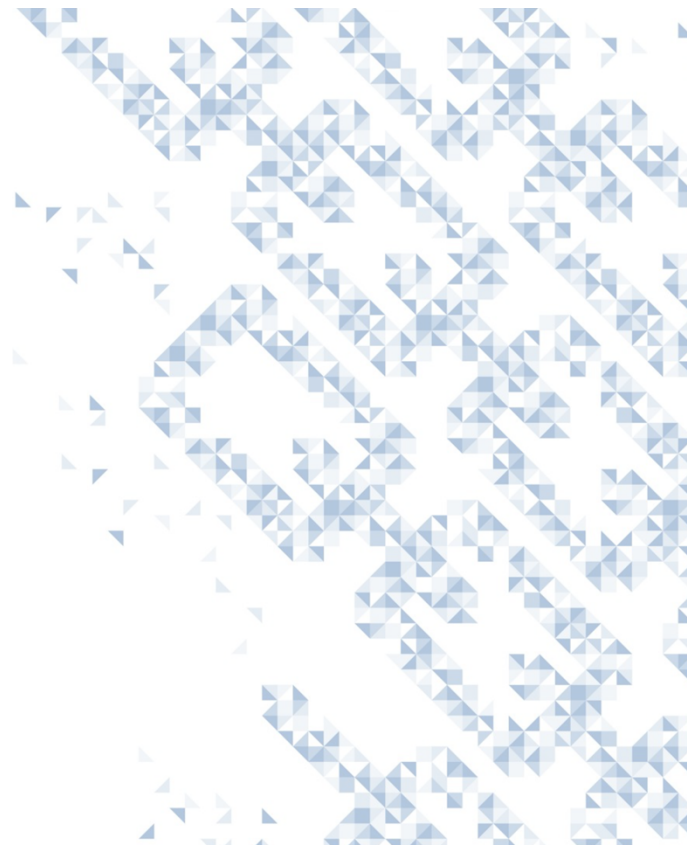


# IC-Capaciteit

---

2021-2022



Update opschalingsplan



## Inhoud

Ten geleide.....	3
Inleiding .....	4
Fasering uitbreiding IC-capaciteit.....	6
Stappenplan opschaling .....	9
Voorwaarden opschaling.....	10
Kwaliteit van zorg .....	10
Ruimte voor herstel.....	10
Inhaalzorg.....	10
Duur opschaling .....	10
Landelijke coördinatie .....	10
Waardering .....	11
Loopbaanperspectief .....	11
Zeggenschap .....	11
Bijscholen IC-medewerkers .....	12
Mentale zorg voor IC-medewerkers .....	12
Randvoorwaarden.....	12
Personele inzet.....	12
Tot slot .....	17

## Ten geleide

De afgelopen anderhalf jaar is in meer en mindere mate zorg geleverd aan patiënten met COVID-19. Door huisartsen buiten het ziekenhuis en binnen het ziekenhuis op verschillende afdelingen, waaronder de intensive care (IC). Tijdens de eerste golf (juni 2020) is een eerste versie van dit document geschreven. In de afgelopen weken is dit document aangepast op basis van de opgedane kennis en de huidige situatie.

Op dit moment is die situatie niet gunstig. Het voortdurend opschalen heeft ruimte, tijd en aandacht voor behouden van kwaliteit, scholing en opleiden beperkt. Bovendien is het werken veranderd. Dit samen leidt op dit moment tot een grote uitstroom van IC-verpleegkundigen naast een hoog ziekteverzuim.

Met deze kennis zijn door IC-verpleegkundigen en intensivisten veranderingen ingevoerd en bij de veranderingen is de inbreng van collega's meegenomen. De nieuwe versie van het document dient om de mogelijk nieuwe uitdagingen in de zorg op de IC zo op te pakken dat het leidt tot optimalisatie van zorg op de korte termijn en behoud van kwaliteit en kwantiteit op de middellange termijn. De inhoud van dit document dient daarom meegenomen te worden in keuzes t.a.v. zorg op de IC omdat daarmee vanuit de medewerkers van de IC zelf de verantwoordelijkheid genomen kan worden om kwaliteit van zorg voor alle patiënten te leveren.

Voor het leveren van kwaliteit bestaat de kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care. Werken op de IC is bij voorkeur geen opgeschaalde zorg, maar zorgen vanuit het kader dat al was vastgesteld. De beschikbare capaciteit volgt uit het aantal medewerkers; en niet zoals het afgelopen jaar waar de zorgvraag de verdunning van de beschikbare medewerkers stuurt. Uiteindelijk zal een duurzaam model met mogelijkheid voor flexibel kortdurend opschalen voor het opvangen van pieken in de zorgvraag het model zijn voor de IC van de toekomst.

Nationale regiegroep opschaling IC

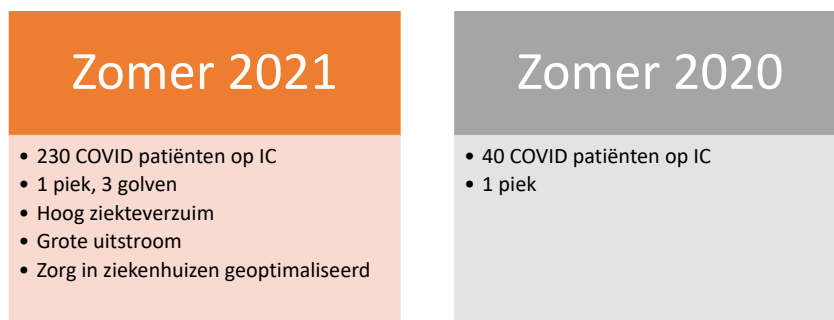
Namens NVIC en V&VN-IC

september 2021

## Inleiding

De afgelopen anderhalf jaar zijn op de intensive care (IC) veel meer patiënten opgenomen dan in de jaren daarvoor. De pandemie van Coronavirus Disease 19 (COVID-19) vormde de aanleiding om de grenzen van de capaciteit op te zoeken. Door de inzet van velen, maar zeker door de medewerkers van de IC zelf, is het tot nu toe gelukt om zorg te faciliteren.

Het afgelopen anderhalf jaar is veel kennis opgedaan en is in de ziekenhuizen veel veranderd; het is daarom noodzakelijk een nieuwe versie van het document IC-capaciteit te schrijven. Er is kennis opgedaan over de mogelijkheid en onmogelijkheid om de IC-capaciteit uit te breiden, het faciliteren van de medewerkers om deze capaciteit mogelijk te maken, alsook de impact van de eerste vier golven op de ziekenhuisorganisatie.



In de afgelopen periode waren de belangrijkste doelen: het behandelen van zoveel mogelijk patiënten en het creëren van zoveel mogelijk capaciteit. Het halen van het eerste doel heeft ertoe geleid dat er in plaats van meer, minder personeel beschikbaar is en het tweede doel niet is gehaald. Ondanks dat er in de afgelopen periode veel medewerkers zijn opgeleid, is de uitstroom hoger gebleken dan de instroom. Het continu opzoeken van de grens en daarmee concessies doen op het leveren van kwaliteit is een van belangrijkste redenen voor de uitstroom.

Een tweede belangrijke constatering is dat de ziekenhuizen de zorg zoveel mogelijk hebben geoptimaliseerd. Voor de IC-afdelingen betekent dit dat zoveel mogelijk zorg geoutsourcet is naar verpleegafdelingen. De consequentie hiervan is dat de zorgzwaarte op de IC én de verpleegafdelingen veel zwaarder is geworden en dat het werk zowel op de IC als op de verpleegafdelingen intensiever wordt. Hierdoor zijn er meer medewerkers op de verpleegafdelingen nodig en zijn zij minder beschikbaar voor de IC.

Naast deze optimalisatie wordt ook geconstateerd dat de toestroom van ernstiger zieke patiënten op de IC groter is. Dit lijkt het gevolg te zijn van de uitgestelde zorg.

**Gezien het bovenstaande is het aantal van 1.700 IC-bedden dat in het eerder opschalingsplan werd genoemd als maximum op dit moment met én zonder ondersteuning vanuit medewerkers van buiten de IC niet haalbaar.**

De voorliggende update beschrijft de voorwaarden om tot opschaling tot maximaal 1.350 IC-bedden te komen. Deze opschaling op de IC, maar ook elders in het ziekenhuis zal alleen mogelijk zijn door samenwerking van de verschillende afdelingen én als aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. In deze update beperken wij ons tot de opschaling van IC-zorg.

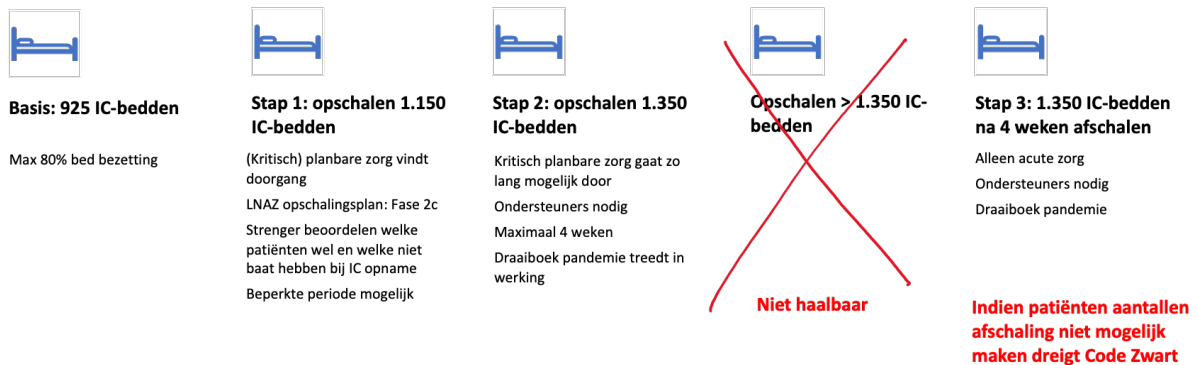
Het zoeken naar een juiste balans tussen verhogen van capaciteit op de korte termijn en het verkrijgen van capaciteit met behoud van kwaliteit van zorg op de lange termijn is een blijvende uitdaging. Investerings die gedaan zijn om de capaciteit te verhogen dienen behouden te worden. De aandacht voor het welzijn en daarmee behoud van medewerkers is echter het allerbelangrijkste.

**Samengevat zijn de belangrijkste doelen voor de komende periode:**

- **Behoud kwaliteit en werkplezier: Leveren zorg conform kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care**
- **Behoud capaciteit (personeel) op lange termijn & balans voldoende capaciteit op korte termijn**
- **Zoveel mogelijk voorkomen verdere uitstel reguliere, en zeker kritisch planbare zorg (voorkomen dat COVID-zorg alle non-COVID zorg verdrukt)**

De belangrijkste conclusie is dat de IC capaciteit enkel het resultaat kan zijn van wat er beschikbaar is en niet zondermeer het gevolg van wat er nodig is.

## Fasering uitbreiding IC-capaciteit



Uitgangspunt is dat er conform de kwaliteitsstandaard wordt gewerkt, waarbij de schatting is dat er op **dit moment ca. 925<sup>1</sup> IC-bedden beschikbaar** zijn. Incidenteel kan dit bij piekbelasting (d.w.z. maximaal 4 weken) worden verhoogd naar 1.150 bedden. Dit is nadrukkelijk afhankelijk van de verpleegkundige-patiënt ratio. Gezien het huidige hoge ziekteverzuim en hoge uitstroom zal dit aantal in verschillende ziekenhuizen mogelijk alleen te realiseren zijn door inzet van ondersteuners. Stap 2: opschalen naar 1.350 IC-bedden is alleen mogelijk als er voldoende ondersteuners beschikbaar zijn, met een maximale periode van 4 weken. Om hoge uitval en uitstroom van personeel te voorkomen dient deze maximale periode van opschaling te worden gerespecteerd. Het risico van nog meer uitval en uitstroom is dat er zoveel krapte ontstaat dat zelfs de reguliere IC-zorg, d.w.z. zonder piekbelasting door COVID, influenza, etc. in het gedrang komt.

De geformuleerde (rand)voorwaarden zijn essentieel.

### Stap 1 – (Structureel) beschikbaar maken van 1.150 IC-bedden

Hoewel het structureel ophogen van de IC-capaciteit naar 1.150 beschikbare IC-bedden in verband met de verwachte (niet aan COVID-19 gerelateerde) toenemende zorgvraag noodzakelijk is, is dit op dit moment niet mogelijk.

Ondanks dat deze IC-bedden (en meer) op dit moment qua materieel en fysieke infrastructuur beschikbaar zijn, zorgen factoren als ziekteverzuim en uitstroom er, als gezegd, voor dat er voor deze bedden **onvoldoende personeel beschikbaar** is. Het structurele en jaarlijks oplopende tekort aan IC-verpleegkundigen dat bestond, is het afgelopen anderhalf jaar niet verbeterd. Meerdere afdelingen hebben op dit moment te maken met een afname in beschikbare formatie. De duur van de belasting is veel groter geweest dan was ingeschat op het moment van het schrijven van een eerste versie van dit document. Daarmee wordt er structureel met een tekort gewerkt, waardoor in veel ziekenhuizen de optimale benutting van de capaciteit (80%<sup>2</sup>) ver is en wordt overschreden.

<sup>1</sup> Berekend op basis van uitvraag Nederlandse Vereniging voor Intensive Care zomer 2021. Response ca. 50 IC-afdelingen

<sup>2</sup> Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care

De mogelijkheden, om de formatie passend te krijgen, zijn onder andere invullen van bestaande vacatures, stellen van nieuwe vacatures, opleiden, mogelijkheden voor taakdifferentiatie onderzoeken en implementeren. Bovenal dient gekeken te worden hoe het aanwezige personeel te behouden en waar mogelijk zelfs in aanstelling uit te breiden.

Het permanent operationeel maken van de 1.150 IC bedden is een stijging van ca. 25% van de huidige normale bezetting en daarmee een forse opgave voor het personeel en tijd kosten. In het najaar/ de winter van 2021-2022 kan daarom het aantal van **1.150 IC-bedden slechts incidenteel bij piekbelasting worden bereikt.**

## **Stap 2 – Beschikbaar maken van 1.350 IC-bedden**

Uitgaande van het huidig aantal beschikbare IC-bedden (925) en een verdunning naar een ratio van 1:2,5, kunnen gedurende een periode van maximaal 4 weken 1.321 IC-bedden worden gerealiseerd. Hierbij moet rekening worden gehouden dat dit aantal bij een grotere inzet van de MICU's lager wordt.

Het nemen van deze stap heeft effect op de kwaliteit van zorg voor patiënten en voor de kwaliteitsbeleving (werkvreugde, vitaliteit) van het werk door het personeel. De beschikbare kennis, beschikbare tijd en kwaliteit van het personeel wordt immers over een groter aantal patiënten verdeeld.

Uit de afgelopen periode is gebleken dat langdurig opschalen gepaard gaat met verdunning en leidt tot verlies aan kwaliteit van zorg, toename van burn-out-, PTSS-klachten en morele stress onder personeel en dientengevolge tot ziekte en uitstroom.<sup>3</sup>

De mogelijkheid om op te schalen naar 1.350 IC-bedden hangt af van in hoeverre de basisformatie op orde is. Per afdeling/ziekenhuis/regio kan dit over de tijd wisselen. Monitoring van beschikbare formatie c.q. capaciteit is derhalve van belang. Hierbij dient aangemerkt te worden dat afdelingen verschillen, personele bezetting verschilt en dat zorgzwaarte van patiënten kan verschillen. Het kennen van de getallen van formatie, maakt niet dat zonder andere gegevens een vertaling naar absolute capaciteit gemaakt kan worden. Monitoren dient niet enkel op basis van getallen te worden gedaan; de menselijke maat mag niet uit het oog verloren worden.

**Opschalen naar 1.350 IC-bedden is alleen mogelijk met behulp van ondersteuners en voor de duur van maximaal 4 weken.**

**Bij start opschaling naar 1.350 IC-bedden wordt in overleg met insturende collega medisch specialisten voor alle patienten kritisch bekeken of opname op de IC van toegevoegde waarde is. Gedurende de opname wordt elke dag kritisch beoordeeld of continuering van de opname de beste keuze is voor de patiënt. Zodra alleen de BOSS-capaciteit nog beschikbaar is, treedt het draaiboek pandemie in werking.**

---

<sup>3</sup> Heesakkers et al. 2021. The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive and Critical Care Nursing* 65: 1-6; Kok et al. 2021. Coronavirus Disease 2019 Immediately Increases Burnout Symptoms in ICU Professionals: A Longitudinal Cohort Study. *Critical Care Medicine* 49(3): 419-427; Meynaar et al. 2021. Burnout, resilience and work engagement among Dutch intensivists in the aftermath of the COVID-19 crisis: A nationwide survey. *Journal of Critical Care* 62: 1-5.

Waar de extra bedden gesitueerd zijn, kan verschillen per afdeling. Waar tijdens de eerste golf deze bedden voornamelijk buiten de IC-muren waren, kan het zijn dat extra capaciteit wel op de IC gecreëerd is of wordt. Uiteindelijk hebben de bedden buiten de IC vaak een functie en die functie wordt daarmee verdrongen. Voor het uitbreiden naar 1.350 IC-bedden geldt ook dat het opschalen binnen de regio wordt afgestemd.

Opschaling boven 1.350 IC-bedden

**De uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden is op dit moment niet haalbaar.**

**Indien het aantal IC-behoefte patiënten dit aantal overschreidt, is de inwerking treding van het draaiboek triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie onafwendbaar.**

In aanvulling hierop: gegeven de structurele gemiddelde bedbezetting over de afgelopen jaren is permanente beschikbaarheid van meer dan 1.350 IC-bedden niet noodzakelijk, niet wenselijk en niet mogelijk. Dit komt de kwaliteit van zorg niet ten goede. Daarnaast is het ook niet kosteneffectief gezien de langdurige leegstand van deze bedden buiten tijden van piekbelasting. Er is dus behoefte aan flexibele capaciteit.

### **Stap 3 – Afschalen na 4 weken stap 2**

Na vier weken stap 2, dient te worden afgeschaald. Indien de patientenaantallen dit niet toe laten, zal alleen acute zorg kunnen worden verleend en dient waarschijnlijk het draaiboek triage van kracht te worden.

Gezien de veelal lange opnameduur voor COVID-patiënten zal in de praktijk de periode van 4 weken worden overschreden doordat het dagen/ weken duurt voordat voldoende patiënten de IC zullen hebben verlaten. Een gedegen plan voor de afschaling moet worden uitgewerkt.

**Indien het aantal IC-behoefte patiënten afschaling niet toelaat, zal naar alle waarschijnlijkheid ook triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie plaatsvinden.**



## Stappenplan opschaling

In de afgelopen periode is van het oorspronkelijk 3-stappenplan (1.150-1.350-1.700) afgeweken. De beschikbare capaciteit werd afgestemd op de zorgvraag en/of de bezetting. Stappen die geïntroduceerd werden waren 1.250 bedden, 1.450 bedden en 1.550 bedden. Enerzijds maakte deze tussenstappen het mogelijk om niet meer capaciteit na te streven dan noodzakelijk, anderzijds waren deze stappen niet voorbereid en maakte het dat (sommige) afdelingen niet goed in staat waren om een bepaalde stap te maken. Als in de toekomst opnieuw gewerkt wordt met tussenstappen, dient dit met de afdelingen en de regio's te worden afgestemd. Daarbij dient het bij de verschillende stappen duidelijk te zijn wat de consequentie is voor de IC, het personeel op de IC, voor afdelingen buiten de IC en daarmee alle medewerkers van het ziekenhuis.

Nieuw stappenplan is:

1. Vaststellen van de huidige beschikbare capaciteit
2. Vaststellen hoeveel FTE nodig is om tot 1.150 IC-bedden te komen.
3. Vaststellen in welke mate ondersteuners beschikbaar kunnen komen.
4. Afhankelijk van het aantal IC-verpleegkundigen en het aantal ondersteuners/ kan de stap naar 1.250 en mogelijk 1.350 IC-bedden gezet worden.
5. Indien voor de stap naar 1.250 en 1.350 IC-bedden langer dan 4 weken in een ratio van 1 IC-verpleegkundige per 2,5 of meer IC-patiënten wordt gewerkt zal het aantal beschikbare bedden gereduceerd moeten worden zoals beschreven in stap 3

## Voorwaarden opschaling

### Kwaliteit van zorg

De voorwaarden om kwaliteit te leveren zijn beschreven in de kwaliteitsstandaard. Tijdens opschaling is het crisisaddendum van toepassing.

### Ruimte voor herstel

De impact van de afgelopen periode is groot geweest. Het is bekend dat IC-medewerkers tot wel twee jaar na een pandemie last kunnen houden van burn-out, PTSS-klachten of een blijvende morele worsteling.<sup>4</sup> Herstel in de vorm van een rustpauze, reflectie op het gebeurde en lange termijn aandacht voor herkenning van klachten en ondersteuning van personeel is noodzakelijk.

### Inhaalzorg

Opschaling waarbij niet meer voldaan kan worden aan de kwaliteitsstandaard en formatie-eisen zoals vastgesteld in de checklist wordt, in ieder geval tot dat er voldoende ruimte is geweest voor herstel, niet ingezet ten behoeve van inhaalzorg.

### Duur opschaling

Conform het eerste opschalingsplan kan opschaling naar 1.350 of meer IC-bedden niet langer duren dan 4 weken. De kwaliteit van zorg leidt onder opschaling, maar daarnaast neemt de stress toe en belastbaarheid af wat de belangrijkste reden is voor uitstroom van de verpleegkundigen. Daarnaast is door optimalisatie van de zorg, alle zorg waarvan het enigszins mogelijk is geoutsourcet buiten de IC. Hierdoor is de zorgzwaarte van de patiënten op de IC zwaarder en dus de belasting voor de IC-medewerkers nu nog hoger dan tijdens de eerdere golven.

### Landelijke coördinatie

Om de optimale kwaliteit van zorg te kunnen leveren met behoud van personeel, dient opschaling gelijkmatig verdeeld over het land te gebeuren. Patiënten worden bij opschaling landelijk verspreid. Deze verspreiding wordt gecoördineerd door het LCPS, echter uitgevoerd door medewerkers van de intensive care of van de anesthesiologie. Toegenomen inzet van dit personeel voor transport leidt tot afname van capaciteit van reguliere zorg op OK en IC.

De behoefte aan capaciteit en de mogelijkheden om de capaciteit te leveren dienen adequaat te worden gemonitord. Inzicht in de beschikbaarheid van personeel, geeft inzicht in de mogelijke capaciteit. Transparantie is hierbij noodzakelijk. IGJ monitort de transparantie.

Ervan uitgaande dat de ROAZ-en het LNAZ de regie behouden in de acute as en daarmee in een volgende crisis, is het een voorwaarde dat een intensivist en/of IC-verpleegkundige actief participeert in elke ROAZ en RCPS, evenals uiteraard in het LCPS. De IC-zorg dient 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.

---

<sup>4</sup> Maunder et al. 2006. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases* 12(12): 1924-1932.

## Waardering

Voor eenieder geldt dat een deel van de waardering financieel is. Dit geldt nu zeker bij de veranderende rol van IC-verpleegkundigen, waarbij meer frequent voor meer patiënten gezorgd wordt en waarbij een superviserende rol (bijvoorbeeld door taakdifferentiatie) ingenomen moet worden. Verpleegkundigen zijn hoogopgeleide professionals en de financiële waardering is de belangrijkste reden die wordt genoemd voor uitstroom naar andere functies. Adequate inschaling (inclusief ORT) is daarom noodzakelijk om IC-verpleegkundigen maximaal te behouden en te werven.

Bij de inschaling dient niet enkel financiële waardering gegeven te worden, maar dient een verpleegkundige ruimte te krijgen voor ontwikkeling (zowel in het algemeen als specialistisch). Het zetten van stappen in een carrière dienen niet gehinderd te worden door het achteruitgaan van de financiële waardering. De financiële waardering dient gelijk te zijn, zowel in de basis als in de wijze waarop extra werken wordt beloond.

Vanaf het moment dat IC-verpleegkundigen moeten werken in een verpleegkundigen-patiënt ratio van 1 op 2, dus meer verantwoordelijkheid dan onder normale omstandigheden, dan is een extra vergoeding op zijn plaats, dit kan zijn financieel of extra vakantiedagen.

Dit geldt evenzo voor alle andere medewerkers die betrokken zijn bij opschaling.

## 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 te allen tijde te blijven bestaan en gefaciliteerd te worden.

## Zeggenschap

Verpleegkundigen dienen directe invloed te 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.

Het is noodzakelijk dat de op- en afschaling van IC-bedden in gezamenlijke besluitvorming wordt uitgevoerd door IC-verpleegkundigen en 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.

## Bijscholen IC-medewerkers

Voor alle medewerkers van de IC geldt dat zij hun competentie moeten bijhouden en behouden. De afgelopen jaren is weinig ruimte geweest voor bij- en nascholing. Boven door het opgeschaald werken verwacht dat IC-verpleegkundigen – 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.

## Mentale zorg voor IC-medewerkers

Werken tijdens de COVID-19 pandemie vraagt veel van (IC-)medewerkers. In de acute fase van de uitbraak kunnen veel heftige gebeurtenissen aanleiding geven tot het later ontwikkelen van klachten bij zorg/IC-personeel. Te denken valt aan een blijvende worsteling met faalgevoelens of PTSS-klachten. Het is bekend dat na vorige pandemieën professionals tot wel twee jaar na de uitbraak last van burn-out en PTSS-klachten hielden. Instellingen dienen beleid te maken ter ondersteuning van hun personeel, welke zou kunnen bestaan uit:

1. Rust en opstarten van activiteiten die energie geven
2. Langdurig aandacht voor herkennen en erkennen van mentale klachten en morele verwonding
3. Expliciete waardering voor al het IC-personeel vanuit leidinggevenden
4. Een duurzaam peer support netwerk
5. Gezamenlijke reflectie
6. Bewustzijn van organisatorische factoren die stress veroorzaken
7. Voorzichtig omgaan met psychologische debriefing
8. Laagdrempelige toegang tot psychosociale hulpverlening

## Randvoorwaarden

De randvoorwaarden kunnen voor de verschillende ziekenhuizen en afdelingen anders. Hier valt te denken aan kinderopvang, maaltijden (als het restaurant gesloten is), voldoende echte pauzegelegenheid, etc.

## Personele inzet

### Verpleegkundig

**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.

- Inzicht creëren welke voormalig IC-verpleegkundigen in een regio aanwezig zijn. Voor deze personen een bestand opbouwen, het contact onderhouden, en ze waarderen en erkennen. Om mogelijke inzet op de IC te faciliteren zullen bepaalde hindernissen geslecht moeten worden.
- Het loslaten van minimale contracturen (minimaal 24 uur/week werkzaam zijn op de IC). Denk aan “seizoensgebonden” mogelijkheden voor het inzetten van (voormalig) IC-verpleegkundigen.
- Tijdelijk uitbreiden van contracturen onder goede (financiële) voorwaarden. Voor fulltime IC-verpleegkundigen zal gekeken moeten worden naar mogelijkheden voor deze groep medewerkers. Bovendien zullen de voorwaarden voor uitbreiden van het contract van parttime medewerkers niet gunstiger moeten zijn dan het contract van reeds fulltime werkende 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 mogelijk ook in stap 1 een rol weggelegd voor ondersteuners:

- Verpleegkundige met aanvullende vakinhoudelijke kennis om de IC-verpleegkundigen te ondersteunen.
- Advies om niet-verpleegkundige taken van IC-verpleegkundigen over te nemen kan veel beter doorgevoerd worden. Denk aan centrale apotheek e.d..
- 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 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.
- Tijdelijke inzet van voormalig 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. Ondersteuners die basis competenties (ontwikkeld) hebben, krijgen de mogelijkheid zich verder te ontwikkelen tot IC-verpleegkundige of in een andere rol binnen de acute as.
- Ondersteuners, verpleegkundigen afkomstig van andere (niet-acute) afdelingen, kunnen worden bijgeschoold om als ondersteuner op de IC te gaan werken.
- Exploreren en implementeren of uitbreiden van taakdifferentiatie.

Gedurende een 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 op vrijwillige basis teruggetrokken worden.
- Enkel continue roosters plannen mits dat door de medewerkers gedragen wordt.

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.<sup>56</sup>

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 en studenten vanuit andere opleidingen met affiniteit voor de zorg.

Voor al het ondersteunende en tijdelijke personeel dient onderwijs ontwikkeld en gegeven te worden. Niet enkel om geschoold te worden, maar eveneens om geschoold te blijven.

Om het ondersteunende personeel in te zetten dienen alle barrières die inzet belemmeren, zoals contracten, toegang etc., zo veel mogelijk beperkt te worden. Inzet van P&O om dit proces te faciliteren is aangeraden.

---

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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/202003/Guidance%20on%20Student%20Clinical%20Participation%203.17.20%20Final.pdf>). opens in new tab).

## 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. De norm van minimaal 0.5 FTE/IC-bed geldt hier (en ook in de andere fases wanneer dit structurele capaciteit is of wordt). Echter de formatie moet in ieder geval zo zijn dat er op verantwoorde wijze 24/7 zorg geleverd kan worden zonder dat intensivisten meer dan 48 uur/week werken.

### 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.

Uitgaande dat stap 2 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 1. Hier geldt echter de beperking dat als de piekbelasting langer dan een maand 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. Dit geldt voor een bepaalde korte periode. Taken zouden door anderen overgenomen kunnen worden gedurende die tijd. Als dit te lang duurt gaat het ten koste van de kwaliteit op middellange termijn.

Bij opschaling naar stap 2 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 onder supervisie van een intensivist, 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 (periode van een maand).
- Vrijwillig terugtrekken van verloven t.b.v. vakantie, congresbezoek etc..

## IC-artsen, PA's en VS-en

### Stap 1 (1.150 IC-bedden)

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

## **Stap 2** (1.350 IC-bedden):

Voor de invulling op korte termijn kunnen medewerkers die eerder als arts (AIOS, ANIOS, PA, VS) 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 daarom 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.

### Ondersteuners

Opschalen is veelal, in ieder geval in stap 2, alleen mogelijk met ondersteunend personeel. Voorwaarde voor dat personeel is:

- aanvullend opgeleid als ondersteuner
- een vaste groep
- intrinsiek gemotiveerd
- bij voorkeur niet werkzaam als zorgprofessional in het ziekenhuis

De ondersteuners zijn een mogelijke bron voor verdere doorontwikkeling binnen het ziekenhuis en daarmee ook de IC. Bovendien zijn de ondersteuners volwaardig lid van het team van medewerkers op de IC.



## Tot slot

Het opschalen van het aantal beschikbare IC-bedden heeft een enorme impact gehad op de medewerkers op de IC. Om zoveel mogelijk zorgprofessionals te behouden voor de IC-zorg zal er met beleid moeten worden opgeschaald. Nogsteeds is er behoefte aan een goed (specifiek) herstelplan en juiste inschaling en een hogere vergoeding voor de extra inspanningen. Desondanks zal er toch uitval en uitstroom zijn. Dat zal operationalisering van 1.150 IC bedden al lastig maken. Om tot 1.350 bedden te komen zal nog meer extra personeel nodig zijn. Dat geldt met name voor de IC-verpleegkundigen, maar ook voor intensivisten en IC-artsen en daarnaast ook benodigde ondersteuners.

Het zorgen voor een werkomgeving waar medewerkers op een aangename manier duurzaam kunnen en willen werken zal het meest effectief zijn. In een omgeving waar dit geldt, is de kans het grootst dat nieuwe medewerkers zich melden om opgeleid te worden en vervolgens te blijven. De genoemde voorwaarden voor opschaling zijn hier ook van toepassing.



Behoud van huidige IC-medewerkers is van groot belang. Dit is alleen mogelijk als er voldoende aandacht is voor de medewerkers en de genoemde (rand) voorwaarden.

*'Roepen tegen een boom dat er meer appeltjes moeten komen helpt niet, water en voedingsstoffen (op den duur) wel.'*