

Opleidingsplan Opschaling IC-capaciteit 2020



Stichting Maasstad Ziekenhuis
Alle rechten voorbehouden.
Niets van deze uitgave mag
worden vervoelvoudigd,
opgeslagen in een
geautomatiseerd
gegevensbestand, of openbaar
gemaakt, in enige vorm of op
enige wijze, hetzij elektronisch,
mechanisch, door fotokopieën,
opnamen of enige ander manier
zonder voorafgaande schriftelijke
toestemming van de uitgever.



Inhoud

1	Inleiding	1
2	Capaciteit IC	2
2.1	Reguliere capaciteit	2
2.2	Plan opschaling LNAZ	2
2.3	Fasering uitbreiding IC capaciteit	3
2.4	Kwaliteit van zorg tijdens opschaling	4
2.5	Plan opschaling Intensive Care Maasstad Ziekenhuis	5
3	Ondersteuning IC	6
3.1	Benodigd FTE ondersteuning IC	6
3.2	Functiedifferentiatie	6
4	Opleiden	8
4.1	Korte termijn (voor 1 oktober)	8
4.1.1	Benodigde scholing	9
4.2	Middellange termijn (na 1 oktober)	13
5	Ondersteuning (IC) verpleegkundige	15
6	Slotwoord	17





1 Inleiding

De afgelopen crisis periode ten gevolge van het SARS-COV2 en daarbij behorende ziektebeeld COVID 19 is gebleken dat dit veel van de ziekenhuizen vraagt. Het opschalen van algemene verpleegafdelingen en Intensive Care heeft groot beslag gelegd op de reguliere zorg. Tijdens deze eerste crisis periode is vanuit verschillende disciplines ondersteuning geboden aan de zo genoemde COHORT afdelingen.

Op 25 juni is het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) rapport gepresenteerd aan VWS met hierin de adviezen voor een eventuele tweede verheffing COVID 19 en/of een andere pandemie. Hierbij rekening houdend dat reguliere zorg niet meer zover kan worden afgeschaald als tijdens een eerste periode. Er wordt uitgegaan van maximaal 20% reductie reguliere zorg, of anders gezegd tot het minimale te beperken.

Naar aanleiding van het bovenstaande is het opleidingsplan opschaling IC-capaciteit 2020 geschreven.



2 Capaciteit IC

Als gevolg van de eerste COVID crisis is besloten door de raad van bestuur en andere gremia om IC 2 operationeel te maken. Dit volgens de landelijke inzichten vanuit VWS om een harmonica model te ontwikkelen binnen de Intensive Care, wat flexibele capaciteit genereert.

2.1 Reguliere capaciteit

Regulier capaciteit van de IC vanaf 1 oktober 2020, staat hieronder beschreven.

<u>Regulier</u>	
Intensive Care bedden met beademing regulier	12
Intensive Care bedden met beademing BWC	3
Totaal IC beademingscapaciteit	15

2.2 Plan opschaling LNAZ

Onderstaande het plan opschaling uit de documentatie van het LNAZ.

	Conventionele IC-zorg		Opperschaalde IC-zorg				Crisis
	Fase 1a	Fase 1b	Fase 2a	Fase 2b	Fase 2c	Fase 2d	Fase 3
Definitie	Reguliere zorgverlening bij individuele zorgaanbieders met dagelijkse piekbelasting maar zonder bedreiging van de zorg continuïteit.	Druk op enkel ziekenhuis in een regio. Om zorgcontinuïteit te borgen is regionale hulp nodig. Regionale MICU capaciteit is voldoende.	Druk op meerdere ziekenhuizen. Regio-coördinatie noodzakelijk om zorgcontinuïteit te bieden. Reguliere regionale MICU capaciteit schiet te kort.	Druk op een of meerdere regio's. Regionale continuïteit staat onder druk. Reguliere landelijke MICU capaciteit schiet tekort. Landelijke coördinatie bovenop regionale coördinatie.	Druk op alle regio's. Reguliere IC-capaciteit staat onder druk. Reguliere landelijke MICU-capaciteit schiet tekort. Volledige landelijke coördinatie.	Landelijk zorgcontinuïteit ernstig in het gevaar. Opperschaalde landelijke IC en MICU capaciteit schiet tekort. Volledige landelijke coördinatie.	Alleen opschaling is mogelijk. Opperschaalde IC capaciteit voor de crisis.
Kenmerken	• Geen maatregelen nodig • Bezetting < 80%	• Lokale schaarste • Maatregelen nodig • Regionale samenwerking • Bezetting tot regio equivalent van 1.250 IC bedden (120%)	• Regio maatregelen niet altijd voldoende om continuïteit te bieden • Aansluiting tot (equivalent van) 1.250 IC bedden (120%)	• Regio maatregelen onvoldoende voor continuïteit • Landelijke maatregelen noodzakelijk • Opschalen naar 1.250 IC bedden (120%)	• Landelijke coördinatie niet voldoende voor continuïteit • Aansluitende maatregelen noodzakelijk • Opschalen naar 1.700 bedden (135%)	• Landelijke maatregelen niet voldoende voor continuïteit • Internationale bijstand noodzakelijk • Volledig opschalen	• Alle regio's opschaling • Alle IC bedden bezet • Trage IC capaciteit noodzakelijk
Capaciteit	• Reguliere capaciteit • MICU op indicatie	• Gebruik maximale reguliere capaciteit • Regionale coördinatie MICU	• Regionale IC opschaling en coördinatie bedden • Landelijke coördinatie MICU	• Landelijke coördinatie bedden en MICU	• Landelijke coördinatie bedden en MICU	• Landelijke coördinatie bedden en MICU • Gebruik van Duitse IC capaciteit	• Landelijke coördinatie bedden en MICU • Gebruik van Duitse IC capaciteit
Taak	Alle IC's < 80% bezet	Maximaal 1 IC > 80% bezet	Meerdere IC's > 80% bezet. Regio < 80% bezet	Eén regio > 80% bezet. Landelijk < 80% bezet	Landelijk opperschaalde capaciteit < 80% bezet	Landelijk opperschaalde capaciteit > 80% bezet	Alle bedden bezet

Eenduidige, consistente besluitvorming en communicatie over de verschillende fases van opschaling moeten identiek zijn voor alle regio's. Daarom wordt een stappenplan voorgesteld zoals weergegeven in bovenstaande schema. Hierin wordt allereerst beschreven op basis van welke triggers er wordt overgegaan op een volgende fase. Verder is er vastgelegd wie beslissingsbevoegd is, welk overleg dient plaats te vinden en welke partijen geïnformeerd moeten worden ten tijde van een opschaling naar een volgende fase.



2.3 Fasering uitbreiding IC capaciteit

De huidige 1.150 beschikbare IC-bedden in Nederland worden als uitgangspunt genomen voor de hieronder beschreven opschalingsplannen. Deze IC-bedden zijn momenteel qua materieel en fysieke infrastructuur beschikbaar. Echter, er wordt gemiddeld gewerkt met een bedbezetting van 78% wat neerkomt op 900 'warme' IC-bedden. Waarom niet structureel met een bedbezetting van 100% IC-bedden wordt gedraaid, is ingegeven door het structurele en jaarlijks oplopende tekort aan IC-verpleegkundigen. Er is landelijk een vacatureruimte van 7%. Het geschrevene hieronder kan niet buiten het licht van dit gegeven beschouwd worden.

Gegeven de structurele gemiddelde bedbezetting over de afgelopen jaren is permanente beschikbaarheid van 1.700 IC-bedden niet noodzakelijk en niet wenselijk. Dit zou de kwaliteit van zorg niet ten goede komen. Daarnaast is het ook niet kosteneffectief gezien de langdurige leegstand van deze bedden buiten tijden van crisis. Partijen, inclusief de beroepsverenigingen NVIC en V&VN-IC, achten een flexibel model dat meebeweegt met de capaciteitsbehoefte het meest passend voor het opvangen van piekbelasting op de IC. In dit model wordt uitgegaan van een structureel aanwezige capaciteit van 1.350 operationele bedden binnen de muren van de IC. De IC-capaciteit zou zich vervolgens bij piekbelasting als een harmonica moeten kunnen uittrekken van 1.350 tot 1.700 bedden (vastgesteld in de notitie van VWS d.d. 25 juni 2020). Om te komen tot het verhogen van de IC-capaciteit, zien wij 3 stappen:

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

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

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

Binnen bouwkundige grenzen uitbreiden van het aantal IC-bedden met 200 naar 120%. Dit zal voor het ene ziekenhuis makkelijker zijn dan voor het andere. Voorstel is daarom om in overleg met de ROAZ regio en met zorgverzekeraars te streven naar structurele uitbreiding tot 120%.

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

De uitbreiding naar ca. 1.700 extra operationele IC-bedden heeft alleen gerealiseerd te worden ten tijde van, piekbelasting. Hiervoor geldt ook dat het opschalen tot deze 150% binnen de ROAZ regio en met zorgverzekeraars wordt afgestemd. In deze fase zijn naast de IC capaciteit landelijk ook 1100 bedden op de verpleegafdelingen nodig voor COVID-zorg. In deze fase zal de reguliere zorg worden afgeschaald worden tot 80% en de bedden capaciteit in Duitsland zal worden ingezet.

Daarnaast is gebleken dat bij de coördinatie van zorg de inbreng van zorgprofessionals van essentieel belang is. Bij de uitwerking van opschaling dienen zorgprofessionals betrokken zijn.

Een IC zal altijd de mogelijkheid moeten hebben om acute patiënten op te nemen op een vrij bed. Voor de IC geldt dat een 80% bedbezetting geassocieerd is met een betere uitkomst dan een 100% bedbezetting.

Stappen structurele en flexibele opschaling IC-capaciteit

MAASSTAD ZIEKENHUIS

een santeon ziekenhuis



2.4 Kwaliteit van zorg tijdens opschaling

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

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

normaal ← ← werkomstandigheden → extreem



2.5 Plan opschaling Intensive Care Maasstad Ziekenhuis

Onderstaande opschaling betreft het opschalen van beademingsbedden. Dit is overeenstemming met de ROAZ TCZWN.

Let op: Dit betreft dus alleen de bedden met beademingsfaciliteiten.

Opschaling in samenspraak met het ROAZ

Fase	Capaciteit
Reguliere capaciteit	15
Mogelijkheid 1	20
Mogelijkheid 2	25
Mogelijkheid 3	27*

*Indien noodzakelijk is opschaling naar 27 bedden mogelijk in samenspraak met ROAZ.



3 Ondersteuning IC

Om het voorgaande opschalingsplan uit te voeren is landelijk, dus ook binnen het Maasstad Ziekenhuis, onvoldoende formatie Intensive Care - en Medium Care verpleegkundige aanwezig.

Het opschalen kan dan ook alleen plaats vinden met ondersteuning vanuit andere discipline en functiedifferentiatie.

Om de benodigde capaciteit die vanuit het ROAZ is toebedeeld te genereren, is het onderstaande aantal ondersteunende collega's (buddy's) bruto benodigd.

In samenwerking met de manager klinische capaciteit, wordt dit plan verder uitgewerkt.

3.1 Benodigd FTE ondersteuning IC

Bij de landelijke opschaling naar 1700 bedden zullen op de IC in het Maasstad 27 beademde IC bedden opengesteld zijn, hetgeen impact heeft op de formatie. Hiervoor is de volgende uitbreiding noodzakelijk.

<u>Specialistische verpleegkundige</u>	+/- 25 FTE
Anesthesie medewerkers	
Recovery verpleegkundige	
CCU verpleegkundige	
EHH verpleegkundige	
Interventie cardiologie verpleegkundige	
Brandwonden verpleegkundige	
Kinderverpleegkundige	
Neonatologie verpleegkundige	
<u>Verpleegkundige kliniek</u>	+/- 15 FTE
Algemeen verpleegkundige SVA	
<u>Totaal benodigd bruto FTE</u>	40 FTE

De bovenstaande collega's zullen training ontvangen volgens het onder punt 4 benoemde opleidingsplan.

3.2 Functiedifferentiatie

Naast de bovengenoemde ondersteuning, zal functiedifferentiatie een bijdrage leveren aan het continueren van de opgeschaalde zorg en de kwaliteit van zorg.

Te denken valt aan de onderstaande differentiatie:

- Apotheek
 - Ondersteuning ready to use medicatiepompen
 - Ondersteuning ready to use medicatie
- Logistiek
 - Afdeling
 - Cohort



- Fysiotherapie
 - Uitbreiding naar 7 dagen per week
 - Verbetering revalidatie en prognose
- Administratie
 - Secretaresse per IC unit
 - Ondersteuning primaire proces
- Dialyse
 - Opbouw CVWH-D apparatuur
- Draaiteam
 - Anesthesiologen voor buikligging positioneren
- Beademingsteam
 - Dagelijkse aanwezigheid overdracht en MDO
 - Specifieke metingen
 - Coördinatie en strategie beademing
- Schoonmaak
 - Verhogen van capaciteit



4 Opleiden

Naast het werven van IC-assisterend-verpleegkundigen/ondersteuners, zal er ook een training moeten plaatsvinden.

Voor het Maasstad Ziekenhuis is er een onderscheid tussen korte termijn en midden lange termijn gemaakt.

1. Korte termijn
Trainen voor 1 oktober van de IC-assisterend-verpleegkundigen/ondersteuners middels een kort programma in company, zie 4.1, gericht op de opschaling van de covid zorg.
2. Midden lange termijn
Na 1 oktober een scholing aanbieden die de mogelijkheid geeft tot persoonlijke ontwikkeling en groei voor IC-assisterend-verpleegkundigen/ondersteuners.

Het bieden van een opleidingsprogramma voor de ondersteuners geeft deze deelnemers meer kennis en kunde en daarnaast een rugzak voor de kliniek. Dit kan een positieve bijdrage leveren aan de zorg op de SVA. Daarnaast een toekomst perspectief, middels de behaalde competenties kan korting worden verworven voor de verschillende verpleegkundige vervolg opleidingen.

4.1 Korte termijn (voor 1 oktober)

Gezien de korte termijn en de voorbereidingen voor een tweede verheffing COVID 19 is het opleidingsaanbod beperkt mogelijk. Hiervoor wordt het onderstaande schema aangeboden.

In het Opschalingsplan COVID-19 worden verschillende soorten ondersteuners genoemd:

1. Gespecialiseerde verpleegkundigen die niet werkzaam zijn op de IC.
Deze verpleegkundigen zijn werkzaam binnen het acute zorgdomein (recovery-, HC-, MC-, CCU-, anesthesie-, SEH-, PICU- en ambulanceverpleegkundigen). Deze verpleegkundigen kunnen snel worden ingezet en kunnen op basis van deficiënties worden geschoold. Vanuit tabel 2 kunnen zij bijvoorbeeld specifieke beademings-EPA's (Entrustable Professional Activity) volgen.
2. Verpleegkundigen met aanvullende scholing op de acute zorg.
Deze verpleegkundigen zijn in twee typen te verdelen.
type 1: verpleegkundigen die niet werkzaam zijn binnen het acute zorgdomein maar die hier in het recente verleden (< 5 jaar) wel hebben gewerkt en eerder specialisatie hebben gevolgd;
type 2: generieke verpleegkundigen die vervolgens basis acute zorg EPA's kunnen volgen, zoals aangegeven in tabel 2. Hierdoor hebben zij veel kennis en vaardigheden opgedaan waarmee zij de IC-verpleegkundigen goed kunnen ondersteunen.
3. (Zorg)professionals die normaliter niet op een IC werken en niet over een (geldige) BIG-registratie beschikken.
Dit kunnen verpleegkundigen die niet werkzaam zijn in de acute as, of in opleiding zijn, of oud-verpleegkundigen waarvan de BIG-registratie is verlopen. Hier kan ook een rol liggen



voor de bachelor medisch hulpverlener (BMH) en de HBO-VT.

4. Niet-verpleegkundigen die binnen het team van professionals op de IC werkzaam zijn.
Dit zijn bijvoorbeeld professionals van de logistieke diensten, de technische dienst, de voedingsdienst, het secretariaat en paramedische zorgprofessionals.

4.1.1 *Benodigde scholing*

Andere ondersteuning op de IC-afdeling bestaat uit het inzetten van onder andere co-assistenten, medisch specialisten en senior AIOS. In deze paragraaf is de benodigde scholing voor deze groepen uitgewerkt.

Gespecialiseerde verpleegkundigen niet werkzaam op de IC

Via korte scholingsprogramma's gericht op bestaande deficiënties in competenties ten opzichte van de competenties van de IC-verpleegkundige kunnen MC-verpleegkundigen, CCU-verpleegkundigen, High-care verpleegkundigen, Interventie verpleegkundigen, SEH-verpleegkundigen en Recovery-verpleegkundigen worden ingezet als ondersteuning op de IC. Dit geldt ook voor gepensioneerd-IC-verpleegkundigen. Vanuit tabel 2 kunnen zij bijvoorbeeld specifieke beademings-EPA's volgen.

Bijvoorbeeld; CZO-gecertificeerde MC-verpleegkundigen staan dichtbij het functieprofiel van de IC-verpleegkundige. Met een relatief korte aanvullende scholing niet-complexe beademing (als bij de high care verpleegkundige scholing) zijn zij snel inzetbaar als ondersteuning op de IC. Dat wil zeggen bij patiënten met niet-complexe beademing. In een aanvullend scholingsprogramma waarbij bijvoorbeeld nierfunctievervangende therapie en complexe beademing aan bod komt, kan de stap naar IC-verpleegkundige gemaakt worden.

Taakkaartenmodel

Er is voor de korte termijn gekozen om de zorg voor COVID-patiënten op de IC-afdeling te gaan uitvoeren in samenwerking met IC-assisterend-verpleegkundigen. Dit kunnen verpleegkundigen van verpleegafdelingen zijn die tijdens de opschalingsfase werkzaam zijn op de IC, maar (nog) niet in opleiding zijn tot gespecialiseerd verpleegkundige. Generiek is dat de IC-assisterend-verpleegkundige in beginsel samenwerkt met één gediplomeerde IC-verpleegkundige. In aanvang zal vooral samengewerkt worden met één vaste collega, in een later stadium, na gewinning en bij verworven competenties, is het denkbaar dat de samenwerking met meerdere collega's plaats kan vinden.

Afhankelijk van de aanwezige competenties, de voortgang in het verwerven en vaststellen van bepaalde competenties, worden zorgtaken of delen van zorgtaken in overleg gedelegeerd aan de IC-assisterend-verpleegkundige. De IC-assisterend-verpleegkundige kan uiteindelijk met supervisie op afstand de totale zorg verlenen aan een laag complexe IC-patiënt (bijvoorbeeld een patiënt welke wacht op overplaatsing naar de verpleegafdeling).

Voorwaarden voor een goede positionering van de IC-assisterend-verpleegkundige:

- Inzetbaar in alle diensten en een minimaal dienstverband van 24 uur per week.
- Gekoppeld aan een vaste groep.
- Minimaal een verpleegkundige met bij voorkeur minimaal 2 jaar ervaring in een complexe zorg situatie met co-morbiditeit.



Taken en gewenste niveau van uitvoering van de IC-assisterend-verpleegkundigen /ondersteuners:

De kwaliteit van de samenwerking op een IC wordt bepaald door kennis en vaardigheden van degene waarmee je samenwerkt, maar ook door op de hoogte te zijn van deze kennis en vaardigheden van je collega. Daarom doorlopen alle IC-assisterend-verpleegkundigen een trainingsprogramma vanuit eenzelfde basis van benodigde competenties.

Aan het einde van deze paragraaf wordt van meerdere handelingen beschreven welk niveau van uitvoering wordt nagestreefd bij welke categorie patiënten. In onderstaande tabel 1 worden de verschillende categorieën van zorgzwaarte en niveaus van uitvoering beschreven.

Tabel 1 *Categorie zorgzwaarte en niveau van uitvoering*

Categorie zorgzwaarte	Niveau van uitvoering
<i>Categorie 1:</i> De patiënt verkeert in een stabiele toestand. Hieronder verstaan wij: Vaststaand, stationair, de situatie van de patiënt verandert niet snel. De vitale functies van de patiënt behoeven geen intensieve ondersteuning en het hoofddoel van het verblijf op de IC is bewaking. De patiënt is (bijna) klaar voor ontslag van de IC.	1. observeert (voert niet zelf uit, voor de ICV een assisterende rol aan toegevoegd);
<i>Categorie 2:</i> De patiënt wordt ondersteund in één of meerdere vitale functies en verkeert hierbij in een stabiele toestand.	2. voert een activiteit uit onder direct toezicht (proactieve supervisie);
<i>Categorie 3:</i> De patiënt wordt ondersteund in meerdere vitale functies, waarbij de ingestelde therapie frequent aangepast moet worden en de patiënt reageert op de therapie.	3. voert een activiteit uit onder indirecte, reactieve supervisie (supervisor is wel snel oproepbaar);
<i>Categorie 4:</i> De patiënt verkeert in een toestand waarbij meerdere vitale functies moeten worden ondersteund en de ingestelde therapie voortdurend moet worden bijgesteld omdat de patiënt niet of onvoldoende reageert op de therapie.	4. Voert een activiteit geheel zelfstandig uit;
	5. De lerende geeft zelf supervisie aan jongere lerende.

Inhoud training IC-assisterend-verpleegkundigen/ondersteuners

Hieronder (tabel 2) wordt van meerdere handelingen beschreven bij welke categorieën patiënten IC-assisterend verpleegkundigen zorg kunnen bieden en welk niveau van uitvoering wordt nagestreefd.

Deze lijst is verre van compleet, maar geeft tegelijkertijd een indruk welke mate van zelfstandig handelen bij welke patiënt van de IC-assisterend-verpleegkundige verwacht mag worden. Van groot belang blijft altijd gezamenlijk overleg over de risico's van een bepaalde interventie.



Tabel 2 - Handelingen voor IC-assisterend-verpleegkundigen/ondersteuners

Handeling	Categorieën	Niveau van uitvoering
- Basic Life Support	1 t/m 4	4
- ADL (lichamelijke verzorging, mondzorg, huidzorg)	1 en 2	4
- ADL (lichamelijke verzorging, mondzorg, huidzorg)	3 en 4	2 en 3
- bereiden van medicatie (incidentele en continue medicatie)	1 t/m 4	4
- toedienen van medicatie (incidentele medicatie per os / sonde, subcutaan, intramusculair, rectaal)	1 t/m 4	4
- toedienen van medicatie (incidentele medicatie intraveneus via blus injectie) (inclusief kennis van veel gebruikte medicatie)	1 en 2	4 (bekwaamverklaring in de voorbereiding / zowel praktisch als medicatie kennis)
- centraal veneuze katheter, toedieningssysteem aansluiten of verwisselen van, ofwel vervangen van infuuszakken en spuiten met medicatie, drijfinfuus (niet direct van invloed op vitale functies)	1 t/m 4	4
- centraal veneuze katheter, toedieningssysteem aansluiten of verwisselen van, ofwel vervangen van infuuszakken en spuiten met medicatie, drijfinfuus (direct van invloed op vitale functies)	1 t/m 4	2 of 3 (na verworven ervaring / 6 maanden)
- klaarmaken van een drukmeetsysteem	1 t/m 4	4 (bekwaamverklaring in de voorbereiding)
- bronchiaal toilet (open of gesloten)	1 t/m 4	1
- detuberen	1 t/m 4	1
- toepassen van wisselgigging / houdingsverandering / mobiliseren	1 en 2	4
- toepassen van wisselgigging / houdingsverandering / mobiliseren	3 en 4	1
- verzorgen insteek openingen verschillen lijnen en drains	1 en 2	4
- verzorgen insteek openingen verschillen lijnen en drains	3 en 4	3
- Infusie / transfusie, klaarmaken van een toedieningssysteem	1 t/m 4	4
- wond zorg (geel rood zwart)	1 en 2	4
- wond zorg (geel rood zwart)	2 en 3	3
- drain, verzorgen huid insteekopening	1 en 2	4
- verzorgen van insteekopeningen van de verschillen lijnen (perifeer, centraal en arterieel)	1 en 2	4
- verzorgen van insteekopeningen van de verschillen lijnen (perifeer, centraal en arterieel)	3 en 4	3
- verwijderen van perifere, centrale en arteriële lijnen	1 t/m 4	4
- transport van een patiënt (samen met een bekwaame arts assistent)	1	4
- transport van een patiënt (samen met een bekwaame arts assistent)	2, 3 en 4	1



- bloed afnemen uit een arteriële katheter	1 t/m 4	4 (bekwaamverklaring in de voorbereiding)
- verwijderen van arteriële katheter	1 t/m 4	4
- POC bepaling van arterieel monster	1 t/m 4	4 (bekwaamverklaring in de voorbereiding)
- glucose bepaling met Accu-Check	1 t/m 4	4 (bekwaamverklaring in de voorbereiding)
- sondevoeding, aansluiten en toedienen, via sondevoedingssysteem	1 t/m 4	4
- uitruimen van IC-bedplek	1 t/m 4	4 (bekwaamverklaring in de praktijk)
- inrichten van een IC-bedplek	1 t/m 4	4 (bekwaamverklaring in de voorbereiding)
- maken van een 12 afleidingen ECG	1 t/m 4	4 (bekwaamverklaring in de voorbereiding)
- afnemen van routine kweken (surveillancekweken etc.)	1 t/m 4	4
- gesprekken met familie (informatief / via telefoon / bezoek)	1 en 2	4
- formele gesprekken met familie (inclusief arts)	1 en 2	2
- familiecontacten, denk aan notities dagboek, patiënten poster en/of afspraken maken Skype/teams o.i.d.	1 t/m 4	3 of 4
- observeren van vitale functies, valideren van vitale functie, vochtbalans bij houden (exclusief beademing / CVWH en andere devices)	1 t/m 4	2

Overzicht van te verwerven basis (IC) kennis en vaardigheden welke qua kennis digitaal aangeboden worden, geoefend worden in het skills lab en getoetst worden in het skills lab.

Tabel 3 - Verpleegkundige handelingen waarvoor bekwaamheid verworven dient te worden voor aanvang

- bed plek, inrichten van	- content middels protocol / digitale instructie – oefening en toetsing in skills lab
- bed en ligondersteuning, gebruik van	- content middels protocol / digitale instructie – oefening en toetsing in skills lab
- arterie katheter, bloedafname uit	- content middels protocol / digitale instructie – oefening en toetsing in skills lab
- drukmeetsysteem, klaarmaken van	- content middels protocol / digitale instructie – oefening en toetsing in skills lab
- 12 afleidingen ECG maken	- content middels protocol / digitale instructie – oefening en toetsing in skills lab
- iv medicatie toedienen via bolus injectie	- content middels protocol / digitale instructie – oefening en toetsing in skills lab
- lab bepaling middels POC en Accu-Check	- via lab

Planning trainingen

De trainingen staan gepland op:

3 september, 10 september, 17 september, 23 september, 24 september, 1 oktober, 8 oktober, 15 oktober, 22 oktober en 29 oktober.

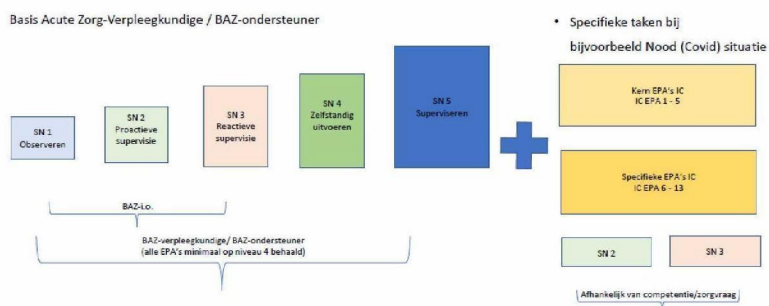


4.2 Middellange termijn (na 1 oktober)

De basis acute zorg (BAZ) opleiding die in het kader van het programma CZO Flex Level is ontwikkeld, wordt versneld geïmplementeerd. Deze opleiding omvat 5 basismodules voor de acute zorg. CZO Flex Level is modulair onderwijs gebaseerd op *Entrustable Professional Activities* (EPA's).

Deze EPA's passen binnen de nieuwe opleidingsarchitectuur van CZO Flex Level, zodat professionals aansluitend (desgewenst) de overige EPA's en leereenheden kunnen volgen van een van de gespecialiseerde vervolgopleidingen in de acute zorg (MC, IC, recovery, SEH, CCU, ambulance en/of anesthesie). Ziekenhuizen selecteren uit hun pool verpleegkundigen en IC-ondersteuners die in aanmerking komen voor dit traject van 6 maanden.

Inzetten Strategische Capaciteit bij Crisis Situatie



Het aanbieden van de BAZ zal na de zomer worden gedaan in samenwerking met het Albeda College.

Het programma CZO Flex Level werkt aan een flexibel, modulair en vernieuwend opleidingsstelsel. Op dit moment heeft CZO Flex Level 200 EPA's klaar en staat zij op het punt om die samen met het werkveld (theorie & praktijkinstellingen) te gaan implementeren. De ontwikkeling van zogenaamde EPA'S, binnen het CZO Flex Level programma, biedt kansen om verpleegkundigen maar ook anders opgeleide medewerkers (bijvoorbeeld anesthesiemedewerkers) gefaseerd op te leiden tot allereerst BAZ-verpleegkundige of BAZ-ondersteuner en vervolgens BAZ-verpleegkundigen, wanneer gewenst, tot MC, IC, PACU/Recovery, SEH, CCU, of ambulanceverpleegkundige. Het is belangrijk dat de werkvloer wordt meegenomen in het systeem van EPA's.

Deze vorm van opleiden is nieuw in het veld. Daarom is het van groot belang dat er helder en in vroeg stadium over gecommuniceerd wordt. Los van dat deze opdracht voor elke individuele instelling geldt om de medewerkers hier goed in mee te nemen, kunnen CZO Flex Level en V&VN hier ook een rol in vervullen.

Voor de BAZ-verpleegkundige of BAZ-ondersteuner geldt dat hij/zij een vijftal basis EPA's dient te behalen. De BAZ-opleiding heeft een doorlooptijd van 6 maanden. Tijdens het

MAASSTAD ZIEKENHUIS

een santeon ziekenhuis



leren doorloopt de BAZ-verpleegkundige (i.o.) of BAZ-ondersteuner (i.o.) verschillende supervisie niveaus om uiteindelijk alle vijf EPA's op minimaal niveau 4 te kunnen afronden.

Deze EPA's vormen de gemeenschappelijke basis voor alle specialisaties binnen de acute zorgsector. In gezamenlijkheid vormen zij de "Basis Acute Zorg" (BAZ). Dit zijn alle (beroeps)activiteiten die binnen de verschillende specialisaties van de acute zorgsector herkenbaar en van toepassing zijn. Hierbij is alleen de context (de soort afdeling waar deze activiteiten plaatsvinden) verschillend.

Bij het afronden van elke afzonderlijke EPA, behorend tot de BAZ, kan een certificaat verstrekt worden. Het afronden van de gehele BAZ zou gecertificeerd kunnen worden of recht moeten geven op een diploma Basis Acute Zorg. CZO Flex Level (programma) en CZO (organisatie) gaan versneld de Basis Acute Zorg opleidingen integreren in de nieuwe opleidingsarchitectuur. Dit wil zeggen dat er een diploma/certificaat komt van CZO dat recht geeft op verkorting van acute zorg opleidingen zoals IC, SEH, ambulance of anesthesie.

Onder regie van CZO Flex Level gaan een aantal theorie-instellingen aan de slag met het versneld ontwikkelen van het onderwijs op basis van EPA's en op basis van de nieuwe visie op werkplekleren. Door het werkplekleren te verstevigen wordt het voor de professionals in opleiding makkelijk gemaakt om de opleiding te volgen en worden de praktijk en werkbegeleiders ontlast bij de opleiding.

De verschillende basis EPA's voor de BAZ-verpleegkundige/ BAZ-ondersteuner en welke niveaus doorlopen dienen te zijn staan hieronder beschreven.

Basis-Acute-Zorg EPA's

Wat zijn de verschillende basis EPA's voor de BAZ-verpleegkundige of BAZ-ondersteuner en welke niveaus dienen doorlopen te zijn om een zorgprofessional in opleiding voor BAZ-verpleegkundige of BAZ-medewerker bekwaam te verklaren?

De basis EPA's acute zorg (BAZ):

- BAZ-01 Controleren en onderhouden van de werkplek in de acute setting
- BAZ-02 Zorgdragen voor de eerste (initiële) opvang van een zorgvrager binnen de acute setting
- BAZ-03 Laagcomplexere zorg verlenen aan een zorgvrager binnen de acute setting
- BAZ-04 Midden complexe zorg verlenen aan een zorgvrager binnen de acute setting
- BAZ-05 Zorg verlenen aan een zorgvrager met een cardiorespiratoir arrest (ILS)



5 Ondersteuning (IC) verpleegkundige

De opschaling van Intensive Care zorg gaat gepaard met een verhoogde druk op de verpleegkundige en daarbij behorende risico's. Hiervoor wordt door het Maasstad ziekenhuis op verschillende wijze ondersteuning geboden. Deze ondersteuning bestaat uit o.a. TOMM+ team en psychologische ondersteuning.

Daarnaast kan ondersteuning worden geboden om zorg te leveren aan meerdere patiënten en de daarbij behorende coördinatie. Vanuit de LNAZ, is het onderstaande voorgesteld.

Verpleegkundigen op de Intensive Care (IC) hebben in de zorg voor de patiënt een uiterst belangrijke rol, zij combineren zorgtaken met het beheersen van geavanceerde technieken, complexe behandelingen, continue monitoring, klinisch inzicht en een snelle reactie op noodsituaties. Zij zijn het die continue aan het bed van de patiënt staan. Ze zijn daarmee de zorgverleners die de steeds veranderende situatie van IC-patiënten het eerst signaleren en maar ook tijdig zorg en behandeling bij kunnen stellen. Hiervoor gebruiken zij nurse-driven protocollen, protocollen met beslissingsondersteuning waarmee zij, binnen bepaalde grenzen, maar zonder tussenkomst van een intensivist, zorg en behandeling tijdig kunnen aanpassen. Om deze zorg goed te kunnen verlenen had een IC-verpleegkundige in het pre-covid-tijdperk de zorg over maximaal 2 beademde IC-patiënten. IC-verpleegkundige-patiënt ratio's zijn in de afgelopen maanden echter drastisch verhoogd om de IC-capaciteit voor de ernstig zieke covid-patiënten snel uit te breiden.

Om in deze periode in de behoefte aan extra verplegend personeel te voorzien zijn zowel algemeen verpleegkundigen als ondersteunend professionals ingezet om hand en span diensten te verrichten op de Intensive care. Dit heeft de IC-verpleegkundige ontlast, deze situatie heeft echter ook aan het werk een nieuwe taak toegevoegd. Het werken als verpleegkundig team met een diversiteit aan professionals en achtergronden en met meerdere opleidingsniveaus brengt een verschuiving van taken en verantwoordelijkheden met zich mee.

Van de IC-verpleegkundige wordt gevraagd om een 'superviserende' of coachende rol aan te nemen, tegelijkertijd moet de IC-verpleegkundige het gedetailleerde overzicht houden over een groter aantal patiënten. Om hoogstaande IC-zorg te kunnen blijven waarborgen worden van de IC-verpleegkundige extra vaardigheden gevraagd.

Niet alleen op de IC-afdelingen zelf zijn IC-verpleegkundigen werkzaam geweest tijdens de COVID-crisis. In diverse instellingen waren IC-verpleegkundigen actief betrokken bij de zorg op reguliere COVID-afdelingen. Zij verleenden waar nodig consultatie en ondersteunden daarmee verpleegkundigen bij de uitvoer van noodzakelijke extra specialistische zorg. Deze extra ondersteuning droeg bij aan het voorkomen van niet noodzakelijke overplaatsingen naar de IC. Coaching van de afdelingsverpleegkundigen was in dezen essentieel.

Een derde aspect waar extra coaching-vaardigheden van IC-verpleegkundigen wordt gevraagd ligt meer op de (middel-)lange termijn. Dit betreft het begeleiden van grotere groepen studenten, als wordt ingezet op het frequenter inrichten van leerunits op IC's. Het fenomeen leerunits is reeds lang bekend, maar op IC's nog weinig gangbaar. Dit zal bijdragen bij aan een grotere opleidingscapaciteit, maar impliceert een verandering in werkwijze van (een deel van) de IC-verpleegkundigen. Zij zullen van minder zelf uitvoerend in de zorg opschuiven naar coaching van een groep professionals in opleiding die primair de zorg uitvoeren. Zij zullen de regie voeren over een unit inclusief de studenten en andere



medewerkers die de IC-verpleegkundige ondersteunen in hun werkzaamheden. Ook deze optie zal leiden tot een groter appel op coaching-vaardigheden van IC-verpleegkundigen.

De hierboven genoemde vaardigheden zijn niet vanzelfsprekend in dezelfde mate aanwezig bij IC-verpleegkundigen (peiling V&VN mei 2020). Om die reden zou voor de IC-verpleegkundigen die hierin een tekort ervaren, desgewenst, aanvullende training aangeboden moeten worden.

Overigens is het appél dat aan deze extra coachende en superviserende vaardigheden gedaan wordt niet uniek voor IC-verpleegkundigen. Ook verpleegkundigen op reguliere verpleegafdelingen, zeker in de COVID-periode, hebben hier in toenemende mate mee te maken gehad. Ook voor hen kan deze training meerwaarde hebben.

Doel

Ontwikkelen van een training voor IC-verpleegkundigen om hen in staat te stellen een superviserende of coachende rol aan te nemen in het zorgproces rondom IC-patiënten. Deze training kan tevens ingezet worden voor andere afdelingen binnen de acute as, maar ook voor andere reguliere afdelingen.

Vaardigheden superviserende/ coachende IC-verpleegkundige

Situationeel bewustzijn

Om overzicht te houden over een groter aantal patiënten hebben IC verpleegkundigen inzicht nodig in de dynamiek van de nieuwe werksituatie. Zij moeten samen met de ondersteunend professionals doelen stellen, verwachtingen uitspreken, taken prioriteren en plannen uitvoeren. Dit vraagt om een optimale informatie-uitwisseling en taakverdeling tussen de teamleden en daarmee om bewustwording van ieders capaciteiten en beperkingen.

Communicatievaardigheden en feedback

Kwaliteit van zorg die in teamverband wordt geleverd is voor een groot deel afhankelijk van effectieve communicatie.

IC verpleegkundigen hebben inzicht nodig in eigen kwaliteiten en valkuilen. Daarnaast moeten zij beschikken over technieken om deze kwaliteiten en of valkuilen effectief in te zetten of te vermijden en anderen te stimuleren dit ook te doen. Het stellen van de juiste vragen om bijvoorbeeld zicht te krijgen op de vaardigheden van de ander of om belemmeringen boven water te krijgen, een stimulerende benadering en het feedback geven en ontvangen zijn belangrijke aspecten in samenwerking. Superviserend en coachende verpleegkundigen hebben daarom vaardigheden nodig om feedback zodanig te organiseren (ontvangen en geven) dat het bijdraagt aan een goede samenwerking en om een klimaat scheppen waarin ieder tot zijn recht komt.

Klinisch leiderschap

Klinisch leiderschap is essentieel. Hiërarchie rondom het bed van de patiënt ontstaat klassiek op basis van vakinhoudelijke expertise en autoriteit. Toch zijn inhoudelijke kennis en ervaring een onvoldoende basis voor het effectief kunnen superviseren van een (klein) team. Superviserend of coachende IC verpleegkundigen moeten zich bewust zijn van het effect van het eigen handelen op het handelen van collega's en op uitkomsten voor de patiënt. Zij moeten ook in staat zijn om (ondersteunende) collega's te ondersteunen en te motiveren om goede prestaties te leveren. De superviserend verpleegkundige is kritisch over processen, stelt reflectieve en onderzoekende vragen en is in staat als rolmodel het verschil te maken voor uitkomsten van patiënten.



6 Slotwoord

Met dit opleidingsplan en de voorbereidingen die getroffen worden om de Intensive Care juist te outillieren, schatten we in dat het ziekenhuis goed is voorbereid op de volgende COVID crisis. Daarnaast draagt het bij aan versterking van de kwaliteit van onze professionals op de langere termijn doordat zij beter getraind ook werkzaam zullen zijn in de kliniek. Vanuit deze opzet hopen we te komen tot een plan van aanpak, waardoor we op termijn meer professionals kunnen opleiden en daarmee het tekort van verpleegkundigen en IC geschoolde medewerkers op te vangen. Mogelijk leidt ons plan ook tot verdere functie differentiatie waardoor we toekomstbestendig kunnen werken.

Binnen het Maasstad Ziekenhuis heerst een positieve sfeer om ook deze volgende crisis professioneel aan te gaan.