

Agenda

Eerste bijeenkomst Uitbreiding IC-capaciteit Werkgroep 1b - Opleidingen

Tijdstip: **donderdag 4 juni, 14:30-15:30 uur**

Locatie: **Zoom**

Deelnemers: [redacted] 5.1.2e [redacted] (aanwezig)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] Radboud Health Academy (aanwezig)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] Radboud Health Academy
 (aanwezig)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] UMCG (aanwezig)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] LUMC (aanwezig)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] Flex Level (aanwezig)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] (aanwezig)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] MUMC, V&VN (aanwezig)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] Leerhuis Elisabeth-Tweestedenziekenhuis (afwezig met
 kennisgeving)
 [redacted] 5.1.2e [redacted] ondersteuning vanuit VWS (aanwezig)

Agendapunten:

1. Kennismaking



2. Vraagstuk en doel werkgroep(opdracht min VWS) – focus Opleidingen

Gevraagd resultaat:

- Beschrijf welk personeel op welke wijze kan worden ingezet waardoor 1.700 IC bedden beschikbaar zijn voor de reguliere zorg en de covid zorg.
- Benoem wat ondernomen moet worden om er voor te zorgen dat dit personeel beschikbaar is voor de 2^{de} golf.

Meenemen:

- De lessen van werkgroep 0 (evaluatie)
- Best practices (ROAZ regio's en buitenland)

Hoe deze werkgroep tot stand gekomen? Mensen betrokken uit netwerk. Verschillende organisaties. Niet heel lang tijd gehad om te doordenken. Wat missen we aan expertise. Bepaalde doelgroepen? Nog over nadenken.

Verduidelijking opdracht naar 5.1.2e 1700 bedden. Politieke context. Eventuele 2^e golf. Hoe kunnen we die realiseren. En reguliere zorg en covid-zorg naast elkaar kunnen bestaan. Vanuit kerngroep vanuit verschillende werkgroepen ophalen. Personeel en richtlijnen. Wat betekent voor vak IC-verpleegkundige. En intensivisten. Opdracht aan LNAZ. Behoorlijke uitdaging voor verpleegkundigen. Structureel... Wisselend over gedacht. Pieken opvangen of echt structureel 1700 bedden nodig? Als covid weg is. Wanneer 1700 gereed nog niet duidelijk. En ook onduidelijk op welke termijn haalbaar.

Groep personeel en richtlijnen komen morgen bij elkaar. Die kijken ook naar implicaties voor hele keten. Moeten ook op de afdelingen extra mensen hebben waar covid-zorg wordt geleverd. Wat is acceptabele ratio om in te werken.

In deze groep. Buddy-systeem. Als nieuwe golf? Hoe buddy's goed toerusten. Maar ook kijken naar iets langere termijn. Wat is er überhaupt nodig?

Peiling van V&VN-IC heeft goede richting voor ratio verpleegkundige
Wat kan er naar buddy's. Dat kan in deze groep goed meegenomen worden.

Peiling nog niet meegestuurd. Stuk V&VN en NVIC is daar al een vertaling van.

5.1.2e gaat zorgen van peiling rondsturen.

5.1.2e gewerkt met buddy's. V&VN heeft al aangegeven gaat niet lukken om voldoende ic-verpleegkundigen op te leiden. Opleiding duurt 1,5 jaar. Zien ic-verpleegkundigen en intensivisten. Zien zij het zitten om te werken met mensen die verkorte opleiding hebben gevolgd? Zijn ze daarmee geholpen? COVID- IC-verpleegkundigen.

5.1.2e op hele korte termijn wel ok.

5.1.2e liever niet. Groot verschil tussen wat wenselijk is en wat realistisch is. Landelijk solliciteren minder mensen voor ic. Je zou jonge mensen dan al bijna allemaal moeten opleiden voor ic-verpleegkundigen.

Liever niet met tweede deskundigheidsniveau werken.

5.1.2e Lange termijn wordt interessant. Al jaren bezig om intensief op te leiden. Lukt niet om voldoende op te leiden en ze vast te houden. En nu nieuwe opleidingsstelsel. CZO- flex. Daar gesproken over basis-acute-zorg medewerkers?

Werkgroep iets verder kijken dan alleen deze periode.

2 scenario's schetsen -> 1 als 2^e golf sneller komt. September. KT-vraagstuk. En 2^e lange termijn. Kunnen we dingen korte termijn zinvol maken.

5.1.2e Scenario's in hoofd. Later doorspreken.

Proces graag verschuiven fysieke meeting maandag.

Nu kort inventariseren.

Maandag ook mee roud of the box.

Tot nu toe alleen over IC-verpleegkundigen.

Moeten we ons ook buigen over intensivisten.

In 1^e opschaling nog geen krapte.. Dus nu niet. Later wel.

Aandachtspunt: moeten snel bedden bij kunnen plaatsen, maar er ook weer snel vanaf. Hoe flexibel zijn. Sneller handelen. Opschalen maar ook afschalen!

Afschalen is heel vaak heel moeilijk!

Op zoek naar wendbare IC.

5.1.2e hoe naar ratio gaan kijken. IC-richtlijn. Ook naar verpleegkundigen kijken.. Niet iedereen kan zelfde ratio aan. Kijk niet alleen naar patienten maar kijk ook naar medewerkers. En welke ondersteuning daar voor beschikbaar. Opleiding ondersteuning om ratio te kunnen vergroten.

5.1.2e die mensen die 'in huis rondlopen' dat zijn verpleegkundigen. Dat zijn communicerende vaten! Moeten we oog voor hebben.

Mogelijkheden voor carrière? Wat is reden dat mensen niet blijven?

5.1.2e worden VS of PA. Klaar met onregelmatige uren. Kiezen voor andere richting waar minder onregelmatige diensten zijn. Ambulance is grotere afzuiger. SEH.

5.1.2e grote uitdaging hoe ook behouden acute zorg. Opleiden acute zorg. Kunnen dan kiezen voor dat veld waar ze nu naar uitstromen. Voor MLT een oplossing. Meer mensen opleiden. Niet morgen geregeld. Nu: buddy's beter uitgerust en toegerust op

een IC-ter ondersteuning. MLT: opleidingen in acute zorg domein. Wellicht specialisatie waar ze naar uitstromen. Op LT: hoe kunnen we regionaal meer mensen werven voor de zorg. Nu vast tijdens opleiding en direct na. Proeven specialisaties. Kennismaken met huizen.

5.1.2e IN 3^e jaar HBO. Dan al kennis. 5 basis EPA's. Niet alleen IC maar in volledige acute as werkzaam zijn. Hoog complexe afdelingen. Chirurgie. Mensen uit die afdelingen kunnen ook meedoen met EPA's. Kunnen terug naar eigne afdeling maar tijdens crisis mee naar spoedeisende hulp. CZO FLEx ontwikkelingen passen heel goed. Heel goed uitgangspunt.

Als je die 5 basis- EPA's hebt doorlopen en toegekend hebt gekregen. Dan kun je goed functioneren op tweede deskundigheidsniveau.

Men kan daarna verder specialistische EPA's oid.. Dan heb je heel vee keuzes.

5.1.2e verwacht ook meer op afdeling gedaan en mensen minder snel naar IC moeten?

5.1.2e dan mensen heel breed inzetbaar.

5.1.2e advocaat van de duivel: KT, MLT, LT. Voordat dit op afdelingen er toe leidt dat er op afdelingen complexere zorg geleverd kan worde. Dan hebben we het volgens

5.1.2e over jaren! Voor dat te realiseren.

25 juni al opleveren. Wat kan voor 25 juni. En wat stip op horizon.

5.1.2e welke mogelijkheden?

5.1.2e Aansluiten op CZO flex kern EPA's in aansluiting op buddy-systeem. Waarvan achterban en veld zegt dat het in crisis acceptabel is.

Dan kun je uitwerken voor KT.

5.1.2e vraagt 5.1.2e waarom jaren? 5.1.2e dan in dienstrooster moet iedereen die competenties hebben..

5.1.2e step up – step down afdeling. Als je zo'n faciliteit kunt creeren.

5.1.2e dan moeten allerlei ziekenhuizen hun organisatie hier op aanpassen.

5.1.2e -> keuzes in andere werkgroepen ook heel belangrijk voor deze werkgroep.

Twee onderwerpen van 5.1.2e uitwerken.

5.1.2e voorstel: gedachtevorming voor volgende overleg. 5.1.2e wil dat wel delen met de groep. Als praatstuk.

5.1.2e dus deze werkgroep moet niet iets doen wat in het land al bekend is.

5.1.2e vraag: hoe gaan we ophalen in het land

5.1.2e -> recent verzoek gedaan voor KU afdelingen? Is ook breed uitgezet. Aan de traumacentra.

Hoe kunnen we die informatie ontsluiten? Hoe ook vanuit andere huizen bij ons terecht komt?

5.1.2e KABU plannen zijn uitgevraagd door ROAZ. Bij ROAZ achteraan. 5.1.2e gaat dat navragen bij LNAZ.

5.1.2e kan de collega's in alle regio's vragen dat te delen. Dat gaat 5.1.2e doen.

5.1.2e -> bezig IC-verpleegkundig Amsterdam aan het opleiden in meer supervisie-taken.

5.1.2e als 2^e niveau deskundigheid -> dan vraag je ook wat anders van IC-verpleegkundigen. IC-verpleegk. Moeten dan ook zorgtaken coördineren. Holistische mens. Als van dat pad afwijken, dat ligt heel gevoelig bij heel veel collega's. Die denken 'ik ben verantwoordelijk alles'. Moeten om naar gedachte -> samen verantwoordelijk voor deze patiënt.

3. Proces verkennen oplossingsrichtingen opleiden IC personeel korte termijn/ lange termijn

4. Taakverdeling

5. Aansluiting met werkgroep 1a (personeel)

Raakt dit ook heel erg. Telkens kijken in welke groep beleggen en. Contact met andere werkgroep 5.1.2e

6. Externe partijen

Wie misschien we nog 5.1.2e

Iemand uit de lijn hierbij te betrekken? 5.1.2e zijn echt lijn.

Geluiden draagvlak werkvloer. 5.1.2e hoop beroepsgroep te vertegenwoordigen VN-IC. 3000 IC-verplk en 3000 meningen. Peiling heeft wel inzicht gegeven.

5.1.2e In stukje Personeel zitten ook wel praktiserende verpleegkundigen.

Tussentijdse plannen voorleggen aan ic-verplk. Voorleggen om draagvlak te vergroten.

Meer achterban betrekken dan iemand aan groep toevoegen.

5.1.2e beiling. Voor KT wel steun. LT wordt een uitdaging.

Hier zit geen intensivist in. Zit wel in andere groep.

5.1.2e tot 1700 richten we ons vooral op verplkd. Na 1700 moeten we wel kijken naar intensivisten.

5.1.2e nog een opleidingsmanager duale trajecten. Voor MLT en LT. Iemand van HBO-V?

5.1.2e meer voor traject hierna.

Ruimte om nog wel iemand bij de groep te betrekken. Uit de lijn. Anderen kunnen aanleveren en anders uit rotterdamse traject.

Afgelopen periode ook heel veel anesthesie-medewerkers ingezet. Gaan we ook over hun inzet nadenken. Anesthesie-medewerker die geen verpleegkundige is. Geldt ook voor OK-assistent. Wel bealgnrijke groep. Heeft goede ondersteuning geboden. Moeten wel meegomen te woren.

Manager ide aangetrokken wordt. Managers uit die club. Gaat 5.1.2e achteraan.

Voor arbeidsmarktvragestuk niet beste pool om uit te vissen. Wel voor KT maar niet voor LT.

Voor beeldvorming ook belangrijk. In acute periode veel waarde toegevoegd.

5.1.2e KT -> flexibele schil. In aantal beroepsgroepen. Verpleegkundigen operatieassistenten kinderverpleegkundigen en anesthesie medewerkers.

4ejaars studenten? Dan ook iemand van MBO/HBO. Zijn er mensen die daar gebruik gemaakt hebben. Ook HBO-V in buddyfunctie. Was wel enorme wissel op psyche van deze mensen. Zijn nog beginnend professional. Nog niet gewend om met ernstig ziekte patienten om te gaan. Die hebben wel andere hulp nodig.

Conclusie: nu niet doen.

5.1.2e denkt ook dat roaz-en dit gaan zeggen.

Plan van aanpak moet er morgen liggen. 1 a-4.

5.1.2e kan dit goed terugkoppelen. 5.1.2e maakt korte samenvatting.

7. Planning en Vervolgafspraken

- *Tussenproducten*
 - a. *Plan van aanpak (gereed 4 juni)*
 - b. *1^e concept hoofdstuk werkgroep (12 juni)*

- c. *Onderlinge uitwisselingen werkgroepen (15 juni)*
 - d. *Samenvatting bevindingen voor ministersgroep (19 juni)*
 - e. *2^e concept hoofdstuk werkgroep (22 juni)*
 - f. *Opleveren einddocument (25 juni)*
- *Vervolgafspraken tot en met 25 juni inplannen (elke maandag en donderdag)*
App-groep instellen? Face-to-face afspreken?

Maandag. Wanneer meeste mensen kunnen. Face-to-face.
Maandag meters maken. 2/3 uur bij elkaar komen. Dieper op inhoud te gaan.

5.1.2e voorziet doen. Locatie Utrecht. Gezien midden vh land.

Maandagmiddag! In urecht.

Maandag verder. Link met andere groep.

Ook na maandag

Do-digitaal
En maandag face-to-face

/

Elke donderdag dit tijdstip. 5.1.2e stuurt vergaderverzoek.

5.1.2e voelt zich nog niet helemaal lijn-vertegenwoordiging lijn. Laat geluid gewoon horen.

5.1.2e via 5.1.2e er helemaal uit.

5.1.2e pas vanaf 3 uur.
Locatie voor maandag?

5.1.2e vergadercentrum. NVZ NFU etc. Kun je goed op afstand zitten.

5.1.2e