



**nazb**

netwerk acute zorg brabant

# Rapport werkgroep ROAZ

## DUURZAME CURATIEVE ZORG

25 juni 2020

## Inhoudsopgave rapport

1. Opdracht
2. Modellen
3. Afwegingen en voorstel werkgroep
4. Uitwerking opschaling per ziekenhuis
5. Personele invulling
6. Randvoorwaarden
7. Vervolgstappen

Bijlagen

# 1. Opdracht

Inhoudsopgave van dit hoofdstuk:

- 1.1 Achtergrond
- 1.2 Opdracht
- 1.3 Uitgangspunten werkgroep
- 1.4 Extra capaciteit in relatie tot scenario's covidcrisis
- 1.5 Proces van de werkgroep

## 1.1 Achtergrond

### Achtergrond

- De piek van de eerste covidgolf is met veel moeite en geluk opgevangen.
- Het is niet uitgesloten dat er dit jaar nog meer pieken komen waarvan de omvang onbekend is.
- De ziekenhuizen willen in zo'n situatie de reguliere zorg zoveel mogelijk ontzien.
- De bestaande capaciteit in ziekenhuizen is daartoe ontoereikend.
- De Brabantse ziekenhuizen willen voor covidzorg blijven samenwerken.
- De ketenpartners zijn onmisbaar.
- Er is een nauwe verwevenheid met het openbaar bestuur c.q. veiligheidsregels.

## 1.2 Opdracht

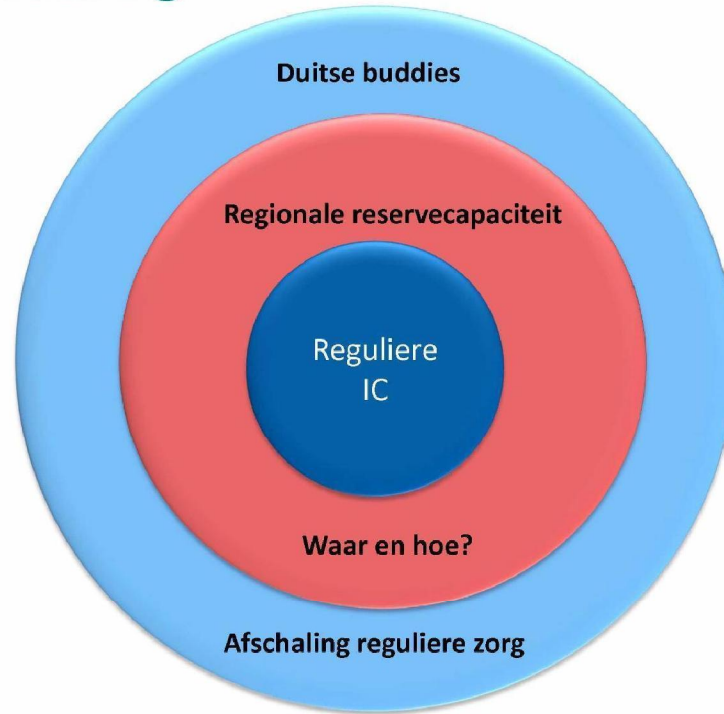
Het ontwikkelen van passende en uitvoerbare scenario's:

- concepten voor duurzame curatieve zorg tot 2023
- de extra IC-behoefte in Brabant, rekening houdend met het landelijk beleid hierover
- de behoefte aan covidverpleegafdelingen in de regio
- de spreiding hiervan over de Brabantse ziekenhuizen, en de criteria en overwegingen daarvoor
- samenhangende afspraken met de ketenpartners
- impact voor de capaciteiten, met name het personeelsbestand en de wijze en timeframe om dat vorm te geven
- de relatie en afspraken met Duitse ziekenhuizen.

## 1.3 Uitgangspunten werkgroep

- De opdracht is om het 'Brabant-deel' van de extra IC-bedden (binnen de landelijke 1700) te regelen.
- De reguliere zorg moet zoveel mogelijk intact blijven.
- Ontwikkeling 'modellen' waarbij de opschaling van IC- en covidverpleegkundige bedden wordt geconcentreerd bij meer of minder ziekenhuizen.
- De relatie met de huisartsen en vvt, en met de Duitse ziekenhuizen, is van groot belang maar geldt voor elk model. Deze relaties moeten uitgewerkt worden maar niet vóór medio juni 2020.
- Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen covid- en niet covidziekenhuizen. Elk ziekenhuis heeft te maken met covidpatiënten waar deze (ook) voor andere aandoeningen komen.
- De IC is de grootste beperkende factor en daarmee startpunt voor de modellen.
- Er wordt gewerkt met niveaus van opschaling.
- De werkgroep houdt zich niet bezig met inhoudelijke afwegingen over selectief patiëntbeleid (bijvoorbeeld leeftijdsgericht beleid).

## Schillen in IC-opstcaling



Vraagstelling  
werkgroep

## Uitgangspunten IC-opshaling en covidverpleegcapaciteit

- Basis zijn het regulier # beademde IC-bedden conform NVIC-uitvraag januari 2020: 114; na correctie 119.
- Brabant heeft 12,1% van het regulier # landelijke beademingsbedden op basis van deze NVIC-uitvraag en het LCPS-uitgangspunt van 940 reguliere beademingsbedden landelijk.
- Uitgaande van de landelijk extra benodigde IC-bedden van 760 (1700 - 940) zijn 92 extra beademde IC-bedden nodig in Brabant. Dit is exclusief Weert.

NB: de werkgroep komt uiteindelijk uit op 94 extra IC-bedden. In het meest recente landelijke plan van aanpak IC-opshaling wordt voor Brabant uitgegaan van 95 extra IC-bedden.

- Op basis van een factor 3 - 3,5 zijn dan indicatief 300 extra (covid-)verpleegbedden nodig.
- Hiervan uitgaande wordt van Brabant een ophoging gevraagd van 119 → 211 beademde IC-bedden (hiernaast zijn er nog 35 niet beademde bedden).

\* In termen van bewonersaantal/adherentie is het aandeel van Brabant 14,7%.

## 1.4 Extra capaciteit in relatie tot scenario's covidcrisis

- De werkgroep heeft scenario's gekregen van het OMT en CZ.
- Het OMT gaat uit van maatregelen rondom  $R=1$ . Als de maatregelen onvoldoende effect ressorteren en de  $R$  fors hoger wordt (vooral  $R > 1,5$ ) ontstaan problemen in IC-capaciteit.
- In de scenario's van CZ is ook de effectiviteit van de maatregelen de kritische factor.
- De IC-opscaling in het land, en in de regio, komt tegemoet aan een zekere opvlamming van het covidvirus, maar binnen de grenzen van beheersing binnen circa  $R < 1,5$ .

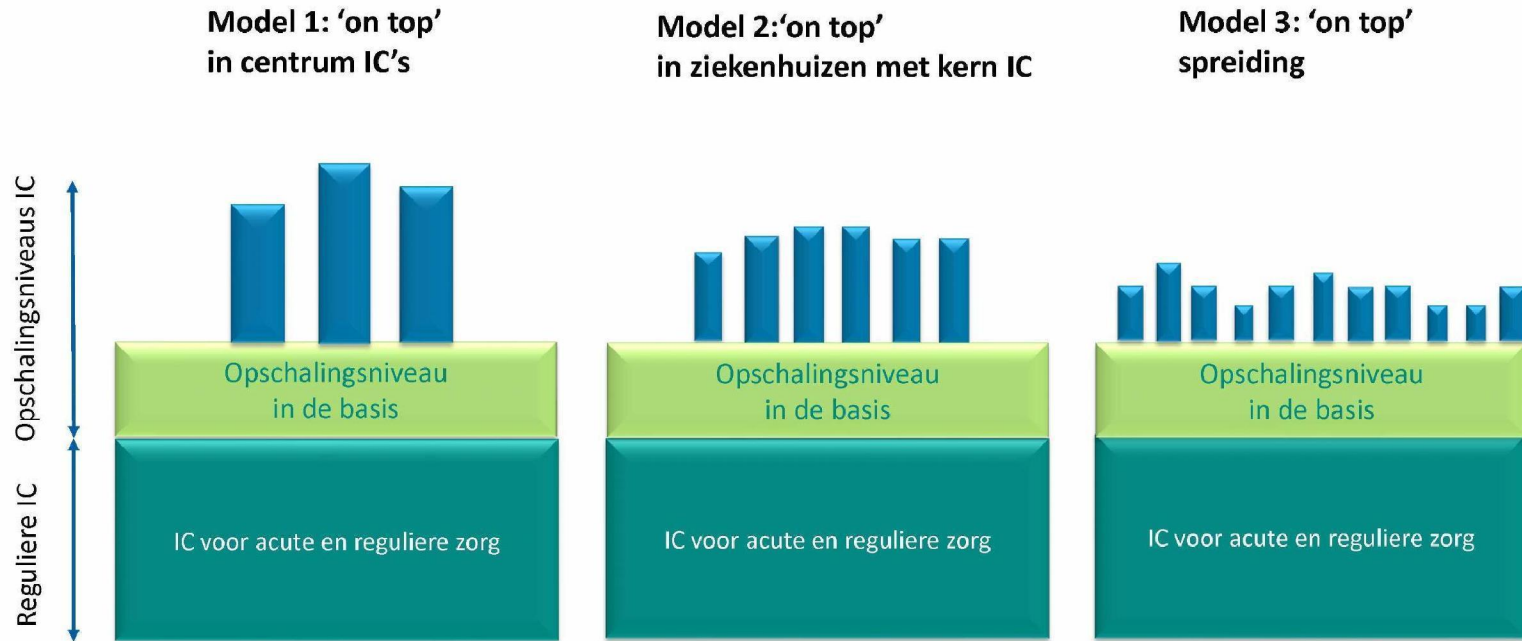
## 1.5 Proces werkgroep

- De werkgroep is in de periode 25 mei - 18 juni 2020 vijf maal een avond bij elkaar geweest. De afronding van de conclusies en aanbevelingen heeft (via beeldbellen) op 22 juni 2020 plaatsgevonden.
- Bij de afweging van de modellen: groepsconsultatie met de medisch leiders van de intensive care, IC-verpleegkundigen en de zorgmanagers (tactisch ROAZ). De samenstelling van de groepsconsultaties is opgenomen in bijlage 2.
- In de afwegingsfase zijn de bestuurders van de ziekenhuizen geconsulteerd.
- De werkgroep heeft samenhang aangebracht met de ontwikkelingen op landelijk niveau.

## 2. Modellen

- In de werkgroep zijn drie modellen onderscheiden met een verschillende differentiatie van de IC-opscaling (met 92 bedden) tussen de Brabantse ziekenhuizen. Zie volgende dia.
- De modellen kennen twee niveaus van opschaling: opschaling 'in de basis' over alle ziekenhuizen en opschaling 'on top' bij een (al dan niet) beperkt aantal ziekenhuizen.
- Bij de opschaling houdt de werkgroep de volgende uitgangspunten aan:
  - de extra IC-bedden gaan over 'geel' (opschaling in de basis) en 'blauw' (opschaling 'on top')
  - deze extra IC-bedden worden 'geabsorbeerd' door de Brabantse ziekenhuizen, exclusief Weert
  - de ruimte binnen de reguliere IC is de flexibele schil. Deze is nodig voor seizoensgebonden fluctuaties en schommelingen in de acute en reguliere zorg
  - als het aantal benodigde extra IC-bedden voor covid > 94 komt moet de regio kunnen uitplaatsen
  - bij een nieuwe covidgolf is de inschatting dat de reguliere zorgvraag in enige mate afneemt. Als dat zo is helpt dat om de modellen waar te maken.
- Bij de modellen zijn twee varianten in ogenschouw genomen. Die verschillen in de spreiding van de extra driehonderd (covid)verpleegbedden: in gelijke mate 'opschalen' met de IC-opscaling of (naar rato) verdelen over alle Brabantse ziekenhuizen.

## Modellen IC-opscaling



## Beschrijving modellen

In de werkgroep zijn de belangrijkste elementen van de modellen met hun varianten besproken:

- De betekenis voor het patiëntproces.
- De betekenis voor het aantal transporten en transportmiddelen (MICU).
- De implicaties voor de extra benodigde professionals op de IC en verpleegafdeling; opleidingsinspanning.
- De implicaties voor de reguliere zorg.
- De implicaties op hoofdlijnen voor de sturing.

In bijlage 2 worden deze elementen per model weergegeven.

## 3. Afwegingen

Opbouw van het hoofdstuk:

- 3.1 Afwegingscriteria en afwegingsproces
- 3.2 Model 1 (IC-centra) krijgt van niemand steun
- 3.3 Voorkeur voor model 2 ten opzichte van model 3

### 3.1 Afwegingscriteria en afwegingsproces

- Alleen die afwegingscriteria zijn gehanteerd die differentiëren tussen de modellen.
- Er zijn geen landelijk geobjectiveerde onderzoeken die onderbouwen dat de kwaliteit op kern IC's beter is dan op basis IC's.
- Covid wordt door de werkgroep als complexe zorg gezien (diagnostiek; multi-orgaan problematiek). Een (volume)norm is voor covid-IC sec niet voorhanden, het gaat om het functioneren van de totale IC. De werkgroep hanteert als leidraad dat de daarvoor benodigde kwaliteit in elk van de ziekenhuizen geleverd kan worden.
- Wel ziet de werkgroep dat de kleinere ziekenhuizen, met een beperkte IC voor covid, meer een ketenfunctie hebben dan de ziekenhuizen met een grote capaciteit voor covid IC-patiënten.
- Afwegingsproces: voor de afwegingen hebben bespiegelingen plaatsgevonden in de werkgroep en consultaties met intensivisten, IC-verpleegkundigen, zorgmanagers en bestuurders. De kernresultaten van de consultaties zijn opgenomen in bijlage 3.

## 3.2 Model 1 (IC-centra) krijgt van niemand steun

- Er zijn geen indicatoren die wijzen op een kwaliteitstoename bij meer schaalgrootte.
- Er zijn een groot aantal professionals nodig tijdens de piek van de covidgolf in enkele ziekenhuizen (bij twee IC-centra: dertig IC-bedden extra per IC-centrum + circa honderd covidverpleegbedden).
- Veel professionals worden weggetrokken van hun reguliere werk met impact op de reguliere zorg.
- Bij een covidgolf zullen professionals op de locatie van een IC-centrum moeten werken. De bereidheid daartoe wordt laag ingeschat; werken in niet bekende teams.
- Er ligt een zeer groot opleidingsvraagstuk bij enkele ziekenhuizen.
- Het 'probleem' wordt bij één tot drie ziekenhuizen neergelegd. De andere ziekenhuizen schalen op 'in de basis' maar daarna is het aan de paar IC-centra om het regio-vraagstuk op te lossen.
- De IC-centra zullen IC-huisvesting moeten realiseren.
- Er zijn veel vervoersbewegingen van de zeven of acht andere ziekenhuizen naar de IC-centra.
- Dit model vraagt veel tijd om te realiseren.

### 3.3 Voorkeur voor model 2 ten opzichte van model 3

- Model 3 brengt kleinere ziekenhuizen al snel uit balans; zij hebben minder flexibiliteit.
- De kleine ziekenhuizen hebben niet de fysieke capaciteit voor model 3.
- Vanwege de kleine aantallen is de impact op de grotere ziekenhuizen beperkt.
- Model 2 kan, met enige modulatie, fysiek gerealiseerd worden. In beide modellen is de personele invulling dé kritische factor (er wordt in beide modellen vanuit gegaan dat personeel niet naar ander ziekenhuis hoeft).
- Model 2 vraagt meer vervoersbewegingen dan model 3.
- Model 2 vraagt minder coördinatie tussen ziekenhuizen dan model 3.
- Niet is gebleken dat (binnen Nederland) de patiëntbeleving onderscheidend is tussen 2 en 3.
- Model 2 (of 2 plus, naar draagkracht) heeft de voorkeur van alle bestuurders en van de intensivisten. De zorgmanagers opteren voor 2 of 3; de IC-verpleegkundigen voor spreiding.

## 4. Uitwerking opschaling per ziekenhuis

- In dit hoofdstuk wordt voor voorkeursmodel 2 een voorstel gedaan voor de verdeling van de extra benodigde IC- en verpleegcapaciteit over de ziekenhuizen in Brabant. Daarbij is rekening gehouden met de fysieke mogelijkheden van de ziekenhuizen om deze extra IC- en verpleegcapaciteit te kunnen realiseren en met de onderlinge verhoudingen in omvang.
- De uitwerking is gebaseerd de informatie (op basis van de uitvraag) die van de ziekenhuizen is ontvangen.

## 4.1 Benadering en aannames

- Het (enigszins arbitraire) voorstel is 50% opschalen 'in de basis' en 50% 'on top'.
- Verdeling van de IC-opscaling 'in de basis': naar rato van omvang Brabantse ziekenhuizen.
- Verdeling 'on top': verdeling tien Amphia, CZE, ETZ, vijf bedden Bravis, JBZ, MMC.
- Tot slot: 'finetunen' op basis van fysieke mogelijkheden en verhoudingen tussen ziekenhuizen.

Deze aannames leiden tot het voorstel op de volgende dia.

## 4.2 Uitwerking model 2 in IC-bedden per ziekenhuis

	Totaal # reguliere, beademde IC-bedden, jan. '20 (NVIC-opgave)	Opschaling in de basis in # IC-bedden	Opschaling on top	Finetuning vanwege ruimte/ verhoudingen	TOTAAL	# Onbeademde bedden jan. '20 (NVIC-opgave)
Amphia ziekenhuis	24	6	10	-2	38	
St. Anna Ziekenhuis	6	2			8	pm
Bernhoven	6	2			8	pm
Bravis ziekenhuis	12	5	5		22	3
Catharina Ziekenhuis	18	6	10	+2	36	8
Elkerliek Ziekenhuis	8	3		+1	12	
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis	16	7	10	+5	38	10
Jeroen Bosch Ziekenhuis	14	6	5	+1	26	
Pantein	4	2			6	pm
Máxima Medisch Centrum	11	5	5	-2	19	
<b>TOTAAL</b>	<b>119</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	<b>213</b>	

### 4.3 Covidverpleegbedden

- Aanneمة is een factor 3 - 3,5 voor de covidverpleegbedden.
- Op grond van de capaciteitsuitvraag bij de ziekenhuizen lijkt dit geaccommodeerd te kunnen worden (verificatieslag loopt nog bij enkele ziekenhuizen).

## Uitwerking model 2 in covidverpleegbedden per ziekenhuis

	Totaal opschaling IC-bedden	Extra covidverpleegbedden
Amphia ziekenhuis	14	45
St. Anna Ziekenhuis	2	6
Bernhoven	2	6
Bravis ziekenhuis	10	32
Catharina Ziekenhuis	18	57
Elkerliek Ziekenhuis	4	13
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis	22	70
Jeroen Bosch Ziekenhuis	12	38
Pantein	2	6
Máxima Medisch Centrum	8	26
<b>TOTAAL</b>	<b>94</b>	<b>300</b>

## 5. Personele invulling

- De personele invulling is dé kritische factor: er zijn IC-verpleegkundigen, IC-ondersteuning (buddy's), intensivisten en covidverpleegkundigen nodig om de extra bedden te bemensen.
- De zorgprofessionals hebben 'in vreedestijd' hun reguliere werk en vormen een 'reserveteam' bij een covidcrisis.
- Uitgangspunt van de werkgroep: elk van de ziekenhuizen creëert een eigen flexibele schil voor tijden van opschaling in nauwe samenspraak met de (IC-)verpleegkundigen en intensivisten. Aanknopingspunten daarbij zijn voor de kortere termijn:
  - breder inzetbare verpleegkundigen, zoals op IC, SEH en anesthesie
  - de vorming van een vaste pool van inzetbare IC-verpleegkundige ondersteuning met buddy's, die ook 'in vreedestijd' periodiek op de IC werkzaam zijn
  - een zekere flexibiliteit voor beperkte duur in de omgang met de IC-norm per IC-bed
  - een vaste pool van aan te trekken externe verpleegkundigen in de piektijden
  - afspraken over flexibiliteit in het kader van de jaarurensystematiek.
- Deze personele invulling vraagt van alle ziekenhuizen veel opleidingsinspanning.
- Daarnaast: investeren in behoud IC-verpleegkundigen (er zijn her en der veel vacatures).

## 6. Randvoorwaarden

- Adequate financiering op korte termijn van extra IC- en covidverpleegbedden in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage.
- Eigen regie in de regio over vervoer IC-patiënten; eigen MICU.
- Afspraken wanneer van basisopscaling naar opscaling 'on top'.
- Goed sturingsmechanisme en regionale afspraken over data voor overplaatsing patiënten binnen Brabant.
- Heldere landelijke afspraken over spreiding covidpatiënten als het aantal patiënten in Brabant (en elders) boven het afgesproken maximum komt.

## 7. Vervolgstappen

- Elk ziekenhuis creëert eigen flexibele schil binnen capaciteitsafspraken ROAZ met nauwe betrokkenheid IC-verpleegkundigen en intensivisten.
- Relaties met huisartsen en vvt/revalidatie evalueren en afspraken maken voor vervolg.
- Sturingsmechanisme uitwerken.

## Bijlagen

1. Samenstelling werkgroep duurzame curatieve zorg
2. Beschrijving modellen
3. Consultaties intensivisten, IC-verpleegkundigen en zorgmanagers

## Samenstelling werkgroep duurzame curatieve zorg

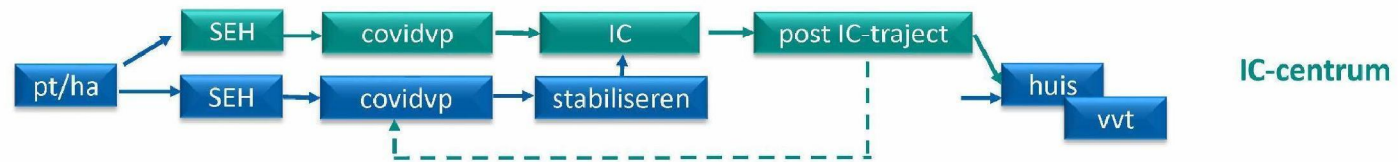
Ziekenhuis	Naam	Functie
Amphia Ziekenhuis		
Bravis ziekenhuis	(10)(2e)	
Catharina Ziekenhuis		
Catharina Ziekenhuis		
CZ Zorgverzekeraar	(10)(2e)	
Elkerliek Ziekenhuis		(10)(2e)
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ)		
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ)	(10)(2e)	
Jeroen Bosch Ziekenhuis		
Máxima Medisch Centrum		
dev	(10)(2e)	

## Bijlage 2

### Beschrijving modellen/varianten

### Model 1: opschaling in centrum IC's

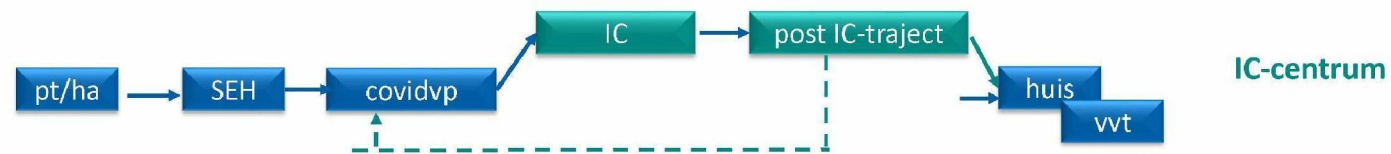
In dit model van IC-opscaling, en als de opscaling van de covidverpleegcapaciteit gelijke tred houdt met die van de IC, ziet het patiëntenproces er als volgt uit:



Betekenis voor de patiënt:

- via huisarts direct naar SEH IC-centrum dan wel 'eigen ziekenhuis' en bij indicatie IC-risico naar IC-centrum
- (familie) patiënt verder van huis als patiënt naar IC toe gaat. Beperkt terug naar eigen ziekenhuis na IC-opname.

In de variant dat de covidverpleegcapaciteit verdeeld wordt over alle ziekenhuizen ziet het patiëntenproces er als volgt uit:



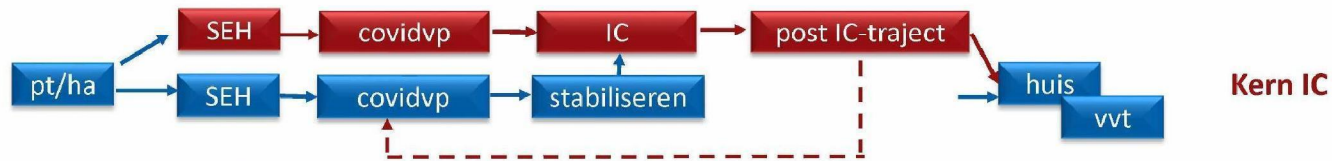
- via huisarts direct naar SEH IC-centrum en bij indicatie IC-risico naar IC-centrum (één tot drie in de provincie)
- vaker terug naar eigen ziekenhuis na IC-opname (als verpleegbehoefstig).

In beide varianten:

- Vervoer: veel patiëntbewegingen en (MICU-)vervoer van zo'n acht ziekenhuizen naar enkele ziekenhuizen in de regio.
- Capaciteit: concentratie veel extra IC-bedden in IC-centra. Vergt nieuwbouw IC.
- Veel extra verpleegbedden in eerste variant, in alle ziekenhuizen in mindere mate in tweede variant.
- Professionals: zeer groot aantal inzetbare IC-professionals in enkele ziekenhuizen nodig bij covidgolf: intensivisten, IC-verpleegkundigen, ondersteuning IC-verpleegkundigen (buddy's) en covidverpleegkundigen. Groot aantal medewerkers verplicht 'brandweerdiploma'. Enorme opleidingsbehoefte in de IC-centra. Veel inzet PNIL.
- Kwaliteit is afhankelijk van de druk op de reguliere zorg door inzet professionals op covid.
- Impact: de andere ziekenhuizen schalen IC op tot basisniveau. Daarna gaat het 'volledige' probleem over naar enkele ziekenhuizen (IC-centra). Afhankelijk van de IC-vraag is het risico groot dat dit ten koste van de reguliere zorg in die ziekenhuizen gaat; ziekenhuizen, die een topklinische functie hebben.
- Sturing: beperkt. Zodra ziekenhuizen aan hun plafond zitten (= opschaling in de basis) naar IC-centrum.

## Model 2: opschaling IC in ziekenhuizen met kern IC

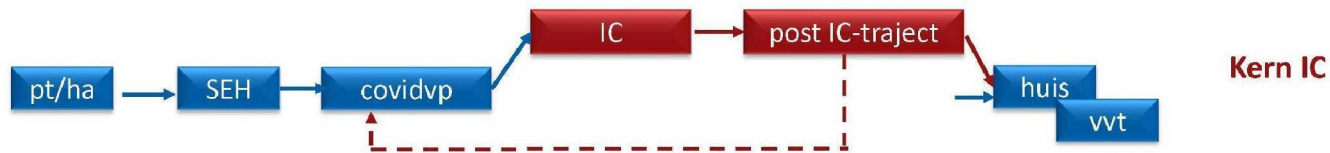
In dit model van IC-opscaling, en als de opschaling van de covidverpleegcapaciteit gelijke tred houdt met die van de IC, ziet het patiëntenproces er als volgt uit:



Betekenis voor de patiënt:

- via huisarts direct naar SEH kern IC dan wel 'eigen ziekenhuis' en bij indicatie IC-risico naar ziekenhuis met kern IC
- (familie) patiënt (van kleiner ziekenhuis) van huis, maar redelijk in de buurt (bij zes ziekenhuizen).

In de variant dat de covidverpleegcapaciteit verdeeld wordt over alle ziekenhuizen ziet het patiëntproces er als volgt uit:

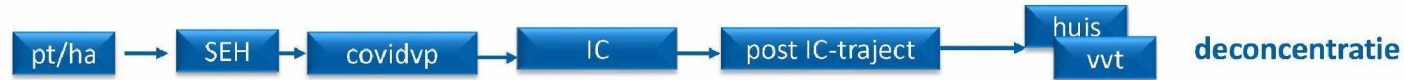


- via huisarts direct naar SEH eigen ziekenhuis en bij indicatie IC-risico naar ziekenhuis met kern IC (zes ziekenhuizen)
- vaker terug naar eigen ziekenhuis na IC-opname (als verpleegbehoefte).

In beide varianten:

- Vervoer: redelijk aantal patiëntbewegingen van vier kleinere ziekenhuizen en (MICU-)vervoer naar zes grote ziekenhuizen in de regio.
- Capaciteit: redelijk aantal extra IC-bedden in ziekenhuizen met kern IC. Aanpassing huisvesting, wellicht op enkele plekken nieuwbouw.
- Redelijk aantal extra verpleegbedden in ziekenhuizen met kern IC in eerste variant, in alle ziekenhuizen in mindere mate in tweede variant.
- Professionals: redelijk fors aantal extra inzetbare professionals nodig ('brandweerteam') voor IC en voor covidverpleegafdeling in grote ziekenhuizen bij covidgolf. Meer overzichtelijke opleidingsbehoefte in de grote ziekenhuizen. Inzet PNIL.
- Kwaliteit goed te borgen.
- Impact: de opschaling IC wordt redelijk verdeeld tussen ziekenhuizen die zo'n 80% van de IC-capaciteit hebben. Reguliere zorg kan naar verwachting doorlopen, afhankelijk van covidgolf.
- Sturing: coördinatie van patiënten van de kleinere ziekenhuizen naar de grote IC's en tussen de grote IC's als ze aan hun maximale capaciteit zitten. Sturing op predictie.

### Model 3: deconcentratie IC en covid verpleegcapaciteit over alle Brabantse ziekenhuizen



- Betekenis voor de patiënt:
  - via ha direct naar ‘eigen ziekenhuis’ en bij indicatie IC blijft patiënt in beginsel in eigen ziekenhuis tenzij maximale IC-capaciteit wordt overschreden
  - (familie) patiënt in eigen ziekenhuis, tenzij capaciteit ziekenhuis wordt overschreden.
- Vervoer: patiëntbewegingen als ziekenhuis aan haar max zit, zowel voor IC als verpleegafdeling.
- Capaciteit: redelijk aantal extra IC-bedden en verpleegbedden in alle ziekenhuizen.
- Professionals: aantal inzetbare professionals nodig voor IC en verpleegafdeling in alle ziekenhuizen bij covidgolf. Dit naast de vereiste professionals voor opschaling in de basis. Opleidingsbehoefte in alle ziekenhuizen.
- Uitgangspunt is dat kwaliteit IC in alle Brabantse ziekenhuizen goed te borgen is.
- Impact: verdeling naar rato omvang tussen de ziekenhuizen. Reguliere zorg kan naar verwachting doorlopen afhankelijk van covidgolf. Vraag is wat het risico is dat reguliere zorg onder druk komt te staan in kleinere ziekenhuizen.
- Sturing: regionale coördinatie van patiënten over alle ziekenhuizen als ze aan hun maximale capaciteit (dreigen te) komen. Vergt sterke sturing op predictie patiënten.

### 3. Consultaties

## Deelnemers consultatie IC-verpleegkundigen

Ziekenhuis	Naam	Functie
Amphia Ziekenhuis		
Amphia Ziekenhuis		
Amphia Ziekenhuis		
Catharina Ziekenhuis		
Catharina Ziekenhuis	(10)(2e)	
Jeroen Bosch Ziekenhuis		
Jeroen Bosch Ziekenhuis		
Elkerliek Ziekenhuis		
Elkerliek Ziekenhuis		
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ)		
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ)	(10)(2e)	(10)(2e) e
St. Jans Gasthuis		
St. Jans Gasthuis		(10)(2e)
Bernhoven		
Bernhoven		(10)(2e)
Bernhoven		
Bravis ziekenhuis		(10)(2e)
Bravis ziekenhuis		
Bravis ziekenhuis		
Máxima Medisch Centrum		
Máxima Medisch Centrum		

## Consultatie IC-verpleegkundigen

- Kernervaringen:
  - covidzorg is zwaar
  - hoge verpleegratio kwalitatief minder; buddysysteem complex
  - problemen met overplaatsen; ‘shoppen’ met patiënten; kost veel tijd en energie
  - grote toevloed naar één IC in korte tijd stressvol.
- In komende tijd:
  - investeren in behoud (IC-)verpleegkundigen
  - vaste (buddy-)reservecapaciteit, antegraad (modulair) opleiden, in vreedstijd inzetten op IC
  - rouleerfuncties
  - modulaire opleiding voor covidverpleegkundigen.
- Verpleegkundigen betrekken bij plannen en communicatie.
- Voorkeur: spreiding IC-bedden over alle Brabantse ziekenhuizen.

## Deelnemers consultatie intensivisten

Ziekenhuis	Naam
St. Anna ziekenhuis	
Elkerliek Ziekenhuis	
Máxima Medisch Centrum	
Catharina Ziekenhuis	
Bernhoven	
Bravis ziekenhuis	
Amphia Ziekenhuis	
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ)	
Jeroen Bosch Ziekenhuis	

## Consultatie intensivisten

- Tekort aan gespecialiseerd verpleegkundigen maakt opdracht moeilijk.
- Negentig bedden niet haalbaar; basisopschaling wel.
- Het gaat om ketenvraagstuk, zowel met partners (huisarsten, vvt) als in het ziekenhuis (IC-verpleegafdeling) .
- Concept flexibele inzet moet handen en voeten krijgen:
  - breder inzetbare verpleegkundigen; rouleerfuncties
  - vaste (buddy-)reservecapaciteit, meewerken in vreedstijd op IC
  - modulaire opleiding zowel voor ondersteuning IC-verpleegkundigen als covid-verpleegkundigen.
- Aandachtspunten:
  - financiering
  - van groot belang: betrekken intensivisten en (IC-)verpleegkundigen bij aanpak
  - formatie en beloning intensivisten
  - duidelijk aanspreekpunt vanuit professionals (intensivist als aanspreekpunt/woordvoerder).
- Voorkeur: model 2 met 'on top' naar draagkracht (huisvesting).

## Deelnemers consultatie managers

Ziekenhuis	Naam
Catharina Ziekenhuis	
Bravis ziekenhuis	
Jeroen Bosch Ziekenhuis	(10)(2e)
Elkerliek Ziekenhuis	
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ)	(10)(2e)

## Consultatie zorgmanagers

- **Personeel:**
  - vacatures in huidige situatie maakt haalbaarheid opdracht lastig
  - veel effort nodig in extra opleiden IC-verpleegkundigen
  - op korte termijn alleen mogelijkheden door inzet reguliere verpleegkundigen met modulaire opleiding; verdunning IC-verpleegkundigen
  - er wordt, vooral op de kortere termijn, uit de zelfde vijver van verpleegkundigen gevist. Hoe reëel is dat?
  - buddysysteem werkt beter als verpleegkundigen team vormen
  - inzet verpleegkundigen in ander ziekenhuis: weinig bereidheid.
- **Vervoer: noodzaak voor eigen regie op vervoer in Brabant.**
- **Patiëntbeleving: uitgangspunt is dat patiënten graag in eigen omgeving worden opgenomen**
- **Flexibiliteit: risico is dat kleine IC's snel in de problemen komen; spreiding van risico.**
- **Aandachtspunten:**
  - beroepsbeoefenaren nauw betrekken bij plannen en uitwerking.
- **Voorkeur: scenario 1 niet haalbaar; voorkeur tussen de modellen 2 en 3.**

## Consultatie bestuurders

- Grote bereidheid om gezamenlijk tot een oplossing te komen.
- Belang van goede afspraken over doorplaatsen.
- Geen draagvlak voor grote mate van concentratie (model 1).
- Model 3 (spreiding) niet haalbaar voor kleine ziekenhuizen → voorkeur model 2.
- Opschaling in de basis niet voor ieder ziekenhuis haalbaar.
- Belangrijke punten:
  - hoe maak je IC-werk echt interessant?
  - financiering is absolute randvoorwaarde
  - relatie ROAZ - IC-regio
  - hoe is de overgang van basisopshaling naar opschaling 'on top'?