnen als geen ander informatie geven over de stand van zaken, maar ook over mogelijke problemen en oplossingen. Op regionaal gebied moeten IC-verpleegkundigen en intensivisten betrokken zijn bij overleggen en inspraak hebben over de organisatie van zorg binnen de ROAZ-en.

Loopbaanperspectief

Om het werk aantrekkelijk te houden is het belangrijk dat IC-verpleegkundigen doorgroeimogelijkheden ervaren. Hieronder valt niet alleen het verder verdiepen van het vak in rollen zoals een ventilation practitioner, maar ook op andere vakgebieden zoals het onderwijs, verpleegkundige onderzoek, kwaliteitsmanagement of beleid. Combinatiebanen houden het werken op de IC uitdagend en afwisselend en biedt IC-verpleegkundigen de kans zich op andere vlakken te ontwikkelen. Daarnaast kan er kruisbestuiving plaatsvinden tussen kennis uit beide vakgebieden. Essentieel is keuzevrijheid voor de individuele werknemer, goede loopbaanpaden en ondersteuning van de leidinggevende.

Werven

Zoals duidelijk is geworden in de inleiding is het van belang om de komende jaren veel IC-verpleegkundigen op te leiden. Het versnellen van deze opleiding is alleen mogelijk indien de verpleegkundige beschikt over eerder verworven competenties in het acute domein, zoals een SEH of CCU verpleegkundige. Met name de praktijkuren op de IC zijn van nadrukkelijk belang bij het ontwikkelen van een hoog niveau analyseren en klinisch redeneren waarover een IC-verpleegkundige dient te beschikken. Een plan voor het opleiden van meer IC-verpleegkundigen wordt uitgewerkt door werkgroep 1b Opleiden.

Er is niet alleen een tekort aan IC-verpleegkundigen, maar een algeheel tekort aan verpleegkundigen. Aanbevolen wordt om een plan te ontwikkelen waardoor meer mensen kiezen voor het vak verpleegkunde. Tevens zal er aandacht besteed moeten worden aan het rekruteren van 'oud' IC-verpleegkundigen.

Arbeidsomstandigheden verbeteren

Rooster

Het advies is het invoeren van flexibele roosters of zelfroosteren. Zeggenschap over het rooster is van belang zodat er een goede balans ontstaat tussen werk en privéleven. Zelfroosteren levert een positieve bijdrage aan het behoud van personeel en zorgt voor een verbetering van de productiviteit, meer maatwerk, minder verloop, een lager ziekteverzuim en een verhoging van efficiency en flexibiliteit. Professionele ondersteuning bij het roosteren of bij het opzetten van een roostermethode dient meegenomen te worden.

Combinatiebanen realiseren en faciliteren

Randvoorwaarden combinatiebanen:

- Support leidinggevende. Flexibiliteit en begrip zijn nodig vanuit beide werkgevers. Door de lastige combinatie van vaste dagen en onregelmatige diensten kan er een spanningsveld ontstaan m.b.t. uren en aanwezigheid op beide werkplekken. Daarnaast is flexibiliteit nodig dat uren op de IC uitgebreid kunnen worden wanneer er behoefte is om de capaciteit fors te vergroten zoals bij een nieuwe piek in de COVID-19 uitbraak.
- Loslaten van een minimaal aantal uren dat op een IC gewerkt moet worden (vaak is dat 24 uur per week).
- Rooster: Onregelmatige diensten zijn lastig te combineren met regelmatig uren. Daarom moet er flexibel geroosterd worden waarbij roosters van beide werkplekken worden afgestemd. Dit

vraagt om individueel maatwerk. Dit kan bijvoorbeeld vormgegeven worden door vrijheid tot het maken van eigen roosterinvulling of het werken van vaste dagen of diensten.

- Rekening houden met verplichte rusttijd na nachtdiensten en werkdagen andere werkplek.
- Een goede werk – privé balans.
- Vergroting van de zeggenschap over eigen werktijden door het bieden van mogelijkheden tot thuiswerken en flexibel inzetten van uren.
- Beloningsbeleid bij uitvoering van twee functies. Een combinatiebaan geeft meer verantwoordelijkheid en een groter takenpakket.
- Duidelijke kaders en structuur waarbinnen de combinatiebaan uitgevoerd wordt zijn nodig en dienen afgestemd te worden met de IC-verpleegkundige.

Bovengenoemde voorwaarden gelden voor combinatiebanen binnen en buiten de organisatie.

Inzicht in zorgzwaarte IC-patiënt

Omdat de situatie van een IC-patiënt en de daarbij passende zorg wisselend is, is het van belang om een goed zorgzwaarte meetsysteem te hebben. Hierdoor kan de werklast beter verdeeld worden waardoor kwaliteit van zorg behouden blijft.

Stimulerende werkomgeving

Een positieve werkomgeving is bepalend voor het goed kunnen functioneren van personeel. Het is belangrijk om personeel in alle levensfasen gezond en vitaal te houden, zodat ze met plezier productief zijn en blijven, zo nodig tot de pensioengerechtigde leeftijd. De verpleegkundige en de leidinggevende zorgen er samen voor dat werk en privé in balans blijven.

Veelal wordt aangegeven dat het werken van onregelmatige diensten, met name nachtdiensten, als zwaar wordt ervaren. Meer dan de helft van de verpleegkundigen ervaart lichamelijke klachten hierdoor. Er zouden maatregelen genomen kunnen worden om deze nadelige gezondheidsrisico's te reduceren. Hierbij kan er gedacht worden aan de mogelijkheid om een powernap te kunnen doen. Een andere maatregel zou kunnen zijn om 's nachts gezonde voeding op het juiste tijdstip aan te bieden¹². Dit geldt voor alle personeel.

Opvang piekbelasting

In deze fase kan (IC-)personeel gevraagd worden om tijdelijk hun contracturen op te hogen of meer te werken. Hierdoor zullen ze meer flexibel moeten zijn. En dit moet gefaciliteerd worden. Een belangrijk punt is hierbij is het kunnen combineren van het werk met het gezin of mantelzorg.

Kinderopvang

Gezien het feit dat veel IC-personeel de verantwoordelijkheid dragen voor een gezin is het belangrijk dat hun kinderen opgevangen kunnen worden in de nabije omgeving van het ziekenhuis. Dit stelt het

¹² <https://www.izz.nl/thema/gezond-werken/slaap/artikelen/zorgsucces-jeroen-boschziekenhuis-helpt-zorgmedewerkers-beter-de-nacht-door>. (2020, Maart 23). Opgeroepen op Juni 8, 2020, van IZZ.

IC-personeel in staat om meer uren te werken en kan meer flexibiliteit aan de IC-personeel geven wat ten goede komt van de werkgever.

Te denken valt aan:

- Afspraken maken met kinderopvangcentra in de buurt zodat personeel makkelijk hun kinderen kunnen wegbrengen en ophalen.
- Flexibele haal- en brenguren op de opvang voor zorgpersoneel.
- Tegemoetkomen vergoeding van werkgever wanneer meer opvang nodig is omdat er opgeschaald moet worden.

Facilitaire ondersteuning

Beter beschikbare parkeerplekken moeten tijdens een piekfase geregeld worden waardoor mensen makkelijker en sneller op het werk kunnen komen (helemaal wanneer beperkingen in het OV gelden). Het bieden van maaltijden tijdens werkuren is een manier om het personeel te ondersteunen maar ook om te waarderen.

Psychische ondersteuning

Duurzame inzetbaarheid is in crisissituatie en na de crisissituatie net zo belangrijk als het werk dat moet gebeuren. Onderzoek onder zorgprofessionals in Wuhan in China laat zien dat 16% van de verpleegkundigen matige tot ernstige symptomen van depressie heeft. Daarbij weten we uit onderzoek naar de SARS-epidemie in 2003 dat drie jaar na deze crisis 23% van de zorgprofessionals te maken heeft met matige tot ernstige symptomen van depressie. Het is dan ook van groot belang om zoveel mogelijk in te zetten op het voorkomen van overbelasting met burn-out of PTSS als gevolg op de lange termijn. Op korte termijn kan dit gedaan worden door peer support binnen de organisatie, buddysysteem van defensie en check in – check -out systeem.

Om langdurige problemen te voorkomen is het van belang dat deze zorgprofessionals tijd en ruimte krijgen om te herstellen.

Bijlage 3 Competenties superviserende IC-verpleegkundigen

Competenties superviserende IC-verpleegkundigen

Klinisch leiderschap is essentieel; de superviserende ic-verpleegkundige is kritisch over processen, stelt reflectieve en onderzoekende vragen en is in staat als rolmodel het verschil te maken voor uitkomsten van patiënten. IC-verpleegkundigen geven in de ledenpeiling van mei (2020) aan dat zij behoefte hebben aan de volgende bijscholingsmogelijkheden:

- Communicatietechnieken zoals feedback geven, eigen grenzen aangeven en delegeren.
- Coördinerende vaardigheden, vroegtijdige signalering, het oppakken en oplossen van problemen.
- Specifieke scholing rondom beademingszorg, met een verdiepende uitleg en training van de nieuwe en/of verschillende apparatuur waar men in de toekomst mee moet werken zoals beademing, dialyse- en/of ECLS-apparatuur en gewijzigde medicatietechnieken rondom COVID-19 patiënten.
- Intervisie en supervisietraining om tot betere afbakening van taken en verantwoordelijkheden te komen. Zoals casusbespreking, conflicthantering, zelfbescherming, omgang met stress en emoties, omgaan met ondersteunend personeel.
- Voor wat betreft specifiekere leervragen kan gedacht worden aan maatwerk in de vorm van coaching, e-learning of training-on-the job. Het gaat om leervragen zoals bewaken van de eigen grenzen zoals het nemen van pauzes, gelijkwaardig communiceren met management, en slaapadvies, crisismanagement, zorgdragen voor geestelijke begeleiding, mindfulness, hoe te herstellen na deze werkomstandigheden, hoe toch gezond te leven, leren loslaten, hoe zorg te dragen voor de thuissituatie, etc.
- Behoud van huidige scholingsmogelijkheden met betrekking tot ontwikkelen van vakinhoudelijke kennis en competenties in het klinisch redeneren.

Bijlage 4 Taken specialisten

Hieronder worden de specialismen met taken benoemd die ten tijde van een crisis zouden kunnen worden ingezet op de IC-afdeling. De beschreven taken zijn de hoofdtaken en kunnen in samenspraak met de intensivist worden uitgebreid. Sommige taken kunnen ook door speciaal daarvoor opgerichte teams worden vervuld, waarvan de genoemde specialist onderdeel kan uitmaken: draai-teams, transport-teams, intubatie-teams. Apart benoemd worden de communicatie-teams. Verdere invulling en uitwerking van deze taken is in overleg met de betreffende specialismen.

Anesthesiologen – inzetbare taken

- Luchtweg management
- Transport van IC-patiënt (intra-en interhospitaal transport)
- Plaatsen van centrale lijnen, intraveneuze infusen, arteriële lijn
- Reanimatie
- Algemene beoordeling van patiënt
- Assistentie bij draaien patiënt (buik-rugligging)

Internisten – inzetbare taken

- Beoordelen en statusvoering
- Medebehandeling t.a.v. algemeen internistische zaken
- CRRT wanneer tevens nefroloog
- Plaatsen (perifere) intraveneuze infusen

Chirurgen inzetbare taken

- Beoordeling chirurgische aspecten chirurgische IC-patiënt
- Plaatsen thoraxdrain
- Assistentie bij draaien patiënt (buik-rugligging)

Longarts – inzetbare taken

- In kaart brengen van patiënt
- Medebehandeling t.a.v. algemeen longgeneeskundige zaken
- Non-invasieve beademing bij daarvoor volgens intensivist geïndiceerde patiënten
- Assistentie bij draaien patiënt (buik -rugligging)
- Bronchoscopie
- Plaatsen thoraxdrain

Communicatie-teams

Inzet van specifieke communicatie-teams voor familie van patiënten, waarmee taken van intensivisten en IC-verpleegkundigen kunnen worden overgenomen. Intensivisten en IC-verpleegkundigen sturen de communicatie inhoudelijk aan. De volgende specialismen, disciplines kunnen daarvan deel uitmaken.

- Oncoloog
- Psycholoog /psychiater
- Pijnspecialist

- Neuroloog
- Kinderarts
- Internisten ouderengeneeskunde/geriaters

Bijlage 5 Lijst met overname van taken m.b.t. IC medicatie proces

Opgesteld door: SIG IC NVZA, penvoerder Dr N.G.M. Hunfeld, ziekenhuisapotheker IC

Nr	Onderdeel	Door wie	Ondersteunt wie	Tijdsbesparing geschat (uren/dag/patiënt)
1	VTGM intraveneuze medicatie	Apothekersassistent	IC-vpk	1
2	VTMG orale medicatie (voor toediening sonde)	Apothekersassistent	IC-vpk	0,5
3	Uitzetten medicatie per patient voor bijv. komende 24 uur	Apothekersassistent	IC-vpk	1
4	Maximale inzet kant en klare spuiten	Ziekenhuisapotheker	IC-vpk	1
5	Dispensatie voor tweede controle parenteralia tijdens opschaalfase	Ziekenhuisapotheker (Beleidsmatig samen met NVIC optrekken richting IGJ)	IC-vpk	0,5
6	Aanvragen bloedspiegels en AntiXa spiegels en advies/invoer nieuwe dosis of pompstand	Ziekenhuisapotheker	IC-arts	0,1 (indien van toepassing)
7	Aanpassen medicatieopdrachten naar protocollaire opdracht (VMO's in hix)	Ziekenhuisapotheker	IC arts	0,05 (indien van toepassing)
8	Medicatieverificatie bij onverplaatsing naar afdeling/elders	Apothekersassistent	IC-arts/vpk	0,5 (indien van toepassing)
9	Spuitenwissel door niet IC-vpk (muv vasopressie/inotropica)	Niet IC-vpk	IC-vpk	0,5
10	Medicatie-toediening door niet IC vpk (muv vasopressie/inotropica)	Niet IC-vpk	IC-vpk	0,5
11	Ondersteuning bij (COVID) trials (in-en exclusie, follow up etc)	Ziekenhuisapotheker	IC-arts	1 (indien van toepassing)