

30 MEI 2020

v&vn



CONCEPT

VERKENNING  
STRUCTUREEL & FLEXIBEL OPSCHALEN  
IC-CAPACITEIT

VERPLEEGKUNDIGEN & VERZORGENDEN NEDERLAND INTENSIVE CARE  
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR INTENSIVE CARE

Het bieden van de juiste zorg aan kritiek zieke patiënten staat centraal bij de beroepsverenigingen NVIC en V&VN-IC. Zij hebben zich gezamenlijk gebogen over het vraagstuk structurele ophoging van de IC-capaciteit om de vraag naar zorg te kunnen borgen op moment dat deze vraag toeneemt. Hierbij zijn de expertise en ervaring van de praktijk, de inhoudelijk belangrijke aspecten van de zorgverlening op de IC, alsmede de praktische beperkingen die er zijn ten aanzien opschaling, meegenomen.

De opdracht van VWS valt uiteen in drie onderdelen:

1. Flexibele inrichting van 1.700 IC-bedden in Nederland
2. Het kunnen benutten van 600 IC-bedden in Duitsland
3. Opschalen tot in totaal 3.000 IC-bedden (inclusief Duitsland)

V&VN heeft in mei 2020 een peiling gedaan onder IC-verpleegkundigen (zowel leden als niet-leden van V&VN). Daarbij is gevraagd naar a) ervaringen in de afgelopen maanden en b) lessen voor de toekomst. De NVIC heeft in dezelfde periode de afdelingshoofden van de IC's op vergelijkbare onderwerpen bevestigd.

Uitkomsten van deze (en vorige) peilingen zijn het uitgangspunt voor de plannen die nu uitgewerkt worden over opschaling van IC-capaciteit.

Om recht te doen aan deze uitkomsten en aan het belang dat de minister hecht aan het draagvlak onder verpleegkundigen en artsen, dienen kwantitatieve doelstellingen, haalbaarheid én tijdspad van opschaling IC-capaciteit samen met verpleegkundigen en artsen te worden vastgesteld. Wij committeren ons op voorhand niet aan de geformuleerde kwantitatieve doelstellingen van VWS, nog aan een tijdspad.

Binnen de uitwerking van de opdracht zijn 10 vragen geformuleerd<sup>1</sup>. In de onderstaande handreiking wordt antwoord gegeven op deze 10 vragen.

---

1

1. Wat hebben we geleerd van de afgelopen maanden?
2. Hoe gaan we de opschaling van de structurele IC-capaciteit in de komende maanden realiseren?
3. Welke beperkende factoren zijn er en hoe gaan we die oplossen?
4. Welke kansen van de afgelopen maanden moeten we blijven benutten?
5. Welke richtlijnen, beroepsprofielen, opleidingen moeten ontwikkeld worden?
6. Hoe vertalen we de uitwerking naar een concrete regionale uitvoering? Waar gaat de opschaling wel en niet plaatsvinden?
7. Hoe gaan we 24/7 de beschikbaarheid van de acute zorg bedden (IC, COVID-19 en non-COVID-19, doorkijk naar SEH-capaciteit) registeren en monitoren?
8. Hoe gaan we de verdeling van de IC-patiënten coördineren?
9. Hoe gaan we de realisatie van opschaling monitoren?
10. In hoeverre is hiervoor een structurele inbedding van de functie die op dit moment door het LCPS wordt uitgevoerd nodig en hoe kan dit het beste vormkrijgen?

Hoewel de opdracht formeel is verstrekt aan het LNAZ, hebben wij van hun de opdracht gekregen om samen met de V&VN-IC een werkgroep te formeren en met een voorstel te komen. Onze gezamenlijke achterbannen leveren immers de kennis en de kunde op de IC en bovendien borgen wij het overdragen van deze kennis en kunde aan nieuwe medewerkers. Het werk, het vak kan niet zonder hen uitgevoerd worden. Om de mogelijkheid te verkennen de IC-capaciteit structureel uit te breiden kan enkel met draagvlak van zorgprofessionals worden uitgevoerd zoals nadrukkelijk aangegeven door de Minister.

De leden van beide beroepsverenigingen hebben met elkaar de inhoudelijke kennis omtrent mogelijkheden om tot een opschalingsplan te komen, dat haalbaar en uitvoerbaar is, verkent. Wij vinden het van groot belang om dit in gezamenlijkheid te doen, conform onze samenwerking op de werkvloer in de dagelijkse zorg voor kritiek zieke patiënten.

De input voor deze verkenning hebben we verkregen uit landelijke peilingen in de respectievelijke achterbannen, evenals persoonlijk contacten met collega's uit het land. De verdere uitwerking doen we samen met onze achterban.

De uitkomsten van deze houtskoolschets zullen vroegtijdig worden gedeeld met onze achterban omdat wij het – vanwege het slagen van dit plan, alsmede het benodigde draagvlak - nadrukkelijk van belang vinden om hen betrokken te laten zijn. Wanneer het draagvlak voldoende is zal structurele opschalen van IC-capaciteit haalbaar en uitvoerbaar zijn. In dit concept gaat de werkgroep in op oplossingsrichtingen. Verdere uitwerking aan de hand van de input van onze achterban is noodzakelijk. Natuurlijk zullen we suggesties en adviezen van anderen, zoals collega's vanuit een andere beroepsgroep meenemen in ons voorstel. Uiteindelijk is elke IC een onderdeel van een ziekenhuis.

De verkenning van de mogelijkheid om IC-capaciteit structureel te verhogen is een complex vraagstuk. Het daadwerkelijk uitvoeren daarvan is een zeer forse opgave. De ervaring heeft geleerd dat de IC's in staat zijn gebleken om voor een relatief korte periode het aantal bedden aanzienlijk te vergroten. Echter zien we ook dat 68% van de IC-verpleegkundigen hierbij een grotere psychische belasting ervaren dan normaal. Bij de recente opschaling is er veelvuldig gebruik gemaakt van materiaal en personeel van andere dan IC-afdelingen. Deze inzet had daarmee helaas wel zeer nadelige gevolgen voor de continuïteit van de reguliere zorg, wat voor een eventuele nieuwe opschaling als onwenselijk wordt gevonden. Hoewel dergelijke inzet niet (geheel) kan worden uitgesloten wordt er door ons in eerste instantie van uitgegaan dat dit niet nogmaals moet gebeuren in die mate dat dit een nadelig effect heeft op de reguliere zorg.

Om alle mogelijkheden mee te nemen, heeft de werkgroep zich niet willen laten beperken door financiële middelen. De randvoorwaarden om invulling te geven aan een mogelijke structurele ophoging van IC-capaciteit zijn opgedeeld in verschillende fasen van haalbaarheid, gegeven de huidige omstandigheden (zoals personeel, materiaal, huisvesting).

In dit document wordt eerst een probleemverkenning geschetst, waarna mogelijke oplossingsrichtingen worden verkend en randvoorwaarden worden beschreven.

## A. Probleemverkenning opschaling gegeven de huidige context

Bij het vraagstuk van mogelijke structurele opschaling van IC-capaciteit lopen we tegen belemmerende factoren aan gegeven de huidige situatie. Hierbij ziet de werkgroep de volgende drie factoren als grootste belemmering: personeel, opleiding en huisvesting.

### Beschikbaar personeel

Het is evident dat de beperkende factor bij het mogelijk vergroten van de IC-capaciteit vooral de beschikbaarheid van adequaat geschoold personeel is. Dit is het meest nijpend voor de IC-verpleegkundigen. Zowel voor IC-verpleegkundigen als voor intensivisten zijn normen gesteld in het aantal FTE per IC-bed dat noodzakelijk is om kwalitatief goede zorg te leveren en deze te behouden.

Bij de laatste meting (FZO 2018) waren er 3.838 FTE IC-verpleegkundigen. Uit de ledenpeiling onder IC-verpleegkundigen blijkt dat zij zorg kunnen verlenen aan maximaal twee patiënten gedurende een langere periode (> drie maanden). Voorwaarde is wel dat zij hierbij ondersteund worden en/ of dat bepaalde taken worden overgenomen. Tijdens een piek kunnen IC-verpleegkundigen voor kortere tijd (minder dan 1 maand) wel drie patiënten tegelijk verplegen, vindt 57% van de respondenten. Mogelijk dat in die aanvullende ondersteuning een deel van de oplossing gezocht moet worden.

Voor verdere vergroting van de capaciteit is er waarschijnlijk tevens een te kort aan intensivisten en IC-artsen. Met de beschikbaarheid van 600 intensivisten lijkt opschaling tot 1.700 op korte termijn haalbaar. Voor structurele vergroting van de capaciteit zullen meer intensivisten noodzakelijk zijn.

Voor IC-artsen geldt eveneens dat nu het aantal beschikbaar is voor maximaal 1.150 bedden en dat bij uitbreiding van IC-capaciteit het aantal uitgebreid dient te worden. Hoewel er vooralsnog geen opleidingseisen, behoudens FCCS of soort gelijk, voor hen zijn, heeft de recente opschaling duidelijk gemaakt dat artsen zonder specifieke IC-kennis en kunde slechts van zeer beperkte meerwaarde zijn op de IC. Aanvullende training is noodzakelijk. Een aantal artsen met relevante ervaring zal snel beschikbaar zijn, andere zullen scholing behoeven.

### Opleiding

Idealiter zou voor de opschaling van IC-capaciteit voldoende volwaardig IC-personeel (zowel IC-verpleegkundigen als intensivisten) worden opgeleid. De huidige duur van de scholing is afgestemd op wat noodzakelijk is. Het is begrijpelijk dat men verkorten van de opleiding als optie ziet, maar de werkgroep vindt dat het werven van kennis en met name kunde gewoonweg tijd vergt en daarom is het noodzakelijk de tijd die nu staat voor de opleiding te handhaven. Waarschijnlijk is wel tijdswinst te realiseren door het aanpassen van de opleidingen naar competentiegericht onderwijs. Scholing van het aantal nieuwe IC-verpleegkundigen en intensivisten zal uitgebreid moeten worden en is een manier om voldoende personeel op langere termijn beschikbaar te hebben. Het opleiden van deze grote

groep professionals zal meerdere jaren in beslag nemen. Daarnaast is het de vraag of er voldoende instroom is en alle opleidingsplekken worden gevuld.

### Huisvesting en materiaal

Een andere beperkende factor bij het structureel vergroten van de IC-capaciteit is de huisvesting. Niet ieder ziekenhuis beschikt over de mogelijkheid om meer IC-bedden te realiseren binnen de huidige ruimte. Daarnaast moet er rekening worden gehouden dat deze structurele opschaling moet plaatsvinden naast de reguliere zorg. Wat betekent dat de reguliere zorg niet gehinderd mag worden door uitbreiding van de IC.

Om een volwaardig IC-bed te creëren is het noodzakelijk voldoende materialen en middelen beschikbaar te hebben. Recent is uitgevraagd welke materialen en middelen noodzakelijk zijn. Deze inventarisatie kan hiervoor als leidraad gebruikt worden.

Gegeven deze belemmerende factoren zal bij de verkenning van oplossingsrichtingen gezocht moeten worden naar innovatieve manieren om de IC-capaciteit te vergroten in realistische en haalbare doelstellingen.

## B. Oplossingsrichtingen en randvoorwaarden

### 1. Personeel

Zoals is gebleken uit de probleemverkenning is beschikbaar zijn van IC-personeel een belangrijke voorwaarden om de IC-capaciteit structureel te kunnen verhogen. Gezien de grote aantallen in de tekorten staan we hierbij voor een grote opgave. Een aantal eerste oplossingsrichtingen worden kort besproken in de volgende paragrafen. Hierbij moet in gedachten gehouden worden dat dit slechts eerste ideeën zijn die verder uitwerking nodig hebben.

#### *1.1 Verpleegkundige-patiënt ratio: maximaal 1:2*

Uit de eerdergenoemde ledenpeiling onder de IC-verpleegkundigen komt naar voren dat **gegeven de huidige context** driekwart van de IC-verpleegkundigen maximaal een verpleegkundige-patiënt ratio aankan van 1:2 voor een periode die langer dan drie maanden duurt. Hierbij is de uitgangssituatie dat zij beschikken over maximale ondersteuning van andere (zorg)professionals met de juiste expertise.

Inzoomend op de ondersteuning van andere mensen kan als randvoorwaarde voor structureel 1:2 gedacht worden aan het onderbrengen van werkzaamheden, die niet primair tot de IC-verpleegkundige gerekend worden, bij anderen. Denk hierbij aan paramedische zorg, eenvoudige (basis) verpleegkundige zorg, facilitaire werkzaamheden en medicatiebereiding. Ter illustratie: de fysiotherapeuten ondersteunen (maximaal) tijdens het mobiliseren, de facilitaire dienst voert alle schoonmaakwerkzaamheden uit, apothekers-assistenten hebben een rol in het gereed maken van medicamenten, secretariële ondersteuning (inclusief verrichten van de verplichte registraties) tijdens en buiten kantooruren, opleidingstaken bij anderen beleggen rondom scholing EPD.

Voor werkzaamheden die wel primair aan directe patiëntenzorg te koppelen zijn kan gedacht worden aan ondersteuning in de vorm van buddy's, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Buddy's zijn in de afgelopen crisisperiode veelvuldig ingezet. Wanneer we het hebben over de inzet van buddy's op structurele basis of voor een vervolgperiode dan stelt de werkgroep hier randvoorwaarden aan vast. De randvoorwaarden zijn gebaseerd op de ervaringen van IC-verpleegkundigen, zoals gemeten in de ledenpeiling van V&VN (mei 2020).

De randvoorwaarden zijn gericht op het behoud van de kwaliteit en veiligheid van zorg:

- Continuïteit van de buddy's (zoveel mogelijk dezelfde mensen)
- Het kennisniveau en scholing van de buddy's
- Coördinatie van de patiëntenzorg door de IC-verpleegkundige.

De inzet van buddy's alleen is niet dé oplossing. En er zit een grens aan de inzet van buddy's om de kwaliteit en veiligheid van de zorg op de IC te kunnen waarborgen. Voor een grotere capaciteit of het langer operationeel houden van IC-bedden is het absoluut noodzakelijk dat er meer gediplomeerden IC-verpleegkundigen kunnen worden ingezet. Deze randvoorwaarden moeten nog verder uitgewerkt worden in de werkgroepen.

### ***1.2. Flexibilisering personele inzet***

Aangezien het COVID-19 virus zich lijkt te gedragen als een seizoensgebonden virus, is evident dat het inrichten van extra capaciteit nadrukkelijk flexibel zal moeten zijn. Een permanente bezetting met professionals is niet alleen onmogelijk maar tevens ongewenst in het kader van het gemotiveerd houden van de professionals. Er zal dus gezocht moeten worden naar een flexibele schil van medewerkers. Een aantal mogelijkheden hiervoor is:

Flexibele inzet door middel van werken met een jaaruren systematiek, waarbij het bestaande IC-personeel meer werkt als het nodig is en meer vrij is als het kan.

Een andere mogelijkheid is personeel dat in rustige tijden andere taken heeft, op drukke momenten in de zorg inzetten. Denk hierbij aan rollen in de zorg buiten de IC, aan rollen in het onderwijs en onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld vormgegeven worden door een duobaan waarbij het behouden van expertise wordt gewaarborgd.

Een derde mogelijkheid is het introduceren en stimuleren van duobanen. Gebleken is dat de laatste jaren veel IC-personeel de IC-zorg heeft verlaten. Ten tijde van de COVID-19 crisis zijn deze professionals tijdelijk heringetreden. De professionals zouden behouden moeten worden voor de flexibele schil. Hiervoor moet het werken op de IC al dan niet in combinatie met ander werk (duobaan) aantrekkelijker worden gemaakt.

Te denken valt aan een roulatiesysteem voor IC-verpleegkundigen in de flexibele schil om expertise te waarborgen.

Om voldoende personeel aan te trekken en te behouden moet het vak van IC-verpleegkundige aantrekkelijk zijn. Daarbij is niet alleen salaris doorslaggevend, maar zijn zaken als zeggenschap, kinderopvang, flexibelere roosters, lager minimum aan uren en loopbaanperspectief zeker zo belangrijk.

## **2. Opleiding**

Aandacht is nodig voor het opleiden van IC-verpleegkundigen en buddy's op de IC. Het versnellen van deze opleiding is alleen mogelijk mits de verpleegkundige beschikt over eerder verworven competenties (EVC) in het acute domein. Met name de praktijken 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. Het opleiden van buddy's vraagt om nader onderzoek en uitwerking. Dit is mede afhankelijk van de werkzaamheden die de IC-verpleegkundigen willen en kunnen overdragen. Opleidingen van intensivisten en ondersteunende medici op de IC geven waarschijnlijk weinig mogelijkheden tot versnellingen in het opleidingstraject. Opleiden en scholen van buddy's vraagt om een landelijke standaardisatie om zorg te dragen voor eenduidigheid in het buddysysteem, zodat voor iedereen duidelijk is wat de handelingsbevoegdheid van de buddy's is.

## **3. Huisvesting en materieel**

Zoals uit de probleemverkenning blijkt is dat huisvesting een belemmerende factor in de structurele ophoging van de IC-capaciteit. Hierna worden mogelijke oplossingsrichtingen en randvoorwaarden uitgewerkt. Belangrijk uitgangspunt is dat ten alle tijden voorkomen moet worden dat de reguliere zorg gehinderd wordt door deze uitbreiding.

Een eerste stap in ophoging van IC-capaciteit is alle beschikbare bedden op de IC operationeel maken. Denk daarbij aan alle ruimtes die geschikt zijn en het creëren van een bed geschikt voor beademing op een plaats waar nu een bed zonder beademing is.

Een tweede stap zou het creëren van extra bedden in het ziekenhuis buiten de IC. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het niet beperken van andere zorg. Optimalisatie van de IC-capaciteit zou deels ook mogelijk kunnen zijn door een deel van de IC-zorg elders in het ziekenhuis te gaan verrichten. Voor de andere acute afdelingen is daarbij een zekere synergie denkbaar. Dit alles is sterk afhankelijk van de lokale inrichting van het ziekenhuis. In ieder geval zal er rekening mee gehouden moeten worden dat bij groei van de IC ook de uitstroom-afdelingen (step-down) zal moeten meegroeien.

Een derde stap is het creëren van ruimte buiten het ziekenhuis, in de vorm van het plaatsen van een hub. In een dergelijke hub zou COVID specifieke IC-zorg geleverd kunnen worden. De locatie een hub is of kan afhankelijk zijn van een mogelijke brandhaard, bereikbaarheid IC-personeel en de geografische ligging in de regio.

Voor de uitwerking van de derde stap lijkt het inrichten van grotere regionale eenheden een oplossingsrichting. Hiermee kan een schaalvoordeel worden gehaald door maximale efficiëntie; met name het personeel kan efficiënter worden ingezet. Het anders inzetten van het huidige IC-personeel binnen de bestaande IC-regio's kan mogelijk extra IC-bedden genereren onder het principe mens volgt werk. Hieraan zijn wel een aantal randvoorwaarden gekoppeld, namelijk:

- Continuïteit in team en poule van buddy's. Uit de ledenpeiling onder IC-verpleegkundigen (mei, 2020) blijkt dat continuïteit van team en buddy's een belangrijke voorwaarde te zijn om langdurig goed voor meer patiënten te kunnen zorgen.
- Standaardisatie van protocollen, richtlijnen en registraties. Het standaardiseren van protocollen, richtlijnen en registraties ondersteunt flexibele inzetbaarheid, uitwisselbaarheid van professionals in een regio. Standaardisatie vindt op regionaal niveau plaats en bij voorkeur op landelijk niveau.
- Betere aansluiting bij regio's. Uit de evaluatie van de intensivisten (mei 2020) kwam naar voren dat er een betere aansluiting tussen de diverse regio's (ROAZ, IC, MICU-veiligheidsregio) zou moeten plaatsvinden waarbij er ook een grotere betrokkenheid van de professionals binnen die regio's mogelijk is. Ook is duidelijk dat dit vergaande consequenties zal hebben op vervoersgebied. IC-verpleegkundigen zijn (nog) niet uitgebreid bekend met regionale uitwisselingstrajecten. En gegeven de eerste randvoorwaarde (continuïteit in team en buddy's) moet verder worden uitgewerkt hoe dit zich verhoudt tot regionale uitwisseling. Op het niveau van de intensivisten wordt meer regionaal uitgewisseld. Uitwisseling op regionaal niveau zou op vrijwillige basis moeten plaatsvinden.

### C. Opschaling in de keten

Tot slot stelt de werkgroep vast dat de IC niet een losstaande entiteit is. Het vormt een onderdeel van een ziekenhuis. Opschaling van de IC-capaciteit gaat nadrukkelijk ook implicaties hebben voor de gehele ziekenhuisorganisatie. Daarnaast moet rekening gehouden worden met optimalisatie van het zorgproces voor en na de IC. Denk hierbij aan advance care planning, goede step down afdelingen, maar ook voldoende mogelijkheden in revalidatiecentra en specialistische thuiszorg.