

LEDENPEILING

Structurele ophoging IC-capaciteit

Een terug- en een vooruitblik

Beroepsvereniging Verpleegkundigen
& Verzorgenden Nederland, IC-afdeling

Colofon

CONTACTGEGEVENS

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Orteliuslaan 1000
3528 BD Utrecht

E-mail: info@venvn.nl

Telefoon: () (10)(2e)

Internet: www.venvn.nl

JAAR VAN UITGAVE

© Copyright V&VN Mei 2020

AUTEURS

(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)

Vooraf

Het op korte termijn uitbreiden van het aantal IC-bedden naar 1.700 structureel is niet realistisch. Dit blijkt uit een V&VN-peiling waaraan ruim 1.100 IC-verpleegkundigen hebben deelgenomen. Ruim een kwart van de IC-verpleegkundigen beoordeelt de kwaliteit van de geleverde zorg tijdens de coronapiek in maart-april als onvoldoende. IC-verpleegkundigen hadden in deze periode meer patiënten onder hun hoede dan normaal: 85% soms tot vaak drie patiënten, 36% zelfs vier patiënten (één of twee patiënten per IC-verpleegkundige is gebruikelijk). Dat is door 69% als zwaar tot heel erg zwaar ervaren.

68% van de ondervraagden ervaart een grotere psychische belasting dan normaal, in de vorm van vermoeidheid, stress, slapeloosheid en gevoelens van machteloosheid en onzekerheid. Een overgrote meerderheid (79%) maakt zich zorgen over de voorgenomen uitbreiding van het aantal bedden: vanwege de gevolgen voor de kwaliteit van zorg én het tekort aan collega's. Slechts 6% maakt zich geen zorgen.

Rowan Marijnissen, voorzitter V&VN IC: "Coronapatiënten hebben de zwaarst mogelijke verpleegkundige zorg nodig. Er is de afgelopen maanden zonder twijfel een topprestatie geleverd. Maar we zijn in april dichtbij de grens gekomen van wat we in Nederland aankunnen. Als we over die grens heen gaan, kunnen we de kwaliteit niet meer garanderen en zullen er meer mensen sterven op de IC's. Ook ben ik bang dat collega's dan massaal gaan uitvallen."

Twee IC-patiënten per verpleegkundige is het maximum

Ruim driekwart van de respondenten geeft aan dat zij zorg kunnen verlenen aan maximaal twee patiënten gedurende een langere periode (> drie maanden). Voorwaarde is wel dat zij hierbij maximaal ondersteund worden door collega's van andere afdelingen. Dit betekent dat het huidige aantal IC-bedden snel structureel verhoogd kan worden van de huidige 1.150 naar 1.350. Tijdens een piek kunnen IC-verpleegkundigen voor kortere tijd (minder dan 1 maand) wel drie patiënten tegelijk verplegen, vindt 57% van de respondenten.

Rowan Marijnissen: "Snel structureel opschalen naar 1.700 IC-bedden kan niet. Dan moet je eerst meer IC-verpleegkundigen opleiden en dat duurt anderhalf jaar. In april zaten we, met dank aan collega's van andere afdelingen die ondersteunende taken uitvoerden, kort op 1.650 bedden. Maar er is een grens aan wat zij ons uit handen kunnen nemen. Meer én zwaardere patiënten dan gebruikelijk verplegen trek je een tijdje op adrenaline. Maar het is een illusie dat je het maandenlang op deze manier kan volhouden. Het is belangrijk dat we in Nederland het eerlijke verhaal hierover vertellen."

Niks over ons zonder ons

82% van de respondenten vond de samenwerking met artsen op de IC goed tot zeer goed. De samenwerking tussen IC-verpleegkundigen onderling werd door 94% als goed tot zeer goed beoordeeld. Daar staat tegenover dat slechts 26% werd betrokken bij beslissingen over bedbezetting en personele inzet, terwijl 92% aangeeft die betrokkenheid van belang te vinden. Marijnissen: "Het is cruciaal dat verpleegkundigen meepraten en meebeslissen over capaciteitsvraagstukken. En over de inzet en opleiding van ondersteunende collega's. Verpleegkundigen doen het werk, wij weten wat wel werkt en wat juist niet. Niks over ons zonder ons."

Inzet van ondersteuners

Uitgevoerde zorg / handelingen

We hebben uitgevraagd welke zorg / handelingen uitgevoerd werden door de ondersteunende collega's. Respondenten konden op deze vraag meerdere antwoorden geven. Daarnaast was er de mogelijkheid om reacties in te vullen die anders waren dan de standaard categorieën. In totaal hebben 1142 respondenten deze vraag ingevuld.

Hieronder volgt eerst een overzicht van de standaard categorieën, beginnend met de meest voorkomende.

Zorg / handelingen	Percentage	Aantal respondenten
Klaarmaken van medicatie	87%	992
Lichamelijke verzorging	85%	971
Ondersteuning bij het draaien van en naar buikligging	82%	936
Bloedafname uit arterieelijn	72%	825
Toedienen van orale medicatie	63%	720
Omzetten van pompen met continue medicatie	59%	671
Mobiliseren van patiënten	55%	626
Toedienen van intraveneuze medicatie	46%	524
Mondzorg bij beademde patiënt	41%	472
Begeleiding familie/naasten	19%	214
Zorg voor tracheaanule en/of tube	15%	173

263 respondenten (23%) hebben aan ander antwoord gegeven. Hieronder volgt een overzicht met zorg / handelingen die door ondersteunende collega's zijn uitgevoerd.

- Materiaal halen / klaarleggen / aangeven
 - Bijvullen kasten met materialen en linnengoed
 - Hulp bij omkleden
 - Afvoer materialen van isolatiekamers
 - Bestellen van materialen
- Opruimen / schoonmaken
 - Gebruikte materialen
 - Opruimen van de kamer en afdeling
 - Prullenbakken legen
 - Kamers schoonmaken bij ontslag/overlijden en klaarmaken voor nieuwe opname
 - Verschoneren filters beademingsmachine
- Omloop / logistiek
 - Omloopwerkzaamheden

- Versturen labmateriaal
- Aangeven materiaal
- Bijvullen
- EPD bijwerken, valideren vochtbalans
- Toezicht hygiënisch werken
- Beantwoorden van de telefoon en deurbel
- Verzorging
 - Helpen bij lichamelijke verzorging
 - CAD legen
 - Dialysezakken wisselen
 - Verschonen van patiënt
 - Maagretentie bepalen
 - Assisteren bij inbrengen lijn
 - Normale wisselligging

Zorg / handelingen die niet overgenomen kunnen worden

Niet alle zorg / handelingen die door ondersteunende collega's zijn uitgevoerd tijdens de afgelopen piekbelasting zouden in een ideale situatie ook door hen uitgevoerd worden. Maar vanwege de crisis zijn meer zorg / handelingen bij ondersteunende collega's terechtgekomen dan normaal het geval zou zijn. De kwaliteit van zorg is op onderdelen als slecht(-er) beoordeeld.

75% van de respondenten gaf aan dat de psychosociale begeleiding van de naasten en familie 'matig' tot 'slecht' was. Bijna de helft (42%) gaf aan dat de lichamelijke verzorging van de patiënt 'matig' tot 'slecht' was. Een derde gaf aan dat de beademingszorg, waaronder mondverzorging van de patiënt, 'matig' tot 'slecht' was. Men is tevreden over de medicatietoediening (oraal en intraveneus). 87% beoordeelde dit met een 'voldoende' tot 'goed'.

Op de vraag 'welke aspecten kunnen volgens jou niet overgenomen worden?' konden de respondenten meerdere antwoorden geven. Daarnaast was er de mogelijkheid om reacties in te vullen die anders waren dan de standaard categorieën. In totaal hebben 1142 respondenten deze vraag ingevuld.

Hieronder volgt eerst een overzicht van de standaard categorieën, beginnend met de meest voorkomende.

Zorg / handelingen	Percentage	Aantal respondenten
Nierfunctieervangende therapie	94%	1076
Transport naar CT	90%	1023
Toedienen van vasopressoren	74%	849
Bewaking vitale functies	69%	785
Zorg voor tracheaanule en/of tube	68%	778
Begeleiding familie/naasten	49%	561
Toedienen van intraveneuze medicatie	35%	396
Mondzorg bij beademde patiënt	26%	299
Mobiliseren van patiënten	15%	176
Ondersteuning bij het draaien van en naar buikligging	14%	158
Toedienen van orale medicatie	8%	95
Lichamelijke verzorging	6%	65
Klaarmaken van medicatie	6%	64

319 respondenten (28%) hebben aan ander antwoord gegeven. Ook hier geven de meeste respondenten aan dat het afhankelijk is van de vooropleiding, ervaring en het wel of niet hebben van verpleegkundige achtergrond welke taken wel of niet uitgevoerd kunnen worden door ondersteuners. Zo geeft men aan dat anesthesiemedewerkers meer handelingen kunnen overnemen dan verpleegkundigen van de afdeling. Wat hierbij ook van belang is, is de mate van complexiteit en de stabiliteit van de patiënt.

Het totale overzicht over de situatie van de patiënt houden wordt in de open antwoorden als belangrijkste taak genoemd die niet overgenomen kan worden door ondersteuners. Hiervoor is een goede klinische blik, klinisch redeneren en begrip over hoe alles samenhangt en wat consequenties kunnen zijn volgens de respondenten van belang. Hieruit vloeit dan ook voort dat respondenten aangeven dat ondersteuners niet zelfstandig kunnen handelen en ook niet de eindverantwoordelijkheid voor een IC-patiënt kunnen dragen. Dit betekent volgens de respondenten dat ondersteuners de coördinatie van zorg dan ook niet kunnen overnemen.

“Wassen kan iedereen, de zaken interpreteren is specialistisch en nodig voor de IC-zorg.”

De zorg die te maken heeft met beademing wordt veel genoemd door respondenten. Het gaat dan om het bewaken van de beademingsinstellingen en deze zo nodig

wijzigen, interpretatie van de beademingsgegevens en bloedgaswaarden, assisteren bij intuberen, bronchiaal toilet, vernevelen en weanen. Ook het bewaken en interpreteren van vitale functies en hierop anticiperen kan niet worden overgenomen door ondersteuners.

Volgens de respondenten kunnen de ondersteuners niet het lopen van visite, bijsturen en meedenken in de behandeling of deelnemen aan het MDO overnemen.

Bovenstaande aspecten van de IC-zorg maken ook dat ondersteuners niet zelfstandig acute opnames kunnen opvangen of acute veranderingen bij patiënten kunnen signaleren en hierop kunnen anticiperen.

Bijvoorbeeld als het gaat om het aanpassen van medicatie, want je moet hiervan wel de consequenties kunnen overzien.

Andere handelingen of bediening van apparatuur die zijn genoemd (in volgorde van meest naar minst):

- ECMO/ECLS/LVAD
- PICCO/Swan Ganz/IABP
- ICP-meting
- Zorg voor HTX/LOTX patiënten
- Zorg voor centrale lijn (inbrengen, verzorgen, verwijderen) en het oplijnen van een patiënt
- Zelfstandig lichamelijk zorg bieden/draaien beademde patiënt
- Familiegesprekken waarin beleid wordt besproken
- Level one
- Externe pacemaker

Zorg / handelingen die wel overgenomen kunnen worden

Uit de analyse van de open antwoorden bij deze vraag blijkt dat welke taken overgelaten kunnen worden aan ondersteunende collega's geheel afhankelijk is van de achtergrond van de ondersteuner.

Ondersteuners met een verpleegkundige achtergrond moeten anders ingezet worden dan collega's zonder verpleegkundige achtergrond.

“Eenvoudige taken, zoals lichamelijke verzorging, overnemen kan alleen wanneer de collega goed ingewerkt is. Eenvoudig voorbeeld: de noodzaak van het gladtrekken van een laken en decubituspreventie ontgaat de (waardevolle) anesthesie-assistenten volledig omdat ze geen verpleegkundige achtergrond hebben.”

Respondenten geven aan dat ondersteuners goed opgeleid en ingewerkt moeten zijn. De IC-verpleegkundige blijft altijd eindverantwoordelijk, daarom vinden veel respondenten ook dat een ondersteuner niet zelfstandig kan handelen en altijd alles onder supervisie en in overleg met de IC-verpleegkundigen moet doen. Het aangeven van grenzen en het terugkoppelen aan de IC-verpleegkundigen wordt door de respondenten belangrijk gevonden. Daarnaast geven respondenten aan dat het totaalplaatje van de patiënt belangrijk is, en dat dit alleen goed beoordeeld kan worden als je hiervoor opgeleid bent tot IC-verpleegkundige. Ook het mobiliseren en de lichamelijke verzorging worden gezien als zorgmomenten die belangrijk zijn om een goed totaalbeeld te krijgen van de patiënt. Respondenten geven dan ook aan dat ondersteuners hierbij kunnen helpen, maar dit niet zelfstandig kunnen doen. Ondersteuners kunnen onvoldoende de risico's van het handelen overzien.

“Een IC-patiënt is een kwetsbare patiënt en een ondersteunende collega is vaak niet in staat om een goede inschatting te maken van de (in)stabiliteit van deze patiënt. Daardoor is het lastig voor een ondersteunde collega om echt zelfstandig taken te verrichten bij deze patiënten.”

In de enquête zijn twaalf taken genoemd. Respondenten kregen de vraag aan te geven welke taken er volgens hen uitbesteed kunnen worden.

1. Klaarmaken medicatie (oraal en IV) (83%)
2. Lichamelijke verzorging (81%)
3. Bloedafname uit arteriële lijn (78%)
4. Toedienen van orale medicatie (72%)
5. Ondersteunen bij het draaien van en naar buikligging (71%)
6. Mobiliseren van de patiënt (57%)
7. Mondzorg bij beademde patiënt (50%)
8. Toedienen van intraveneuze medicatie (43%)
9. Begeleiding patiënten (29%)
10. Begeleiding familie en naasten (17%)

11. Toedienen van vasoactieve medicatie (6%)
12. Nierfunctie vervangende therapie (2%)

Respondenten hadden ook de mogelijkheid om aan te geven welke andere taken zij zouden beleggen bij ondersteuners. Aanvullend op de reeds genoemde taken worden logistieke taken het meest genoemd. Het gaat dan om taken zoals: bijvullen van materialen, opruimen, eten voor de patiënt regelen, kamers schoonmaken, apparatuur desinfecteren, materialen halen en klaarzetten, dingen wegbrengen naar het lab, het noteren controles in EPD en het legen van urinezakken.

Beoordeling kwaliteit

Ruim een kwart van de IC-verpleegkundigen beoordeelt de kwaliteit van de geleverde zorg tijdens de coronapieak in maart-april als onvoldoende. IC-verpleegkundigen hadden in deze periode meer patiënten onder hun hoede dan normaal: 85% soms tot vaak drie patiënten, 36% zelfs vier patiënten (één of twee patiënten per IC-verpleegkundige is gebruikelijk). Dat is door 69% als zwaar tot heel erg zwaar ervaren. Tijdens deze periode werden veel IC-verpleegkundigen ondersteunt door niet-IC-collega's, het gaat dan om medewerkers van de anesthesie, OK, verkoever/PACU of algemene verpleegkundigen. 58% van de respondenten vindt dat zij in staat zijn om deze collega's te begeleiden. Op de vraag of ze door de ondersteuning in staat waren om goede kwaliteit te leveren, is het antwoord wisselend. 33% geeft aan dat ze door de ondersteuners in staat waren goede kwaliteit te leveren, 40% is hier neutraal over en 27% vindt dat zij ondanks de ondersteuners geen goede kwaliteit van zorg konden leveren. Uit de analyse van de antwoorden op de open vragen blijkt dat veel IC-verpleegkundigen aangeven dat het moeilijk was om de kwaliteit van zorg op normaal niveau te blijven leveren ondanks ondersteuning van niet-IC-personeel. Door de vele patiënten en de kritieke toestand waarin zij verkeerden lag de focus meer op het in leven houden van patiënten en het verrichten van noodzakelijke medische en verpleegkundige handelingen. Minder op persoonlijke zorg, mondzorg en mobiliseren. Hierdoor zijn concessies gedaan als het gaat om kwaliteit van zorg.

De kwaliteit van de ondersteuning en de mate waarin ondersteuners echt hebben geholpen de kwaliteit van zorg te behouden en de IC-verpleegkundigen te ondersteunen blijkt afhankelijk te zijn van de persoon (achtergrond, kennis, opleiding en ervaring), de situatie van de patiënten en de werkdruk. Onduidelijke taakverdeling, veel wisselingen in ondersteuners en te weinig tijd voor inwerken en scholing zorgden ervoor dat IC-verpleegkundigen niet goed wisten wat ze van een ondersteuner konden verwachten. Hierdoor wordt door verpleegkundigen de noodzaak ervaren om het werk van de ondersteuners te controleren wat hen weer

extra tijd en energie kostte. Daarnaast geven respondenten aan dat het veel tijd en energie kostte om de ondersteuners in te werken en uitleg te geven over waar materialen liggen, over handelingen of over de patiënt. Wat hierbij niet hielp, is dat IC-verpleegkundigen zeer regelmatig nieuwe ondersteuners kregen die zij moesten inwerken en begeleiden. Niet iedere ondersteuner is volgens respondenten ook geschikt om te helpen op een IC. Een verpleegkundige achtergrond blijken respondenten als belangrijke eis te zien. Daarnaast heeft het de voorkeur dat ondersteuners ervaring hebben in de acute zorg zoals kinder-IC -verpleegkundigen, CCU-verpleegkundigen of anesthesiemedewerkers met een verpleegkundige achtergrond. Het grootste probleem met de ondersteuners lijkt het gebrek aan kennis en vaardigheden te zijn waardoor zij onvoldoende werk kunnen wegnemen bij de IC-verpleegkundigen. Het wisselende niveau van de ondersteuners en de wisselende taken die zij wel of niet konden uitvoeren werd als vervelend ervaren.

Doordat IC-verpleegkundigen verantwoordelijk waren voor meer patiënten dan normaal en daarbij verschillende ondersteuners moesten aansturen en begeleiden verloren zij soms het overzicht over de patiënten. Bij zoveel patiënten kan de IC-verpleegkundige niet alles controleren en overzien. Hierdoor worden er punten gemist, bijvoorbeeld een saturatiedaling die lang blijft aanhouden bij de ene patiënt terwijl de verpleegkundige 'vaststaat' bij de andere patiënt. Ook leidt dit tot fouten en bijna-fouten.

"Maar als jij als IC-verpleegkundige vier patiënten onder je hoede hebt met ondersteuners kan je niet het overzicht houden en door de hoge werkdruk doe je het broodnodige en verder niet. Met ondersteuners moet je maar hopen dat een ondersteuner op tijd aan de bel trekt mocht er iets zijn. Elke ondersteuner is anders qua wat hij/zij wel kan en wat niet. Grote kans op fouten die niet ondervonden worden. Dit vind ik geen kwalitatief goede zorg."

Bijscholing

We hebben gevraagd op welk gebied bijscholing nodig is als je kijkt naar jouw rol bij het aansturen, begeleiden en coördineren van de totale IC-zorg. 26% (298 absoluut) van de respondenten geeft aan bijscholing te wensen op het gebied van communicatietechnieken zoals feedback geven, eigen grenzen aangeven en delegeren. 30% (341 absoluut) geeft aan bijscholing te wensen op het gebied van coördinerende vaardigheden. 7% (80 respondenten) wenst bijscholing in klinisch redeneren. 424 respondenten hebben een open antwoord gegeven op deze vraag. Deze antwoorden zijn divers. Ruim 200 respondenten hebben aangegeven een specifieke en/of gerichte opleidingswens te hebben. Hierbij sprongen een aantal onderwerpen in het oog:

- Scholing COVID-19 specifiek klinisch redeneren (12%) werd vaak genoemd. Meestal alles over het ziektebeeld, beademing technische nieuwe feiten, extra verdieping in het ziektebeeld, casuïstiekbespreking, infectieprotocollen en de nieuwste inzichten.
- 5% van de respondenten geeft aan bijscholing te willen ontvangen op alle drie van de vooraf aangegeven terreinen (communicatietechnieken, klinisch redeneren en coördinerende vaardigheden).
- Bij 12% van de respondenten is er een behoefte om aanvullende training te verkrijgen op zowel coördinerende vaardigheden als communicatietechnieken. Deze combinatie wordt met name als belangrijk gezien om de werkdruk beter te verdelen, ondersteuning beter in te zetten, aan te sturen, taken uit te zetten, te coachen en te coördineren.
- Een andere 5% van de respondenten heeft de wens uitgesproken behoefte te hebben aan specifieke scholing rondom beademingszorg. Hieraan werd toegevoegd dat men graag een verdiepende uitleg wenst van de nieuwe/verschillende beademingsapparatuur die anders is dan de reguliere beademingsapparatuur waar ze mee werken. Hierbij merkt een aantal respondenten op dat dit in samenhang moet plaatsvinden met nieuwe dialyse- en/of ECLS-apparatuur en gewijzigde medicatietechnieken rondom COVID-19 patiënten. Er werd tevens aangegeven dat door de in de haast aangeschafte nieuwe apparatuur er onvoldoende bekendheid is met de nieuwe en of gewijzigde functionaliteiten.
- 8% van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan intervisie en supervisietraining om tot betere afbakening van taken en verantwoordelijkheden te komen. Met name terugkijken en lessen leren door casusbespreking, conflicthantering, zelfbescherming, omgang met stress en emoties en omgaan met ondersteunend personeel waren onderwerpen die hier werden genoemd. Een aantal mensen wil vaardigheden leren zoals grenzen aangeven en coachen. Anderen willen meer leren van elkaar in de

vorm van klinische lessen of intervisie. Vrijwel overal gaat het om het aanleren van nieuwe vaardigheden, bijvoorbeeld het hanteren van taakgericht werken, het bieden van emotionele steun aan de ondersteuners.

- 10% van de respondenten geeft een breed scala aan specifieke bijscholings-elementen aan. Hierbij moet gedacht worden aan adequate bijscholing voor: ondersteuners, opbouwen van een hybride IC-pool, grensbewaking waaronder ook pauzes, gelijkwaardig communiceren met management, slaapproefing en slaapproefing, crisismanagement, zorgdragen geestelijke begeleiding, mindfulness, hoe te herstellen na deze werkomstandigheden, hoe toch gezond te leven, leren loslaten, hoe zorg te dragen voor de thuissituatie, etc.

Ruim 200 respondenten gaven aan geen suggestie voor specifieke scholing (36%) te hebben en/of geen scholing (13%) nodig te hebben. Regelmatig gaven mensen aan nu geen scholing te willen omdat nu de prioriteit ligt bij de zorg. De vraag om scholing leidde tevens bij een aantal respondenten tot irritatie.

“Vraag nu niet naar scholing, maar geef ons extra mensen. Daar zijn wij meer mee geholpen.”

Overige observaties

Los van de antwoorden op de vraag over scholing, sprongen in deze uitvraag een aantal zaken in het oog:

- Regelmatig werd genoemd dat niet de verpleegkundigen zelf, maar de ondersteuners scholing nodig hebben.
- Enkele keren is er een oordeel over de ondersteuners geuit: ze weten te weinig, ze kunnen het mentaal niet aan, ze zijn niet gewend om in crisissituaties te werken.
- Enkele keren werd genoemd dat IC-verpleegkundigen het gevoel hebben dat ze opgeleid zijn om juist dit werk te doen, dat zij dit beheersen, ook in de crisissituatie en dat dat hen een goed gevoel geeft.
- Enkele keren werd aangegeven dat salarisverhoging voor IC-verpleegkundigen op zijn plaats is gegeven de grote inspanningen die zijn verricht.
- Meermaals werd genoemd dat IC-verpleegkundigen na deze crisis hersteltijd nodig hebben om niet op te branden.
- Daarnaast was er frustratie dat er onvoldoende dialoog was met het ziekenhuismanagement en dat er onvoldoende naar IC-verpleegkundigen geluisterd werd om hen in hun kracht te zetten. Bij vragen of problemen werd onvoldoende thuisgegeven.

Behoeft

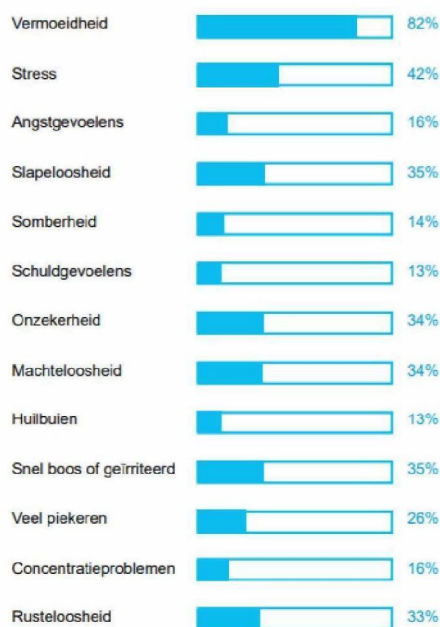
We hebben gevraagd waar IC-verpleegkundigen behoefte aan hadden bij het begeleiden van de ondersteunende collega's.

202 respondenten hebben hierop een antwoord gegeven.

- Richtlijnen en takenpakket voor de ondersteuners (wat mag wel, wat niet)
- Gekwalificeerde collega's die meer kennis, ervaring hebben met complexe patiënten
- Continuïteit in team en ondersteuners
- Tijd om ondersteuners en cursisten goed te begeleiden
- Tijd om uit te rusten tussen werkdagen
- Pauzes
- Geen verplicht rooster

Psychische belasting en ondersteuning

68% van de respondenten geeft aan tijdens de coronacrisis meer psychische belasting te ervaren. Eenzelfde percentage geeft aan last te hebben van klachten. Zie hieronder een overzicht van welke klachten voorkomen.



We vroegen de IC-verpleegkundigen of zij behoefte hebben gehad aan mentale/psychische ondersteuning. 20% (229) van de respondenten geeft aan behoefte te hebben gehad aan mentale/psychische ondersteuning. 80% had deze behoefte niet.

Door de IC-verpleegkundigen die wel de behoefte hadden werd aangegeven dat ze als eerst de mogelijkheid willen hebben om hun hart te luchten bij collega's. Met elkaar over ingrijpende gebeurtenissen praten lucht op. Vaak werd genoemd dat hier geen tijd voor is geweest. Waar dat wel het geval was, geven respondenten aan dat ze graag laagdrempelig gebruik willen maken van bedrijfsopvang, een psycholoog, bedrijfsmaatschappelijk werk en/of dominee.

Door de IC-verpleegkundigen die aangaven geen behoefte te hebben aan mentale/psychische ondersteuning werden redenen gegeven als dat ze dit niet nodig hadden, de meesten hadden genoeg aan de gesprekken die ze hadden met collega's. Andere respondenten gaven aan dat er voldoende ruimte buiten het ziekenhuis was om te ventileren, een rustige en stabiele thuissituatie ondersteunt hierin.

Op de vraag of er vanuit de werkgever psychische ondersteuning is aangeboden geeft slechts 5% van de respondenten aan geen ondersteuning aangeboden te hebben gekregen van de werkgever. Van de 95% die dit aanbod wel heeft gehad, heeft 13% hiervan gebruik gemaakt. 82% heeft dat (nog) niet gedaan. Doordat ze het (nog) niet nodig hebben gehad of (nog) geen behoefte aan hebben gehad. Er werd ook aangegeven dat het niet laagdrempelig genoeg was. Zo moest er bijvoorbeeld een afspraak gemaakt worden voor/na de dienst, en men had dan niet de puf om hier na de dienst nog heen te gaan. Of de beschikbare tijden van de ondersteuning kwamen onhandig uit. Zoals in een lunchpauze en dan hadden IC-verpleegkundigen meer behoefte om te praten met collega's. Ook werd aangegeven dat de aangeboden ondersteuning niet aansloot bij de behoefte. Zo werd met name ervaren dat de persoon die de ondersteuning bood onvoldoende begreep wat er speelt op de IC en op die manier niet aansloot bij de belevingswereld van de IC-verpleegkundige.

Mogelijke structurele verhoging van de IC-capaciteit?

De vraag 'hoe kijk je aan tegen de mogelijke structurele verhoging van de IC-capaciteit' is door 1143 (100%) respondenten beantwoord. Het antwoord op deze vraag is onderverdeeld in vier delen: 'ik maak me zorgen, want'; 'ik maak me geen zorgen, want'; 'ik zie kansen, namelijk'; 'ik zie risico's, namelijk'.

Ik maak me zorgen, want

Maar liefst 79% van de respondenten¹ maakt zich zorgen over een structurele verhoging van de IC-capaciteit. De analyse van de antwoorden laat geen verschillen zien tussen een IC-verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis, een topklinisch ziekenhuis en perifeer ziekenhuis.

De grootste zorg die IC-verpleegkundigen hebben is het **personeelstekort**. Er zijn te weinig gediplomeerde IC-verpleegkundigen. Nu, en op de korte tot middellange termijn. IC-verpleegkundigen maken zich zorgen over de consequenties van te weinig gediplomeerde IC-verpleegkundigen. Zij beredeneren dit vanuit hun ervaringen uit de afgelopen crisisperiode. Hierbij zijn twee situaties te onderscheiden, namelijk de situatie waarbij er geen of te weinig ondersteunend personeel is. En de situatie waarbij er wel ondersteunend personeel is, niet zijnde gediplomeerde IC-verpleegkundigen.

In het eerste geval moet hetzelfde aantal IC-verpleegkundigen meer bedden draaien in absolute zin. Dat betekent dat de verpleegkundige-patiënt ratio hoger wordt, structureel. De afgelopen crisisperiode hebben IC-verpleegkundigen met een hogere verpleegkundige-patiënt ratio gewerkt. Deze periode besloeg enkele maanden. Echter, deze situatie is niet voor een langere periode vol te houden. 69% van de respondenten² heeft de werkdruk in de periode van begin maart tot eind april als 'zwaar' tot 'heel erg zwaar' ervaren. IC-verpleegkundigen maken zich zorgen voor uitval en burn-out, voor henzelf of collega's.

"Structureel voor meer patiënten verantwoordelijk zijn dan 1:2 geeft verhoogde kans op het maken van fouten, hoge werkdruk, verzuim, kwaliteit van zorg gaat omlaag. Voor de lange termijn ben ik bang voor uitval van personeel."

¹ Absoluut is dit 908 respondenten.

² Absoluut is dit 793 respondenten.

"We zijn nu al redelijk overwerkt en hebben onmogelijke roosters. Als er een structurele verhoging komt, zou ik serieus overwegen om te stoppen met werken op de IC omdat ik de afgelopen periode niet aan kan op langere termijn."

"Ik merk nu het langer aanhoudt dat het me zowel lichamelijk als psychisch parten begint te spelen."

In het tweede geval zijn IC-verpleegkundigen ook verantwoordelijk voor meerdere patiënten, maar werken zij met ondersteuners op de IC. Zoals anesthesiemedewerkers, OK-personeel, verpleegkundigen van de afdeling en/of cursisten. Het gaat hierbij allemaal om niet gediplomeerde IC-verpleegkundigen. IC-verpleegkundigen zijn erg dankbaar voor alle hulp die zij hebben gekregen. Immers meer handen kunnen meer werk verrichten. Alleen, zij hebben ervaren dat het werk dat verricht is niet van dezelfde kwaliteit is geweest.

Er zijn meer fouten gemaakt en meer onveilige situaties voorgekomen, al dan niet met fatale afloop. Welke ondersteuner je ook naast een IC-verpleegkundige zet, het blijft niet hetzelfde als een gediplomeerde IC-verpleegkundige, zo blijkt uit de analyse. Allereerst schiet er kennis tekort. Daarnaast leer je goede IC-zorg te leveren door het te doen, praktijkervaring op te bouwen. Als gediplomeerde IC-verpleegkundige heb je minimaal al 18 maanden aan het bed gestaan, als cursist gedurende de opleiding. En deze ervaring missen de ondersteunende mensen.

De inzet van ondersteuners zorgt ervoor dat in absolute zin meer mensen taken verrichten voor een patiënt. Om als IC-verpleegkundige het overzicht te kunnen houden over de toestand van "jouw IC-patiënt" moet je weten wat er speelt. IC-verpleegkundigen geven aan dat de verantwoordelijkheid over meerdere patiënten waarbij meerdere mensen verrichtingen uitvoeren bij een patiënt zorgt voor het kwijt raken van het overzicht. Een IC-verpleegkundige kan daardoor het gevoel hebben niet meer precies op de hoogte te zijn van de toestand van de patiënt op dat moment. Omdat de toestand van een patiënt zo kan omslaan, is het hebben van overzicht juist een cruciale factor voor het gevoel goede zorg te leveren en in control te zijn. Als je in control bent, kun je op het moment dát de situatie omslaat direct inspelen op de situatie en in actie komen.

Doordat dit in de crisisperiode niet goed is gelukt is de kwaliteit en veiligheid van zorg achteruitgegaan. Dit heeft op zijn beurt geleid tot stress, uitputting, overbelasting, vermoeidheid en/of machteloosheid. Op langere duur leidt dit tot uitval, waardoor het personeelstekort verder oploopt. Dit is de grootste zorg van de IC-verpleegkundigen.

Ik maak me geen zorgen, want

74 respondenten geven aan zich geen zorgen te maken over een mogelijke structurele verhoging van de IC-capaciteit. Zij geven aan vertrouwen te hebben in dat het goed komt, gegeven de positieve- en leerervaringen van afgelopen periode. Een aantal respondenten geeft aan dat ze toch niks aan de situatie kunnen veranderen en wel zien wat er op hen afkomt.

"Ben trots op de manier waarop er met z'n allen gewerkt is op onze afdeling. Daardoor heb ik er alle vertrouwen in dat het wanneer het nodig is goed komt!"

"Je toch niet weet hoe het gaat komen. Opschalen is ons al gelukt, heel veel werk maar voldoening dat het gelukt is. We weten wat we nu kunnen. Kom maar op!"

Ik zie kansen, namelijk

20% van de respondenten³ ziet kansen bij een structurele verhoging van de IC-capaciteit. De analyse van de antwoorden laat geen verschillen zien tussen een IC-verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis, een topklinisch ziekenhuis en perifeer ziekenhuis.

Het meest wordt genoemd dat men nu kansen ziet om de taken op de IC-afdeling te differentiëren. IC-verpleegkundigen hebben ervaren hoe het is om voor langere tijd voor meer patiënten de zorg te coördineren, waarbij zij ondersteuners hebben aangestuurd, en cursisten hebben begeleid. Als de IC-capaciteit structureel wordt opgehoogd ziet men kansen om dit verder vorm te geven.

³ 233 absoluut.

Men ziet ook kansen om nieuwe mensen aan te trekken. De afgelopen periode is de IC en de zorg die daar geleverd wordt veel in het nieuws geweest. Er zijn ook documentaires gemaakt en de zorg die normaal gesproken voor veel mensen achter gesloten deuren blijft is zichtbaar gemaakt. Dit kan verpleegkundigen en anderen enthousiasmeren om de IC-opleiding te gaan doen. Ook zien de respondenten kansen dat de ondersteuners enthousiast zijn geworden door hun periode op de IC en de opleiding gaan doen.

"Hopelijk is er nu ruimte om structureel iets te kunnen doen aan het personeelstekort en gebruik te maken van het feit dat het verpleegkundige beroep momenteel erg positief wordt ervaren door veel mensen zodat er hopelijk meer leerlingen willen instromen in ons beroep."

Als derde noemt men de kans dat de financiële beloning omhoog gaat. Er wordt aangegeven dat het belang van het beroep van IC-verpleegkundige meer is onderkent in de crisis. Men ziet een kans om dit in een financiële beloning tot uitdrukking te laten brengen.

Doordat we in een crisis zaten zijn er in korte tijd meer middelen en mogelijkheden beschikbaar gekomen voor de IC. Men ziet de kans om dit te blijven benutten of verder uit te nutten. Respondenten zien hierdoor mogelijkheden voor meer (regionale) samenwerking, meer onderzoek, innovatie, vermindering van regeldruk en/of investeren in kwaliteitsprojecten.

Men heeft in het zorgdragen voor meerdere patiënten de afgelopen periode een uitdaging gezien. En ziet dit ook in een structurele ophoging van de IC-capaciteit. In combinatie met leiderschap.

"Verbreden van horizon, out of de box denken is leuk."

"(IC-)verpleegkundige beroepsgroep kan zich mogelijk beter uitspreken en meer betrokken zijn bij besluitvorming binnen en buiten het vakgebied."

Waardering kon al beter, maar nu zijn er mogelijkheden om dat open te gooien en te bespreken.....”

Ik zie risico's, namelijk

29% van de respondenten⁴ ziet risico's bij een structurele verhoging van de IC-capaciteit. De analyse van de antwoorden laat geen verschillen zien tussen een IC-verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis, een topklinisch ziekenhuis en perifeer ziekenhuis.

Deze IC-verpleegkundigen noemen de **kwiteit en veiligheid van zorg** als grootste risico van het structureel ophogen van de IC-capaciteit. Veel IC-verpleegkundigen hebben in de afgelopen periode ervaren dat er meer fouten zijn gemaakt. Er wordt aangegeven dat er dingen gemist zijn, over het hoofd zijn gezien, niet zijn opgemerkt en dat er niet of te laat is ingegrepen.

”Door een tekort aan IC-verpleegkundige ben ik bang dat er, bij een verhoging van IC-capaciteit, niet de optimale zorg wordt geleverd. Denk hierbij aan minder mobiliseren, mindere begeleiding patiënt en familie, minder goede controle van IV-medicatie, etc.”

Genoemde onderliggende oorzaken zijn op te splitsen in de volgende hoofdcategorieën:

- Het niveau van de ondersteuning
- Geen overzicht hebben
- Verantwoordelijkheid over te veel patiënten

Deze IC-verpleegkundigen geven aan dat ze het niveau van de ondersteuning ervaren als laag. En in ieder geval niet als hetzelfde niveau als van IC-verpleegkundigen. Toch zijn ondersteunende verpleegkundigen als volwaardig meegeteld in de personele bezetting, blijkt uit de analyse. Wanneer het niveau van de ondersteuning laag wordt ervaren, gaat de ervaren investering in het begeleiden van de ondersteuners door IC-verpleegkundigen omhoog. Dit wordt versterkt wanneer er geen continuïteit is in de

⁴ Absoluut is dit 332 respondenten.

ondersteuning, en IC-verpleegkundigen steeds andere ondersteuners moet begeleiden.

Het niveau van de ondersteuning heeft een relatie met het aantal fouten dat gemaakt wordt. Door het inzetten van veel laag geschoolde ondersteuners is in de afgelopen periode ervaren dat er meer fouten zijn gemaakt. En IC-verpleegkundigen geven aan dit als risico te zien voor een structurele ophoging van de IC-capaciteit.

"Uitputting personeel, naast verantwoordelijkheid meerdere patiënten ook meer coachen van collega's, dagelijks afstemmen met 'onbekende collega's', verschillende achtergronden wat veiligheid voor patiënten als IC-verpleegkundige in het geding brengt."

Des te hoger het aantal patiënten is waar de IC-verpleegkundige verantwoordelijkheid voor heeft, des te groter het (gevoel van) verlies van het hebben van een overzicht over deze patiënten.

"Dat dit gerealiseerd gaat worden met meer ondersteund personeel, waardoor wij langere tijd voor meerdere patiënten gaan zorgen en minder aan het bed van onze patiënten staan. Juist in de momenten aan bed kun je de patiënt beoordelen. IC-zorg is meer dan handelingen en interventies. Dat kun je niet overnemen met ondersteunend personeel."

"Wanneer meerdere mensen taken gaan uitvoeren bij één patiënt verlies je mogelijk het totaaloverzicht van een vitaal bedreigde patiënt. En wanneer er acute situaties ontstaan bij meerdere patiënten tegelijk. Je kunt jezelf niet opsplitsen. Wanneer je met één IC-patiënt op transport moet. Wie zorgt er dan voor jouw andere twee patiënten? Doet mijn collega er dan vijf? En hoe doe je het met de pauzes?"

Voor deze IC-verpleegkundigen is het gevoel van het hebben van overzicht een teken van het hebben van controle. Zodra er geen overzicht is, is het (gevoel van) hebben van controle ook weg. Hoe meer patiënten een IC-verpleegkundige onder zijn/haar hoede heeft in combinatie met laaggeschoolde ondersteuners, des te groter IC-verpleegkundigen bang zijn om de controle kwijt te raken.

"Doordat je werk uit handen geeft en het werk door meerdere mensen wordt uitgevoerd zal de continuïteit van zorg in het geding kunnen komen, zeker als de druk hoog is en je de zorg hebt over meerdere instabiele patiënten. Je kan niet altijd toezicht houden op alle uitgevoerde taken."

Uit de analyse zijn naast oorzaken van een verlies aan kwaliteit en veiligheid van zorg ook gevolgen te destilleren. De volgende gevolgen worden genoemd, beginnend met de meest voorkomende:

- Overbelasting van gediplomeerde IC-verpleegkundigen
- Uitstroom van collega's
- Personeelstekort
- Kwaliteit van de begeleiding aan IC-cursisten
- Uitholling van het vak

Zoals uit de kwantitatieve data is gebleken heeft 68% van de respondenten een grotere psychische belasting dan normaal vastgesteld, in de vorm van vermoeidheid, stress, slapeloosheid en gevoelens van machteloosheid en onzekerheid. De kwalitatieve analyse benadrukt dit. Er wordt aangegeven dat er een risico is dat IC-verpleegkundigen uitgeput raken, dat wanneer het personeel te lang te zwaar belast wordt er meer fouten gemaakt worden en dat dit leidt tot klachten als overbelasting en burn-out. Als de kwaliteit en veiligheid in het geding komt, kan dit zwaar gaan drukken op de schouders van de IC-verpleegkundigen. Zij blijven verantwoordelijk voor de zorg van patiënten. En zo voelen ze dit ook.

"Ondersteunende collega's zijn geen langere termijn oplossing en meer dan drie patiënten kan gewoon niet. IC-zorg wordt naar een lager niveau gebracht en dat geeft stress en maakt me boos. Patiënten gaan eerder dood en kansen in behandeling worden niet optimaal benut."

Zo geeft 64% van de respondenten aan de beschikbaarheid van structurele psychische ondersteuning belangrijk tot heel belangrijk te vinden als voorwaarde om goed voor meerdere patiënten te kunnen zorgen.

Doordat er meer fouten worden gemaakt en de kwaliteit van zorg minder is, is men bang dat collega's het vak gaan verlaten. En het bestaande personeelstekort nóg groter wordt.

"Het is onduidelijk hoe we kwalitatief goede en veilige zorg gaan waarborgen. Tevens onvoldoende aandacht voor draagkracht van verpleegkundigen. Ik ben bang voor een grote uitstroom als gevolg van het huidige beleid."

"Dat er qua zorg geen kwaliteit geleverd gaat worden, meer fouten, meer collega's gaan vertrekken uit het vak, minder mensen zullen de IC-opleiding gaan doen."

Een ander gevolg van het verlies van kwaliteit en veiligheid van zorg is de lagere kwaliteit van de begeleiding van IC-cursisten. Men ziet een risico dat IC-verpleegkundigen meer IC-cursisten moet begeleiden. Wanneer cursisten niet goed begeleid worden door gediplomeerden of wanneer zij te snel complexe patiënten krijgen toegewezen of volwaardig worden ingepland, komen zij niet toe aan hun leerdoelen.

Dit wordt benadrukt door een andere vraag uit de enquête. Maar liefst 54% van de respondenten geeft aan voldoende tijd en aandacht om IC-cursisten op te leiden 'heel belangrijk' te vinden als voorwaarde om goed voor meerdere patiënten te kunnen zorgen. Wanneer daar de antwoordcategorie 'belangrijk' bij wordt geteld gaat het om 95% van de respondenten.

Een ander gevolg van het verlies van kwaliteit en veiligheid van zorg dat wordt genoemd is uitholling van het vak door lagere kwaliteit en veiligheid van zorg. Het vak uitoefenen met IC-cursisten die tijdens de opleiding niet de goede begeleiding hebben gehad, met ondersteuners die delen van de werkzaamheden overnemen geeft het gevoel dat het IC-vak wordt uitgehold.

"Dat de kwaliteit van zorg naar beneden gaat. Waar doe je het dan nog voor. Dat de psychische en lichamelijke belasting alleen maar erger gaat worden? Wie wil er dan nog op de IC in de zorg werken? Maar boven al dat ons

professionele vak wordt uitgehold! Kom op je kan echt niet zomaar op een level 3 IC werken!!!!”

Dit wordt benadrukt door een andere vraag uit de enquête. Meer dan de helft (51%) van de respondenten geeft aan zeggenschap over de beroepsinhoud 'heel belangrijk' te vinden als voorwaarde om goed voor meerdere patiënten te kunnen zorgen. Wanneer daar de antwoordcategorie 'belangrijk' bij wordt geteld gaat het om 90% van de respondenten.

Randvoorwaarden

Op de vraag 'Wat zou jou helpen overleefd te blijven?' hebben 953 respondenten geantwoord. Een aantal belangrijke aspecten die naar voren komen zijn: roosters, personeel, salaris, waardering en zeggenschap van verpleegkundigen. Hierin zit geen verschil tussen verpleegkundigen die werkzaam zijn in de perifere, topklinische of academische ziekenhuizen.

Roosters

Het onderwerp roosters wordt het meest genoemd door de respondenten. Respondenten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat ze rust krijgen om bij te komen van deze hectische periode. Daarnaast geven ze aan dat ze behoefte hebben aan vakantie, maar voor meer dan de helft van de respondenten is het onduidelijk of en wanneer ze die krijgen. Respondenten willen een betere balans tussen werk en privé. Ze hebben behoefte aan voldoende vrije dagen (meer dan één dag) tussendoor zodat ze 'even op adem kunnen komen', maar ook dat het maken van de rooster gedaan wordt in overleg met de verpleegkundigen en niet aan hen opgelegd wordt. Het werken van 12-uursdiensten wordt wisselend ervaren. Een deel van de respondenten wil deze niet meer werken omdat ze te zwaar zijn, een ander deel wil juist wel 12-uursdiensten werken om zo meer vrije tijd te hebben. Regelmatige afwisseling in diensten op de cohort-IC en de 'normale' IC is ook belangrijk om het vol te kunnen houden. Bijna de helft van de respondenten heeft zijn/haar contracturen opgehoogd in de maanden maart en april. Men geeft echter ook aan graag weer terug te willen naar de eigen contracturen.

Personeel

De roep om meer personeel is groot. Het gaat dan vooral om gekwalificeerde IC-verpleegkundigen. Het werken met ondersteuners is wisselend ervaren. De ervaringen laten zien dat het werken met een ondersteunersysteem nog veel ruimte voor verbetering biedt. Zo geven respondenten aan dat zij het liefst werken met een vast team van collega's en een vast team van ondersteuners. Doordat er geen vaste ondersteunende teams waren, waren IC-verpleegkundigen altijd wel een ondersteuner aan het inwerken. Dit kost veel tijd die ze niet aan de patiënten kunnen besteden. Het eerder en beter opleiden van ondersteuners voorkomt dat IC-verpleegkundigen naast het verlenen van zorg ook de ondersteuners nog moeten opleiden. Ook bleken er grote verschillen te zijn in de kwaliteit van de ondersteuners, hierdoor is het lastig om te kunnen vertrouwen op hen. Er was niet altijd sprake van

een duidelijke taakverdeling, wat mogen ondersteuners wel en niet doen. Niet iedere ondersteuner gaf duidelijk zijn of haar grenzen aan.

Ruim driekwart van de respondenten geeft aan dat zij zorg kunnen verlenen aan maximaal twee patiënten gedurende een langere periode (> drie maanden). Voorwaarde is wel dat zij hierbij maximaal ondersteund worden door collega's van andere afdelingen. Dit betekent dat het huidige aantal IC-bedden snel structureel verhoogd kan worden van de huidige 1.150 naar 1.350. Tijdens een piek kunnen IC-verpleegkundigen voor kortere tijd (minder dan één maand) wel drie patiënten tegelijk verplegen, vindt 57% van de respondenten.

"De wetenschap dat we als IC-verpleegkundigen niet worden gedwongen om méér verantwoordelijkheid te moeten dragen dan we aankunnen om goede zorg aan onze patiënten te bieden. Ik wil me veilig voelen in mijn team en binnen een bekende werkplek. De onzekerheid over al deze factoren die ons de komende en mogelijk lange tijd boven het hoofd hangt, maakt dat ik me afvraag of ik dit werk wil/kan blijven doen".

Salaris

Uit de enquête blijkt dat respondenten vinden dat zij gezien de toename van hun verantwoordelijkheden structureel hoger ingeschaald moeten worden. Veel IC-verpleegkundigen hebben tijdens de maanden maart-april veel extra uren gewerkt, slechts 12% heeft geen overuren gewerkt. Er blijkt dan ook behoefte te zijn aan een duidelijke regeling met betrekking tot het wel/niet uitbetalen van deze uren. Wanneer uren uitbetaald worden, moeten deze onbelast worden. Daarnaast geven respondenten aan dat secundaire arbeidsvoorwaarden verbeterd kunnen worden. Geopperd wordt dat ziekenhuizen maaltijden (blijven) regelen voor het personeel, betere parkeermogelijkheden bieden om bijvoorbeeld het ov te kunnen vermijden en ondersteuning in de Kinderopvang aanbieden.

Waardering

Waardering gaat over een aantal dingen: waardering in woord, in acties en in geld. De waardering vanuit de maatschappij wordt als prettig ervaren, maar er is ook zorg dat deze waardering weer snel zal verdwijnen. IC-verpleegkundigen hebben vooral ook behoefte aan waardering van hun directe leidinggevende en de organisatie. Respondenten hebben soms weinig interesse vanuit de raad van bestuur, het

management of hun directe leidinggevende ervaren. Maar ook waardering vanuit de overheid is gewenst.

Waardering in acties gaat vaak om het gehoord willen worden in de organisatie en betrokken worden bij besluitvorming. Dit wordt verderop uitgebreid besproken.

Financiële waardering zit in het verhogen van het salaris of het krijgen van een bonus.

“Het zou een mooi kantelpunt zijn vanuit de overheid om eindelijk ook eens die erkenning te geven aan ons door in te zetten op andere vlakken: meer verpleegkundige inspraak, erkenning, betere werkvoorwaarden, financiële tegemoetkoming i.p.v. woorden waaruit blijkt dat ze ons helden vinden.”

Zeggenschap

Bijna de helft van de respondenten geeft aan als verpleegkundige niet betrokken te zijn geweest bij het maken van beslissingen met betrekking tot de bedbezetting en personele inzet. Zeggenschap wordt als belangrijk ervaren. 92% van de respondenten geeft aan zeggenschap en invloed op het beleid voor structurele verhoging van de capaciteit 'belangrijk' of 'heel belangrijk' te vinden als voorwaarde om goed voor meerdere patiënten te kunnen zorgen. IC-verpleegkundigen willen meer betrokken worden bij besluitvorming in hun vakgebied. Met name bij het vormgeven van een structurele verhoging van het aantal IC-bedden en het opstarten van de reguliere zorg willen IC-verpleegkundigen meer betrokken worden. Maar respondenten geven ook aan dat ze willen dat men serieus naar hen luistert wanneer zij grenzen en beperkingen aangeven. Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat zij niet betrokken worden bij beslissingen over bedbezetting en personele inzet.

“Ik denk dat de zorg kwalitatief wel goed blijft en er geen extra risico's aan kleven, maar ik denk niet dat IC-verpleegkundigen meer zeggenschap gaan krijgen over besluitvorming, laat staan de eigen beroepsinhoud! En dat gaat uiteindelijk zorgen voor nóg meer frustratie, werkdruk en onvrede. Als we dit willen gaan doen moeten we ons daar zelf veel meer betrokken bij voelen dan nu het geval is. Er wordt óver ons gepraat en niet mét ons.”

Overige opmerkingen

45% (514 respondenten) van de respondenten heeft nog een laatste reactie gegeven. De gegeven reacties zijn divers van aard.

- 28% (146 respondenten) heeft specifiek aandacht gevraagd voor de, volgens hen, onvoldoende beloning die tot dusverre heeft plaatsgevonden. Enerzijds betreft dit onvoldoende waardering vanuit de FWG voor deze unieke situatie. Hierbij worden volgende punten genoemd: extra reis- en parkeerkosten die niet werden gehonoreerd, ontbreken gevarentoeslag, geen pauze waarbij het ziekenhuis deze extra uren niet uitbetaalt, geen sanitaire verpozingen of tijd voor lunch, verplichting om ten minste 12-uursdiensten te draaien, overuren die niet worden uitbetaald, problemen met kinderopvang stress, vergrote span-of-control, onvoldoende waardering van de lichamelijke zwaarte van de beschermende (isolatie)maatregelen, niet kunnen opnemen van verlof om te herstellen, de grote verantwoordelijkheid. Anderzijds geeft een groot deel van deze respondenten aan deze te overwegen zich te oriënteren op een andere functie of te gaan werken als zzp'er als in de beloningsstructuur geen blijk wordt gegeven van deze situatie en dit nog een langere tijd aanhoudt.
- 23% (117 respondenten) geeft specifiek aandacht gevraagd voor toekomstige capaciteitsuitbreiding en heeft hier zorgen over. Deze zorgen betreffen:
 - Vergroting van de span-of-control van een IC-verpleegkundige naar vier bedden en aansturing- en supervisie van diverse ondersteuners. Hierbij ook de zorgen rondom behoud van collega's en dat dit het werven van toekomstige IC-verpleegkundigen afschrikt.
 - Onvoldoende waarborgen voor de (cardiale en respiratoire) (in)stabiliteit van IC-patiënten, Zeker bij mobiliseren / draaien.
 - De kwaliteit en veiligheid van zorg.
 - Onvoldoende anticipatie op stress en het tegengaan daarvan. Wat stress en onrust heeft gegeven de afgelopen periode is het gebruik van beademingsmachines die normaliter niet gebruikt worden. Veel hele oude machines, zijn niet aangesloten op het normale alarmeringssysteem. Alarmen worden niet herkend waardoor er geen onbewuste selectie gemaakt kan worden op belangrijkheid.
 - Te weinig tijd voor cursisten.
 - Zorgen over de rol- en mogelijkheden van oudere (55+) IC-verpleegkundigen.
 - Kwaliteitsverschillen in ondersteunend personeel waar onvoldoende rekening mee gehouden wordt.
 - Landelijke capaciteitsallocatie werkt onvoldoende.
- 26% (134 respondenten) gaf aan dat er in de huidige crisissituatie onvoldoende aandacht was voor specifieke zorgaspecten. De zorgen betroffen:

- De zorgzwaarte wordt niet landelijk gecoördineerd (zuiden was overbelast terwijl het noorden capaciteit beschikbaar had).
- Ontbreken van nazorg bij IC-verpleegkundigen, zoals psychologische ondersteuning, omgang met de emotionele zware belasting, slecht slapen, burn-out, etc. Met name in het geval dat vakanties worden gemaximeerd.
- Onvoldoende aandacht voor hoe ex-IC-patiënten het doen. Patiënten-nazorg en evaluatie; niet alleen leeftijd, maar ook co-morbiditeit, revalideerbaarheid patiënten, etc.
- PBM moet op de langere termijn beter geregeld worden: goed sluitende FFP2-maskers, brillen die geen last hebben van condensvorming, beter ventilerende isolatiejassen, vermijden van pijnlijke slijmvliezen door beter een masker, etc.
- Betrokkenheid en zeggenschap van de verpleegkundige komt onvoldoende tot uitdrukking. Enerzijds In het MDO en triage-team was geen rol weggelegd voor de IC-verpleegkundige. Ook zijn voorbeelden aangedragen dat in het ziekenhuis MT geen platform is voor de stem van de verpleegkundige. Anderzijds bepleiten IC-verpleegkundige meer autonomie en zeggenschap voor het verpleegkundige perspectief. Juist in zo'n crisissituatie. Verpleegkundige zaken moeten dóór in plaats van vóór verpleegkundigen bepaald worden. Dus hoort de verpleegkundige zitting te hebben in het crisisteam (ook landelijk)
- Een grotere flexibele verpleegkundige-pool opbouwen die IC zijn opgeleid en die kunnen rouleren met SEH, CCU, IC en PACU om een volgende piek op te kunnen vangen.
- Wie is (eind)verantwoordelijk voor de fouten die door ondersteuners worden gemaakt?
- 5% (25 respondenten) vond dat de stem van de IC-verpleegkundige en het verpleegkundig perspectief onvoldoende in deze crisis naar voren is gebracht. Voorbeelden werden gegeven van onvoldoende management betrokkenheid, geen feedbackloop met de deskundige professionals op de werkvloer. Ontbreken open en transparante discussie over overwegingen en beslissingen.
- 24% (123 respondenten) gaf aan dat er onvoldoende oog is voor adequate en kwalitatief hoogstaande (bij)scholing. De kwaliteit van de opleiding tot IC-verpleegkundige moet gewaarborgd blijven.