

Een aaneenschakeling van problemen?

Een analyse van zorgcontinuïteitsproblemen binnen de geneeskundige keten tijdens de griepepidemie van 2017-2018 in Nederland



Door: Marc Verhaar
GHOR & GGD Kennemerland

Opleiding: Master of Crisis & Public order management

Opleidingsinstituut: IFV en Politieacademie

Studentnummer: 350303

Examenopdracht: E11: Master thesis

Datum: 20 mei 2019

Begeleider: Martina Duyvis

Bron afbeelding: <https://www.memey.com/pictures/chains> (geraadpleegd op 13 april 2018)

Voorwoord

In het kader van de afronding van de studie Master of Crisis & Public order management (MCPm) heb ik met veel plezier deze scriptie geschreven. Ik ben mijn werkgever, de GHOR/GGD Kennemerland, zeer dankbaar voor het feit dat ik in de gelegenheid ben gesteld om de opleiding te doen.

Gedurende het proces dat heeft geleid tot de totstandkoming van deze scriptie ben ik begeleid door Martina Duyvis. Ik ben haar zeer dankbaar voor de prima begeleiding, het kritisch tegenlezen van mijn conceptstukken en de waardevolle feedback. Door haar aanwijzingen is mijn scriptie aangescherpt en verbeterd.

Daarnaast bedank ik mijn ouders, Paul en Ella, voor het kritisch doorlezen van mijn conceptstukken.

Voor het onderzoek heb ik ruim 30 interviews gehouden met (crisis)functionarissen van GHOR-bureaus, ROAZ-regio's, zorginstellingen en verschillende betrokken actoren op nationaal niveau. Door hun input heb ik mij een goed beeld kunnen vormen van de werking van de geneeskundige keten tijdens de heftige griep epidemie van 2017-2018 waarbij de zorgcontinuïteit in grote delen van het land onder druk kwam te staan. Ik ben hen dankbaar voor de tijd die zij voor mij vrij hebben gemaakt en de boeiende verhalen uit de praktijk waar zij mij van hebben voorzien.

Als laatste bedank ik mijn lieve vrouw Bébel voor haar steun en geduld gedurende het jaar dat ik heb besteed aan het schrijven van deze scriptie.

Ik ben dankbaar voor de gelegenheid die mij is geboden op dit boeiende onderwerp onderzoek te kunnen doen. Het heeft mij de mogelijkheid geboden meer inzicht op te doen in de werking van de acute zorg, hetgeen mijn dagelijkse werk en crisisfuncties bij de GHOR en GGD Kennemerland ten goede komt.

Ik wens de lezer veel leesplezier!

Marc Verhaar

20 mei 2019

Samenvatting

De (acute) zorg is kwetsbaar voor verstoringen. In de dagelijkse situatie is continuïteit van zorg in delen van het land (vooral de Randstad) al een aandachtspunt. In situaties waarbij een verhoogde zorgvraag optreedt, eventueel gecombineerd met een gereduceerd zorgaanbod, kunnen zorgcontinuïteitsproblemen ontstaan. In dit onderzoek is gekeken naar de impact van de griepepidemie van 2017-2018 op de acute zorg in Nederland. Samenvattend traden de volgende problemen op binnen de geneeskundige keten:

- Vrijwel alle zorginstellingen kampten in meer of mindere mate met uitval van het eigen personeel.
- Vanuit huisartsen, V&V-instellingen en soms vanuit ambulancehulpverlening werden meer zieken doorverwezen of vervoerd naar het ziekenhuis. Soms werd op sociale indicatie doorverwezen omdat er onvoldoende (mantel/thuis)zorg in de directe omgeving van de patiënt beschikbaar was.
- De ziekenhuizen, vooral de SEH, de kliniek en de IC, stroomden vol door de verhoogde aanwas van (ernstig) zieke patiënten naast de reguliere instroom in het ziekenhuis.
- Ziekenhuizen slaagden er moeizaam in hun patiënten te laten uitstromen richting VVT-instellingen. Ook de VVT-sector kampte met uitval van personeel. Dit leidde ertoe dat de ziekenhuizen uitbehandelde patiënten soms zeer moeizaam konden uitplaatsen richting passende vervolgzorg.
- Door grote drukte op de SEH of ophoping van patiënten in de kliniek en de IC moesten ziekenhuizen frequenter (tijdelijke) SEH-stops afkondigen omdat ze de patiëntenstroom niet langer konden verwerken in het ziekenhuis.
- Het afkondigen van SEH-stops leidde ertoe dat ambulances soms veel verder moesten rijden om hun patiënt op een SEH te krijgen. Ook leidde drukte ertoe dat ambulances soms lang moesten wachten om hun patiënt overgedragen te krijgen. Hierdoor kwam in verschillende regio's de ambulancehulpverlening in het geding. Tijdens piekbelastingen waren in sommige regio's geen of zeer weinig ambulances inzetbaar voor spoedgevallen.
- De zorgkwaliteit kwam in het geding. Patiënten moesten soms op de SEH (al dan niet in de gang) overnachten. Soms lag een patiënt lang in de ambulance te wachten voordat hij/zij aan de SEH kon worden overgedragen. En door de drukte kregen patiënten minder aandacht dan in rustiger situaties het geval zou zijn.

Daarnaast is in dit onderzoek gekeken naar de aanpak van de bovenstaande problemen in ketenverband. In alle zeven onderzochte (GHOR- of ROAZ-)regio's heeft in bepaalde mate ketenbrede afstemming plaatsgevonden. De GHOR of het ROAZ heeft overleg tussen betrokken zorginstellingen gefaciliteerd met als doel de continuïteitsproblemen die optraden tijdens de griepepidemie van 2017-2018 te bespreken.

De meeste regio's waren niet voorbereid op de problematiek veroorzaakt door de griep. De aanpak kenmerkte zich in vrijwel alle regio's vooral door improviseren en pionieren.

Er zaten duidelijke overeenkomsten en verschillen in de aanpak van de verschillende regio's. Sommige regio's hebben de problematiek op strategisch niveau besproken. Andere regio's hebben deze op alleen op operationeel/tactisch niveau behandeld. Alle regio's kwamen tot onderlinge beeldvorming en een gezamenlijk beeld van de problematiek (oordeelsvorming). Sommige regio's kwamen tot vergaande gezamenlijke besluitvorming en onderlinge afspraken om bepaalde knelpunten op te lossen, zoals het creëren van inzicht in de beschikbare beddencapaciteit in de regio.

Met name de regio's die erin slaagden voldoende urgentiegevoel op bestuurlijk (strategisch) niveau te creëren, leken in staat te zijn tot vergaande maatregelen en afspraken te komen in ketenverband. Ook het creëren van een gedeeld besef dat sprake was van gedeelde problematiek die een gezamenlijke aanpak behoefde, was een belangrijke randvoorwaarde om tot dergelijke afspraken te komen. In sommige regio's werd de zorg min of meer uit het concurrentiemodel gehaald ten behoeve van het beschikbaar houden van de acute zorg in de regio.

Een conclusie van het onderzoek is dat de betrokken instellingen vooral zelf of met andere zorginstellingen in de omgeving (op subregionaal niveau) de belangrijkste problemen qua eigen capaciteit en het managen van patiëntenstromen moesten oplossen.

Terugkijkend was de griep voor veel regio's en instellingen een zorgelijke periode. Bij veel respondenten speelde de vraag hoe de organisatie de acute zorg beschikbaar kon houden. Toch heeft de griepepidemie ook veel positiefs opgeleverd. In veel regio's zijn ketenpartners verder naar elkaar toegegroeid. Ook heeft bijvoorbeeld het delen van informatie over capaciteit (die voorheen als bedrijfsgevoelige informatie werd gezien) een meer structureel karakter gekregen in sommige regio's. Verschillende maatregelen en oplossingen voor problemen die tijdens de griep zijn ontwikkeld, worden nog steeds gebruikt of worden doorontwikkeld, zoals tools die de beschikbare bedden capaciteit in de regio inzichtelijk moeten maken.

Inhoud

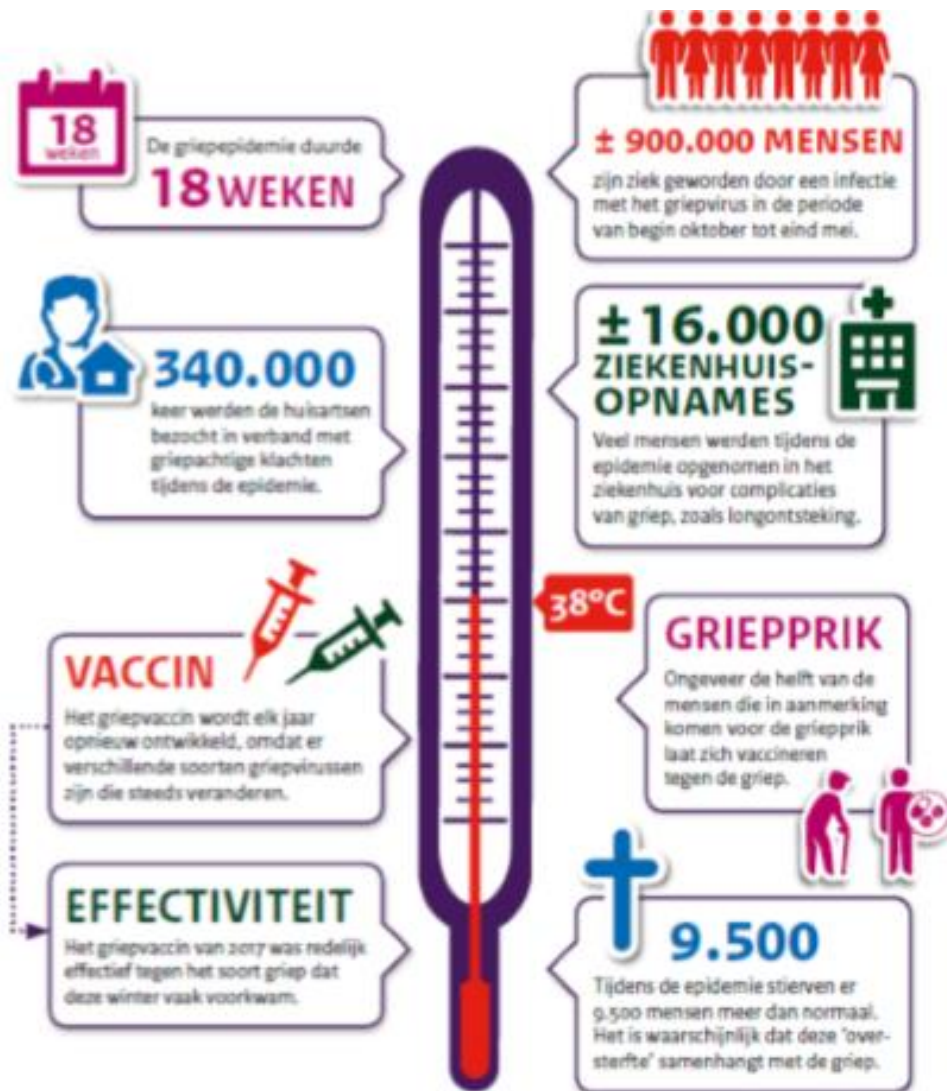
Voorwoord	2
Samenvatting	3
1 Inleiding	7
2 Onderzoeksvraag, doelstelling en afbakening	9
2.1 Doelstelling onderzoek	9
2.2 Centrale onderzoeksvraag	9
2.3 Deelvragen	9
2.4 Afbakening	9
2.5 Definiëring begrippen	9
3 Onderzoeksofzet: onderzoeksmethodes en betrouwbaarheid	11
3.1 Kwalitatief onderzoek	11
3.2 Onderzoeksmethodes	11
3.3 Literatuuronderzoek	11
3.4 Casestudy	11
3.5 Documentenstudie	12
3.6 Interviews	12
3.7 Validatie door middel van bijeenkomst met experts	12
3.8 Betrouwbaarheid	12
4 Literatuuronderzoek en analysekader	14
4.1 Eerste deel analysekader: <i>Business continuity management</i>	14
4.2 Tweede deel analysekader	16
4.2.1 Complexiteit	16
4.2.2 Netwerkbenadering en procesmanagement	18
4.2.3 Distributed decision making	20
4.2.4 Crisisbesluitvorming aan de hand van (P)BOB	22
4.3 Integraal analysekader aan de hand van BCM en PBOB	23
5 De werking van de geneeskundige keten op hoofdlijnen	24
5.1 Het belang van een goed werkend zorgsysteem (en zorgcontinuïteit)	24
5.2 Actoren en hun taken en verantwoordelijkheden	24
5.3 Afhankelijkheden in de geneeskundige keten en patiëntstromen	28
5.4 Maatschappelijke ontwikkelingen en druk op de (acute) zorg	29
5.4.1 Ontwikkelingen aan de zorgvraagkant	29
5.4.2 Ontwikkelingen aan de zorgaanbodkant	32
5.4.3 Overige factoren	34
6 Cases uit de praktijk	35

6.1 De situatie in de GHOR-regio Kennemerland	35
6.2 De situatie in de GHOR-regio Noord-Holland Noord.....	40
6.3 De situatie in GHOR-regio Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland	46
6.4 De situatie in de regio Traumazorgnetwerk Midden-Nederland.....	51
6.5 De situatie in regio Traumacentrum Zuidwest Nederland.....	55
6.6 De situatie in de regio Acute Zorg Netwerk Noord Nederland (AZNN)	65
6.7 De situatie in Acute Zorgregio Oost	73
7 Betrokkenheid actoren op landelijk niveau.....	78
7.1 Betrokkenheid op hoofdlijnen Ministerie van VWS.....	78
7.2 Betrokkenheid op hoofdlijnen zorgverzekeraars	79
7.3 Betrokkenheid op hoofdlijnen NZa	80
7.4 Betrokkenheid op hoofdlijnen LNAZ.....	80
7.5 Betrokkenheid op hoofdlijnen NIVEL en RIVM.....	81
8 Analyse onderzoeksresultaten	83
8.1 Impact griep op de keten en haar instellingen	83
8.2 Voorbereiding op griep.....	84
8.3 Aanpak griepepidemie op hoofdlijnen	86
8.4 Proces- en netwerkmanagementmanagement.....	88
8.5 Informatiemanagement en beeldvorming	89
8.6 Oordeelsvorming	91
8.7 Besluitvorming.....	92
8.8 Betrokkenheid van actoren op landelijk niveau.....	94
8.9 De crisis als kans	94
9 De belangrijkste conclusies en aanbevelingen	95
9.1 Beantwoording centrale onderzoeksvraag en deelvragen	95
9.2 De belangrijkste conclusies	97
9.3 Aanbevelingen	98
9.4 Discussie en suggesties voor vervolgonderzoek.....	99
Bijlage 1: Gebruikte afkortingen	100
Bijlage 2. Literatuurlijst	102
Bijlage 3. Planning plan van aanpak en master thesis	107
Bijlage 4. Interviewvragen master thesis Marc Verhaar	109
Bijlage 5. Lijst geïnterviewde personen	111
Bijlage 6. Griep en vaccineren op hoofdlijnen	113
Bijlage 7. Kernachtige opsomming <i>best practices</i>	115

1 Inleiding

Ieder jaar worden we geconfronteerd met een griep epidemie. In tegenstelling tot wat veel mensen denken, is griep geen onschuldige ziekte. Jaarlijks overlijden honderden tot enkele duizenden mensen aan de directe of indirecte gevolgen van griep.

Tijdens de griep epidemie van 2017-2018 overleden 9.500 mensen meer dan normaal (RIVM, 2018). De meeste zieken herstelden weliswaar na enkele dagen tot een week, maar sommigen, vooral kwetsbare ouderen, kregen echter dusdanig ernstige klachten dat een ziekenhuisopname nodig was. In 2017-2018 leidde dit tot 16.000 extra ziekenhuisopnames, zoals in figuur 1 wordt geïllustreerd. In bepaalde gevallen leidden complicaties tot wekenlange opname op de intensive care (IC).



Figuur 1: gevolgen griep epidemie 2017-2018. Overgenomen uit “Feiten en cijfers griep in Nederland, Winter van 2017/2018” van RIVM, 2018 (<https://www.rivm.nl/griep/surveillance>). Copyright 2018, RIVM.

De griep epidemie van 2017-2018 begon in december 2017 en leverde vooral in de eerste maanden van 2018 in grote delen van Nederland problemen op. De griep epidemie hield bijna twee keer langer aan dan de gemiddelde griep epidemie in Nederland (NIVEL, 2018a).

In heel Nederland lagen ziekenhuizen overvol en werden opnamestops afgekondigd. De voorzitter van NVSHA (Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen) stelde dat ziekenhuizen niet zijn voorbereid op een griepgolf (NVSHA, 2018). De verhoogde zorgvraag in combinatie met verminderde zorgcapaciteit leidde ertoe dat geplande en niet-geplande opnames moesten worden afgezegd in sommige ziekenhuizen. Dat leidde tot ongemak bij patiënten die langer op hun behandeling moesten wachten. Ook ketenpartners hadden last van de aanhoudende griepepidemie. Door spoedeisende hulp (SEH)-stops¹ of drukte op de SEH kreeg een ambulance zijn patiënt niet altijd snel overgedragen aan een ziekenhuis. De ambulance en/of meldkamer moest soms “leuren” om de patiënt opgenomen te krijgen. Ziekenhuizen hadden regelmatig moeite om patiënten terug te plaatsen naar een verpleeg- of verzorghuis of naar huis met thuis- of mantelzorg omdat geen capaciteit beschikbaar was om hun de benodigde zorg te bieden.

Dergelijke zorgcontinuïteitsproblemen kregen de nodige regionale en landelijke media-aandacht. De Volkskrant kopte bijvoorbeeld: “Ziekenhuizen kunnen grote golf grieppatiënten niet aan: enkele stellen opnamestop in” (De Zwaan, 2018). Het Economisch Dagblad gaat verder en kopt: “Griep-crisis in Zuidoost-Brabant” (Mandemaker, 2018).

In deze master thesis wordt een antwoord gezocht op de vraag hoe de zorgcontinuïteitsproblemen in de geneeskundige keten bij de griepepidemie van 2017-2018 konden ontstaan. Wat waren de oorzaken en wat waren de gevolgen voor de betrokken zorginstellingen en de geneeskundige keten als geheel? Was er sprake van een structureel probleem? En zo ja, lag dit dan bijvoorbeeld aan gebrek aan afspraken in de geneeskundige keten? Of zijn andere factoren aan te wijzen als oorzaak?

Tevens was niet altijd duidelijk wie welke rol speelde in het oplossen van de zorgcontinuïteitsproblemen. De geneeskundige keten bestaat uit verschillende schakels: huisarts, ziekenhuis, ambulancedienst & meldkamer ambulancezorg (samen vormen deze de RAV; de Regionale Ambulancevoorziening), de V&V-sector (verpleeg- en verzorghuizen) en de thuiszorgorganisaties. De schakels zijn van elkaar afhankelijk in de zin dat patiënten stromen van organisatie A naar B en vice versa. In het zorgstelsel met veel onderlinge afhankelijkheden tussen de zorgaanbieders vormden de continuïteitsproblemen die optraden tijdens de griepepidemie van '17-'18 dus een interdisciplinair probleem.

De vraag is of een organisatie regie op dit ketenprobleem dient te voeren en zo ja welke dan, op welk niveau (veiligheidsregio, ROAZ-regio, landelijk of juist op subregionaal niveau) en op basis van welke bevoegdheid of verantwoordelijkheid? In dit onderzoek wordt geanalyseerd hoe verschillende regio's de geschetste ketenbrede problematiek hebben aangepakt en wat daarvan is te leren.

Tot slot wordt in dit onderzoek stilgestaan bij de vraag of er oplossingen mogelijk zijn om ketenbrede zorgcontinuïteitsproblemen te verminderen of voorkomen. Nadrukkelijk wordt gepoogd door middel van dit onderzoek mogelijke oplossingsrichtingen voor dit probleem te genereren.

¹ Een SEH-stop kan als volgt worden gedefinieerd: “Verzoek van een ziekenhuis aan de meldkamer om de locatie voor acute gevallen tijdelijk te ontzien” (LNAZ, 2018).

2 Onderzoeksvraag, doelstelling en afbakening

In dit hoofdstuk vindt u de doelstelling van het onderzoek in paragraaf 2.1. In paragraaf 2.2 en 2.3 zijn de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen van dit onderzoek, uitgewerkt. De exacte focus van dit onderzoek vindt u in paragraaf 2.4; de afbakening. Enkele begrippen die in dit onderzoek centraal staan, zijn uitgewerkt in paragraaf 2.5.

2.1 Doelstelling onderzoek

Het doel van het onderzoek is inzichtelijk te maken waarom zorgcontinuïteitsproblemen ontstaan en tot welke gevolgen deze leiden. Dit onderzoek beoogt meer helderheid te creëren in de taken, rollen en bevoegdheden van betrokken actoren bij dit vraagstuk. Nadrukkelijk wordt stilgestaan bij de aanpak van verschillende regio's zodat van elkaar kan worden geleerd. Hopelijk draagt het onderzoek bij aan mogelijke oplossingsrichtingen om de zorgcontinuïteitsproblemen die ontstaan door bijvoorbeeld griep epidemieën in de toekomst te kunnen beperken.

2.2 Centrale onderzoeksvraag

Waardoor en in welke mate ontstonden zorgcontinuïteitsproblemen binnen de geneeskundige keten tijdens de griep epidemie van 2017-2018 en hoe hebben betrokken organisaties deze problemen aangepakt?

2.3 Deelvragen

1. Wat is (het belang van) zorgcontinuïteit?
2. (Hoe) wordt zorgcontinuïteit geborgd binnen de betrokken zorginstellingen en de geneeskundige keten?
3. Waarom en onder welke condities traden zorgcontinuïteitsproblemen op in de geneeskundige keten tijdens de griep epidemie van 2017-2018?
4. Wat waren de gevolgen van deze zorgcontinuïteitsproblemen voor de zorginstelling en de geneeskundige keten?
5. Welke organisaties spelen een (formele of informele) rol ten aanzien van zorgcontinuïteit in de geneeskundige keten?
6. Zijn er *best practices* bekend van organisaties of regio's die zorgcontinuïteitsproblemen op effectieve en efficiënte wijze hebben opgelost en wat zijn concrete maatregelen waar anderen lering uit kunnen trekken?

2.4 Afbakening

In dit onderzoek worden meerdere geografische clusters (GHOR- of ROAZ- regio's) geanalyseerd waarin een disbalans optrad tussen zorgvraag en -aanbod in de geneeskundige keten die leidde tot zorgcontinuïteitsproblemen tijdens de griep epidemie van 2017-2018.

De focus van dit onderzoek ligt op Nederland. Alhoewel dergelijke problemen ook in het buitenland optraden, wordt dit niet meegenomen in het onderzoek. Dat is een praktische afbakening. In de literatuurstudie worden uiteraard wel inzichten uit internationale wetenschappelijke bronnen meegenomen.

2.5 Definiëring begrippen

(Infectieziekten)epidemie: "een meer dan verwachte toename van een (infectie)ziekte in een bepaalde groep mensen of dieren binnen een bepaalde tijdspanne" (Van den Kerkhof en Van Steenberghe, 2005). Concreet is bij **griep** sprake van een epidemie wanneer 51 of meer personen op de 100.000 griep hebben (NIVEL, 2018b). In deze thesis wordt met 'de griep epidemie' de griep epidemie bedoeld die optrad van eind 2017 tot en met mei 2018.

Geneeskundige keten: deze bestaat uit verschillende acute zorgpartners en niet-acute zorgpartners. Tot de geneeskundige keten worden in dit onderzoek gerekend:

- de GHOR;
- Het ROAZ;
- instellingen als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), waaronder ziekenhuizen, verpleeg-, verzorg- en thuiszorginstellingen (VVT), huisartsenposten e.d.;
- zorgaanbieders als bedoeld in de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg (Wet BIG), zoals huisartsen;
- de regionale ambulancevoorziening (RAV), waaronder de meldkamer ambulancezorg;
- gemeenschappelijke gezondheidsdiensten (GGD).

Crisis: In de literatuur worden vele definities gehanteerd. In dit onderzoek worden de volgende twee definities gehanteerd:

“Een situatie waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden aangetast” (Wet veiligheidsregio’s (Wvr, art. 1)).

“Een noodsituatie waarbij het functioneren van een organisatie (ernstig) verstoord raakt en de kritische bedrijfsprocessen, de continuïteit van zorg, de veiligheid van mensen en de reputatie ernstig worden bedreigd” (LNAZ, 2016, p.9).

3 Onderzoeksopzet: onderzoeksmethodes en betrouwbaarheid

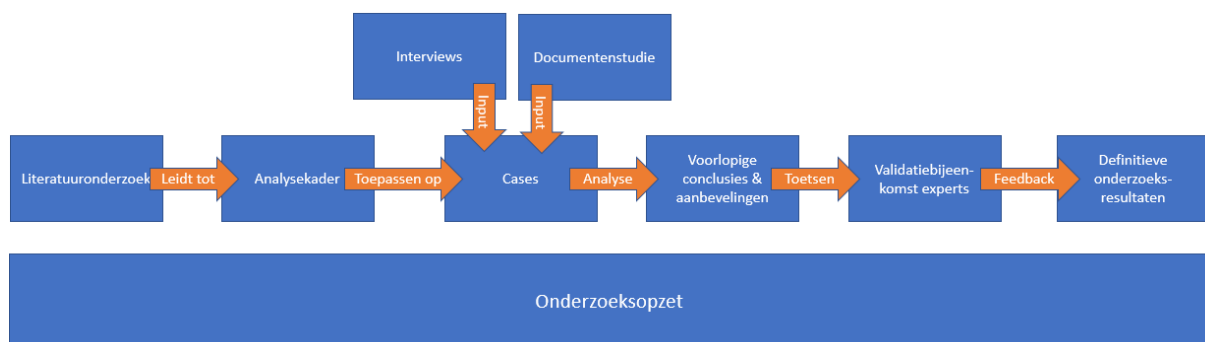
In dit hoofdstuk worden de onderzoeksopzet en de gehanteerde onderzoeksmethodes uiteengezet. Tevens is beschreven hoe de betrouwbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd.

3.1 Kwalitatief onderzoek

Er is een probleem onderzocht -ketenbrede zorgcontinuïteitsproblemen veroorzaakt door de griepedemie- waarvan nog niet helder was onder welke condities het probleem ontstond en niet wie welke rol speelde in het oplossen ervan. Er is dan ook met een open onderzoeksvraag gewerkt. In dit onderzoek is gekozen voor een open en flexibele benadering zodat kon worden ingespeeld op onverwachte situaties (Verhoeven, 2016). Het onderzoek is verkennend van aard. Bij een dergelijk onderzoek passen methoden van kwalitatief onderzoek (Baarda et al, 2013).

3.2 Onderzoeksmethodes

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethodes die elkaar versterken.



Figuur 2: onderzoeksopzet.

Hieronder worden de gehanteerde methodes toegelicht.

3.3 Literatuuronderzoek

De basis van het onderzoek vormt het literatuuronderzoek. Dit deel van het onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen:

1. Door middel van het literatuuronderzoek wordt eerst de vraag beantwoord wat (het belang van) zorgcontinuïteit is. Tevens zijn vanuit de literatuur verklaringen gezocht voor het ontstaan van zorgcontinuïteitsproblemen. Ook is gekeken hoe problemen in een complexe netwerkstructuur als de gezondheidszorg kunnen worden aangepakt. Deze literatuurbronnen zijn vooral ontleend aan de bedrijfskunde (met name *business continuity management*), de bestuurskunde, de organisatiekunde en de sociologie.
2. Vanuit de literatuur zijn modellen en theorieën geselecteerd die een mogelijke oplossing kunnen genereren voor zorgcontinuïteitsproblemen of die helpen duidelijk maken waarom het probleem zo moeilijk is te verhelpen.

Vanuit het literatuuronderzoek is een analysemodel samengesteld dat inzicht geeft in de wijze waarop verschillende regio's zich hebben voorbereid op ketenbrede zorgcontinuïteitsproblemen en hoe zij de bestrijding daarvan hebben aangepakt.

3.4 Casestudy

Om inzichtelijk te maken hoe de voorbereiding op en bestrijding van ketenbrede zorgcontinuïteitsproblemen in de praktijk is verlopen, zijn 7 cases uitgewerkt. Verschillende geografische clusters (GHOR/veiligheidsregio's of ROAZ-regio's) zijn onderzocht. Er is gekozen voor

clusters die een verschillende aanpak hanteerden om de zorgcontinuïteitsproblemen te beperken. De keuze voor de clusters is gebaseerd op de ingang die de onderzoeker bij bepaalde regio's heeft (zoals de GHOR'en in Noord-Holland). Er is bewust voor gekozen om een aantal cases uit te werken waarin de GHOR een coördinerende rol heeft gespeeld en een aantal cases te analyseren waarin het ROAZ die rol vervulde. Zodoende kan het verschil in aanpak inzichtelijk worden gemaakt.

Ook is een hoofdstuk gewijd aan de betrokkenheid van actoren op landelijk niveau bij de problematiek.

De cases zijn opgebouwd uit twee bronnen: 1. informatie uit onderzoeksrapporten, evaluaties, mediaberichten, verslagen van (crisis)overleggen (de documentenstudie, zie 3.5) en 2. interviews met betrokkenen (zie 3.6).

3.5 Documentenstudie

Aan de hand van evaluaties, mediaberichten en beschikbare plannen zijn de cases opgebouwd. Met behulp van beleidsdocumenten en een overzicht van wettelijke taken, rollen en bevoegdheden is een netwerkschets gemaakt van de actoren in de zorgketen in hoofdstuk 5. Daarbij wordt de vraag beantwoord welke formele en informele taken, rollen en bevoegdheden deze actoren hebben. Zoals gezegd worden dergelijke documenten ook gebruikt als fundament van de casestudies.

3.6 Interviews

Om de cases meer diepgang te geven, zijn interviews gehouden met betrokkenen op tactisch en strategisch niveau van ketenpartners binnen de geneeskundige keten. Bewust is gekozen voor functionarissen op tactisch en strategisch niveau omdat op deze niveaus een goed overzicht bestaat binnen de gehele organisatie. Op operationeel niveau is dat minder het geval. Hun overzicht beperkt zich vooral tot afdelingsniveau. Per regio is een interview gehouden met een functionaris namens de coördinerende organisatie (ROAZ of GHOR) en met functionarissen van tenminste twee ketenpartners (ziekenhuis, huisartsenzorg, VVT-koepel e.d.).

De interviews volgen een vaste structuur zodat vergelijkingen kunnen worden getrokken tussen de cases. De interviewvragenlijst is opgenomen in bijlage 4.

Daarnaast zijn enkele experts benaderd die veel ervaring hebben met en inzicht hebben in zorgcontinuïteitsproblemen bij infectieziektenepidemieën, waaronder hoofden of beleidsmedewerkers van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS), het NIVEL en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

3.7 Validatie door middel van bijeenkomst met experts

Na het uitvoeren van het onderzoek en het opstellen van de eerste conceptanalyse, conclusies en aanbevelingen is een validatiebijeenkomst georganiseerd met betrokkenen en inhoudelijk experts. Deelnemers aan deze bijeenkomst waren voornamelijk personen die zijn geïnterviewd in het kader van het onderzoek. De bijeenkomst vond plaats op 31 januari 2019. De input is gebruikt om de conceptconclusies en -aanbevelingen te toetsen.

3.8 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek is op meerdere manieren gewaarborgd. Ten eerste zijn verschillende dataverzamelmethode gebruikt in het onderzoek (triangulatie). Bijvoorbeeld de cases uit de praktijk zijn opgebouwd uit opbrengsten van de documentenstudie en de interviews. De centrale vraag en deelvragen zijn beantwoord door middel van verschillende onderzoeksmethoden hetgeen de geldigheid van de onderzoeksresultaten vergroot (Verhoeven, 2016).

Ten tweede is gebruik gemaakt van openbare of opvraagbare literatuurbronnen. Daarmee is het gedeelte literatuur- en documentenstudie onderzoek reproduceerbaar.

Ten derde hebben de geïnterviewden de eerste conceptstukken (bijvoorbeeld de uitgewerkte casus waarover zij zijn bevroegd) ter beoordeling te zien gekregen om te toetsen of hun inbreng op juiste wijze is vertaald door de onderzoeker. Dit is gedaan om een waarborg in te bouwen dat de feiten waar de analyse, en conclusies en aanbevelingen op zijn gebaseerd, kloppen.

4 Literatuuronderzoek en analysekader

In dit hoofdstuk worden verschillende invalshoeken vanuit de wetenschappelijke literatuur gepresenteerd. De zorgcontinuïteitsproblemen worden gezien vanuit 2 fases:

- De voorbereiding (binnen de veiligheidsketen: preparatie) op zorgcontinuïteitsproblemen binnen de geneeskundige keten en de afzonderlijke schakels;
- De wijze van omgaan (binnen de veiligheidsketen: respons) met de daadwerkelijke zorgcontinuïteitsproblemen tijdens de griepepidemie van 2017-2018.

Het eerste deel van het analysekader is gericht op de voorbereiding op zorgcontinuïteitsproblemen, in het bijzonder griepiepidemieën. Om daar inzicht in te krijgen, is gebruik gemaakt van de inzichten vanuit *business continuity management* (BCM). Dit middel wordt gebruikt om organisaties weerbaar te maken voor verstoringen van de (bedrijfs)continuïteit. De uitwerking hiervan vindt u in paragraaf 4.1.

Het tweede deel van het analysekader gaat in op de wijze waarop netwerkstructuren complexe problemen, zoals zorgcontinuïteitsproblemen, oplossen. Dit deel vindt u in paragraaf 4.2. Aan de hand van dit literatuuronderzoek zijn inzichten vergaard in het omgaan met (complexe) problemen in netwerkstructuren. Aangezien geen van de deelnemende partijen binnen de geneeskundige keten de algehele oplossing voor het ketenprobleem kan bieden of kan afdwingen, kunnen deze niet simpelweg van bovenaf (hiërarchisch) worden opgelegd. Andere manieren van afstemming en besluitvorming liggen bij dergelijke problemen voor de hand. Om meer inzicht te krijgen in samenwerking en besluitvorming in ketenverband is gebruik gemaakt van de volgende invalshoeken vanuit de wetenschappelijke literatuur:

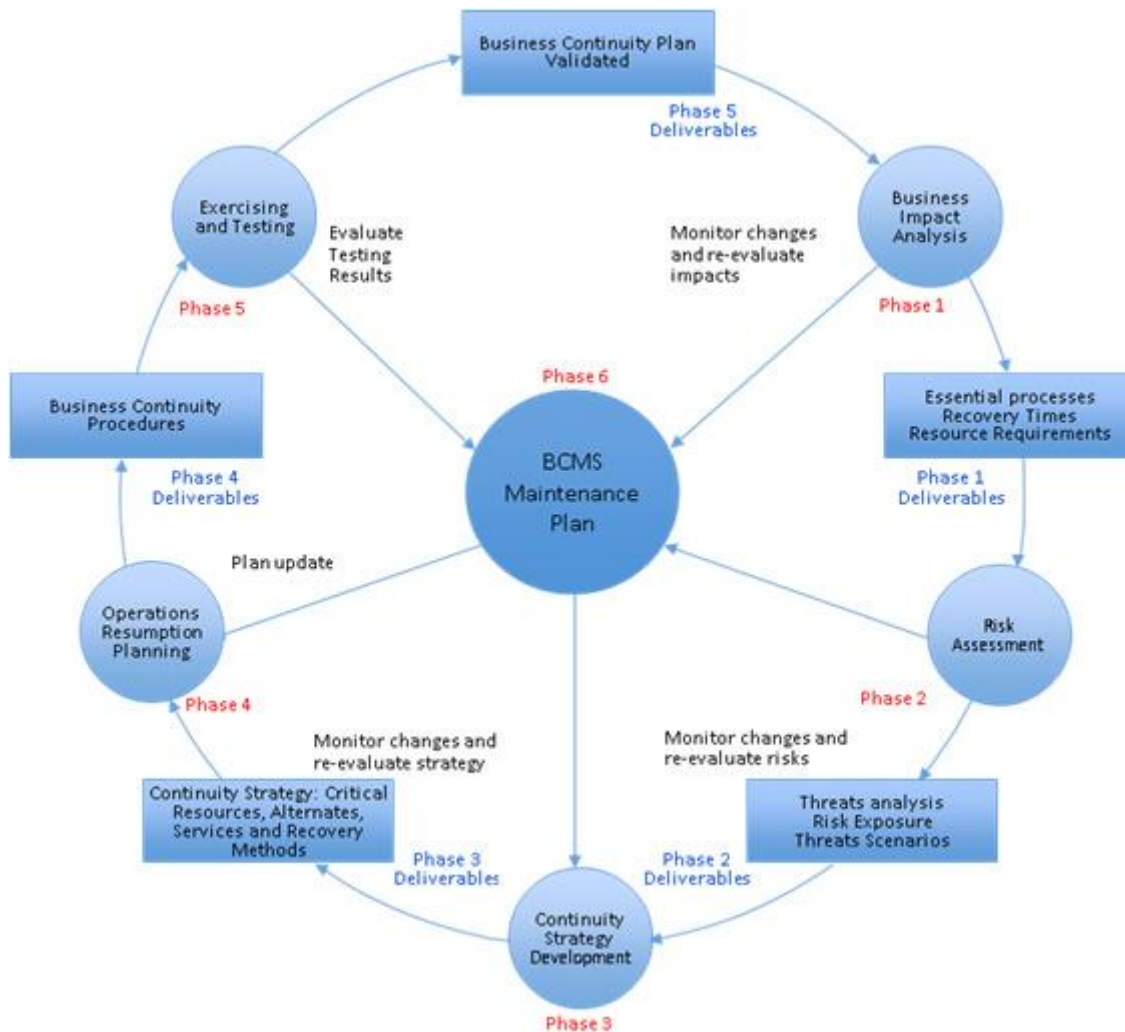
- De kenmerken van complexe problemen (binnen netwerkstructuren) zijn uitgewerkt in paragraaf 4.2.1;
- Het toepassen van procesmanagement binnen netwerkstructuren. Deze inzichten vindt u in paragraaf 4.2.2;
- *Distributed decision making*, oftewel gedistribueerde besluitvorming, is uitgewerkt in paragraaf 4.2.3.
- De BOB-structuur (beeld-, oordeels- en besluitvorming) wordt gepresenteerd in paragraaf 4.2.4.

Deze (wetenschappelijke) invalshoeken worden in paragraaf 4.3 samengevoegd in een integraal analysekader.

4.1 Eerste deel analysekader: *Business continuity management*

BCM wordt breed toegepast in tal van organisaties, waaronder zorginstellingen. Engemann & Henderson (2011) geven een goed toepasbare beschrijving van BCM: "Business Continuity Management (BCM) is a holistic management program that identifies potential events that threaten an organization and provides a framework for building resilience with the capability for an effective response [...] Resilience is the ability of an organization to withstand the impact of a crisis event" (Engemann & Henderson, 2011, p.4).

BCM volgt verschillende stappen. Er zijn vele modellen in omloop met meer of minder tussenstappen. Voor het doel van dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een relatief simpel en generiek toepasbaar BCM-model dat hieronder is weergegeven:



Figuur 3: BCM-model. Overgenomen uit “Maintenance of a business continuity management system: a managerial approach” van Alexander, A.G., 2016 (<https://www.continuitycentral.com/index.php/news/business-continuity-news/1505-maintenance-of-a-business-continuity-management-system-a-managerial-approach>). Copyright 2018, Continuitycentral.com.

Het model van Alexander (2016) dat is weergegeven in figuur 3 bestaat uit 6 fases die hieronder kort worden toegelicht:

Fase 1: de impactanalyse

In dit stadium analyseert de organisatie het effect van mogelijke verstoringen, incidenten of crises op (onderdelen van) de organisatie en haar processen. Dat leidt tot de volgende *deliverables* (uitkomsten):

- Inzicht in de meest kritieke onderdelen/ processen van de organisatie;
- De mate waarin deze kunnen worden geraakt door verstoringen;
- Wat nodig is om de vitale processen doorgang te laten vinden;
- De maximale tijd dat deze verstoord mogen raken;
- Minimaal benodigde middelen om bepaalde processen doorgang te laten vinden/ te continueren.

Fase 2: het risicoassessment

Dit onderdeel omvat enerzijds de risicoanalyse (verstoringsscenario's) van de meest kritieke processen van de organisatie en anderzijds de weging van die analyse. Dit leidt tot dreigingsscenario's voor de organisatie.

Fase 3: het maken van een bedrijfscontinuïteitsstrategie

Continuïteitsstrategieën worden ontwikkeld voor het omgaan met verstoringen. Aan de scenario's worden oplossingsrichtingen en benodigde middelen gekoppeld om te zorgen dat de verstoring snel is verholpen.

Fase 4: herstelprocedures

In dit stadium worden plannen en procedures beschreven die de organisatie kan toepassen om de impact van de verstoring te minimaliseren. Het is een operationalisatie van de continuïteitsstrategieën en helpt de organisatie met het nemen van snelle beslissingen in crisissituaties.

Fase 5: oefenen en testen

De strategieën en procedures dienen te worden getest om de bruikbaarheid te toetsen. Om deze in de vingers te krijgen bij degenen die ermee moeten werken, moeten deze worden beoefend. Een belangrijk doel van die oefeningen en testen is ook om te beoordelen waar zwakke plekken zitten in de planvorming. Dit leidt eventueel weer tot aanpassingen (stap 6).

Fase 6: actueel houden van het BCM

Het actueel houden van het BCM is een continue bezigheid. Verbeterpunten uit de testen en oefeningen moeten worden verwerkt in het BCM. De organisatie kan te maken krijgen met nieuwe dreigingen en ook intern kunnen zich belangrijke veranderingen voordoen die consequenties voor de organisatie kunnen hebben en dus van invloed zijn op het BCM.

BCM is vooral bedoeld om organisaties zich adequaat te laten voorbereiden op crisissituaties door vooraf inzage te krijgen in situaties die de bedrijfsvoering kunnen verstoren. Daarop worden vervolgens plannen en procedures gemaakt die worden getest en beoefend. Het BCM-model wordt toegevoegd aan het analysekader (paragraaf 4.3) om inzichtelijk te maken in hoeverre dit is geïmplementeerd binnen de geneeskundige keten en de afzonderlijke organisaties daarbinnen (op het gebied van (griep)epidemieën).

4.2 Tweede deel analysekader

4.2.1 Complexiteit

Het systeem van de gezondheidszorg is complex. Kahn et al. (2018) spreken over een **systeem** omdat vele actoren betrokken zijn die onderling afhankelijk zijn. Het systeem is **complex**² door de volgende oorzaken:

1. Door de onderlinge afhankelijkheden tussen de actoren is het systeem **zeer dynamisch** aldus Kahn et al. (2018). Het systeem schommelt tussen periodes van stabiliteit en chaos. Soms is sprake van (relatieve) rust en soms van chaos, bijvoorbeeld tijdens rampen of piekbelastingen zoals tijdens de griepedemie. Het systeem bestaat bovendien uit vele organisaties die met elkaar vervlochten zijn hetgeen leidt tot meer dynamiek en dus meer

² Volgens Begun et al. (2000, p.17) zijn gezondheidszorgsystemen de meest complexe sociale systemen.

complexiteit. Er is sprake van complexe patiëntstromen in en tussen organisaties binnen de gezondheidszorg. Dat leidt tot onderlinge afhankelijkheden om de operationele randvoorwaarden te reguleren (zoals mensen en middelen) en om diensten te verlenen in een netwerk van patiëntenzorg. Dit wordt inzichtelijk gemaakt in hoofdstuk 5. De afhankelijkheden geven organisaties mogelijkheden en leggen hun tegelijkertijd beperkingen op;

2. Volgens Kahn et al. (2018) is sprake van een **grote mate van onzekerheid**. Deze wordt veroorzaakt doordat in dergelijke systemen met vele actoren steeds **nieuwe informatie** beschikbaar komt;
3. Tevens is sprake van een **beperkte mate van mate van overeenstemming** tussen de betrokken actoren over de oorzaken en mogelijke oplossingen van problemen waarmee het systeem wordt geconfronteerd, aldus Kahn et al. (2018). De Bruin & Ten Heuvelhof (2017) noemen dat 'ongestructureerde problemen'; problemen waarvoor niet één ideaaltypische oplossing bestaat.
4. Bovendien geven Muller et al. (2016) aan dat er **geen allesbepalend orgaan** is met verregaande **doorzettingsmacht** dat voor of namens het systeem problemen kan oplossen. Dat verwoorden zij als volgt: "Er is geen orgaan dat de integrale governance van de acute medische zorg kan vormgeven. Dat is vanzelfsprekend het gevolg van de complexiteit en de ingewikkelde publiek-private verhouding van het stelsel van acute medische zorg in Nederland" (Muller et al, 2016, P.551). De Bruin & Ten Heuvelhof (2017) plaatsen een dergelijk systeem tegenover een hiërarchie waarin één actor de leiding heeft en de besluiten neemt (en andere actoren dus ondergeschikt zijn).

Kahn et al. (2018) typeren zorgsystemen als een *complex adaptive system* (CAS). Het systeem is dynamisch en wordt veelvuldig geconfronteerd met *system pressures* (druk op het zorgsysteem). Zij noemen onder andere veroudering van de bevolking en infectieziektenuitbraken als factoren die druk uitoefenen. Complexe systemen transformeren op natuurlijke wijze door aanpassing wanneer zij met dergelijke druk worden geconfronteerd. Volgens Kahn et al. (2018) vergt het omgaan met dergelijke situaties door het systeem verschillende uitdagingen:

- Actoren dienen zich bewust te zijn van de complexiteit van het systeem (CAS) waarin ze opereren;
- Actoren dienen de onzekerheid die een grote rol speelt in een systeem met zoveel actoren en de hoeveelheid informatie die daarmee samenhangt te omarmen in plaats van trachten deze op te heffen (dat lukt toch niet);
- Omgaan met *system pressures* in een CAS vergt een andere stijl van leiderschap dan de traditionele hiërarchische manier van leidinggeven. Leiderschap wordt toebedeeld aan degenen die ideeën aandragen en tot actie overgaan. Degene die de leidende rol krijgt in een CAS is bescheiden en stelt vragen in plaats van antwoorden geven. Degene met de leidersrol investeert in het formuleren van een gezamenlijke doelstelling en het creëren van commitment onder de betrokken actoren. Aangezien sprake is van een zoekproces faciliteert de leider een dialoog waarin wordt gestimuleerd dat actoren hun mening geven. De leider biedt ruimte voor discussie en maakt meningsverschillen bespreekbaar. De leider schept een klimaat waarin innovatie tot stand kan komen;
- Maatregelen en beleid om een passend antwoord te bieden aan de druk op het systeem worden tot stand gebracht door middel van een *act-then-look* aanpak (ook wel *trial and error*). Door middel van uitproberen en pionieren worden oplossingen gezocht voor de geconstateerde problemen. Volgens Weick (1984) worden complexe problemen niet door

middel van alomvattende oplossingen weggenomen maar benodigde veranderingen worden incrementeel (door middel van kleine, experimentele stappen) tot stand gebracht.

4.2.2 Netwerkbenadering en procesmanagement

Problemen waarmee (delen van) het zorgsysteem –dat te zien is als netwerkstructuur- worden geconfronteerd zijn vaak lastig op te lossen. De Bruin en Ten Heuvelhof (2017, p.16) zeggen daarover: “Wanneer ongestructureerde problemen moeten worden opgelost in een netwerk, met veel actoren die verschillende belangen hebben, is de kans groot dat de actoren het niet eens zullen zijn over data, systeemgrenzen, methoden en de normatieve afweging van verschillende compartimenten”.

De eerste fase in de gezamenlijke besluitvorming; de beeldvorming over wat nu eigenlijk (de omvang van) het probleem is en voor wie is dus al een lastige kwestie. Pas als daarover enige overeenstemming is, kan naar een oplossing worden toegewerkt. Die oplossing in een netwerkstructuur vraagt om ingewikkelde besluitvormingsprocessen. Er zijn meerdere actoren bij betrokken die elk hun eigen belang hebben. Die belangen kunnen botsen.

De Bruin en Ten Heuvelhof (2017) vergelijken het oplossen van problemen in netwerken dan ook met een “dansende tafel”. De metafoor op hoofdlijnen is als volgt: meerdere betrokken actoren willen elk de fictieve tafel in een door hen gewenste hoek van een kamer hebben. Ze duwen en trekken aan de tafel (richting de hun gewenste hoek van de kamer). Niemand echter is in staat de tafel in de eigen hoek te krijgen of te houden door de veelheid aan krachten die op de tafel inwerken. Hierdoor blijft de tafel door de kamer bewegen en lijkt deze door de kamer te dansen. Besluitvormingstrajecten in netwerkstructuren verlopen vaak grillig en ongestructureerd.

Volgens De Bruin en Ten Heuvelhof (2017) zijn er grote verschillen van probleemdefiniëring en besluitvorming(sproces) in een netwerk ten opzichte van de meer traditionele, hiërarchische manier van besluitvorming. In onderstaande tabel zijn de verschillen tussen besluitvorming in een hiërarchie en een netwerkstructuur weergegeven.

Hiërarchie	Netwerk
Gestructureerd en lineair	Onregelmatig en non-lineair
Fasen	Ronden
Actoren gedragen zich inhoudelijk	Actoren gedragen zich strategisch
Eén arena, proces heeft duidelijk begin- en eindpunt	Meer arena's, geen geïsoleerd begin- en eindpunt
Inhoud probleem stabiel	Inhoud probleem verschuift
Prikkel om problematiek als gestructureerd te beschouwen	Prikkel om problematiek als ongestructureerd te beschouwen
Consistentie en voorspelbaarheid	Meebewegen en onvoorspelbaarheid

Tabel 1: Verschillen besluitvorming in hiërarchie en netwerk. Overgenomen uit De Bruin & Ten Heuvelhof, 2017, p.21

Het oplossen van problemen in een netwerkstructuur vergt een specifieke benadering. De volgende methoden werken in ieder geval niet in een netwerkstructuur (De Bruin & Ten Heuvelhof, 2017, p.30-31):

- *Command and control* (één actor neemt de leiding en geeft aan wat er moet gebeuren) werkt niet omdat er geen sprake is van een hiërarchische structuur maar nevensgeschiktheid tussen de actoren;

- *Management by expertise* (één actor heeft de wijsheid in pacht en kan aan de rest de inhoudelijke oplossing dicteren) werkt niet omdat de ene actor het probleem en de benodigde oplossingsrichtingen totaal anders kan zien dan een andere actor;
- Projectmanagement (het probleem als project benaderen, inclusief doelstellingen, planning, deadlines e.d.) omdat andere actoren de duidelijkheid die de actor die projectmanagement wil toepassen, kunnen gebruiken voor strategische doeleinden, bijvoorbeeld tijd rekken omdat die actor aandringt op deadlines en snelheid.

Wat werkt dan wel in een netwerk? Volgens De Bruin en Ten Heuvelhof (2017) is het antwoord eenvoudig: betrek actoren bij het proces van besluitvorming door dit proces aantrekkelijk te maken voor hen en spreek spelregels met hen af. Andere actoren willen volgens De Bruin en Ten Heuvelhof (2017, p.44-46) meedoen aan het proces van gezamenlijke besluitvorming indien aan vier eisen wordt voldaan:

- Openheid. Er wordt ruimte geboden voor inbreng van alle actoren. Er wordt niet eenzijdig besloten;
- Bescherming van kernwaarden. Er is respect voor ieders kernwaarden. Wellicht kan een actor niet alle belangen behartigen in het besluitvormingsproces, maar de kernwaarden worden beschermd. Als deze worden aangetast, kan de actor uit het proces stappen;
- Stimulans voor voortgang. Door meerdere prikkels in de vorm van te behalen doelen in het proces in te bouwen, is er voor alle actoren wat te winnen. De Bruin en Ten Heuvelhof (2017) noemen dat een *multi-issue-game*. Door deze prikkels wordt een stroperig besluitvormingsproces voorkomen omdat de actoren baat hebben bij voortgang in dat proces;
- Prikkels voor inhoud. Het is van groot belang tot kwalitatief goede resultaten te komen. Niet alleen het proces dat leidt tot een besluit is van belang, maar het uiteindelijke resultaat is uiteraard ook belangrijk. Er dienen waarborgen in het proces te worden ingebouwd dat de kwaliteit van de besluiten en het beoogde resultaat van voldoende niveau is.

Volgens De Bruin en Ten Heuvelhof (2017) zijn geen of weinig partijen gebaat met een chaotische situatie waarin het ieder voor zich is, dus ligt een vorm van afstemming en gezamenlijke besluitvorming voor de hand. Door middel van procesmanagement kan een ordelijk proces ontstaan dat uiteindelijk in het voordeel van de participerende actoren werkt.

Ten Heuvelhof (2018) onderscheidt in onderstaande tabel enkele belangrijke verschillen tussen de project- of procesbenadering. In de derde kolom zijn de “regels” weergegeven waaraan de coördinerende actor zich dient te houden om tot (een zo adequaat mogelijke) besluitvorming te komen in een netwerkstructuur.

	projectbenadering	procesbenadering
Verhouding proces - inhoud	Eerst inhoud, dan proces	Eerst proces, dan inhoud
Aard proces	DAD ³ proces Uitleg en verdediging	Ruimtezoekend (aftastend) proces Onderhandelen, aftasten, zoeken
Focus initiatiefnemer	Op goed, inhoudelijk onderbouwd initiatief	Op belangrijkste stakeholders
Commitment door	Inhoudelijke kwaliteit initiatief	Het proces interessant te houden
Aard informatie	Factoren (causale relaties)	Actoren (posities, belangen)

Tabel 2: verschil project- en procesbenadering. Dit schema is gebaseerd op een presentatie van dhr. Ten Heuvelhof (2018).

4.2.3 Distributed decision making

In de voorgaande paragrafen is vooral ingegaan op de aard van het (zorg)stelsel en de procesaspecten die een rol spelen om tot besluitvorming te komen. Nog onvoldoende is stilgestaan bij de vraag hoe besluiten in een complex systeem tot stand komen. Wie besluit uiteindelijk wat en hoe komen maatregelen die bijdragen aan een oplossing voor het probleem daadwerkelijk tot stand in een systeem waarbij grote onderlinge afhankelijkheden bestaan tussen de betrokken autonome actoren? Een theorie die daarbij goede aanknopingspunten biedt is *Distributed Decision Making* (DDM).

DDM heeft volgens Schneeweis (2003) als centraal uitgangspunt dat de samenleving complex is en dat problemen niet kunnen worden opgelost door middel van gecentraliseerde besluitvorming zoals die in een hiërarchische structuur gebruikelijk is. Dat geldt zeker voor problemen in de zorgketen. Geen van de betrokken actoren is in staat of heeft de bevoegdheden om ketenbrede oplossingen voor ketenbrede (complexe) problemen te formuleren. Complexe problemen worden volgens Schneeweis (2003) opgelost door ze in onderdelen op te delen. Deze onderdelen worden opgelost door bij het probleem betrokken organisaties of onderdelen daarvan. De besluitvorming komt dus op decentraal niveau te liggen in plaats van op een centraal niveau. Besluitvorming is daarmee meer naar beneden of horizontaal gedelegeerd in plaats van hiërarchisch belegd.

Naast het gebrek aan een actor die namens de gehele geneeskundige keten besluiten kan nemen is het volgens Rasmussen et al. (1991) ook een probleem dat er geen (centrale) actor is die een totaal

³ DAD staat voor Decide, Announce & Defend (een actor bepaalt wat er moet gebeuren, vertelt dit aan de andere actoren en verdedigt bij weerstand het besluit). Het is te zien als een paternalistische manier van besluitvorming waarbij de vaderfiguur voor de "kinderen" invult wat goed voor iedereen is.

overzicht heeft over alle benodigde informatie voor het nemen van een adequaat besluit. Turner (1976) noemt dit *variable disjunction*. Turner bedoelt daarmee: een kloof tussen beschikbare informatie en benodigde informatie voor besluitvorming.

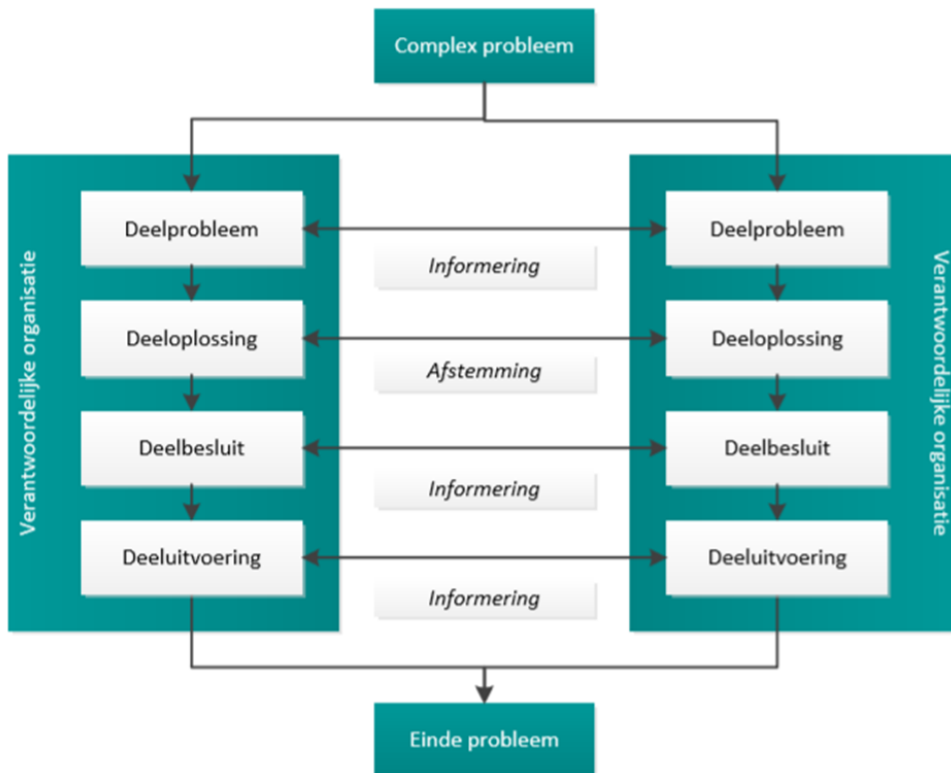
Naast de fragmentatie van informatie speelt in een netwerk van verschillende actoren ook het probleem van duiding van informatie door de betrokken organisaties. Visscher & Boersma (2018) constateren dat de interpretatie van informatie tussen maar ook binnen organisaties kan verschillen. Door deze verschillende eilandjes die elk een eigen waardering aan de informatie geven, maar ook doordat systemen en structuren ontbreken om informatie uit te wisselen, ontstaat *variable disjunction*.

In aansluiting op de inzichten vanuit *complex adaptive systems* (paragraaf 4.2.1) is centrale besluitvorming vrijwel ondoenlijk omdat complexe problemen zich voordoen in een dynamische omgeving waarbij constant nieuwe informatie vanuit verschillende actoren wordt geïntroduceerd. In dergelijke condities kan een betere oplossing zijn de besluitvorming zo laag mogelijk in het systeem te beleggen (bij de afzonderlijke actoren).

Stenneberg (2018) geeft aan dat DDM toepasbaar is binnen de crisisbeheersing wanneer aan twee voorwaarden wordt voldaan:

1. Betrokken actoren informeren elkaar continu over de situatie. Daardoor ontstaat overzicht en inzicht in de gemeenschappelijke problemen. Door middel van het gecreëerde overzicht worden de betrokken actoren in staat gesteld besluiten te nemen.
2. Betrokken actoren stemmen af waar nodig. De afzonderlijke actoren hebben een eigen aandachtgebied. Voor bepaalde deelproblemen kunnen bepaalde actoren voorzien in een deeloplossing. Van belang is dat afstemming plaatsvindt tussen de actor die een probleem heeft en de actor die kan voorzien in de oplossing. Dit vergt een netwerkgerichte benadering.

Stenneberg geeft in onderstaand model (figuur 4) weer hoe het informeren en afstemmen in een netwerkstructuur verloopt op basis van DDM. Onderstaand model gaat uit van 2 actoren, maar dat kunnen er ook meer zijn.



Figuur 4: Besluitvorming en afstemming in netwerkstructuur. Overgenomen uit: Stenneberg, 2018, p.29.

Het uitgangspunt is dat een netwerkstructuur met een complex probleem wordt geconfronteerd. Betrokken actoren kunnen problemen ervaren die zijn afgeleid van het complexe probleem (voor die actor is dat een deelprobleem). Die actor is verantwoordelijk voor de oplossing van zijn deelprobleem, maar heeft daar vaak andere organisaties bij nodig. De betrokken organisatie neemt vervolgens besluiten waartoe deze is gemandateerd (dat kan ook de deeloplossing voor het deelprobleem van de andere organisatie zijn) en voert vervolgens de eigen deelbesluiten uit. Het model gaat ervan uit dat informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen betrokken actoren over de eigen deelproblemen, deelbesluiten en deeloplossing. Het gezamenlijk formuleren van deeloplossingen voor de deelproblemen vindt plaats door middel van afstemming.

4.2.4 Crisisbesluitvorming aan de hand van (P)BOB

Aangezien complexe problemen in een netwerksysteem informeren en afstemmen tussen actoren behoeven, wordt in deze paragraaf een model beschreven dat in de praktijk in crisisteamen wordt toegepast om dit op gestructureerde wijze te doen; het BOB-model (beeld-, oordeels- en besluitvorming).

Heijnen (2017) omschrijft deze drie onderdelen als volgt. Beeldvorming is erop gericht om tot een gezamenlijk beeld van de situatie te komen. De teamleden delen de geverifieerde informatie (de feiten). Vervolgens analyseert het team de informatie vanuit de beeldvorming. Tijdens de oordeelsvorming worden de gezamenlijke knelpunten en risico's in kaart gebracht en wordt nagedacht over oplossingsrichtingen. Tot slot vertaalt het team oplossingsrichtingen in concrete maatregelen en actiepunten, voorzien van actiehouders.

Er zijn ook andere modellen die zijn gebaseerd op BOB, zoals PBOB, waarbij de P staat voor proces (Heijnen, 2017). De meeste crisisagenda's besteden ook voorafgaand aan de inhoud (BOB) aandacht aan procesaspecten. In het onderzoek van De Regt (2017) presenteert zij een aantal

vergaderagenda's van beleidsteams van verschillende regio's. In die agenda's is de BOB-structuur leidend. In alle agenda's worden, voorafgaand aan de onderdelen Beeld, Oordeel en Besluit, eerst procesaspecten behandeld, zoals de Opening, Aanleiding vergadering, Voorstelronde, Maken Vergaderafspraken (oftewel Werkafspraken of Vergaderdiscipline), Emotiecheck, Benoemen taak (R)BT, Vaststellen vergaderklok e.d. voordat de beeldvorming in de agenda aan de orde komt. Dit sluit aan bij het belang van procesmanagement bij besluitvorming in netwerkstructuren (zie paragraaf 4.2.2).

4.3 Integraal analysekader aan de hand van BCM en PBOB

Als centraal analysekader is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een geïntegreerd BCM- en PBOB-model. Hiermee wordt in kaart gebracht hoe de voorbereiding op de griep epidemie door (instellingen binnen) de geneeskundige keten is verlopen. Tevens wordt door middel van het model in kaart gebracht hoe (ketenpartners binnen) de geneeskundige keten in de praktijk is omgegaan met zorgcontinuïteitsproblemen die speelden tijdens de griep epidemie.

Schematisch gezien ziet dat er als volgt uit:

Fase	Onderzoeksaspect	Beknopte uitleg
Vorbereiding	Planvorming	Fasen 1-4 BCM: impactanalyse tot en met formuleren van herstelprocedures
	Testen en OTO	Fase 5 BCM: testen van het plan en oefenen
	Actualisatie planvorming	Fase 6 BCM: eventueel bijstellen van het plan op basis van tests/oefeningen/leerpunten van echte incidenten
(Crisis)besluitvorming	Procesmanagement	Antwoord op de vraag: Hoe zijn ketenoverleggen procesmatig aangepakt?
	Beeldvorming	Antwoord op de vraag: Hoe is de beeldvorming in de ketenoverleggen tot stand gekomen?
	Oordeelsvorming	Antwoord op de vraag: Welke gezamenlijke knelpunten zijn geformuleerd en hoe is de oordeelsvorming in de ketenoverleggen tot stand gekomen?
	Besluitvorming	Antwoord op de vraag: Welke gezamenlijke besluiten zijn genomen en hoe is de besluitvorming in de ketenoverleggen tot stand gekomen?

Tabel 3: Analyse kader BCM & PBOB

Nadat in hoofdstuk 5 de werking van de geneeskundige keten op hoofdlijnen is geschetst, worden in hoofdstuk 6 zeven cases uit de praktijk beschreven. Aan de hand van bovenstaand model wordt van iedere casus in kaart gebracht:

1. De regionale problematiek op hoofdlijnen.
2. De voorbereiding op de griep epidemie.
3. De aanpak van de griep epidemie op hoofdlijnen.
4. Proces- en netwerkmanagement.
5. Informatiemanagement en beeldvorming.
6. Oordeelsvorming.
7. Besluitvorming.

5 De werking van de geneeskundige keten op hoofdlijnen

In dit hoofdstuk wordt kort beschreven hoe de geneeskundige keten werkt en welke actoren daarin een rol spelen. In paragraaf 5.1 wordt stilgestaan bij het maatschappelijk belang van een goede zorg (continuïteit). Vervolgens worden in paragraaf 5.2 de taken en (formele) verantwoordelijkheden van de betrokken instellingen op hoofdlijnen beschreven. Paragraaf 5.3 maakt inzichtelijk hoe de afzonderlijke instellingen binnen de keten afhankelijk van elkaar zijn. Ook worden de patiëntstromen tussen de instellingen inzichtelijk gemaakt. Tot slot worden in paragraaf 5.4 de omstandigheden waarin de medische zorg zich bevindt, geschetst.

5.1 Het belang van een goed werkend zorgsysteem (en zorgcontinuïteit)

Gezondheid is één van de belangrijkste maatschappelijke kernwaarden. In een onderzoek van het Ministerie van VWS wordt dat belang als volgt geduid: “Gezondheid is belangrijk voor mensen om te kunnen leven en te kunnen werken. Het is een randvoorwaarde voor het functioneren van onze samenleving en het behoud en het ontwikkelen van onze welvaart. Gezond zijn en gezond blijven is niet vanzelfsprekend en vraagt voortdurende aandacht en permanente actie. Gezondheid wordt meestal door mensen als belangrijkste aspect van hun leven genoemd” (Ministerie van VWS, 2007).

Uiteraard speelt preventie (het voorkomen van gezondheidsschade) hierin een zeer grote rol. Maar niet alle gezondheidsschade is te voorkomen. Het behoeft geen uitgebreid betoog dat gezondheidszorg van vitaal belang is om gezondheidsschade (vroegtijdig) te signaleren en tijdig een passende behandeling te bieden. Daarvoor hebben we een breed palet aan zorgverlenende instanties. Die zorg dient laagdrempelig beschikbaar te zijn en van goede kwaliteit te zijn. En dat alles tegen beheersbare kosten (Bos et al, 2016, p.191).

Zorgcontinuïteit is als volgt te definiëren: “Onder zorgcontinuïteit worden de planvorming en handelingen verstaan die zorginstellingen verrichten ter voorbereiding op, tijdens en na acute crises om de zorg die zij leveren aan hun cliënten te kunnen continueren” (GGD GHOR Nederland, 2014). Een zorgcontinuïteitsprobleem ontstaat wanneer een disbalans ontstaat tussen zorgvraag en zorgaanbod; de vraag naar zorg is groter dan het aanbod van zorg. Continuïteit van de dienstverlening door deze zorgverlenende instanties is nodig om (kwalitatief hoogstaande) zorg beschikbaar te houden voor degenen die deze nodig hebben. Welke instanties daarvoor verantwoordelijkheid dragen, wordt in de volgende paragraaf uiteengezet.

5.2 Actoren en hun taken en verantwoordelijkheden

De geneeskundige keten bestaat uit vele zorgverlenende actoren, zoals ziekenhuizen en huisartsen (posten). Hieronder worden hun taken en verantwoordelijkheden beschreven ten aanzien van zorgcontinuïteit. Ook wordt ingegaan op actoren die zelf geen zorg verlenen maar wel een belangrijke rol spelen in de geneeskundige keten, zoals de GHOR, het ROAZ, zorgverzekeraars en de rijksoverheid, inclusief toezichthoudende instanties.

Taken en verantwoordelijkheden zorginstelling

Conform de (beleidsregels) Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zijn zorginstellingen, zoals ambulancediensten, ziekenhuizen, huisartsenposten (HAP's), thuiszorgorganisaties en verpleeg- en verzorgingshuizen binnen de acute en niet-acute zorg **wettelijk verplicht om onder alle omstandigheden kwalitatief goede zorg te blijven bieden**, dus ook tijdens rampen en crises.

Zij **dienen zich hiertoe voor te bereiden** bijvoorbeeld door middel van **planvorming** en het in stand houden van een **slagvaardige crisisbeheersingsorganisatie**. Daarvoor zijn concrete indicatoren en prestaties vastgesteld in het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 (LNAZ, 2016). De acute ketenpartners (ziekenhuizen, de GGD, de RAV en HAP's) zijn sinds 2014 verplicht om aan de normen

in het kwaliteitskader te voldoen. “De organisatie dient vooraf aan te geven hoe zij tegen mogelijke crisissituaties aan kijkt en hoe zij hiermee omgaat in de relatie tot de zorgcontinuïteit. Dit geeft de organisatie aan in een visie op crisismanagement” (LNAZ, 2016, p.23).

De organisaties dienen conform het Kwaliteitskader de vijf crisismanagementprocessen (melding en alarmering; op- en afschaling; leiding en coördinatie; informatiemanagement; crisiscommunicatie) te hebben belegd binnen hun organisatie. Tevens zijn taakkaarten opgesteld voor sleutelfunctionarissen binnen de crisisorganisatie. Deze functionarissen dienen te worden getraind en geoefend. Al deze inspanningen leiden ertoe dat de **continuïteit van de geneeskundige hulpverlening tijdens een crisis is geborgd** (LNAZ, 2016).

Taken en verantwoordelijkheden GHOR

De Wvr beschrijft de rol van de GHOR als volgt. De GHOR is “belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied” (Wvr, art. 1). Het gaat hier niet om reguliere zorg –daarvoor zijn de individuele instellingen verantwoordelijk- maar om zorg in opgeschaalde situaties (tijdens rampen of crises).

Ten aanzien van de voorbereiding op rampen of crises heeft de GHOR, onder de verantwoordelijkheid van de directeur publieke gezondheid (DPG), de taak de zorginstellingen te adviseren over de voorbereiding op rampen en crises (GHOR Nederland, 2012). Eerder viel al bij de taken en verantwoordelijkheden van de zorginstellingen te lezen dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor een afdoende voorbereiding, mede op basis van artikel 33 Wvr. Het bestuur van de veiligheidsregio (in de praktijk de DPG) maakt daarover schriftelijke afspraken met zorginstellingen. De GHOR heeft op het gebied van voorbereiding op rampen en crises door de zorginstellingen een faciliterende en stimulerende rol.

Op basis van artikel 32 van de Wvr vervult de DPG tijdens crises of rampen de rol van de operationeel leider binnen de geneeskundige hulpverlening. Praktisch betekent dat artikel dat de GHOR, onder verantwoordelijkheid van de DPG, de gezondheidszorg coördineert tijdens rampen en crises (GHOR Nederland, 2012).

Taken en verantwoordelijkheden ROAZ

Ten behoeve van de afstemming binnen de acute zorg hebben de ROAZ'en in 2006 een wettelijk basis gekregen in de WTZi. De elf traumacentra in Nederland initiëren een Regionaal Overleg Acute Zorg. Hieraan nemen de betrokken acute zorgpartners deel (ziekenhuizen, huisartsen, GGZ'en, RAV'en en de GHOR). De DPG heeft ook zitting in het ROAZ. In dat overleg worden afspraken gemaakt over de toegankelijkheid van zorg, een optimale patiëntenstroom tussen zorgaanbieders en de kwaliteit van acute zorgverlening (LNAZ, NIVEL, AGRO, 2013).

Het ROAZ heeft op basis van het bovenstaande een rol ten aanzien van de zorgcontinuïteit in de keten. In het volgende citaat wordt die verantwoordelijkheid helder omschreven “Continuïteit van de acute zorg is [...] een activiteit, die in samenwerking met partners wordt georganiseerd. Daarom maken acute zorgpartners afspraken over de continuïteit van zorg in hun gebied in het hiertoe ingerichte Regionaal Overleg Zorgketen (ROAZ). Het gaat daarbij niet alleen om het managen van de schaarste en het tijdig bijeenbrengen van de juiste zorgaanbieders bij de patiënt. Het gaat ook om gezamenlijke afspraken over (tijdige en actuele) informatievoorziening, de juiste melding & alarmering, adequate leiding en coördinatie en gestroomlijnde op- en afschaling bij crises. Deze verantwoordelijkheden liggen in elkaars verlengde en kunnen niet los van elkaar worden gezien” (Bos, Linck & Schouwerwou, 2016).

De rol van het ROAZ is aanvullend op de eigen verantwoordelijkheid van de instelling voor de eigen continuïteit. Het ROAZ van de Euregio omschrijft de eigen verantwoordelijkheid als volgt: “Ten aanzien van de [zorgcontinuïteit in de] acute zorgketen ligt een bredere, regionale, verantwoordelijkheid bij het ROAZ/Netwerk en de GHOR. Gezien de onderlinge afhankelijkheden in de acute zorgketen is afstemming en samenwerking in het bredere ROAZ-verband noodzakelijk” (Acute Zorg Euregio, 2018). Het ROAZ Zuidwest Nederland gebruikt hiervoor de term: bedrijfsoverstijgende zorgcontinuïteit (Traumacentrum ZWN, 2018a): zorgcontinuïteit op een niveau dat het niveau van de individuele instelling overschrijdt.

Crisis of niet: ROAZ of GHOR?

Het is niet zonder meer te stellen waar de rol van het ROAZ begint ten opzichte van die van de GHOR en vice versa. De GHOR komt om de hoek kijken bij opgeschaalde zorg tijdens crises terwijl de rol van het ROAZ betrekking heeft op reguliere ketenzorg. Er zijn geen harde criteria gehangen aan het begrip crisis, niet vanuit de Wvr en niet zoals die is gedefinieerd binnen de zorg (geformuleerd door LNAZ).

“Een situatie waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden aangetast” (Wvr, art. 1).

“Een noodsituatie waarbij het functioneren van een organisatie (ernstig) verstoord raakt en de kritische bedrijfsprocessen, de continuïteit van zorg, de veiligheid van mensen en de reputatie ernstig worden bedreigd” (LNAZ, 2016, p.9).

In hoofdstuk 6 kunt u lezen welke rol de GHOR en het ROAZ in de praktijk speelden ten aanzien van de zorgcontinuïteitsproblemen.

Taken en verantwoordelijkheden zorgverzekeraars

Alle inwoners van Nederland en degenen die hier werken, zijn verplicht verzekerd tegen ziektekosten. Iedereen sluit op zijn minst een basisverzekering af bij een zorgverzekeraar. Dat schept verplichtingen voor de zorgverzekeraars. Volgens de Zorgverzekeringswet, artikel 11 hebben zij een zorgplicht voor hun verzekerden. In de praktijk betekent dat de zorgverzekeraar ervoor zorgt dat de verzekerde zorg van voldoende kwaliteit, tijdigheid en binnen bereikbare afstand of een vergoeding van de kosten daarvan krijgt (NZa, 2011). Om hier invulling aan te geven kopen zorgverzekeraars zorg in bij zorgverleners. Daartoe worden contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners afgesloten.

In figuur 5 is de relatie tussen verzekerde, zorgverzekeraar en zorgaanbieder weergegeven.



Figuur 5: De zorgdriehoek. Overgenomen uit: Het Nederlandse zorgstelsel (p. 9) door Ministerie van VWS, 2016, Den Haag. Copyright 2016, Ministerie van VWS

Voor vier jaar sluiten het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en koepels vanuit zorginstellingen en medische beroepen een akkoord – het Hoofdlijnakkoord medisch specialistische zorg - over de toegankelijkheid en bekostiging van de zorg. In het hoofdlijnakkoord hebben partijen onder andere opgenomen dat zorgaanbieders bijtijds zullen overleggen met zorgverzekeraars als zij problemen ondervinden (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen et al., 2019). Daarmee kunnen zorgverzekeraars inspelen op de ontstane situatie en invulling geven aan hun zorgplicht.

Taken en verantwoordelijkheden rijksoverheid en toezichthouders

Het Ministerie van VWS draagt als vakdepartement de verantwoordelijkheid voor ons zorgstelsel. In overleg met de Tweede Kamer bepaalt dit ministerie de invulling van het basispakket van onze zorgverzekering (Wessels & Van Driesten, 2018). Ten behoeve van een goed werkend zorgstelsel kan het Ministerie van VWS verschillende middelen inzetten, zoals het maken van beleid en het uitvaardigen van wetten (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rijksoverheid/taken-van-de-rijksoverheid>).

Naast het Ministerie van VWS hebben nog enkele instanties op nationaal niveau een belangrijke betrokkenheid in ons zorgstelsel. Hieronder staan de twee belangrijkste:

- De NZa. In ons zorgstelsel ziet de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toe op de invulling van de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Ze kan handhavend optreden indien de zorgplicht wordt geschonden (NZa, 2018a). Daarnaast stelt de NZa de tarieven die zorgaanbieders mogen rekenen vast (Wessels & Van Driesten, 2018).
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Deze instantie houdt toezicht op de zorg en beoordeelt de veiligheid en kwaliteit van de zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Ze kan handhavend optreden richting zorgaanbieders wanneer de standaarden van veiligheid en kwaliteit niet worden nageleefd.

Taken en verantwoordelijkheden NIVEL en RIVM

Nederland heeft twee belangrijke wetenschappelijke kennisinstellingen die een rol spelen bij griep-epidemieën; het NIVEL en het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu).

Het NIVEL is een onafhankelijk instituut dat wetenschappelijke kennis genereert en verspreidt met als doel het bieden van kennis en inzicht in het functioneren van de gezondheidszorg (NIVEL, 2018c). De surveillancegegevens voor onder andere influenza in de vorm van een wekelijks bulletin vormen een belangrijke bron van informatie ten aanzien van het vóórkomen van influenzavirussen in Nederland. De informatie over de incidentie wordt opgesteld over de afgelopen week. Het NIVEL doet geen voorspellingen over het verloop van de griep. Dat is in de praktijk ook lastig. Er zijn geen waterdichte voorspellingsmodellen.

Ten aanzien van de incidentie van griep brengt het NIVEL steekproefsgewijs in kaart hoeveel personen de huisarts bezoeken met griepachtige klachten. Bij het NIVEL zijn ruim 40 huisartsenpraktijken aangesloten. Zij vormen de zogenaamde peilstations die wekelijks onder andere de incidentie van bepaalde ziekten (zoals griep) in kaart brengen (NIVEL, 2018a). Ook nemen zij monsters af van personen met griepachtige klachten die zij insturen naar het RIVM voor diagnostiek. Er is sprake van een epidemie indien 51 op de 100.000 mensen zich met een influenza-achtige ziektebeeld bij de huisarts melden én er in een voldoende percentage van de genomen monsters

griepvirus wordt aangetoond. Daarbij wordt als ondergrens meestal ongeveer 25% aan gehouden, maar op de piek van de epidemie is dat wel >70% (NIVEL, 2018a).

Het RIVM voorziet daarnaast de overheid van onafhankelijke kennis ten aanzien van gezondheidsvraagstukken, zoals infectieziekten en vaccinaties (RIVM, 2016). Ook brengt het RIVM jaarlijks de sterftcijfers naar aanleiding van de laatste griep in kaart, mede op basis van de gegevens van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) (RIVM, 2018a).

Het RIVM coördineert het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG). Het RIVM koopt het vaccin in en zorgt voor de distributie. Daarnaast zorgt het RIVM voor voorlichting over de griep prik aan het publiek (RIVM, 2018b).

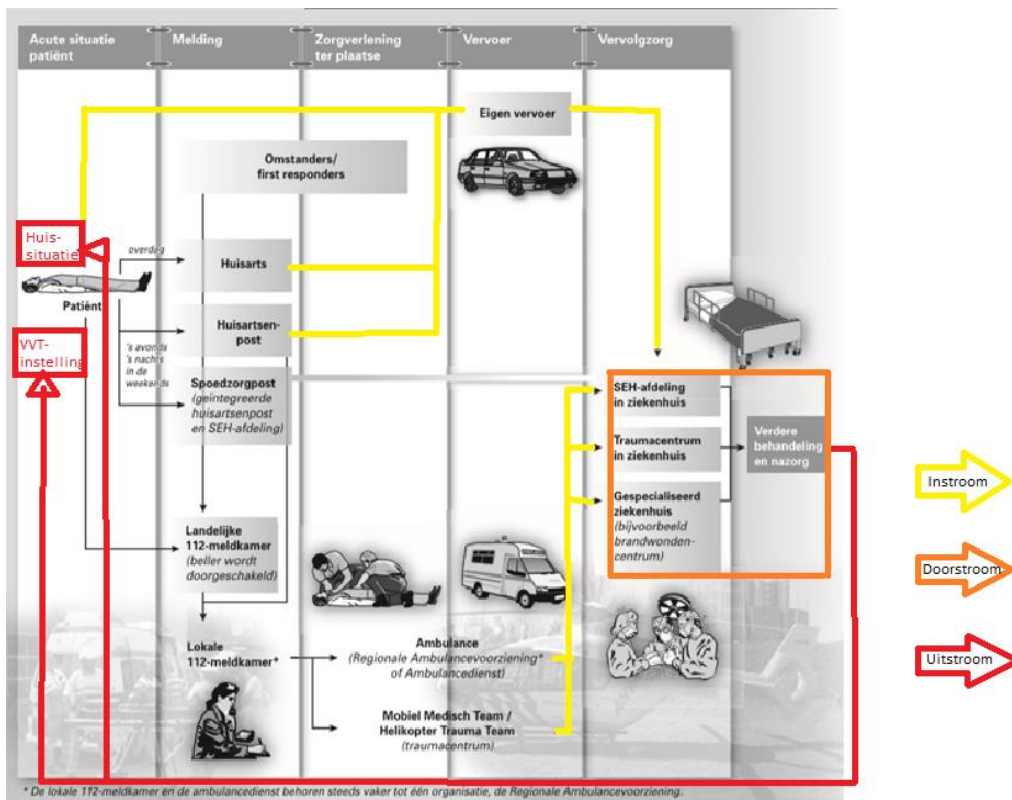
Tenslotte kan het RIVM een crisisstructuur bijeen roepen ten behoeve van de preventie van of de bestrijding van (dreigende) uitbraken van infectieziekten waarbij een groot risico bestaat voor de volksgezondheid. De crisisstructuur bestaat uit een medisch-inhoudelijk adviesteam; het outbreak managementteam (OMT) en een team dat op bestuurlijk niveau de betrokken minister adviseert over de maatregelen die het OMT voorstelt; het bestuurlijk afstemmingsoverleg (BAO) (RIVM, 2011).

5.3 Afhankelijkheden in de geneeskundige keten en patiëntstromen

In ons zorgstelsel spelen veel verschillende zorgverlenende instanties een rol. Samen vormen zij een keten. De zorg is in veel gevallen als ketenzorg te zien, waarbij de patiënt door verschillende schakels (zorgverlenende instanties) wordt gezien en/of behandeld en van de ene naar de andere schakel wordt doorverwezen. De geneeskundige (keten)zorg treedt in werking als een patiënt (de zorgvrager) zich meldt bij een zorgverlenende instantie. De patiënt kan zich bevinden in een zelfstandige woonsituatie al dan niet met thuiszorg of mantelzorg, of is reeds in zorg bij een V&V-instelling. De patiënt met klachten meldt zich bij de huisarts. Deze kan indien nodig doorverwijzen naar een ziekenhuis. Ook is het mogelijk dat de patiënt per ambulance naar het ziekenhuis wordt vervoerd of dat de patiënt zich als zelfverwijzer rechtstreeks bij de SEH meldt met bepaalde klachten. Dit noemen we instroom (in het ziekenhuis).

Het kan nodig zijn dat de patiënt in het ziekenhuis vanuit de SEH of andere ziekenhuisafdeling naar een andere afdeling, bijvoorbeeld IC, moet worden overgeplaatst. Dat noemen we doorstroom.

Als een patiënt is uitbehandeld, moet hij weer terug naar huis (al dan niet met thuiszorg) of terug naar de V&V-instelling. Dat heet uitstroom. In figuur 6 is dit grafisch weergegeven.



Figuur 6: Patiëntstromen (instroom, doorstroom, uitstroom). Gebaseerd op Ketenbesef op de werkvloer (p. 63) door Algemene Rekenkamer, 2008. Copyright 2008, Algemene Rekenkamer

Dit schema maakt de onderlinge afhankelijkheden en patiëntstromen tussen de verschillende zorgverlenende instanties inzichtelijk.

5.4 Maatschappelijke ontwikkelingen en druk op de (acute) zorg

De zorgcontinuïteitsproblemen die optraden tijdens de griep epidemie moeten worden gezien in het licht van onderliggende factoren van invloed op ons zorgstelsel. In deze paragraaf wordt –zonder enige pretentie volledig te zijn– een onderscheid gemaakt tussen ontwikkelingen aan de zorgvraagkant (5.4.1), ontwikkelingen aan de zorgaanbodkant (5.4.2) en overige ontwikkelingen (5.4.3).

5.4.1 Ontwikkelingen aan de zorgvraagkant

Veranderingen in de samenleving; bevolkingsgroei en vergrijzing

Volgens cijfers van het CBS (2018) is de bevolking van Nederland gegroeid van 16.574.989 inwoners in 2010 naar 17.181.084 inwoners in 2018.

Volgens NZa (2018b), dat zich baseert op cijfers van het Planbureau voor de Leefomgeving en het Centraal Bureau voor de Statistiek, zal het aantal inwoners van Nederland de komende tientallen jaren blijven toenemen. De bevolkingsgroei stijgt niet overal even sterk, maar vooral in de Randstad en de vier grote steden zal deze de komende jaren flink toenemen (NZa, 2018b).

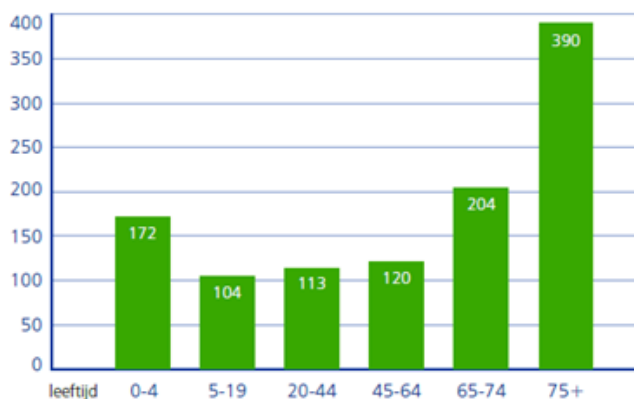
Volgens een toekomstverkenning van het RIVM (2018) neemt het percentage ouderen in de samenleving toe. Daarnaast worden mensen steeds ouder. Dit gaat gepaard met ouderdomsziekten, zoals dementie en diabetes (RIVM, 2018). Daarnaast dienen ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen waar ze vroeger konden verblijven in een verpleeg- of verzorgingshuis (Traumanet AMC, 2016).

Ouderen kosten meer zorgtijd

Volgens LNAZ (2018) lijkt het aantal SEH-bezoeken en opnames vanaf de SEH onder ouderen toe te nemen. Bovendien vragen ouderen meer tijd van een ziekenhuis. Zoals Traumanet AMC reeds in 2016 in een gepubliceerde brandbrief aangeeft: “hun klachten zijn vager, ze hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijk (waardoor meer verschillende artsen worden betrokken en veel aanvullend onderzoek nodig is). Bovendien zijn ze vaak zieker (hogere urgentie) dan de gemiddelde SEH-bezoeker” (Traumanet AMC, 2016).

In figuur 7 is duidelijk te zien dat vooral 75+'ers relatief vaak (ruim een derde) de SEH bezoeken ten opzichte van andere leeftijdsgroepen. Als de 65+'ers worden meegerekend, is deze groep verantwoordelijk voor ruim 50% van alle SEH-bezoeken.

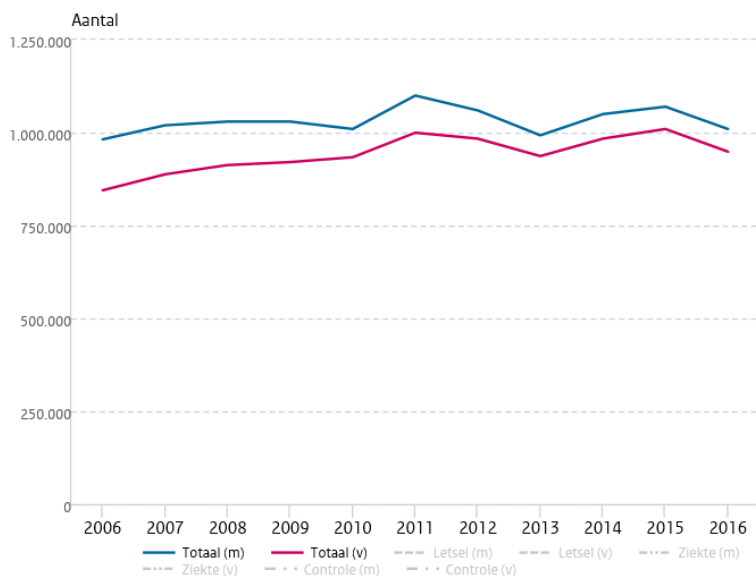
Figuur 17 Aantal seh-bezoeken per 1000 inwoners per leeftijdsgroep in 2016



Figuur 7: Aantal SEH-bezoeken per 1000 inwoners per leeftijdsgroep in 2016. Overgenomen uit: Marktscan Acute Zorg 2017 (p. 37) door NZa, 2017, Utrecht. Copyright 2017, NZa

Stijging aantal bezoekers SEH

Het aantal bezoekers van de SEH is in de periode 2006-2016 toegenomen van 1.827.000 bezoekers (845.000 vrouwen plus 982.000 mannen) in het jaar 2006 naar 1.959.000 (949.000 vrouwelijke en 1.010.000 mannelijke bezoekers in 2016). In 2011 vond een piek plaats in het aantal bezoeken, totaal 2.100.000 bezoekers (1.100.000 mannelijke en 1.000.000 vrouwelijke bezoekers). In figuur 8 is dit grafisch weergegeven.



Bron: Letsel Informatie Systeem

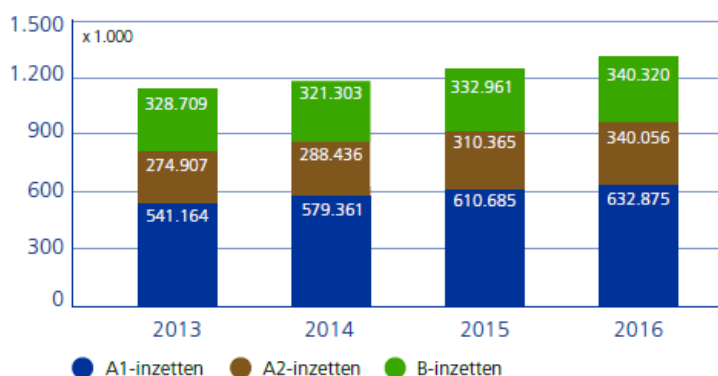
Figuur 8: Aantal bezoeken SEH 2006-2016. Overgenomen uit: Absoluut aantal SEH-bezoeken ongestandaardiseerd, 2019 (<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/trends#!node-trend-gebruik-seh>). Copyright 2019, Volksgezondheidszorg.info

Stijging bezoeken huisartsen

In de jaren 2013-2016 is een stijging te zien van het aantal huisartsenconsulten, in sommige regio's zelfs met 10% (NZa, 2017).

Stijging aantal ambulanceritten

In de jaren 2013-2016 is het aantal ambulanceritten sneller toegenomen dan het aantal beschikbare ambulances (NZa, 2017). In figuur 9 vindt u een overzicht van het aantal ambulanceritten in de jaren 2013-2016. Daarin is een stijging te zien van alle soorten ambulanceritten.



Bron: RIVM

Figuur 9: ambulanceritten 2013-2016. Overgenomen uit: Marktscan Acute Zorg 2017 (p. 28) door NZa, 2017, Utrecht. Copyright 2017, NZa

Toekomstverkenning gebruik acute zorg

Op basis van toekomstverkenningen is becijferd dat het aantal ambulanceritten en het aantal patiënten dat de huisarts en SEH bezoekt tussen de 0,8% en 1,7% per jaar zal toenemen in de periode 2016-2025 op basis van demografische ontwikkelingen. Indien ook trendontwikkelingen

worden meegenomen in de berekening bedraagt de gemiddelde groei tussen de 3,7% en 6,0% per jaar. Hieronder in figuur 10 ziet u daarvoor de becijferde onderbouwing.

Toekomstverkenning ambulancenzorg 2016-2025.

	aantal 2016 (x 1.000)	aantal 2025 (x 1.000)	totale groei 2016-2025 (%)	gemiddelde groei per jaar (%)
Aantal patiënten met een spoedeisende inzet				
Op basis van demografische ontwikkelingen	953	1.105	16,0	1,7
Op basis van demografie & autonome trend 2014-2017	953	1.495	56,9	5,1
Op basis van demografie & autonome trend 2014-2016	953	1.610	59,0	6,0

Toekomstverkenning huisartsenzorg 2016-2025

	2016 (x 1.000)	2025 (x 1.000)	totale groei 2016-2025 (%)	gemiddelde groei per jaar (%)
Aantal patiënten anw-huisartsenzorg				
Op basis van demografische ontwikkelingen	4.054	4.357	7,2	0,8
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2017	4.054	4.871	19,9	2,0
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2016	4.054	5.617	38,2	3,7
Aantal gewogen consulten anw-huisartsenzorg				
Op basis van demografische ontwikkelingen	3.616	3.905	8,0	0,9
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2017	3.616	4.364	20,7	2,1
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2016	3.616	5.027	39,0	3,7
Aantal patiënten huisartsenzorg in kantooruren	66.439	72.045	8,4	0,9

Toekomstverkenning instroom seh 2016-2025

	aantal 2016 (x 1.000)	aantal 2025 (x 1.000)	totale groei 2016-2025 (%)	gemiddelde groei per jaar (%)
Aantal verwijzingen naar seh vanuit huisartsenzorg in anw-uren				
Op basis van demografische ontwikkelingen	552,0	601,3	8,9	1,0
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2017	552,0	671,4	21,6	2,2
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2016	552,0	772,7	40,0	3,8
Aantal verwijzingen naar seh vanuit huisartsenzorg in kantooruren				
Op basis van demografische ontwikkelingen	733,3	815,1	11,2	1,2
Aantal bezorgingen naar seh vanuit ambulancenzorg				
Op basis van demografische ontwikkelingen	622,0	722,5	16,1	1,7
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2017	622,0	977,5	57,1	5,1
Op basis van demografie en autonome trend over 2014-2016	622,0	1.051,0	69,1	6,0
Zelfverwijzers naar de seh				
Op basis van demografische ontwikkelingen	785,4	847,3	7,9	0,8

Figuur 10: toekomstverkenning toename ambulanceritten en bezoek huisarts en SEH.

Overgenomen uit: Monitor Acute Zorg 2018 (p. 69-71) door NZa, 2018, Utrecht. Copyright 2018, NZa

5.4.2 Ontwikkelingen aan de zorgaanbodkant

Groei capaciteit aanbodzijde

Zoals in de vorige paragraaf is te lezen, is de laatste jaren een duidelijke stijging te zien aan de zorgvraagkant. Die groei zal blijven stijgen de komende jaren. Uiteraard staat daar ook een groei aan de zorgaanbodzijde tegenover. De vraag is alleen: is die groei voldoende om de toename in de zorgvraag op te vangen?

In 'Actieprogramma Werken in de Zorg' constateert het Ministerie van VWS (2018) dat het tekort aan verplegend en medisch personeel één van de belangrijkste uitdagingen is waar de zorg mee te maken heeft. In het Actieprogramma wordt de prognose gemaakt dat een tekort van 100 tot 125 duizend zorgpersoneel dreigt tenzij nu maatregelen worden genomen. Tevens constateert het Ministerie van VWS dat de tevredenheid onder zorgpersoneel afneemt door toenemende werkdruk. Dat leidt tot meer ziekteverzuim, meer dan in andere sectoren. Tevens leidt de groeiende werkdruk ertoe dat personeel de zorg verlaat. In 2017 verlieten ruim 80 duizend mensen de zorgsector (Ministerie van VWS, 2018).

In het Actieprogramma wordt gesignaleerd dat meer studenten kiezen voor een zorgopleiding de laatste jaren. Ook breiden scholen (MBO en HBO) en universiteiten het aantal opleidingsplaatsen uit. In het Actieprogramma worden vele maatregelen genoemd om het dreigend tekort op te vangen. De

maatregelen zijn vooral gericht op het verbeteren van het imago van de zorg, zorgen dat voldoende stageplaatsen voor studenten beschikbaar zijn en dat het werk zelf aantrekkelijker wordt, onder andere door verminderen van regeldruk en innovatie binnen de zorg (Ministerie van VWS, 2018).

Structurele capaciteitsproblemen zorginstellingen

Bovendien kampen zorginstellingen, vooral ziekenhuizen en RAV'en met structurele capaciteitsproblemen. In de brandbrief van Traumanet AMC (2016) wordt dat probleem als volgt omschreven: "Er is amper voldoende personeel om de roosters rond te krijgen. Tegelijkertijd leidt versnippering van de SEH zorg over te veel instellingen in de stad tot inefficiëntie. De te hoge werkdruk die van dit alles het gevolg is, leidt weer tot langdurig ziekteverzuim en uitstroom van verpleegkundigen naar andere werkplekken. Nieuw personeel vinden is moeilijk en moet ook eerst worden opgeleid. Er is zelfs een tekort aan uitzendkrachten. Er zijn dagen dat uitzendbureaus helemaal naar Limburg bellen om beschikbare verpleegkundigen te zoeken" (Traumanet AMC, 2016). In onderstaand figuur 11 is te zien dat het aantal moeilijk vervulbare vacatures voor SEH-verpleegkundigen in enkele jaren tijd is verdubbeld.

Moeilijk vervulbare vacatures, % van totaal werkzaam (FTE)

Beroep	2016	2017	2018
seh-verpleegkundigen	4,8%	7,6%	10,0%
IC-verpleegkundigen	4,0%	5,7%	7,8%
Ambulanceverpleegkundigen			6,2%

Figuur 11: Moeilijk vervulbare vacatures op % totaal werkzaam FTE. Overgenomen uit: Monitor Acute Zorg 2018 (p. 37) door NZa, 2018, Utrecht. Copyright 2018, NZa

Bezuinigingen in de ouderenzorg

Volgens Traumanet AMC (2016) is de laatste jaren enorm gesnoeid in de ouderenzorg. Veel verzorgings- en verpleeghuizen hebben de deuren gesloten. Ook de thuiszorgvoorzieningen vanuit de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) zijn vaak onvoldoende beschikbaar om aan de vraag te voldoen. Door deze factoren "kan niet vroegtijdig eenvoudige medische hulp of verpleging worden geboden, waardoor de hulpvraag snel escaleert in een spoedzorgvraag en onvermijdelijk ziekenhuisbezoek. Huisartsen worden soms radeloos van machteloosheid omdat ze een zieke oudere patiënt thuis niet meer kunnen managen; de enige oplossing is dan nog het ziekenhuis" (Traumanet AMC, 2016).

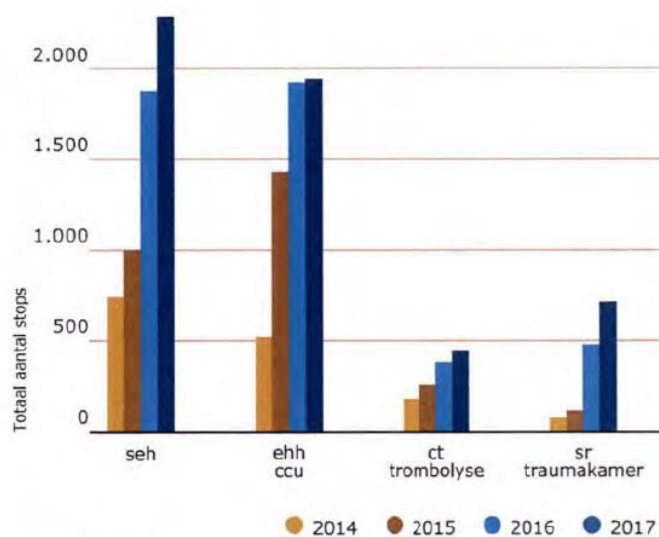
Concentratie ziekenhuiszorg

Naast kwalitatief hoogwaardige en beschikbare zorg is ook betaalbare zorg een groot belang. Zorgverzekeraars en de NZa dragen er zorg voor om deze betaalbaar te houden. Dat heeft de afgelopen jaren geleid tot fusies van zorginstellingen en meer concentratie van zorg. In de periode van 2013 tot 2016 is het aantal SEH's dat 24x7 is geopend afgenomen van 94 naar 89 (NZa, 2017). Dit leidt volgens Rhebergen et al. (2017) tot druk op het lokaal en regionaal zorgsysteem. Volgens Bos et al. (2016) neemt door de concentratie van ziekenhuiszorg de veerkracht in het zorgsysteem af.

SEH-stops

In bepaalde regio's is de laatste jaren het aantal SEH-stops fors toegenomen. Vooral in de Randstad treedt dit probleem op. Het aantal SEH-stops is, zoals in figuur 12 is te zien, in 4 jaar tijd ongeveer verdrievoudigd. Ook het aantal stops op de eerste harthulp is ongeveer verviervoudigd in de periode 2014-2017.

Aantal seh-stops 2014-2017



Figuur 12: Aantal SEH-stops 2014-2017. Overgenomen uit: Monitor Acute Zorg 2018 (p. 33) door NZa, 2018, Utrecht. Copyright 2018, NZa.

Disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod

Als het zorgaanbod niet evenredig meegroeit met de zorgvraag (met name van ouderen met complexe zorgvragen) kan een structurele disbalans ontstaan tussen zorgvraag en -aanbod. In sommige regio's speelt dit probleem al enige tijd (NAZNW, 2019).

5.4.3 Overige factoren

Afstemming tussen schakels en informatievoorziening

Naast toenemende druk op de (acute) zorg door een toenemende zorgvraag en problemen aan de zorgaanbodszijde, signaleert de NZa (2017) ook problemen door gebrekkige afstemming tussen ketenpartners. Dat leidt er volgens NZa toe dat patiënten niet altijd uitkomen bij de juiste schakel in het zorgsysteem. Dat wordt voor een deel veroorzaakt door problemen in het informatiemanagement van het systeem als geheel. NZa (2017) noemt onder andere als oorzaak knelpunten in de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners. Daarnaast is er volgens NZa onvoldoende overzicht in het systeem bijvoorbeeld in capaciteit van vervolgzorg door verschil in registratie en het fragmentarisch beschikbaar stellen van informatie door instellingen binnen de vervolgzorg. Dat bemoeilijkt de uitstroom van patiënten in het ziekenhuis richting vervolgzorg (NZa, 2018b).

6 Cases uit de praktijk

In dit hoofdstuk wordt de werking van de keten tijdens de griep epidemie geschetst aan de hand van 7 cases. Het gaat om de volgende cases:

1. De situatie in de GHOR-regio Kennemerland;
2. De situatie in de GHOR-regio Noord-Holland Noord (NHN);
3. De situatie in de GHOR-regio Amsterdam-Amstelland;
4. De situatie in regio Traumazorgnetwerk Midden-Nederland;
5. De situatie in ROAZ-regio Zuidwest Nederland;
6. De situatie in regio Acute Zorgnetwerk Noord Nederland;
7. De situatie in de Acute Zorgregio Oost

Per geografische cluster is de situatie in de regio op het hoogtepunt van de griep epidemie in kaart gebracht. Daarna is onderzocht in hoeverre de keten en haar ketenpartners waren voorbereid op de griep epidemie. Vervolgens wordt de aanpak in de regio op hoofdlijnen beschouwd. Daarbij wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de regio de problematiek procesmatig heeft benaderd en wordt beschouwd hoe de ketenbrede beeld-, oordeels- en besluitvorming in de regio is verlopen. Daarbij wordt de indeling van het analysemodel op pagina 23 gebruikt.

Steeds is in iedere subparagraaf een beschrijving vanuit regionaal (globaal) ketenperspectief uitgewerkt. In bepaalde subparagrafen zijn de ervaringen of de zienswijze van één of meerdere geïnterviewde instellingen uitgewerkt. Deze vindt u in de blauwe kaders.

Dit hoofdstuk is gebaseerd op deskresearch en interviews met betrokken organisaties.

6.1 De situatie in de GHOR-regio Kennemerland

6.1.1 De regionale problemen op hoofdlijnen

Door een toenemend aantal zieken dat in de twee ziekenhuizen in de regio werd opgenomen, ontstond meer druk op het (al enigszins) schaarse personeel bij het uitvoeren van de werkzaamheden. Na enkele weken begon hierdoor personeel uit te vallen bij het Spaarne Gasthuis en ontstond een disbalans tussen zorgvraag en -aanbod. Ten tijde van de piek lagen tientallen personen die geen ziekenhuisindicatie meer hadden op een ziekenhuisbed omdat zij niet terug naar huis konden (omdat ze nog wel zorgbehoefstig waren maar onvoldoende beroep konden doen op thuis- of mantelzorg) of omdat de VVT-instelling hen niet terug kon nemen door eigen capaciteitsproblemen. Patiënten bleven daardoor veel langer dan noodzakelijk een ziekenhuisbed bezet houden.

Ook de ambulancezorg ervoer problemen tijdens het hoogtepunt van de griep epidemie. Soms moest ver worden gereden met slachtoffers/ patiënten omdat ziekenhuizen in de omgeving SEH-stops afkondigden. Vervoer tussen ziekenhuizen stagneerde ook omdat besteld (B)-vervoer niet altijd beschikbaar was. Daardoor duurde het langer voordat patiënten konden worden vervoerd naar een gespecialiseerd ziekenhuis of naar de VVT-instelling.

Situatie in het Spaarne Gasthuis

Volgens respondenten van het Spaarne Gasthuis is zorgcontinuïteit eigenlijk dagelijks een aandachtspunt. Dit komt voornamelijk door een structureel tekort aan medisch/verplegend personeel. Daardoor staat de instelling feitelijk constant onder druk. Tijdens de griep epidemie traden drie problemen op: tekort aan personeel, een verhoogde instroom en een problematische uitstroom van patiënten naar huis of VVT-instelling.

6.1.2 Voorbereiding op griep

Er was geen specifiek regionaal zorgcontinuïteitsplan voor de geneeskundige keten beschikbaar. Voorafgaand aan de griep epidemie 2017-2018 hebben geen ketenbrede trainingen of oefeningen plaatsgevonden met het thema grootschalige infectieziektenuitbraak.

In het reguliere ROAZ-overleg van 10 oktober 2017 werd een presentatie gegeven door Thijs Willems van het Netwerk Acute Zorg Noordwest (NAZNW). Daarin wees hij erop dat de aankomende griep epidemie waarschijnlijk weer net als de epidemie daarvoor lang zou gaan duren en relatief zwaar zal drukken op de regionale zorgcapaciteit (NWAZNW, Spoedzorgnet, 2017). Deze waarschuwing leidde niet tot extra maatregelen ter voorbereiding op de aankomende epidemie.

Wel is op initiatief van het (reguliere) ketenpartneroverleg in de regio Kennemerland begin 2017 afgesproken dat de GHOR een extra overleg in het najaar zou faciliteren om de ketenbrede stand van zaken rondom de griep te bespreken. Op 19 december 2017 is dat extra overleg (genoemd: Regionaal Capaciteitsoverleg (RCO)) Kennemerland ingepland. "Uitgangspunt is vooraf knelpunten en problemen te signaleren, mogelijke oplossingen op elkaar af te stemmen waarbij transparantie en inzicht in elkaars functioneren een belangrijke voorwaarde is" (GHOR Kennemerland, 2017). Op het moment van het overleg was er nog net geen griep epidemie en speelden nog geen griepgerelateerde zorgcontinuïteitsproblemen. Wel werden enkele meer structurele (capaciteits)problemen besproken en werd afgesproken in januari⁴ 2018 weer bijeen te komen om de situatie dan te bespreken.

6.1.3 Aanpak griep epidemie op hoofdlijnen

Op 19 december kwamen ketenpartners bijeen om de situatie in de regio te bespreken. Bij het overleg waren aanwezig: de GHOR (voorzitter en secretaris), de twee ziekenhuizen in de regio en de RAV. Twee grote VVT-koepels waren wel uitgenodigd maar waren verhinderd.

De GHOR Kennemerland ontving in januari het signaal vanuit de ziekenhuizen dat met name daar behoorlijke druk werd gevoeld door de griep. Hierop besloot het hoofd GHOR de ketenpartners bijeen te roepen op 1 februari 2018. Aan het overleg namen de twee ziekenhuizen in de regio, de Noordwest Ziekenhuisgroep locatie Alkmaar (op verzoek van het RKZ), de RAV, één van de drie huisartsenclusters en het NAZNW deel. Ook twee grote VVT-koepels waren uitgenodigd, maar waren verhinderd.

De beleidsadviseur van de GHOR heeft na overleg van 1 februari nog twee maal een belronde gedaan langs de betrokken instellingen en de opbrengst daarvan in verslagvorm gedeeld. In de belronde en de verslagen werd ook de stand van zaken vanuit de huisartsenzorg in de regio, de stand van zaken vanuit twee VVT-koepels, de stand van zaken vanuit de regio NHN en de stand van zaken vanuit het NIVEL gedeeld.

Het reguliere bestuurlijk ROAZ (waar ook de zorginstellingen vanuit de regio Kennemerland deel van uitmaken) kwam bijeen op 16 februari. Tijdens dat overleg is stilgestaan bij enkele onderwerpen die raakten aan de griep problematiek (enkele *best practices*), maar het overleg had vooral het karakter van een regulier overleg. Het was dus geen bestuurlijk afstemmingsoverleg om het griep probleem in de regio te adresseren.

⁴ Dat overleg vond plaats op 1 februari 2018

In de regio Kennemerland werd op 10 maart door de dienstdoende HIN GZ (hoofd informatie geneeskundige zorg) op verzoek van één van de ziekenhuizen in de regio een gezamenlijk incident aangemaakt in LCMS GZ (landelijk crisismanagement systeem geneeskundige zorg) voor de onderlinge beeldvorming.

Opschaling van het Spaarne Gasthuis

Het Spaarne Gasthuis is als één van de weinige ziekenhuizen in Noord-Holland opgeschaald. De opschaling leidde in ieder geval tot overzicht over beide locaties maar vooral ook tot begrip in de hele organisatie.

6.1.4 Proces- en netwerkmanagement

Pragmatisch is ervoor gekozen om het ketenpartneroverleg in de vorm van een RCO een keer extra bijeen te roepen in december 2017 en februari 2018. Doel van de overleggen was voornamelijk beeldvormend; om zicht te krijgen op de stand van zaken binnen de verschillende instellingen. Ook was er de hoop dat het overleg een rol zou kunnen spelen in het aandragen van oplossingen voor de geconstateerde problemen. De GHOR heeft de ketenpartners uitgenodigd en voorzien in het voorzitterschap van het overleg en de verslaglegging. In de inleiding van het verslag van dat overleg wordt geconstateerd: “De GHOR heeft weliswaar geen formele rol in de dagelijkse gang van zaken in de acute keten maar vindt vanuit het oogpunt van de zorg continuïteit het van groot belang dat knelpunten in de keten gesignaleerd worden en dat betrokken organisaties op het juiste niveau en moment elkaar treffen” (GHOR Kennemerland, 2017).

Er is na het RCO van 1 februari 2018 overwogen om op te schalen naar een bestuurlijk/strategisch team (het Regionaal Crisisteam Zorg; RCZ), maar daar bleek op bestuurlijk niveau geen of onvoldoende behoefte aan te bestaan, vooral “vanwege het feit dat niemand iets aan een ander te bieden had, werd dit niet opportuun geacht!” (GHOR Kennemerland, 2018b). Het RCO is nadien niet meer bijeen geweest. Daartoe zijn geen verzoeken gedaan door de afzonderlijke ketenpartners.

Procesmanagement volgens het Spaarne Gasthuis

Toch was wel degelijk behoefte aan meer afstemming in de keten. Dat had volgens respondenten van het Spaarne Gasthuis twee zaken kunnen opleveren: meer awareness en urgentie in de gehele keten (inclusief VVT) en voor het delen van best practices of voorbeelden hoe de andere ketenpartners met de omstandigheden omgingen.

6.1.5 Informatiemanagement en beeldvorming

De beeldvorming in de RCO's leverde een helder beeld van de stand van zaken van de betrokken instellingen. Men was bereid de stand van zaken binnen de eigen organisatie mondeling met ketenpartners te delen. De beeldvorming in het overleg van 1 februari leverde een duidelijk overzicht; vrijwel alle ketenpartners kampten met capaciteits/continuïteitsproblemen. Daarnaast verliep de aansluiting tussen zorginstellingen op punten problematisch (zie verder 6.1.6). Dat was ook het beeld van de belronde die door de GHOR werd gemaakt in de tweede week van februari tot de situatie medio maart verbeterde.

LCMS GZ speelde ook een rol in de beeldvorming in de geneeskundige keten. De ziekenhuizen hebben de stand van zaken op hoofdlijnen vanuit hun instellingen gedeeld. De HIN heeft namens de RAV de beeldvorming opgehaald en gedeeld in LCMS GZ. Vanuit de huisartsen, GGD en andere ketenpartners is geen informatie opgehaald en gedeeld. In de LCMS-activiteit van Kennemerland is een koppeling aangebracht met de LCMS-activiteit van de regio NHN die al eerder voor de

griep epidemie was aangemaakt (zie paragraaf 6.2.5). De wijze van vullen verschilde nogal per instelling (het niveau van detaillering, het moment van vullen e.d.).

Informatiemanagement en beeldvorming volgens het Spaarne Gasthuis

Er was vanuit dit ziekenhuis behoefte aan twee niveaus van beeldvorming: globale, ketenbrede informatie (de ontwikkelingen van de situatie in de keten) en specifieke, real-time informatie over beschikbare bedden.

6.1.6 Oordeelsvorming

In het RCO van 1 februari kwamen de volgende knelpunten aan orde (GHOR Kennemerland, 2018a):

- Zorgpersoneel wordt in grotere aantallen getroffen door de griep. Als de griepgolf doorzet worden de problemen nog groter. De problemen lijken ieder jaar nijpender te worden. Er is geen buffer meer in het systeem om piekbelastingen op te vangen. De ziekenhuizen gaven aan dat er onvoldoende capaciteit is om aan de zorgvraag te voldoen.
- Maatregelen die door een ziekenhuis worden genomen, zoals een opnamestop op de SEH of een afdeling worden direct gevoeld door andere ziekenhuizen.
- Door gebrek aan voorzieningen binnen het Eerstelijnsverblijf⁵ (ELV) stopt de uitstroom van patiënten die laagcomplexere zorg nodig hebben. Zij bezetten daardoor onnodig lang klinische capaciteit in de ziekenhuizen. Afspraken met de VVT-sector worden niet altijd nagekomen.
- Soms treden misverstanden op over sluitingen van ziekenhuisafdelingen doordat gegevens in het Acut Zorgportaal verkeerd worden beoordeeld (het ziekenhuis is niet als geheel gesloten, alleen een bepaalde afdeling).

Oordeelsvorming volgens het Spaarne Gasthuis

Doordat de VVT-sector niet was aangehaakt op ketenoverleggen of LCMS GZ werd door het Spaarne Gasthuis gebrek aan urgentiegevoel bij ketenpartners geconstateerd ten aanzien van de zorgcontinuïteitsproblemen. Op het verzoek om patiënten op te nemen met een laagcomplexere zorgvraag, gaf een VVT-instelling aan geen patiënten over te kunnen nemen omdat de muren van leegstaande kamers in één van de panden nog moesten worden geverfd en dat dat nog enige tijd ging duren.

Het Spaarne Gasthuis kreeg op een gegeven moment een signaal van de zorgverzekeraar dat zij het ziekenhuis wilden korten omdat een deel van hun patiënten in feite geen ziekenhuisindicatie meer had terwijl zij wel een duur ziekenhuisbed bezet hielden. Daar heeft het betrokken ziekenhuis tegen geageerd.

6.1.7 Besluitvorming

Tijdens het overleg van 1 februari wordt geconstateerd dat “consensus van bestuurders nodig [is] en aangezien de oorzaken van het capaciteitsgebrek dieper liggen, wordt voorgesteld om bestuurders te vragen dit te agenderen op het volgend ROAZ overleg over 2 weken. In afwachting van deze ontwikkelingen wordt dit overleg opgeschort. De aanwezige instellingen zullen er bij hun bestuurders op aandringen om, in ROAZverband, gezamenlijke maatregelen te nemen. De achtergrond hierbij is

⁵ ELV wordt als volgt gedefinieerd: “medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waarbij 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid aanwezig is, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg” (Wet langdurige zorg - Artikel 11.1.5 sub c).

dat er gezamenlijke problemen zijn waarbij het niet zo kan zijn dat één instelling zijn nek uitsteekt!” (GHOR Kennemerland, 2018a).

Zoals gesteld, had het ROAZ-overleg niet het karakter van een crisioverleg waarin de ketenbrede problemen werden besproken, waar oplossingen werden gezocht en waar maatregelen werden genomen. Wel is afgesproken dat een opschalingsmodel zou worden ontwikkeld (voor het volgende griepseizoen).

Besluitvorming door het Spaarne Gasthuis

Er zijn geen verdere ketenbrede maatregelen genomen tijdens de genoemde overleggen. Daardoor moesten betrokken zorginstellingen, zoals het Spaarne Gasthuis, vooral hun eigen broek ophouden en zelf afstemming zoeken met de ketenpartners waar ze direct van afhankelijk waren. Het Spaarne Gasthuis heeft vooral zelf geprobeerd zaken te regelen met huisartsenclusters en de VVT-sector. Dat kostte veel moeite en leidde niet altijd tot de gewenste resultaten.

Op het hoogtepunt van de griepepidemie heeft het Spaarne Gasthuis besloten een klein gedeelte van het electieve programma (geplande OK-ingrepen) uit te stellen vanuit het standpunt dat acute zorg voor electieve zorg gaat. Het Spaarne Gasthuis heeft als uitgangspunt genomen om de acute zorg open te houden en zo min mogelijk SEH-stops af te kondigen. Op momenten was de SEH van het Spaarne Gasthuis als enige open in de omgeving. Dergelijke maatregelen kwamen bovenop maatregelen die zijn genomen om de interne doorstroming van SEH/IC/OK (operatiekamer)/CCU (coronary care unit) naar andere onderdelen van het ziekenhuis te verbeteren, met als doel de acute zorg beschikbaar te houden. Dat vergde uiteraard een besluit op bestuurlijk niveau. Deze maatregel was geen makkelijke. Vakgroepen/ maatschappen zagen hierdoor direct hun broodwinning in gevaar komen wanneer zij bepaalde niet-urgente ingrepen niet meer mochten uitvoeren. Tenslotte is ook verscherpt gekeken naar het ontslag van patiënten.

Tot slot: na de griepepidemie

Na de griepepidemie is samen met de twee traumaregio's NAZNW en Spoedzorgnet, en de GHOR-bureaus van de provincies Noord-Holland en Flevoland escalatiemodel Grip op Griep gemaakt.

6.2 De situatie in de GHOR-regio Noord-Holland Noord

6.2.1 De regionale problemen op hoofdlijnen

In deze regio deden zich verschillende issues voor op het gebied van zorgcontinuïteit. De twee ziekenhuizen van de Noordwest Ziekenhuisgroep (NWZ) in Alkmaar en Den Helder, en het Westfriesgasthuis (WFG) te Hoorn liepen vooral op de SEH, IC en de kliniek tegen disbalansen tussen zorgvraag en -aanbod aan. De kliniek in Alkmaar lag vol waardoor doorstroom vanuit de SEH lastig was. Omdat de IC ook vol lag en er steeds nieuwe IC-behoefte patiënten kwamen, moesten patiënten worden overgeplaatst buiten de regio.

Ook kampte de Noordwest Ziekenhuisgroep met uitval van personeel. Daardoor moest zij bedden sluiten, maar die bedden waren weer nodig om de toestroom te kunnen behappen. Daarmee ontstond een vicieuze cirkel. Dit had tot gevolg dat ziekenhuizen SEH-stops afkondigden.

Door verhoogde drukte in het ziekenhuis vanaf december, ontstond behoorlijke druk op het personeel. Degenen die “overeind bleven”, moesten extra hard werken gedurende een periode van maanden.

Ten slotte was de uitstroom naar de VVT-sector moeizaam omdat door het ziekenhuis uitbehandelde patiënten, die vervolgzorg nodig hadden, hier niet konden worden opgenomen.

Het afkondigen van SEH-stops door de ziekenhuizen leidde ertoe dat ambulances extra vervoersbewegingen moesten maken en af en toe tot ver buiten de regio met het slachtoffer/patiënt naar ziekenhuizen moesten uitwijken.

Ook de huisartsenzorg liep tegen knelpunten aan. Door stops konden huisartsen niet altijd doorverwijzen naar het naastgelegen ziekenhuis. In het geografisch cluster van de HAP Alkmaar speelden op gezette tijden continuïteitsproblemen omdat de vraag naar eerstelijnszorg groot was en veel visites moesten worden afgelegd. Ook trad uitval van eigen personeel (huisartsen en triagisten) op door gelijktijdige langdurige ziekte of langdurige druk op de medewerkers.

6.2.2 Voorbereiding op griep

De regio werd in het seizoen van 2016-2017 behoorlijk verrast door de heftige en lange griep epidemie. De GHOR was voornemens de voorbereiding van het griepseizoen 2017-2018 proactief op te pakken. In oktober 2017 zijn afspraken met de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD gemaakt over het vroegtijdig monitoren van de griepactiviteiten in de regio.

Er was geen recent ketenbreed plan voor zorgcontinuïteit beschikbaar. Wel was planvorming beschikbaar in de vorm van een pandemieplan uit 2009. De coördinatievorm van een RCZ vanuit dat plan is toegepast tijdens de griep epidemie van 2017-2018. In november 2017 heeft de GHOR een protocol Regionaal Crisisteam Zorg geactualiseerd (GHOR NHN, 2017).

In de regio NHN zijn geen ketenbrede trainingen of oefeningen met het thema griep epidemie (of grootschalige infectieziektenuitbraak) georganiseerd voorafgaand aan de griep epidemie van 2017-2018.

In de regio NHN wordt LCMS GZ sinds mei 2017 gebruikt en was alleen de NWZ volledig aangesloten. De GHOR was voornemens een LCMS GZ activiteit aan te maken voor griepseizoen '17-'18. Omdat de GHOR het belang van informatievoorziening in de hele keten inzag, zijn medewerkers van de GHOR langs de acute ketenpartners gegaan om hen mee te nemen in het plan LCMS GZ in te zetten voor de griep. Iedereen gaf akkoord, waarna de GHOR de ketenpartners heeft gevraagd mee te denken over de opbouw van de activiteit, zoals de indeling van hun tabblad. De GHOR heeft voor deze activiteit in

de voorbereiding een speciaal sjabloon bedacht en gemaakt, omdat het een andersoortig incident is dan waar het reguliere sjabloon in LCMS op is ingericht.

Vervolgens heeft de GHOR de ketenpartners toegang gegeven tot LCMS GZ en heeft de beleidsmedewerker informatiemanagement van de GHOR de informatiecoördinatoren (ICO's; degenen die het systeem moesten gaan bedienen) opgeleid door middel van een korte scholing. Daarmee waren nagenoeg alle⁶ betrokken ketenpartners aangesloten voor de activiteit en heeft de GHOR hen kunnen verleiden tot het gebruik van LCMS GZ.

De GHOR heeft voor de beeldvorming rondom griep een activiteit in LCMS GZ aangemaakt op 21 november 2017. Vrij snel daarna in december begon de griepepidemie en begonnen ketenpartners de eerste gevolgen te merken van de griep.

Voorbereiding Noordwest Ziekenhuisgroep

Het griepseizoen '16-'17 was ook heftig. Het besef leefde dat gedegen voorbereiding nodig was voor griepseizoen '17-'18. Scenariokaarten zijn ontwikkeld voor beperkte opnamemogelijkheden en acute personeelskrapte. Die zijn ook daadwerkelijk gebruikt. Ook heeft een dagelijkse beddencoördinatie plaatsgevonden door middel van een overleg in de ochtend om gezamenlijk te bepalen wat erin komt en wat eruit gaat. Dit vanuit de gevoelde noodzaak de bedden zo effectief mogelijk in te zetten.

Voorbereiding WFG

Het WFG heeft net als het Waterland Ziekenhuis waarmee het is gefuseerd, een specifiek griepplan ontwikkeld. Zie verder 6.3.2.

Voorbereiding HAP Alkmaar

De HAP Alkmaar heeft in zijn crisisplannen scenariokaarten met maatregelen op hoofdlijnen opgenomen op het gebied van infectieziektenuitbraken. Ook maakte de HAP gebruik van de leerpunten van de Mexicaanse griep (2009).

6.2.3 Aanpak griepepidemie op hoofdlijnen

Vanaf 5 januari 2018 is de LCMS GZ-activiteit opgezet voor ketenpartners.

Op 8 februari 2018 is het RCZ⁷ bijeen geroepen om op tactisch niveau gezamenlijk de situatie te bespreken. Op bestuurlijk niveau is geen afstemmingsoverleg georganiseerd. Wel is op bestuurlijk niveau contact geweest tussen instellingen.

Op 7 maart 2018 zijn ketenpartners wederom bijeen geweest onder leiding van de Directeur Veiligheid en Zorg van de VRNHN tijdens een ketenpartneroverleg; dit is een regulier overleg dat de RAV een aantal keer per jaar organiseert om af te stemmen met hun ketenpartners. Deelnemers zijn o.a. vertegenwoordigers van acute zorg, maar ook VVT, GGZ, verloskundigen en het Rode Kruis. Dit

⁶ De VVT-sector was toen niet aangesloten op de LCMS GZ activiteit maar wel voor het huidige (2018-2019) griepseizoen.

⁷ RCZ: een door de GHOR geïnitieerd overleg met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, HAP's, ambulancezorg, MKA en GGD (eventueel aangevuld met vertegenwoordiger van een Netwerk Acute Zorg) op tactisch niveau. Dit overleg wordt voorgezeten door de Directeur Veiligheid en Zorg van de VRNHN en plaatsvervangend DPG.

betreft dus een breed overleg dat tijdens de griep epidemie is ingezet om de gevolgen van de griep epidemie te bespreken.

Opschaling Noordwest Ziekenhuisgroep

Het ziekenhuis heeft opgeschaald naar een gezamenlijk OCT/CBT vanaf het moment dat noodzaak ontstond van uitplaatsing van patiënten van de IC. Ongeveer een week lang is het team opgeschaald geweest en kwam twee keer per dag bijeen.

Opschaling HAP Alkmaar

De huisartsenzorg rondom Alkmaar heeft intern niet opgeschaald.

6.2.4 Proces- en netwerkmanagement

De initiators van het overleg van 8 februari waren de GHOR en de Directeur Veiligheid en Zorg van de VRNHN (in de rol van plaatsvervangend DPG) na een verzoek van de Noordwest Ziekenhuisgroep. Vooral functionarissen van tactisch niveau, op het niveau van manager/crisiscoördinator, namen deel aan de overleggen. De GHOR heeft de ketenpartners uitgenodigd voor het crisioverleg en een agenda gemaakt. De volgende regionale partners waren uitgenodigd: de ziekenhuizen, de HAP's, de RAV, de meldkamer ambulancezorg, de GGD, Netwerk Acute Zorg Noordwest en de GHOR. Het overleg werd voorgezeten door de plaatsvervangend DPG die jarenlang werkzaam is op het terrein van de acute gezondheidszorg. De GHOR verzorgde de verslaglegging.

De intentie van de organiserende partij (de GHOR/ VRNHN) was vooral om elkaar te informeren en niet om een centrale rol te spelen in de ketenbrede besluitvorming rondom de zorgcontinuïteitsproblemen. Een andere doelstelling van het overleg was om de mogelijk te verwachten ontwikkelingen in kaart te brengen.

Op 7 maart heeft een regulier ketenpartneroverleg plaatsgevonden. Er is besloten het overleg te gebruiken om de stand van zaken rondom de griep te bespreken. Aanwezig waren (Smeekes, 2018): hoofden SEH van de ziekenhuizen in de regio, directeuren van de drie HAP's, de manager ambulancezorg, het hoofd van de meldkamer, de crisiscoördinator van de GGD, de GGZ en het Rode Kruis. Daarnaast was de directeur Acute Zorg van Spoedzorgnet aanwezig.

Procesmanagement volgens Noordwest Ziekenhuisgroep

Het was goed dat de GHOR de keten bijeen heeft geroepen. De afstemming in de keten heeft ook opgeleverd dat voor de toekomst nog beter wordt nagedacht over wat je als organisatie wil brengen en halen in dergelijke overleggen.

Procesmanagement volgens WFG

De ketenoverleggen werden prima voorgezeten. Naast strak tijdsmanagement en het volgen van de BOB-structuur was voldoende ruimte voor aanwezigen om hun punten in te brengen.

6.2.5 Informatiemanagement en beeldvorming

Het voornaamste doel van de overleggen was elkaar te informeren. Aan dat doel werd voldaan tijdens de overleggen. Er ontstond een duidelijk beeld van de geneeskundige keten en de afzonderlijke schakels daarbinnen.

De gezamenlijke activiteit in LCMS GZ vormde de spil in de ketenbrede beeldvorming. De arts IZB van de GGD schreef wekelijks een resumé van de griepontwikkelingen die zich landelijk voordeden en gaf

duiding aan de cijfers van het NIVEL. Alle ketenpartners vulden op een eigen tabblad hun stand van zaken in. De HIN GZ heeft op ad hoc basis informatie opgehaald bij een aantal grote VVT-instellingen of -koepels en deze verwerkt in LCMS. Alle care-instellingen in de regio ontvingen wekelijks de influenza-update die de GGD elke week maakte.

Volgens verschillende respondenten zaten verschillen in de wijze waarop en de mate waarin het tabblad per instelling werd gevuld. De ene ketenpartner deelde de besluitvorming van de eigen crisorganisatie en stand van zaken, de ander hoeveel patiënten met griep waren opgenomen. Duidelijke criteria over welke input gevraagd werd, ontbraken. Soms werd door partijen wekenlang minder of niet gevuld. Het achterlopen van de beeldvorming in LCMS GZ bleek ook tijdens het ketenpartneroverleg. Bepaalde instellingen bleken tegen een probleem aan te lopen, maar dit viel niet op te maken uit het tabblad van die instelling in de LCMS-activiteit. Een mogelijke reden die respondenten gaven, was dat sprake was van een golfbeweging. Op een gegeven moment leek de situatie rondom de griep te verbeteren en daarmee liep het actief bijhouden van LCMS terug. Vervolgens steeg het aantal griepgevallen weer en werd het systeem weer beter bijgehouden. Het was beter geweest als de instellingen regelmatig een update gaven ook al was het maar de mededeling dat er zich binnen de instelling geen problemen voordeden. Daarover waren -zeker in het begin- geen heldere afspraken gemaakt.

De HIN heeft regelmatig contact opgenomen met ICO's van zorginstellingen om hen aan te sporen het beeld in LCMS actueel te houden.

Volgens de betrokkenen vanuit de GHOR was de beeldvorming ketenbreed in de regio goed, maar kon dus op punten beter. Eigenlijk was meer real-time informatie nodig. Bovendien heeft LCMS GZ geen attentiefunctie (de gebruiker krijgt geen signaal dat er nieuwe informatie is tenzij de activiteit op dat moment geopend is).

Bovenregionaal kon de beeldvorming ook beter. Vanuit de regio Kennemerland was ook een activiteit aangemaakt, maar vanuit Amsterdam niet. De bovenregionale (op provincieniveau; Noord-Holland en Flevoland) beeldvorming door middel van een gezamenlijke LCMS GZ-activiteit is voor griepseizoen '18-'19 tot stand gekomen.

De voorzitter van het RCZ heeft het Algemeen Bestuur van de veiligheidsregio op 7 maart naar aanleiding van het ketenpartneroverleg geïnformeerd door middel van een brief (Smeeke, 2018).

Informatiemanagement/ beeldvorming volgens Noordwest Ziekenhuisgroep

Het vergde discipline om LCMS te vullen. Toen het rustiger werd nam de urgentie en daarmee de bereidheid tot vullen wat af. Hier heeft men intern aandacht aan besteed.

Informatiemanagement/ beeldvorming volgens HAP Alkmaar

De crisiscoördinator heeft tevens de rol van ICO vervuld. Het vullen namens de huisartsenzorg liep goed. Iedere maandagochtend stond in de agenda: bekijken en vullen LCMS GZ. Het werd ook gebruikt om te kijken hoe de rest van de keten ervoor stond. Lastig daarbij was dat niet op eenduidige wijze of niet werd gevuld door de andere ketenpartners.

6.2.6 Oordeelsvorming

Naast beeldvorming stond ook op de agenda van het overleg van 8 februari 2018: Vooruitblik / Wat kunnen we voor elkaar betekenen? (GHOR NHN, 2018a). De problemen die ketenbreed speelden, werden duidelijk vanuit de gemeenschappelijke beeldvorming. Tevens bleek dat de capaciteitsproblemen (die ook gedeeltelijk structureel van aard zijn) ketenbreed niet in dit gremium,

dat voornamelijk met personen van instellingen op tactisch niveau was gevuld, konden worden opgelost. Wel is gezamenlijk gesproken over enkele concrete onderwerpen.

Het nut van vaccineren van zorgpersoneel is aan de orde geweest. De GGD heeft aangegeven dat het effect daarvan eigenlijk te laat was. Met name is nagedacht over onderlinge communicatie en informatiemanagement; hoe kunnen we het elkaar makkelijker maken door middel van snel wederzijds informatie verstrekken en het versoepelen van processen?

Het uitwerken van mogelijke toekomstgerichte scenario's is niet meer ter sprake gekomen. Dit is gemarkeerd als verbeterpunt en wordt meegenomen in de voorbereiding op de volgende griepepidemie.

Op 6 maart besteedde de NOS aandacht aan de lange wachttijden voor de SEH van het ziekenhuis in Alkmaar. In het artikel wordt gesproken over wachttijden die oplopen tot "niet acceptabel niveau" (NOS, 2018). De reden voor de lange wachttijden is dat verschillende omliggende ziekenhuizen hun SEH hebben gesloten. In het ketenpartneroverleg van 7 maart werd duidelijk dat ketenbreed continuïteitsproblemen onverminderd speelden.

6.2.7 Besluitvorming

In het RCZ van 8 februari zijn de volgende conclusies getrokken en afspraken gemaakt:

- "Huidige situatie: er is veel druk en krapte. Het is nog te doen, maar het is manoeuvreren op dun ijs.
- Document 'Tips & tricks voor spoedzorg in de winter' is nogmaals onder aandacht gebracht.
- Het is van groot belang dat we elkaar gezamenlijk intensiever op de hoogte houden van de ontwikkelingen, knelpunten etc omdat deze in de huidige situatie direct meerdere ketenpartners raken. De appgroep voor crisiscoördinatoren wordt de komende dagen voorbereid/uitgewerkt (GHOR/met enkele crisiscoördinatoren) met doel deze zsm te gaan gebruiken. Acute problemen kunnen daarin gedeeld worden.
- Daarnaast ook in LCMS de situatie vanuit de instellingen intensief blijven delen en monitoren. Op verzoek van elke crisiscoördinator kan regionaal crisisteam zorg (via GHOR) bijeengeroepen geroepen worden, zo nodig op dag zelf.
- Ihkv ziekte onder personeelsleden wordt nut/effect van evt ander vaccin of (voor niet gevaccineerde personeelsleden) nogmaals aanbieden van griepvaccin door GGD beoordeeld. Heldere communicatie is dan wel cruciaal. Vaccinatiegraad en -bereidheid over hele linie is laag" (GHOR NHH, 2018b).

De GHOR heeft geprobeerd om een whatsappgroep in te stellen voor snelle informatieoverdracht tussen betrokkenen op tactisch niveau. Daar bleek uiteindelijk echter onder de ketenpartners toch onvoldoende behoefte aan. De problemen rondom de griep leken af te nemen en het urgentiegevoel was niet meer voldoende om voor dat voorstel de handen op elkaar te krijgen.

In het ketenpartneroverleg van 7 maart zijn de volgende afspraken gemaakt:

"1. Alle acute zorgorganisaties melden dagelijks hun problemen in ons LCMS gezondheidszorg, zodat we onderling kunnen zien welke partner welke problemen heeft.

2. Er wordt een bijstandsverzoek gedaan aan defensie voor medisch personeel voor het ziekenhuis. Inmiddels is vanmiddag duidelijk geworden dat defensie zelf problemen heeft met griep onder personeel en dat geen bijstand geleverd kan worden.

3. We onderzoeken vandaag of de regio Amsterdam met zijn vele ziekenhuizen dezelfde problemen heeft. In geval dat dit aan de orde is zal vanuit de ROAZ een bijeenkomst worden voorbereid met alle zorgbestuurders van de regio om de krapte te managen.

4. Vanuit de GHOR zullen we een inventarisatie doen onder de verpleeg- en verzorgingshuizen in NHN om te zien of zij hun continuïteit kunnen waarborgen of problemen voorzien.

5. De directeur Acute zorg van het ROAZ Amsterdam zal morgen in het landelijk overleg van directeurs ROAZ inventariseren of andere ROAZ regio's dezelfde problemen hebben" (Directeur VRNHN, 2018).

De grootste problemen (voornamelijk op het gebied van capaciteit en in-, door- en uitstroom) hebben de betrokken instellingen zelfstandig opgelost, eventueel in samenwerking met hun directe ketenpartners op subregionaal niveau.

Besluitvorming volgens Noordwest Ziekenhuisgroep

Er was aanvankelijk naar aanleiding van de overleggen enige verzuchting dat het lijkt dat iedereen uiteindelijk toch de 'eigen broek moet ophouden'. Wat levert afstemming/ overleg concreet op? De ervaringen van griepseizoen '17-'18 maakten wel dat de voorbereidingen op griepseizoen '18-'19 uitgebreider zijn. Qua afstemming is ook meer te bereiken. Het ziekenhuis zou bijvoorbeeld graag zien dat instroom beperkt wordt. Dat zijn zaken die in ketenverband besproken kunnen worden.

Besluitvorming door HAP Alkmaar

Verschillende besluiten zijn genomen om de continuïteit van de huisartsenzorg (van de HAP) te verbeteren, waaronder het versoepelen van de tijdsnormen voor het aannemen van de telefoon op de HAP. Ook heeft de HAP het eigen personeel creatief ingezet, onder andere door het draaien van diensten aan de balie van de HAP door de directeur van de HAP. Dat werkte tevens moreelverhogend.

Het inzetten van een "dag-HAP" is overwogen om de dagzorg te ondersteunen, maar hiertoe is uiteindelijk niet besloten.

Tot slot: na de griepepidemie

Na afloop van de griepepidemie is een evaluatie gemaakt door de GHOR. Deze is besproken tijdens een bijeenkomst met ketenpartners. Daarbij is ook de doorkijk gemaakt naar het nieuwe griepseizoen, waar onder andere het escalatiemodel Grip op Griep uit is ontstaan.

6.3 De situatie in GHOR-regio Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland

6.3.1 De regionale problemen op hoofdlijnen

De regio deelt met de regio Zaanstreek-Waterland een GHOR. In het beeld van deze regio is ook de situatie op hoofdlijnen van de regio Zaanstreek-Waterland meegenomen.

Begin maart begonnen de problemen -met name voor de ziekenhuizen- aanzienlijk te worden. Het Parool begon erover te berichten. De twee traumacentra in de regio (het VUMC en het AMC) hadden beide patiënten die op de SEH bleven overnachten en hadden problemen op de kinderafdeling en de IC. Tevens stagneerde de doorstroom en uitplaatsing van uitbehandelde patiënten. Andere ziekenhuizen in de regio's Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland liepen ook tegen verschillende problemen aan en moesten bijvoorbeeld SEH-stops afkondigen. Meerdere ziekenhuizen gaven aan dat hun personeel op het tandvlees liep aangezien tekorten optraden onder het personeel (al dan niet langdurig). Ook bij de Ambulancedienst Amsterdam was de rek eruit. Door SEH-stops moesten ambulances soms veel verder rijden om hun patiënt kwijt te kunnen. Bij de grootste koepelorganisatie van VVT-instellingen in Amsterdam en omgeving, Cordaan, werd ook melding gemaakt van personele problemen.

Situatie Waterland Ziekenhuis

Een goed voorbeeld van ketenproblemen vormt de situatie van het Waterland Ziekenhuis in Purmerend. Het ziekenhuis heeft een capaciteit van 115 bedden. Door uitval van personeel was er personeel om 90 bedden te "bemannen". Op de 90 bedden hielden op een gegeven moment 30 personen een bed bezet die ofwel terug moesten naar Amsterdamse ziekenhuizen ofwel naar Amsterdamse thuiszorgorganisaties ofwel moesten worden uitgeplaats naar regionale VVT-instellingen.

Situatie Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG), locatie west

Los van verhoogde instroom van patiënten door de griep was de situatie in het OLVG al behoorlijk nijpend. De kliniek lag ook voor de griep epidemie nagenoeg elke dag volledig vol. Dat leidde ertoe dat het ziekenhuis frequent SEH-stops of klinische stops moest afkondigen omdat ze patiënten geen vervolgzorg konden bieden. Tijdens de griep periode was dat niet anders. Het was zeer druk in het ziekenhuis. Regelmatig moesten patiënten op de SEH overnachten.

6.3.2 Voorbereiding op griep

De regio Amsterdam-Amstelland had geen specifieke planvorming ten behoeve van ketenbrede zorgcontinuïteit bij grootschalige infectieziekten uitbraken. Naast de bestaande afspraken, zoals een gewondenspreidingsplan, waren geen afspraken op papier gemaakt over wat te doen bij ketenbrede zorgcontinuïteitsproblemen.

Eind 2015 heeft de regio een ketenoefening met een pandemiescenario georganiseerd. Daaraan namen drie ziekenhuizen, de GHOR Amsterdam-Amstelland, de GGD Amsterdam, de HAP Amsterdam, de Ambulancedienst Amsterdam en twee VVT-koepels deel. De belangrijkste leerpunten waren dat instellingen de neiging hadden teveel op zichzelf te focussen en dat er veel onduidelijkheid bestond over hoe een RCZ kan worden georganiseerd. Ook werd voorbereiding op bestuurlijke besluitvorming door het operationeel/tactisch niveau gemist.

Vlak voordat het griepseizoen van 2017-2018 in alle hevigheid uitbrak, heeft de regio Amsterdam-Amstelland een grote anti-terrorismeoefening gehouden. Daarbij is ook het RCZ beoefend. Alhoewel dit RCZ dus niet heeft geoefend met een grootschalige infectieziekte, bleek deze oefening toch zeer nuttige leerpunten op te leveren die enkele maanden later (en met name in de voorbereiding op het eventuele griepseizoen van 2018-2019 of daarna) van pas kwamen. Ook hier bleek dat een tactisch team nodig is om besluitvorming op bestuurlijk niveau voor te bereiden.

Vorbereiding Waterland Ziekenhuis

Het Waterland Ziekenhuis heeft specifieke voorbereidingen getroffen voor griepsituaties. Er was een griepplan uitgewerkt. Daarin was een “griepstraat” aangewezen; een deel van een afdeling is gebruikt voor cohortverpleging van 12 grieppatiënten op vierpersoonskamers (influenza A-positieven op een kamer, influenza B-positieven op een kamer en een kamer voor verdenkingen). Tevens was de optie om sneldiagnostiek op de SEH in te zetten opgenomen in het plan.

Vorbereiding OLVG

Het ziekenhuis had een griepplan, waarin onder andere rekening was gehouden met de inzet van sneldiagnostiek. Het plan bleek onvoldoende praktisch. Het ziekenhuis heeft extra ingezet op de voorbereiding voor het volgende griepseizoen, waarbij ook scenario's en maatregelen zijn uitgewerkt.

6.3.3 Aanpak griepepidemie op hoofdlijnen

Zoals gesteld, begon het Parool over de continuïteitsproblemen te berichten. De burgemeester van Amsterdam heeft bij de DPG van de regio Amsterdam-Amstelland nagevraagd waarom de problemen optraden. Vervolgens heeft de GHOR de opdracht gekregen het probleem in kaart te brengen. De GHOR heeft een belronde gehouden en heeft alle ziekenhuizen, de ambulancedienst, de huisartsenzorg en enkele VVT-koepels gevraagd op hoofdlijnen aan te geven wat de problemen waren binnen hun instellingen. Dat leidde op hoofdlijnen tot het beeld dat is geschetst in paragraaf 6.3.1. Hierop heeft de GHOR besloten de ketenpartners bijeen te roepen voor een overleg op tactisch niveau op 13 maart.

Opschaling Waterland Ziekenhuis

Sinds september 2017 had het Waterland Ziekenhuis een griepcrisisteam -een tactisch team aangevuld met medisch specialisten- actief om de situatie te monitoren.

Opschaling OLVG

Het OLVG is niet intern opgeschaald naar een OCT of CBT. Niet zozeer omdat de situatie niet nijpend was, maar vooral omdat op dat moment de inschatting was dat de crisisorganisatie de problemen toch niet kon wegnemen. Naderhand is de griepsituatie geëvalueerd en is meer ingezet op de voorbereiding op dergelijke situaties.

6.3.4 Proces- en netwerkmanagement

Door de GHOR is nadrukkelijk afstemming gezocht met de twee traumacentra. De traumaregio's waren -net als de GHOR- begonnen met het inventariseren van de problemen rondom de griepepidemie bij zorginstellingen. Er ontstond een dubbeling van taken.

Op 13 maart, 6 dagen na de belronde van de GHOR, is op initiatief van de GHOR de keten bijeen geroepen. Vooral functionarissen op tactisch niveau werden uitgenodigd. Het ging om de volgende instellingen: de ziekenhuizen in de regio Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland, het RKZ

(vanuit regio Kennemerland), de ambulancedienst, huisartsenzorg Amsterdam, het Rode Kruis, twee VVT-koepels en de twee traumaregio's (Spoedzorgnet en Netwerk Acute Zorg Noordwest).

De GHOR, die de voorzitter leverde, had het volgende doel voor ogen: het houden van een "strakke vergadering waarin we een ronde beeldvorming en knelpunten en al genomen maatregelen met elkaar schetsen. Daarna een 2e ronde met de toekomst verwachtingen en te nemen maatregelen" (GHOR Amsterdam-Amstelland, 2018).

De ketenpartners zijn eenmaal bijeen geweest op tactisch niveau. Er bleek onvoldoende behoefte te bestaan om ook het RCZ (op bestuurlijk niveau) bijeen te laten komen.

Procesmanagement in het Waterland Ziekenhuis

In dit ziekenhuis bleef het griepsteam actief. Onder leiding van de voorzitter vond dagelijks overleg plaats tijdens de griepepidemie.

Ook heeft het ziekenhuis zelf met een grote VVT-koepel in de regio, de Zorgcirkel, en het transferbureau afspraken gemaakt. Dagelijks vond om 1200 uur overleg plaats bij het transferbureau. Daar waren aanwezig: de Zorgcirkel, zorgcoördinatoren van afdelingen van het ziekenhuis en het transferbureau. Iedere dag werden patiënten nagelopen om te kijken wie kon worden uitgeplaatst vanuit het ziekenhuis naar een ELV-bed.

6.3.5 Informatiemanagement en beeldvorming

In het overleg van 13 maart 2018 stond met name beeldvorming centraal. Alle uitgenodigde ketenpartners hebben in dat overleg gedeeld hoe zij er op hoofdlijnen voorstonden. Dat leverde een duidelijk beeld op; alle ketenpartners kampten in bepaalde mate met continuïteitsproblemen. Ook is de betrokken ketenpartners gevraagd welke maatregelen zij reeds hebben genomen.

Er is geen LCMS-activiteit aangemaakt ten behoeve van de beeldvorming.

Informatiemanagement en beeldvorming in het Waterland Ziekenhuis

Het griepsteam kwam dagelijks bijeen om de situatie in het ziekenhuis te bespreken. Na ieder overleg stuurde de voorzitter van het griepsteam een update naar de raad van bestuur van het ziekenhuis, zodat daar alle niveaus op de hoogte waren van de situatie in huis.

6.3.6 Oordeelsvorming

Uit de centrale beeldvorming kwamen twee gedeelde knelpunten naar voren: ketenbrede informatievoorziening en problemen qua in- en uitstroom in ziekenhuizen.

Het team heeft gezamenlijk nagedacht over oplossingen voor met name het probleem van capaciteit van verplegend personeel dat door alle ketenpartners werd gevoeld. Enkele ideeën werden geopperd, zoals het opvragen van medisch personeel bij het Ministerie van Defensie.

Ook heeft het team stilgestaan bij de mogelijke ontwikkelingen; scenariodenken. Men maakte de inschatting dat de problemen nog weken zouden aanhouden. Men maakte zich tevens zorgen om overbelasting van het personeel dat aan het werk was onder hoge druk. Ook werd de wens uitgesproken het probleem meer integraal (op ketenniveau) aan te pakken. Daarnaast werd de vraag gesteld of de focus van het probleem wel juist was. Gaat het om griep of speelt er een groter (onderliggend) probleem?

Oordeelsvorming door het Waterland Ziekenhuis

Bij het Waterland Ziekenhuis was uitstroom richting VVT een probleem. Samen met het transferbureau en de Zorgcirkel is dit probleem in gezamenlijkheid benoemd en geadresseerd.

Oordeelsvorming volgens het OLVG

De problemen in de keten waren evident: iedereen had in meer of mindere mate een continuïteitsprobleem. De situatie leidde ertoe dat de blik wel heel erg op de eigen instelling was gericht bij alle ketenpartners omdat eigenlijk niemand een oplossing voor het probleem had. Eigenlijk was sprake van een onoplosbaar probleem. Voor het OLVG was de situatie feitelijk *business as usual*. Het is altijd druk. Bij griep was het misschien net iets drukker. Veel grieppatiënten op de SEH leidt wel tot onwenselijke situaties, ook in de optiek van de patiëntveiligheid, omdat er minder ruimte is voor bijvoorbeeld ernstig gewonden, CVA's (cerebrovasculair accident) e.d..

6.3.7 Besluitvorming

Het voornaamste besluit dat in het tactisch overleg van 13 maart werd genomen, is dat snel afstemming moest komen over een regionaal opschalingsmodel. Project Grip op Griep liep inmiddels vanuit de Focusgroep opgeschaalde zorg. Men realiseerde zich dat besluitvorming hierover waarschijnlijk te laat zou zijn voor de griep epidemie van 2017-2018, maar het overleg sprak zich wel uit over snelle besluitvorming over een escalatiemodel. Tevens is besloten dat de GHOR het Ministerie van Defensie zou benaderen om bijstand aan te vragen ten aanzien van medisch personeel. Dit verzoek werd afgewezen.

Besluitvorming door het Waterland Ziekenhuis

Door het Waterland Ziekenhuis, de Zorgcirkel en het transferbureau zijn in gezamenlijkheid maatregelen genomen om de uitstroom uit het ziekenhuis te verbeteren. Tevens is in een leegstaande afdeling van het ziekenhuis binnen vier weken een VVT-afdeling gecreëerd samen met de Zorgcirkel. De afdeling werd bemenst met personeel van Zorgcirkel. Op de afdeling konden 12 patiënten met een ELV-hoog indicatie worden opgenomen.

Het Waterland Ziekenhuis heeft besloten sneldiagnostiek in te zetten met als doel zo snel mogelijk vast te kunnen stellen of iemand wel (en welke variant) of niet influenza positief was. Triageverpleegkundigen en SEH-artsen zijn opgeleid om zelfstandig een kweek te kunnen inzetten indien een patiënt influenzaverdacht was. Dit reduceerde de verkeerde beddenproblematiek en had een positief effect op de zorgcontinuïteit van het ziekenhuis. Uiteindelijk hoefde geen electieve zorg te worden uitgesteld.

Besluitvorming volgens het OLVG

Het bijeenkomen van ketenpartners leverde wel beeld op, maar het loste geen knelpunten op. Voor dergelijke problemen is een meer ketengerichte benadering nodig, alhoewel een efficiëntieslag de structurele onderliggende capaciteitsproblemen waarschijnlijk niet zal wegnemen. Een maatregel die potentieel van toegevoegde waarde kan zijn, is het inzetten van diagnostiek op griep door huisartsen. Dat vermindert potentieel de instroom naar het ziekenhuis. Ideaal zou zijn in de pre-hospitale fase om zieken minder snel naar het ziekenhuis te laten gaan, maar passende zorg naar de patiënt thuis te brengen. Het ligt niet in de lijn der verwachting dat dit snel wordt gerealiseerd in de regio.

Tot slot: na de griepepidemie

Ook in deze regio is het escalatiemodel Grip op Griep geïmplementeerd.

6.4 De situatie in de regio Traumazorgnetwerk Midden-Nederland

6.4.1 De regionale problemen op hoofdlijnen

Deze regio heeft als kenmerk dat de grenzen van de traumaregio (horend bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC-U)), het beheersgebied van de veiligheidsregio Utrecht en de provinciegrenzen samenvallen. De regio is behoorlijk overzichtelijk met vier ziekenhuizen, één huisartsenvereniging, één GGD en één GHOR. De functionarissen van zorginstellingen op tactisch en strategisch niveau kennen elkaar over het algemeen goed.

Ook in de regio Utrecht ontstonden flinke continuïteitsproblemen door de griep. Dit was bij alle ziekenhuizen te merken. Er was sprake van beddenkrapte bij ziekenhuizen door verhoogde instroom, doorstroomproblemen in de instellingen en vooral door uitstroomproblemen naar de VVT-sector. Aan de zorgaanbodkant ontstond een verminderd aanbod door uitval van personeel door griep of overbelasting.

Situatie ziekenhuizen

Regelmatig vonden in het griepseizoen 2017-2018 SEH-stops plaats. Voor een ziekenhuis als het UMC-U levert dat echter problemen op. Het is voor de regio een belangrijk level 1 ziekenhuis en tevens neurochirurgisch centrum waar bepaalde patiënten bij voorkeur naar toe worden vervoerd of doorverwezen. Bij het Meander MC bleef het aantal SEH-stops relatief beperkt. Ook heeft dit ziekenhuis maar zeer beperkt electieve OK-ingrepen hoeven uitstellen.

Situatie RAVU

Ook de ambulancedienst had last van de SEH-stops van ziekenhuizen. De drukte op de SEH's zorgde regelmatig voor langere wachttijden bij de overdracht van ambulance naar SEH. Daarnaast waren er veel verzoeken tot overplaatsing van patiënten door de ziekenhuizen (B-vervoer).

Daarnaast ontstonden langere wachttijden tot een patiënt over kon worden genomen door een VVT-instelling. Dat leidde soms weer tot extra ritten omdat een dergelijke patiënt vanaf de SEH (waar hij door de ambulance naar toe is gebracht) naar een ELV-bed (eerste lijnsvoorziening) in een VVT-instelling moest worden gebracht. Een ELV-bed is een voorziening voor een patiënt die (nog) niet zelfstandig thuis kan wonen om medische redenen. Bij de VVT-instelling werd vervolgens geconstateerd dat de VVT-instelling de patiënt niet kon opvangen waarna deze alsnog naar een dependance van het ziekenhuis moest worden gebracht. De dag erna werd de patiënt alsnog naar de VVT-instelling gebracht.

6.4.2 Voorbereiding op griep

Op regionaal niveau was geen specifieke planvorming ter voorbereiding op grootschalige zorgcontinuïteitsproblemen veroorzaakt door infectieziektenuitbraken beschikbaar. Op dit moment is een dergelijk ketenbreed plan wel in ontwikkeling. Niet alle organisaties binnen de geneeskundige keten hadden in hun plannen de risico's van zorgcontinuïteitsproblemen veroorzaakt door griep of andere infectieziekten opgenomen. In de planvorming zijn wel scenario's uitgewerkt die zijn gericht op grootschalige toestroom van patiënten/ slachtoffers naar zorginstellingen bij flitsrampen en de uitval van voorzieningen, zoals ICT. Ook het UMC-U had geen specifieke planvorming op het gebied van continuïteitsproblemen door griep.

De regio heeft in november 2017 een grieppandemieoefening georganiseerd waar vrijwel alle zorginstellingen aan mee hebben gedaan. Dat leidde ertoe dat de spelers op operationeel, tactisch

en bestuurlijk niveau elkaar nog beter leerden kennen en dat de afstemming tussen deze spelers recent was beoefend. De griep epidemie kwam volgens een respondent echter net te vroeg aangezien de leerpunten van de oefening nog niet waren geïnventariseerd en geborgd binnen de keten en de afzonderlijke schakels.

Vorbereiding Meander MC

Het Meander MC had/ heeft een dagelijkse structuur van overleggen op afdelings- en OT-niveau. Ook beschikte ze over een sterk ontwikkeld informatiemanagement. Het ziekenhuis kon over alle afdelingen actuele capaciteitsoverzichten creëren. Deze structuur was niet specifiek voor de griep ingesteld, maar hielp wel bij bijzondere situaties zoals tijdens de griep in het voorjaar van 2018.

6.4.3 Aanpak griep epidemie op hoofdlijnen

Tijdens een regulier bestuurlijk ROAZ in maart 2018 werd de griep problematiek voor het eerst keten breed besproken. Het probleem werd door alle aanwezigen herkend en de urgentie was meteen duidelijk bij de vertegenwoordigers van de verschillende instellingen. Daarna is een telefonisch spoed-ROAZ belegd met de meest betrokken organisaties door het Traumazorg netwerk. Op tactisch niveau heeft wekelijks overleg plaatsgevonden. Toen afstemming over de griep niet meer nodig was, is duidelijk afgeschaald door het Traumazorgnetwerk.

Ten behoeve van de afstemming is een whatsappgroep in het leven geroepen waarmee acute zorginstellingen hun knelpunten en mogelijkheden konden delen. De appgroep bestaat nog steeds.

In een later stadium is een LCMS GZ-activiteit aangemaakt door de GHOR.

Opschaling ziekenhuizen

Het UMC-U was intern opgeschaald. Standaard heeft het ziekenhuis een beddencoördinatieoverleg. Dat overleg werd geïntensiveerd. Ook kwamen in het ziekenhuis de crisisorganisatie bijeen. Het tactische team werkte met een aangepaste samenstelling, waarbij de managers van de betrokken afdelingen bijeen kwamen. Dat team is vijf keer bijeen geweest. Ook het Meander MC heeft intern opgeschaald naar aanleiding van de griepsituatie.

6.4.4 Proces- en netwerkmanagement

De zorgcontinuïteitsproblematiek is op verschillende momenten besproken in regionaal verband. Tijdens een regulier ROAZ op bestuurlijk niveau waarin alle acute zorgpartners zitting hebben (de VVT-sector toen ook inmiddels), stond het onderwerp griep op de agenda omdat tijdens het vorige griepseizoen ook behoorlijke druk ontstond op de keten. Nagenoeg het hele overleg is gebruikt om de situatie in de regio te bespreken.

Het traumazorgnetwerk heeft de ketenpartners bijeen geroepen, de overleggen op de verschillende niveaus geleid en de verslaglegging verzorgd.

6.4.5 Informatiemanagement en beeldvorming

Tijdens het bestuurlijk ROAZ hebben bestuurders van zorginstellingen hardop uitgesproken dat sprake is van een regionaal probleem. Dat was de eerste keer dat een dergelijk signaal werd gegeven. De bestuurlijke urgentie leidde tot grotere bereidheid informatie te delen.

Op tactisch niveau is een whatsappgroep aangemaakt om elkaar laagdrempelig te informeren over de stand van zaken binnen de verschillende zorginstellingen met als doel de toegang tot de eerste hulp inzichtelijk te maken. Deelnemers aan de app zijn zorgmanagers of hoofden SEH van

ziekenhuizen, de RAVU (inclusief meldkamer) en het ROAZ op tactisch niveau. Alle betrokken functionarissen hadden een overkoepelend beeld van de eigen organisatie.

Door middel van de app wist men elkaar makkelijk en laagdrempelig te vinden. De whatsappgroep wordt nog steeds gebruikt om elkaar onderling te informeren en voor het aanbieden van collegiale hulp, zoals ook bij de brand in woon- en zorgcentrum 't Heycop in Breukelen op 31 juli 2018.

Zoals gezegd werden regelmatig SEH-stops afgekondigd door ziekenhuizen. Dit werd gedeeld in het acuut zorgportaal. Daarover zijn voorafgaand aan de griep duidelijke afspraken gemaakt.

Ten behoeve van de beeldvorming is na enige tijd door de GHOR een LCMS GZ-activiteit aangemaakt omdat de whatsappgroep goed werkte voor snelle afstemming maar geen overkoepelend beeld van de geneeskundige keten opleverde. Het inzetten van LCMS GZ leidde tot wat discussie. De GHOR was van mening dat zij eigenlijk niet betrokken waren bij dergelijke situaties (zorgcontinuïteitsproblemen). Er was sprake van griep, geen GRIP (Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure). Ook vroegen zij zich af of het dan nodig zou zijn constant een HIN in te moeten zetten. Daarnaast was er enige terughoudendheid functionarissen van instellingen die niet waren opgeleid en getraind met het systeem te laten werken. Naar aanleiding van een tactisch ROAZ is in de oefenomgeving een LCMS GZ-activiteit aangemaakt. De afspraak was dat de ziekenhuizen drie maal per dag hun capaciteit en actuele situatie zouden invullen, en dat de HIN het overkoepelend beeld zou maken.

De eerste dagen waren nog geen criteria opgesteld voor de wijze van vullen van de LCMS-activiteit. Eerst was er alleen een open tekstveld, daarna een tabel per organisatie met beddenoverzichten en een open tekstveld. De LCMS GZ-activiteit leverde een globaal beeld op van de situatie in de regio. De manier van vullen van het beeld en de frequentie waarmee dit gebeurde, verschilde echter behoorlijk van instelling tot instelling. Wat de communicatie ketenbreed en soms tussen instellingen lastig maakte was de diversiteit aan definities die werd gehanteerd. Een SEH-stop heeft voor verschillende instellingen een andere betekenis. Voor het ene ziekenhuis betekent dat de SEH helemaal geen patiënten opneemt. Voor de ander betekent het dat de SEH alleen reeds bekende patiënten opneemt. Ook een bed is voor iedere organisatie iets anders en er is een enorme variëteit aan soorten bedden (en definities daarvan). Het Meander MC wijkt wat dat betreft af. Een bed is in principe een bed (maar uiteraard is een bepaald medisch specialisme niet onderling verwisselbaar met een ander medisch specialisme).

LCMS GZ en het acuut zorgportaal bleken niet geschikt om een actueel capaciteitsoverzicht van de beschikbare bedden bij te houden. Op dit moment wordt gezocht naar een tool waarmee real-time capaciteitsoverzichten kunnen worden gemaakt.

6.4.6 Oordeelsvorming

De ketenbrede overleggen waren voornamelijk gericht op beeldvorming. Het beeld dat ontstond was duidelijk; alle ketenpartners ervoeren problemen. Wat het bestuurlijk ROAZ vooral opleverde, was de constatering dat sprake was van een gedeeld (keten)probleem. In het overleg is uitgesproken dat instellingen er niet meer mee weg kunnen komen het eigen straatje schoon te vegen. Op bestuurlijk niveau ontstond dus een hoog urgentiegevoel en een gevoel gezamenlijk voor een gedeeld probleem te staan.

6.4.7 Besluitvorming

Het uitspreken van bestuurders dat sprake was van een gedeeld probleem leverde op dat afspraken werden gemaakt over snellere onderlinge informatie-uitwisseling. Ook leidde het urgentiebesef tot

de bereidheid een stapje harder te lopen voor de andere instelling (soms een directe concurrent) met een probleem. De collegialiteit tussen zorginstellingen nam toe. De acute zorg werd min of meer uit het concurrentiemodel gehaald.

Verdergaande besluitvorming over de ketenbrede zorgcontinuïteitsproblemen werd niet centraal belegd. Die bleef liggen op het niveau van de afzonderlijke instellingen. Ook heeft op het niveau van de subregio bilateraal of tussen clusters van instellingen de nodige afstemming plaatsgevonden. Het gebruik van de appgroep werkte ook goed om operationele problemen tussen ziekenhuizen, meldkamer en ambulancedienst snel af te stemmen en waar mogelijk weg te nemen door elkaar onderling te helpen.

Besluitvorming door ziekenhuizen

De ziekenhuizen in de regio hebben zelf overleg gevoerd met de VVT-sector over de uitstroomproblematiek. Op bestuurlijk niveau is afstemming georganiseerd tussen de raden van bestuur van de betrokken ziekenhuizen en de directies/ raden van bestuur van koepels van zorginstellingen. Het probleem van de stagnerende uitstroom werd door de ziekenhuizen voorgelegd aan de VVT-sector. De afzonderlijke instellingen binnen de VVT-sector bleken in staat te zijn ieder een gedeelte van het probleem op te lossen. Als voorbeeld werd aangegeven dat een ziekenhuis in de regio op enig moment 14 personen op een ziekenhuisbed had liggen die zouden moeten uitstromen naar de eigen VVT-instelling. Daarop gaf de directeur van een VVT-instelling aan dat ze op dat moment twee bedden beschikbaar hadden en dus twee patiënten konden overnemen. Een andere instelling kon bijvoorbeeld vier patiënten overnemen. De verschillende VVT-instellingen konden ieder dus een deel van het uitstroomprobleem van het betrokken ziekenhuis oplossen.

Voor de betrokken ziekenhuizen was een lastig besluit om electieve ingrepen uit te stellen ten behoeve van het beschikbaar houden van de acute zorg. Het urgentiegevoel op bestuurlijk niveau hielp de instellingen wel om pijnlijke maatregelen, zoals het uitstellen van electieve OK-ingrepen, te nemen en intern uitgelegd te krijgen.

Besluitvorming door RAVU

De RAVU heeft de eigen capaciteitsproblemen zelf opgelost door bijvoorbeeld medewerkers die tevens docent/opleider zijn extra diensten te laten draaien. Ook was een maatregel om capaciteit vrij te maken het B-vervoer in de avond te beperken tot vervoer binnen de regio. Het B-vervoer buiten de regio is in de avond stopgezet.

Tot slot: na de griepepidemie

Ook deze regio heeft de griepepidemie geëvalueerd en heeft een griepplan opgesteld. Tevens is afgesproken dat ziekenhuizen continu de beschikbare capaciteit zullen doorgeven. Daarnaast is een griepteam geformeerd met functionarissen uit zorginstellingen dat maatregelen kan adviseren ten aanzien van patiëntenstromen (in-, door- en uitstroom).

6.5 De situatie in regio Traumacentrum Zuidwest Nederland

6.5.1 De regionale problemen op hoofdlijnen

Deze regio bestaat uit de veiligheidsregio's Rotterdam-Rijnmond, Zuid-Holland Zuid en Zeeland; een van de grootste en meest complexe ROAZ-regio's. Ook voor de griep was de druk op de zorg al goed merkbaar door inkrimping in de zorg tegenover een toegenomen zorgvraag door verschillende factoren. Zowel de ziekenhuizen⁸ als de RAV (vooral in de regio Rotterdam-Rijnmond) kampten ook voor de griep al met (structurele) tekorten.

In deze traumaregio waren bij alle ziekenhuizen de gevolgen van de griep goed merkbaar. Net als in de andere regio's waren er problemen met de instroom naar, de doorstroom binnen en de uitstroom uit ziekenhuizen.

Op het gebied van instroom werd geconstateerd dat er veel opnames in de ziekenhuizen waren van patiënten die niet per sé ziekenhuiszorg behoefden (Itineris health & safety, 2018). Het betrof zowel zieken die door huisartsen werden ingestuurd vanwege multiproblematiek of op sociale indicatie⁹. Ook de ambulancediensten brachten soms patiënten binnen die strikt genomen niet hadden hoeven worden opgenomen in het ziekenhuis.

Door de toegenomen zorgvraag nam de druk op het niet-zieke personeel toe. Bovendien was er sprake van uitval door ziekte onder het personeel. Dit leidde hier en daar tot overbelasting van medewerkers, hetgeen weer zorgde voor (langdurige) uitval.

Door SEH-stops en overplaatsingen kon de ambulancedienst op tijden niet meer aan de vraag naar B-ritten voldoen. Het gevolg daarvan was dat het ziekenhuis de patiënt niet overgeplaatst kreeg en deze dus moest worden opgenomen of desnoods op de SEH moest overnachten.

Ook uitstroom naar de VVT-sector was problematisch. Itineris health & safety (2018) constateerde dat uitstroom lastig was waardoor patiënten onnodig lang een ziekenhuisbed bezet hielden. Ook was niet altijd voldoende thuis- of mantelzorg beschikbaar waardoor patiënten niet naar huis konden of na verblijf thuis toch weer moesten worden opgenomen in het ziekenhuis.

Op hoofdlijnen zag de situatie er tijdens de hoogtepunten van de griep er voor de keten als volgt uit:



Figuur 13: waar zaten de problemen in de keten? Overgenomen uit ROAZ, 2018b

De huisartsenzorg ondervond weinig continuïteitsproblemen. De RAV en de VVT zaten tijdens de griep epidemie in escalatieniveau oranje. Dat wil zeggen: "Regionale zorgcontinuïteit loopt mogelijke vast zonder gecoördineerde maatregelen" (ROAZ ZWN, 2018c). Een gedeelte van de ziekenhuizen bevond zich tijdens de epidemie in escalatieniveau rood. Die is als volgt gedefinieerd: "Regionale zorgcontinuïteit loopt mogelijk vast zonder aanpassing van het zorgaanbod" (ROAZ ZWN, 2018c). In deze fase zijn maatregelen nodig om ervoor te zorgen dat de acute zorg doorgang kan krijgen, zoals

⁸ Zie bijvoorbeeld: ROAZ ZWN, 2018a, p.2

⁹ De zieke heeft geen beschikking over mantel- of thuiszorg en kan niet snel terecht in een verpleeghuis. Het ziekenhuis is de enige mogelijkheid om de patiënt de zorg te bieden die nodig is, alhoewel een ziekenhuis dus vaak te hoogwaardig is qua zorgniveau gezien de zorgbehoeften van de patiënt.

het (tijdelijk) uitstellen van electieve zorg. Veel ziekenhuizen hebben een gedeelte van hun electieve programma uitgesteld.

De regio als geheel bleef in escalatieniveau oranje.

De griepperiode is uitgebreid geëvalueerd door het traumacentrum. De volgende conclusie geeft treffend aan wat op hoofdlijnen de impact van de griepepidemie was op de keten. “Volgens de eigen definities van het ROAZ hebben diverse instellingen op bepaalde momenten aan de grens van hun aanpassingsvermogen gestaan, op de drempel van crisismanagement, De oplopende wachttijden bij de SEH en het veelvuldig afkondigen van ‘tijdelijke ontziening SEH’ zijn een teken dat uiteindelijk ook de toegankelijkheid van de acute zorg onder de situatie heeft geleden” (Itineris health & safety, 2018, p.17).

Situatie Aafje

Aafje is een grote stichting in en rondom de stad Rotterdam en de Drechtsteden die ouderenzorg in de breedste zin des woord biedt (thuiszorg, verpleging, geriatrische revalidatie e.d.). Het is een instelling met 5500 personeelsleden en 1800 vrijwilligers.

De griepepidemie leidde niet tot een significant hoger ziekteverzuim onder medewerkers ten opzichte van voorgaande jaren. Wel had Aafje te maken met veel zieke bewoners en moest maatregelen treffen, zoals het isoleren van patiënten.

6.5.2 Voorbereiding op griep

De traumaregio heeft stevig geïnvesteerd in de voorbereiding op zorgcontinuïteit in de keten. Op 15 oktober 2016 heeft het algemeen bestuur van het ROAZ de wens uitgesproken meer zicht te krijgen op risico's die de zorgcontinuïteit bedreigen om bewuste keuzes te kunnen maken tijdens situaties waarin deze aangetast (dreigen te) worden (ROAZ ZWN, 2016). Op basis van gevalideerde informatie heeft de regio een beheersplan (een zorgcontinuïteitsplan met 21 scenario's, waaronder grieppandemie, maar niet griepepidemie) opgesteld. Het beheersplan is bestuurlijk vastgesteld in het ROAZ.

Toch vormde scenario griepepidemie volgens alle zorginstellingen wel een punt van grote zorg. Voor het risico griepepidemie is een prognose (een maatgevend scenario) gemaakt door het traumacentrum. Dit is voorgelegd aan de organisaties binnen het ROAZ. De ketenpartners hebben intern gekeken naar de consequenties van het maatgevend scenario voor de organisatie. Die zijn vervolgens aan de bestuurders van alle acute zorg ketenpartners voorgelegd in het najaar 2017 tijdens een bestuurlijk ROAZ-overleg. De prognose werd gevisualiseerd en was goed onderbouwd. De kern van de prognose was dat het weer een zwaar griepseizoen zou worden evenals het seizoen ervoor¹⁰. Dit signaal is zeer serieus genomen door de aanwezigen. Het ROAZ gaf het traumacentrum de opdracht om een plan uit te werken (ROAZ, 2018b).

Voor de griep is vervolgens een specifiek beheersplan gemaakt met een escalatieladder voor de instellingen en de keten als geheel, compleet met eenduidige definities en een uitvraagprotocol om de stand van zaken bij de instellingen in kaart te brengen. Dit plan is eind oktober 2017 bestuurlijk vastgesteld. Ook heeft het traumacentrum voorafgaand aan griepseizoen '17-'18 afgestemd met de zorgverzekeraars.

¹⁰ De voorspellingen kwamen uit. Het uitgewerkte scenario bleek zelfs nog mild in vergelijking met de daadwerkelijke epidemie van '17-'18.

Concrete maatregelen waren echter nog niet gekoppeld aan de escalatieniveaus van instellingen of de keten als geheel. Wel was vooraf duidelijk beschreven wie de coördinerende rol zou vervullen in de verschillende stadia; in escalatieniveau oranje was dat het ROAZ.

Aanbod Rode Kruis aan ROAZ

Het Rode Kruis was al langer aan het nadenken over mogelijke ondersteuning van de zorgsector. Tijdens het griepseizoen '16-'17 ervoer de sector ook knelpunten. Daarop heeft het Rode Kruis bij het traumacentrum aangeklopt of het Rode Kruis hulp kon bieden. Potentieel had het Rode Kruis 4000 vrijwilligers te bieden. De vraag die het Rode Kruis heeft gesteld, was: wat kan de zorgsector met deze vrijwilligers? Vervolgens is regelmatig hierover afgestemd, maar van de inzet van het Rode Kruis is in seizoen '16-'17 geen gebruik gemaakt. Wel is bijstand door het Rode Kruis in de planvorming van het ROAZ opgenomen. Deze dienst van het Rode Kruis stond klaar om te worden ingezet onder de titel: Project Vervoer&MEER.

6.5.3 Aanpak griep epidemie op hoofdlijnen

De traumaregio is in oktober 2017 begonnen met het monitoren van de impact van griep op de instellingen. Op 27 december heeft de traumaregio opgeschaald en is het tactisch team (TT) bijeen geroepen. Medio januari heeft het eerste bestuurlijk overleg plaatsgevonden. Vier dagen na besluit tot opschalen, zaten de bestuurders van het ROAZ om tafel in het strategisch team (ST). De afspraak was dat in dat gremium ook daadwerkelijk afspraken zouden worden gemaakt, dus bestuurders konden zich niet permitteren om niet bij het overleg aanwezig te zijn. Ook de VVT-sector was vertegenwoordigd. Gedurende de griep epidemie hebben meerdere (al dan niet reguliere) bestuurlijke overleggen plaatsgevonden over de griepproblematiek).

Op operationeel/ tactisch niveau is men vooral in subgroepen aan de slag gegaan. Op basis van de gesignaleerde problemen door het TT is gekeken welke partijen nodig waren om dat probleem op te lossen. Daarbij is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande groepen (projectgroepen/ focusgroepen e.d.). Deze werden pragmatisch ingezet voor een ander doel met een andere manier van werken. De geformuleerde oplossingen werden voorgelegd aan het ST ter besluitvorming.

De "crisis"organisatie van het ROAZ is 3 maanden en 6 dagen operationeel geweest voor de vraagstukken rondom de griep epidemie.

De zorgverzekeraars zaten niet in de overleggen van het TT en het ST. De regio investeerde erin zelf als keten "de neuzen dezelfde kant op te krijgen" en volgens als één blok naar buiten te treden richting zorgverzekeraars. De regio heeft ook tijdens de griep periode regelmatig afgestemd met de zorgverzekeraars over de aanpak van de zorgcontinuïteitsproblemen.

Het ROAZ heeft middels een (brand)brief VVT-koepels gevraagd te helpen met de uitstroom van 5 Rotterdamse ziekenhuizen. VVT-koepel Aafje heeft gehoor gegeven aan de oproep (zie hieronder).

Opschaling bij Aafje

De drukte bij met name de ziekenhuizen was exceptioneel in het voorjaar van 2018. De hulpvraag van de ziekenhuizen was tweeledig. Enerzijds hadden ziekenhuizen behoefte aan low/medium care bedden voor patiënten die werden gepresenteerd op de eerste hulp en onvoldoende ziek waren om in het ziekenhuis te worden opgenomen, maar te ziek waren om zonder zorg naar huis te worden gestuurd. Anderzijds speelde de behoefte om uitbehandelde patiënten te laten uitstromen naar de VVT-sector. Het ging daarbij om patiënten die geen ziekenhuisindicatie meer hadden, maar nog wel zorg nodig hadden.

Naar aanleiding van de hulpvraag die door het ROAZ werd gedaan, heeft Aafje intern opgeschaald om een passende aanpak te kunnen formuleren. Aafje heeft voor de realisatie van het project een projectgroep en een stuurgroep ingesteld. Dit heeft geresulteerd in een projectplan voor een acute zorgafdeling (AZA).

6.5.4 Proces- en netwerkmanagement

Heel bewust is ervoor gekozen om het ROAZ de coördinerende rol te geven ten aanzien van het zorgcontinuïteitsvraagstuk omdat dit gremium is belast met het vraagstuk van ketenbrede zorgcontinuïteit en tevens verantwoording aflegt aan de betrokken ketenpartners. Er is bewust voor gekozen deze rol niet bij de GHOR te beleggen want die legt verantwoording af aan het openbaar bestuur en niet aan de zorginstellingen. Het openbaar bestuur gaat niet over zorgcontinuïteit volgens een respondent. Daar gaan de instellingen en de keten zelf over. De GHOR keek wel naar de consequenties voor de opgeschaalde zorg (tijdens crises, flitsincidenten of rampen).

Het stafbureau van het traumacentrum heeft (naast het uitwerken van de plannen) de uitnodigingen voor de overleggen verzorgd, heeft het TT voorgezeten en heeft de verslaglegging van het TT en het ST voor zijn rekening genomen. De overleggen hadden een vaste structuur op basis van BOBOC (beeld, oordeel, besluit, opdracht, controle). Het spreekt voor zich dat voor het stafbureau veel werk gemoeid ging met het voorbereiden, voorzitten en verslagleggen van de overleggen.

De regio heeft geïnvesteerd in een passend bestuurlijk urgentiegevoel. Het voldoende betrekken van de bestuurders bij de problematiek achtte de traumaregio essentieel. Toch bleek achteraf nog ruimte voor verbetering. Er is nog te weinig gedaan om bestuurders in de "juiste film te zetten". In het ST zat een afvaardiging namens de verschillende sectoren (ziekenhuizen e.d.). Bij bestuurders die niet in het ST zaten, was soms de indruk dat zij teveel op afstand stonden. Ook was de verbinding tussen operationeel/tactisch en bestuurlijk binnen zorginstellingen niet overal even goed geborgd. Bestuurders werden gevoed door twee kanalen (intern en door de voorzitter van het ST) waardoor soms ruis of onduidelijkheid ontstond. Dat leidde ertoe dat de bestuurlijke beleving van de situatie toch niet altijd de juiste was. Hier is nadrukkelijk aandacht aan besteed in de evaluatie en in de nieuwe versie van het beheersplan.

Momenteel is een handreiking in ontwikkeling voor de interne afstemming binnen zorginstellingen om te borgen dat het bestuurlijk niveau goed aangehaakt blijft.

6.5.5 Informatiemanagement en beeldvorming

Voorafgaand aan de verschillende overleggen van het TT werd de informatie van de stand van zaken van de ketenpartners opgehaald door medewerkers van het stafbureau. Tijdens de overleggen in de

beeldvormingsfase werd de samenvatting van het beeld gedeeld en konden de deelnemers deze verder aanvullen.

Om de situatie in de keten in kaart te brengen, werd gebruik gemaakt van een vast uitvraagprotocol. Instellingen moesten een aantal vragen beantwoorden. Wat heb je al gedaan, wat kun je nog en waar zit het grootste probleem, en welke problemen verwacht je nog en wat is de trend (wordt het beter, slechter of blijft het gelijk)? Deze informatie moest schriftelijk worden aangeleverd. Af en toe is door medewerkers van het stafbureau gebeld om te verifiëren of de informatie correct was.

De aangeleverde informatie (ook het escalatieniveau waarin een instelling zich bevond) werd door de instellingen als bedrijfsgevoelige informatie gezien en mocht niet worden gedeeld met de andere instellingen. De medewerkers van het stafbureau zijn gehouden aan geheimhouding en deelden deze informatie verder niet.

De opgehaalde informatie werd verwerkt in een standaardformat. De geaggregeerde informatie op hoofdlijnen (managementinformatie) werd rondgestuurd vanuit door het stafbureau naar de ketenpartners.



Figuur 14: Regionaal situatierapport ZWN van 02-02-2018. Overgenomen uit ROAZ, 2018b

Vanaf de feestdagen (eind 2017) werd de informatie op hoofdlijnen ook met de ACGZ'en van de drie GHOR-regio's gedeeld.

Het beeld dat de informatie uit de keten opleverde, was up-to-date en liep voor op de landelijke informatie van het NIVEL. De regio zag de tweede griepiek, veroorzaakt door een influenza A-virus, aankomen. Toen de eerste piek, veroorzaakt door een influenza B-virus, inzakte, nam het aantal gevallen van influenza A toe. De regio kon het signaal geven dat ondanks de ogenschijnlijke verbetering er een tweede piek aankwam en dat waakzaamheid geboden bleef.

Het monitoren van de stand van zaken in de keten leverde enkele belangrijke leerpunten op. Volgens Itineris (2018) vonden met name ziekenhuizen het positief dat inzicht ontstond in de situatie op regionaal niveau. Toch strookte het beeld van de monitor niet altijd met de beleving bij de verschillende zorginstellingen. Dat leidde ertoe dat de monitor niet door alle betrokkenen serieus werd genomen (Itineris 2018).

Tijdens de griepepidemie was grote behoefte aan een *real-time* inzicht in de beschikbare bedden capaciteit. Bepaalde ziekenhuizen waren goed in staat de interne bedden capaciteit in beeld te brengen. Andere ziekenhuizen hadden daar meer moeite mee. Een *real-time*, regiobreed inzicht in de beschikbare bedden capaciteit was er niet. De regio heeft hier wel op ingezet, maar dit bleek uiteindelijk niet haalbaar. Op dit moment wordt een instrument ontwikkeld om dit overzicht wel te kunnen genereren.

6.5.6 Oordeelsvorming

In de verschillende overleggen van het TT en het ST is (gezamenlijke) oordeelsvorming aan bod gekomen. Dit leverde een duidelijk gedeeld inzicht dat sprake was van gemeenschappelijk knelpunten die een ketenbrede aanpak behoefden. De belangrijkste aandachtspunten die zijn benoemd, waren: de noodzaak tot coördinatie, het inwinnen van extra capaciteit bij Defensie of het Rode Kruis, het knelpunt van de uitstroom vanuit ziekenhuizen naar de VVT-sector en het betrekken van verzekeraars. Ook werd de relatie tussen continuïteit van een instelling en de continuïteit van de keten benoemd als aandachtspunt. Ook was een deel van het probleem dat men niet precies wist hoe groot het capaciteitsprobleem was en waar nog capaciteit over was in de keten.

De overleggen leverden dus het beeld (en tegelijkertijd een knelpunt) op dat de continuïteit van vooral de ziekenhuizen in het geding was. Dat leverde als positief punt op dat de instellingen wisten dat ze dus in mindere mate op de buurinstellingen konden leunen. Doordat de instellingen wisten dat ze vooral zelf de eigen continuïteitproblemen moesten oplossen, ontstond de noodzaak binnen de eigen instelling maatregelen te nemen, eventueel samen met andere ketenpartners, zoals VVT-instellingen.

De aanpak van de continuïteitsproblemen verschilde nogal per organisatie. Sommige instellingen leken de problemen weg te schuiven naar andere instellingen en gaven niet thuis geven wanneer de burens in de problemen kwamen. Door de vele SEH-stops ontstond meer druk op de ambulancediensten (Itineris, 2018).

De belangrijkste aandachtspunten ten aanzien van de AZA

Aafje was ook voor het verzoek van het ROAZ al bezig (los van de griep) met inventariseren hoe zij de ziekenhuizen konden ondersteunen in de uitstroom van patiënten richting VVT. Toch moest in korte tijd *from scratch* een voorziening in het leven worden geroepen. Er moest een passende locatie worden gevonden. Die moest worden ingericht met bedden, nachtkastjes e.d.. Schoonmaak en andere logistieke zaken moesten worden geregeld. Ook moest voorlichtingsmateriaal voor SEH's, transferverpleegkundigen en voor patiënt zelf over deze nieuwe dienst worden ontwikkeld.

De twee grootste uitdagingen voor Aafje in het realiseren van de AZA waren echter: medewerkers vinden en financiering regelen.

Het vinden van verpleegkundigen lukte goed, maar het vinden van een arts, die noodzakelijk was voor het medisch toezicht, was lastiger. Dat leverde een behoorlijke zoektocht op waarbij het ROAZ en de ziekenhuizen ook hebben meegedacht en geholpen. Uiteindelijk is een vervangend huisarts bereid gevonden en was die cruciale hobbel genomen.

Vervolgens was financiering het belangrijkste vraagstuk. Er zijn veel financieringscategorieën (met aparte labels, zoals ELV laag, ELV hoog, revalidatiezorg e.d.) binnen de VVT-zorg. Er was geen categorie voor de patiënten die de AZA zou gaan opvangen, dus er was ook geen betaaltitel richting de zorgverzekeraars. Door Aafje zijn zeer snel criteria voor een aparte financieringscategorie opgesteld. Vervolgens is dit afgestemd met de twee grote verzekeraars (Zilveren Kruis en VGZ). Het duurde even voor de verzekeraars akkoord gaven. Om toch de kosten van het project te kunnen dekken en van start te kunnen gaan, is een contract voorgelegd aan de vijf betrokken ziekenhuizen. Die hebben getekend waarmee de betaling voor de op te nemen patiënten gegarandeerd was en de AZA van start kon. Na enkele weken hebben de verzekeraars ook formeel de financiering geaccordeerd.

Nadat alles klaarstond om patiënten te ontvangen, kwam dit tegen de verwachting in maar mondjesmaat op gang. Door factoren die niet helemaal duidelijk zijn geworden, stuurden de ziekenhuizen niet tientallen, maar slechts enkele patiënten in per week. Na verloop van tijd kwam de uitstroom richting AZA echter wel op stoom.

6.5.7 Besluitvorming

De volgende besluiten werden in het ROAZ genomen (ROAZ, 2018b):

1. Het ROAZ organiseert en faciliteert de informatievoorziening;
2. Het ROAZ roept waar nodig bijstand in van Rode Kruis, Defensie of de GHOR;
3. Het ROAZ betreft de VVT-sector over uitstroom vanuit ziekenhuizen naar VVT-instellingen (één loket);
4. Het ROAZ betreft zorgverzekeraars bij het faciliteren van uitstroom richting VVT;
5. Het ROAZ stelt voor de langere termijn planvorming op voor piekbelastingen (gepland of ongepland).

Bovenstaande besluiten zijn ook daadwerkelijk opgepakt door het traumacentrum. Er werden groepen ingesteld of bestaande groepen gebruikt (zoals werk-, project- en focusgroepen) die met het uitwerken van actiepunten aan de slag gingen. Dit waren groepen van beperkte samenstelling met functionarissen die daadwerkelijk konden meepraten over werkbare oplossingen.

Ad 1. Coördinatie en informatie

Hierboven is ingegaan op de rol van het ROAZ ten aanzien van de coördinatie van het ketenvraagstuk en de informatievoorziening richting ketenpartners.

Ad 2. Bijstand

Het traumacentrum heeft de bijstands aanvragen van ketenpartners gecoördineerd. Defensie werd benaderd maar kon geen bijstand leveren. Het Rode kruis heeft ziekenhuizen op verschillende manieren ondersteund. Ziekenhuizen gaven hun hulpbehoefte aan bij het traumacentrum waarna het traumacentrum checkte of het ziekenhuis zelf al maatregelen had genomen. Als dat zo was, werd het ziekenhuis in contact gebracht met het Rode Kruis en werden afspraken gemaakt over de benodigde dienstverlening en de kosten daarvan.

Bijstand door het Rode Kruis

De bijstand van het Rode Kruis aan ziekenhuizen in de traumaregio ZWN bestond uit 2 soorten dienstverlening. Ten eerste bestond grote behoefte bij SEH's van drie Rotterdamse ziekenhuizen aan uitplaatsing van niet-zorgbehoevende patiënten van de SEH naar huis. Het ging daarbij om patiënten die geen (verdere) zorg in het ziekenhuis nodig hadden. Dit betrof veelal oudere mensen die niet in staat waren zelfstandig naar huis terug te keren. In een dergelijk gevallen moest bijvoorbeeld een zorgtaxi worden ingeschakeld, maar het kon lang duren voordat die de patiënt kon ophalen, soms een halve dag. Een andere optie was de patiënt vervoeren met een ambulance als B-rit, maar de RAV had het al zeer druk.

Het Rode Kruis heeft in de griepperiode tientallen patiënten vanuit ziekenhuizen naar huis gebracht. De betrokken vrijwilliger deed bij aankomst thuis een veiligheidscheck en een zelfredzaamheidscheck. Daarbij werd gekeken of degene die thuis werd afgeleverd het verder alleen zou redden. Er werd eventueel voorzien in de eerste dagelijkse behoeften zoals checken of er voldoende voedsel in huis was of zorgen dat een mantelzorger was geïnformeerd. De afspraak was dat als toch aanvullende (thuis)zorg nodig was, het Rode Kruis contact kon opnemen met VVT-instelling Laurens die vervolgens een wijkverpleegkundige stuurde. Het Rode Kruis is weliswaar geen indicatiestellende instantie, maar de vrijwilligers beschikken wel over een onderbuikgevoel. In 20% van de gevallen werd Laurens (en zoals bleek terecht) ingeschakeld.

Deze bijstand is zeer goed bevallen in de regio volgens een enquête onder ziekenhuizen. Het heeft in de maanden maart en april in 2018 o.a. geleid tot: 45 SEH-bedden die eerder zijn vrijgekomen, het voorkomen van 9 onnodige opnames in de kliniek van de ziekenhuizen en het voorkomen van 34 onnodige B-ritten (Het Nederlandse Rode Kruis, 2018).

Tussen 12 maart -het moment waarop het Rode Kruis bijstand ging verlenen- en december 2018 zijn in totaal ruim 300 mensen vervoerd van de SEH naar huis. Dus ook na de griepepidemie is nog veelvuldig gebruik gemaakt van de regeling, bijvoorbeeld tijdens de hittegolf in 2018.

Ten tweede heeft het Rode Kruis het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (in de Veiligheidsregio Zeeland) intern ondersteund, bijvoorbeeld door het ondersteunen van het wassen van patiënten, het helpen met de maaltijdverdeling en het klaarmaken van bedden; met niet-medische handelingen dus. Deze werkzaamheden waren erop gericht het verplegend personeel zo veel mogelijk te ontlasten zodat zij zich vooral op de inhoudelijke zorgtaken konden focussen.

Ad 3. Betrekken VVT in verband met uitstroom naar VVT

Uitstroom naar VVT-instellingen was een probleem voor ziekenhuizen. Samen met zorginstelling Aafje en de zorgverzekeraar is gekeken naar een oplossing om de continuïteitsproblemen van de ziekenhuizen in Rotterdam te verkleinen.

De totstandkoming van de AZA

Nadat het personeel was gevonden en de financiering was geregeld kon de AZA open. De AZA was operationeel binnen 1,5 week nadat de vraag naar hulp van de ziekenhuizen via de brandbrief van het ROAZ bij Aafje was binnengekomen; een bijzondere prestatie. De AZA had 25 bedden en werkte met tweepersoonskamers. Uiteindelijk zijn 100'en patiënten vanuit de vijf Rotterdamse ziekenhuizen uitgestroomd richting AZA.

De afspraak was dat een patiënt maximaal vijf dagen op de AZA kon verblijven. Daarna moest de patiënt naar huis of naar een V&V-instelling. Daarover zijn met de andere VVT-instellingen afspraken gemaakt. Aan deze instellingen zijn overzichten van de uitstroom uit de AZA gestuurd. Dat maakt zeker geen deel uit van de normale bedrijfsvoering van een VVT-koepel. Dergelijke informatie wordt normaal gesproken niet gedeeld met andere koepels die in feite te zien zijn als directe concurrent. In deze situatie was de keuze tussen samenwerken of concurreren helder; samenwerken.

Uiteindelijk heeft Aafje een klein financieel verlies geleden op de AZA. Aan de andere kant was het inrichten van de AZA wel zeer positief voor het imago (Aafje is een club van niet alleen woorden, maar ook daden die de nek uitsteekt om ketenpartners die het moeilijk hebben te helpen). Ook was het uiteraard goed voor de relatie met de betrokken ziekenhuizen. Intern leverde het ook wat op: medewerkers vonden het leuk om te pionieren en te innoveren.

De AZA bestaat nog steeds. Twee Rotterdamse ziekenhuizen maken tot op de dag van vandaag gebruik van de voorziening. Nu een jaar later is deze vorm van zorg geformaliseerd in de vorm van een innovatie –DBC (diagnose behandelcombinatie en is een aparte financieringscategorie). De betrokken zorgverzekeraars hebben dit voorgelegd aan de NZA. Die heeft als toezichthouder over de zorgverzekeraars hun goedkeuring gegeven voor de nieuwe financieringscategorie.

Dit leverde wel enige discussie op. Zorgverzekeraars kregen er weer een zorgcategorie bij (AZA) terwijl er niets vanaf is gegaan. De zorg wordt daarmee potentieel duurder. De zorgverzekeraars wilden hierover in gesprek met de betrokken ziekenhuizen. Twee van de vijf ziekenhuizen maken weer gebruik van de AZA sinds 1 januari 2019 (mogelijk ten koste van de eigen productie).

Na de griep epidemie hebben de VVT-koepels (verenigd in ConForte; de brancheorganisatie van VVT'en rond Rotterdam) en het samenwerkingsverband van Rotterdamse ziekenhuizen; SRZ (samenwerking Rotterdamse Ziekenhuizen) de handen ineen geslagen om de verbinding tussen beide sectoren te verstevigen. Daartoe zijn ze een gezamenlijk project gestart met een overkoepelend projectleider.

Ad 4. Betrekken zorgverzekeraars

Vanuit het ROAZ trad de keten als één blok naar buiten richting zorgverzekeraars. Onder leiding van de traumaregio zijn eerst afspraken gemaakt tussen de zorgpartners alvorens afstemming werd gezocht met de zorgverzekeraars. Die aanpak werkte goed.

Crisiscommunicatie

Ten slotte speelde het ROAZ een rol in de communicatie richting de media over de ketenaanpak. De instellingen bleven wel verantwoordelijk voor de communicatie over de eigen bedrijfsvoering. Sommige ziekenhuizen hebben via de media ook geprobeerd begrip voor hun situatie (voor het uitstellen van electieve ingrepen of langere wachttijden) te krijgen.

Maatregelen instellingen

Naast de collectieve besluitvorming en maatregelen die ketenbreed zijn genomen, bleven zorginstellingen verantwoordelijk voor de eigen continuïteit. In belangrijke mate moesten de instellingen dus de eigen continuïteitsproblemen oplossen.

De maatregelen die werden genomen, waren vooral gericht op zicht krijgen op de eigen bedden capaciteit en het creëren van capaciteit.

De aanpak per instelling verschilde behoorlijk. Bepaalde ziekenhuizen hebben intern opgeschaald. Dit leidde ertoe dat daar een gevoel van urgentie ontstond en dat de problematiek serieus werd genomen door de Raad van Bestuur (Itineris, 2018).

Een belangrijke factor in het continuïteitsvraagstuk was het medisch en vooral het verplegend personeel. De wijze waarop de instellingen hun waardering aan het (soms overbevraagde) personeel wisselde. Personeelsleden van ziekenhuizen waar een gezamenlijk gevoel van urgentie is gecreëerd en waar waardering voor het personeel werd getoond, bijvoorbeeld door middel van kleine attenties, gaven aan dat dit positief heeft gewerkt voor de eigen motivatie en betrokkenheid (Itineris, 2018).

Tot slot: na de griepepidemie (ad 5. Lange termijnplannen)

Door het traumacentrum zijn na de griepepidemie verdere aanscherpingen en aanvullingen gedaan op het beheersplan. Onder andere is aandacht besteed aan het koppelen van maatregelen aan de escalatieniveaus en het uitwerken van instrumentarium om *real-time* beddenoverzichten mee te creëren (inclusief het meer open delen van informatie in de keten).

6.6 De situatie in de regio Acute Zorg Netwerk Noord Nederland (AZNN)

6.6.1 De regionale problemen op hoofdlijnen

In deze ROAZ-regio zijn er drie veiligheidsregio's: Groningen, Friesland en Drenthe. De ROAZ-regio heeft één overkoepelend bestuurlijk ROAZ Noord Nederland en twee tactische ROAZ'en (Friesland & Groningen-Drenthe).

Net als in de regio's die in de vorige paragrafen zijn besproken, traden in deze regio –vooral in Groningen en Drenthe- de nodige problemen op in de acute zorgketen. Ziekenhuizen lagen vol, SEH's die frequent stops afkondigden en ambulances die lang bezig waren hun patiënt over te dragen. De acute zorg zat op het hoogtepunt van de epidemie behoorlijk op slot.

Situatie RAV Noord-Nederland

De ambulancedienst ervoer in de eerste maanden van het jaar problemen door SEH's die vol lagen. Gemiddeld duurde het tijdens de grootste drukte vanwege de griep in de avonden 57 minuten voordat de ambulance de patiënt over kon dragen aan de SEH. Soms moest deze zo lang wachten dat de ambulance maar doorreed naar het volgende ziekenhuis.

Het gevolg hiervan was dat op bepaalde momenten in sommige gebieden geen inzetbare ambulances waren. De patiëntenzorg kwam hierdoor in het geding.

Ook kampte de RAV met eigen personeel dat ziek was. De RAV wilde het (schaarse) beschikbare personeel zo effectief mogelijk inzetten. Lang wachten op de SEH voordat de patiënt kan worden overgedragen, was –zeker in die omstandigheden- onwenselijk.

Soms werd wel op sociale indicatie vervoerd. De ambulanceverpleegkundige wist dat de patiënt eigenlijk niet in het ziekenhuis thuishoorde, maar de familie van de patiënt was niet beschikbaar en er was niemand die zorg kon dragen voor de zorgtaken voor de patiënt. Dan werd diegene toch maar vervoerd. Eigenlijk had een thuiszorginstelling die taak moeten oppakken.

Ook merkten de meldkamer en de ambulancedienst dat er nauwelijks communicatie over de problemen in de ziekenhuizen was, zowel tussen ziekenhuizen onderling als tussen de ziekenhuizen en de RAV. Bij het aanrijden van de ambulance gaven ziekenhuizen geregeld aan dat het zo druk was op de SEH dat ze de patiënt niet konden ontvangen. Ook werden buurregio's niet geïnformeerd van knelpunten in de ziekenhuizen.

Situatie Ziekenhuis Tjongerschans

Dit ziekenhuis had –in tegenstelling tot veel andere ziekenhuizen in de regio- weinig tot geen last van de griep epidemie. Het ziekteverzuim was zeer acceptabel. De doorstroom in het ziekenhuis was op orde en de uitstroom richting VVT verliep prima. Alle bedden die het ziekenhuis kon openen, waren geopend want het was wel iets drukker, maar het ziekenhuis kon de situatie dus goed aan. Tijdens de piek rondom de griep heeft het ziekenhuis maar één SEH-stop hoeven afkondigen.

6.6.2 Voorbereiding op griep

Er was geen specifiek plan ten aanzien van ketenbrede continuïteitsproblemen. Inmiddels is een dergelijk plan wel gemaakt voor meer scenario's dan alleen scenario griep epidemie.

Op het gebied van griep en ketenbrede zorgcontinuïteitsproblemen waren geen trainingen of oefeningen georganiseerd.

Vorbereiding door de RAV Noord-Nederland

Voorafgaand aan de griepepidemie van 2018 was planvorming gemaakt voor meerdere scenario's. De crisisorganisatie van de RAV was in het voorjaar van 2018 echter nog in ontwikkeling. De Crico's (crisiscoördinatoren) vanuit de RAV waren toen nog niet opgeleid. Inmiddels is dat wel het geval.

Vorbereiding door Ziekenhuis Tjongerschans

Voor griep had het ziekenhuis geen specifiek plan gemaakt.

Het ziekenhuis was goed getraind en geoefend. Weliswaar niet specifiek op onderwerp griepepidemie maar er was al wel eerder geoefend met andere infectieziekten-scenario's.

Het ziekenhuis besteedde ook voor de griepepidemie veel aandacht aan capaciteitssturing. Het ziekenhuis had een goede systematiek om de capaciteit in het huis te monitoren door middel van een dagelijks overleg tussen teamleiders en centrummanagers. Ook had het ziekenhuis al een intern protocol met kleurcoderingen op afdelingsniveau geïmplementeerd. Het management en de artsen konden (en kunnen) zien hoe het ziekenhuis ervoor staat. Bij groen heeft het ziekenhuis nog capaciteit. In code oranje begint de capaciteit richting maximale bezetting te gaan. Bij die kleurcode ligt het besluit bij de centrummanager om een patiënt op te nemen. Ook is de ervaring dat de artsen bij oranje iets kritischer hun ontslagronde lopen en kijken of een patiënt naar huis of een V&V-instelling kan. Bij code rood zit het ziekenhuis aan de maximale capaciteit.

Door goed te sturen op capaciteit is mogelijk overbelasting van personeel voorkomen, waardoor het ziekteverzuim in de griepperiode en daarna gering was. Het personeel heeft uiteraard wel hard moeten werken en naderhand is extra aandacht en waardering gegeven aan het personeel.

Het ziekenhuis had al voor de griepperiode goede afspraken en relaties met de VVT-sector in de omgeving. Er waren bijvoorbeeld afspraken ten aanzien van COPD-patiënten gemaakt met VVT-instellingen. Vanuit een VVT-instelling waren bedden gegarandeerd voor snelle uitstroom van deze categorie patiënten.

Ook was voorafgaand aan de griepepidemie een pilot gestart met meerdere West-Friese ziekenhuizen en VVT-instellingen om snel een verpleeghuisbed of ELV-bed te kunnen krijgen. Er was hiervoor één centraal nummer. De overplaatsing werd vanuit dat loket geregeld. Dit zorgde voor snelle, soepele uitstorming.

Tijdens de griep is ook een ander Fries ziekenhuis in contact gebracht met de VVT-instelling en kon gebruik maken van deze afspraken. Van dit ziekenhuis werden twaalf patiënten overgenomen.

6.6.3 Aanpak griepepidemie op hoofdlijnen

Een ziekenhuis en een ambulancedienst in de regio gaven het signaal aan het stafbureau van het AZNN dat het erg hectisch begon te worden door de griep. De ambulancedienst gaf aan dat ze hun patiënten moeizaam kwijt konden in ziekenhuizen. Hun verzoek was de ketenpartners bijeen te roepen en de problemen gezamenlijk te bespreken. Daarop zijn medewerkers van het stafbureau gaan rondbellen en ontstond het beeld dat meerdere instellingen grote drukte ervoeren.

Op 13 maart is het bestuurlijk ROAZ¹¹ op zeer korte termijn bijeen geroepen voor een spoedoverleg. Na het bestuurlijk spoed-ROAZ zijn ketenpartners op tactisch niveau bijeen gekomen in werkgroepen om oplossingen voor de geconstateerde problemen te formuleren.

Aanpak volgens en door RAV Noord-Nederland

De dienstdoend manager van de RAV werd gealarmeerd toen de ambulances hun patiënten steeds moeizamer kwijt konden bij ziekenhuizen. De zorgtaken van de ambulancedienst kwamen in het geding. Hierop heeft hij een brandbrief geschreven aan de directies van de drie RAV'en in de regio. Zij hebben vervolgens het verzoek gedaan aan het stafbureau van het AZNN om een spoed-ROAZ-overleg.

Intern heeft de RAV niet opgeschaald. Wel zijn enkele leidinggevenden bij elkaar geweest om de situatie te bespreken. Opschaling is wel overwogen, maar de situatie verbeterde snel na het bijeenkomen van het bestuurlijk ROAZ. Het probleem dat de RAV ervoer was een probleem met een externe oorzaak (drukte op de SEH's). De oplossing daarvoor lag bij de ziekenhuizen.

Aanpak door Ziekenhuis Tjongerschans

Het ziekenhuis is niet intern opgeschaald. Dat was ook niet nodig.

6.6.4 Proces- en netwerkmanagement

In het ROAZ Noord-Nederland (op zowel tactisch/operationeel en strategisch niveau) nemen ook zorgverzekeraars zitting. Zorgbelang, de belangenbehartiger van patiënten, zit ook in het ROAZ. De VVT-sector zit niet standaard in het ROAZ maar wordt wel veelvuldig betrokken bij projecten. In het ROAZ kent men elkaar goed. Anders dan in de randstad, waar bij wijze van spreken "op elke hoek van de straat een ziekenhuis staat", is men wellicht minder elkaars concurrent. Geografisch heeft men meer "eigen klanten" door de grote afstanden tussen de ziekenhuizen.

Het bestuurlijk ROAZ is anders georganiseerd dan in andere traumaregio's. In veel regio's is het voorzitterschap van het ROAZ gekoppeld aan het universitair medisch centrum of ziekenhuis met traumacentrumfunctie. De voorzitter van het bestuurlijk ROAZ Noord Nederland is onafhankelijk van het UMCG. Vanuit het UMCG is daar bewust voor gekozen om alle schijn van belangenverstremgeling te voorkomen. Wellicht schiep dat nog meer vertrouwen en kon het ROAZ de coördinerende rol oppakken tijdens de griepepidemie.

Het stafbureau van het AZNN heeft de ketenpartners bijeen geroepen voor het bestuurlijk spoed-ROAZ. Dezelfde dag van het verzoek tot afstemming kwam dit gremium bijeen. De meeste instellingen waren aanwezig met een bestuurder of een gemandateerde vertegenwoordiger.

In het bestuurlijk overleg is uitgebreid ingegaan op wie welke rol diende te spelen. Met de DPG'en is gediscussieerd of hier sprake van een crisis was. Duidelijk is gezamenlijk het standpunt geformuleerd dat geen sprake was van een crisis (in de zin van de Wvr). Wel was duidelijk dat de acute zorgketen een probleem had. Heel bewust is er voor gekozen om het ROAZ de coördinerende rol te laten spelen. Het ROAZ heeft bureau AZNN het mandaat en draagvlak gegeven om de coördinatie in de keten op te pakken. Voor het bureau AZNN was dat even schakelen. Het bureau AZNN had daarvoor geen "warme" rol, zeker niet ten aanzien van communicatie (zie 6.6.7).

¹¹ Op 22 februari vond een regulier bestuurlijk ROAZ plaats maar toen waren nog er geen signalen van capaciteitsproblemen door de griep.

Procesmanagement volgens Ziekenhuis Tjongerschans

De voorzitter ROAZ heeft de BOB-structuur aangehouden. Na een ronde beeldvorming is de analyse in het team gemaakt welke knelpunten optraden. Er werd voldoende ruimte geboden om met elkaar te discussiëren over wat het probleem was en wat men nodig had. Ook was ruimte voor suggesties over en weer. Het overleg is afgesloten met enkele concrete afspraken.

6.6.5 Informatiemanagement en beeldvorming

Tijdens het spoed-ROAZ werd het beeld bevestigd dat de acute zorg problemen ondervond en dat de meeste ziekenhuizen- vooral in de regio Drenthe- en ambulancediensten zorgcontinuïteitsproblemen ervoeren.

In het bestuurlijk spoed-ROAZ van 13 maart is besloten (zie verder 6.6.7) de meldkamer Noord-Nederland drie keer per dag de ziekenhuizen te laten bellen met de vraag wat de stand van zaken en de capaciteit was. Deze activiteit werd het regiopunt beddenscapaciteit genoemd. Het overzicht dat drie maal daags werd opgesteld, werd gedeeld met alle ziekenhuizen in de regio en de ambulancediensten. Het overleg en het genereren van overzichten door het regiopunt ondersteunde duidelijk in de beeldvorming. De informatie was weliswaar niet *real-time* maar het leverde inzicht op waar in regio de grootste problemen speelden, maar vooral waar wel capaciteit was.

Het stafbureau van het AZNN had regelmatig contact met de meldkamer en informeerde om de paar dagen de keten (het tactisch ROAZ van Groningen en Friesland en het bestuurlijk ROAZ) over de stand van zaken in de regio. Dit verliep via een vast format: algemeen (wat is de stand van zaken in de keten), daarna een overzicht per provincie (tevens afbakening veiligheidsregio's) en een overzicht van sluitingen van SEH's. Ook leidden de overzichten van het regiopunt ertoe dat ziekenhuizen sneller contact met elkaar opnamen. Al snel na de inwerkingtreding van het regiopunt namen de problemen af. Het aantal SEH-sluitingen werd snel minder.

Informatie werd transparant gedeeld met de meldkamer en het totaaloverzicht via de meldkamer weer met alle ziekenhuizen. De informatie die werd gedeeld, werd voorheen als bedrijfsgevoelige informatie gezien. In dit ROAZ is men er goed in geslaagd het nut van delen te laten prevaleren boven het niet delen omwille van de eigen bedrijfsvoering. De betrokken bestuurders hebben zelf uitgesproken dit te willen. De gegevens helpen om het gesprek met elkaar aan te gaan en te kijken hoe men elkaar kan helpen.

Op dit moment is regio bezig met een pilot met een instrument waarmee capaciteitsoverzichten kunnen worden gemaakt; 2TWNTY4. Enkele ziekenhuizen en de meldkamer zijn daarmee een pilot gestart. Afsproken is in 2019 de pilot te vervolgen en alle ziekenhuizen in Noord Nederland aan te sluiten op 2TWNTY4.

Beeldvorming volgens RAV Noord-Nederland

De aanwezigen van het bestuurlijk ROAZ schrokken van de situatie. Zij hadden niet in de gaten dat de situatie zo nijpend was.

Beeldvorming volgens Ziekenhuis Tjongerschans

De vertegenwoordiger van het Tjongerschans Ziekenhuis in het bestuurlijk ROAZ had het gevoel in de *twilight zone* te zijn beland. Hij herkende zich niet in het beeld dat andere ziekenhuizen schetsten. De situatie in het Tjongerschans week sterk af (in positieve zin).

6.6.6 Oordeelsvorming

De voorzitter van het ROAZ vatte het beeld samen en trok de conclusie dat de keten als geheel een probleem had. Dit werd beaamd door de aanwezigen. Het stelsel zat op slot. Het was duidelijk dat men elkaar moest helpen. Ook dit werd uitgesproken in het overleg. Vervolgens werd de vraag voorgelegd wat instellingen met knelpunten nodig hadden en welke oplossingen zij zagen. Er werd goed met elkaar meegedacht. Een praktische suggestie die werd gedeeld met een ziekenhuis was het overbrengen van de beademingsapparatuur van een gesloten OK naar een IC-kamer om weer een beademd IC-bed te creëren.

Het belangrijkste knelpunt dat werd gedeeld, was het gebrek aan inzicht in de beschikbare capaciteit. Zowel de meldkamer als de ziekenhuizen hadden geen overzicht en moesten leuren om patiënten overgeplaatst of opgenomen te krijgen.

Oordeelsvorming volgens RAV Noord-Nederland

Er was onvoldoende begrip voor elkaar; ziekenhuizen voor de ambulancedienst/meldkamer en vice versa. Dat leidde soms tot irritaties. De ziekenhuizen hadden onvoldoende inzicht in de consequenties van de sluiting van een SEH. De RAV heeft die in het bestuurlijk ROAZ duidelijk gemaakt. Dat leverde *eye-openers* op bij de ziekenhuizen.

Oordeelsvorming volgens Ziekenhuis Tjongerschans

Er werd duidelijk vastgesteld dat sprake was van een gezamenlijk probleem. Daar waren de aanwezigen het over eens. Vervolgens is door de voorzitter de open vraag gesteld wat de ketenpartners daaraan konden doen. De vraag wat instellingen met knelpunten nodig hadden, werd op tafel gelegd. De goede, open discussie die ontstond, leverde het inzicht bij ziekenhuizen met problemen dat de interne mogelijkheden nog niet waren uitgeput.

6.6.7 Besluitvorming

De regio had geen instrument om inzicht te krijgen in de beschikbare bedden capaciteit. In het bestuurlijk ROAZ heeft de meldkamer aangeboden de benodigde informatie te zullen gaan ophalen bij de ziekenhuizen. Binnen 24 uur is het regiopunt bedden capaciteit ingericht bij de meldkamer Noord Nederland. De afspraak was dat vanuit de meldkamer drie keer per dag op een vast tijdstip met een vaste functionaris contact zou worden opgenomen om te inventariseren wat de actuele bedden capaciteit was. Dit werd verwerkt in een schema. Dat overzicht werd weer teruggekoppeld aan de ziekenhuizen.

Dit hielp de ziekenhuizen en de meldkamer in de spreiding van patiënten en het beter matchen van zorgvraag en zorgaanbod.

Besluitvorming volgens en door RAV Noord-Nederland

De afspraak dat de meldkamer drie maals daags zou bellen met elf ziekenhuizen, leverde veel werk op voor de meldkamer. In het begin kreeg de meldkamer soms geen informatie, bijvoorbeeld omdat de dienstdoend crisiscoördinator van het ziekenhuis thuis was en geen beeld had van de situatie in het ziekenhuis. Gaandeweg heeft een manager van de meldkamer de belondes gemaakt om de centralisten te ontlasten. Na enige tijd werd de informatie vanuit de ziekenhuizen aangeleverd in een excelbestand. Het regiopunt beddenscapaciteit heeft tot eind maart gefunctioneerd.

De problemen namen snel af na het instellen van het meldpunt. Informatie over capaciteit werd goed gedeeld. Dit leidde ertoe dat ziekenhuizen inzicht kregen in waar zich in de regio capaciteit bevond. Een voorbeeld: een longarts belde de meldkamer met het verzoek een patiënt uit te plaatsen en vroeg welk ziekenhuis in Noord Nederland ruimte had. De meldkamer kon deze informatie geven. Later kon de meldkamer hier steeds meer tussenuit omdat artsen onderling meer contact opnamen door de capaciteitsoverzichten die de meldkamer de ziekenhuizen stuurde.

Voor het bijeenkomen van het ROAZ werden (soms schijnbaar laagdrempelig) frequent SEH-stops afgekondigd door ziekenhuizen. Gaandeweg en na de griep is dit aantal drastisch verminderd.

Ook na het bijeenkomen van het ROAZ vond veelvuldig afstemming plaats tussen de RAV en ziekenhuizen in de regio. Dat leidde hier en daar tot het uitwisselen van suggesties. Een bepaald ziekenhuis stuurde alle patiënten behalve kinderen direct naar de SEH inclusief de patiënten met cardiale problemen. Dat kostte veel SEH-capaciteit. Na de suggestie van de meldkamer deze patiënten direct op de hartbewaking op te nemen verbeterde de situatie en werd de SEH meer ontzien.

Na de griepepidemie zijn instellingen meer in gesprek met elkaar (vooral de crico's, de managers RAV en de centralisten van de meldkamer). Ook is over en weer meer begrip ontstaan voor de situatie in de ziekenhuizen enerzijds en de RAV anderzijds. Ziekenhuizen snappen beter dan voorheen wat de gevolgen zijn als een ziekenhuis een SEH-stop afkondigt.

In de meldkamer Noord-Nederland is een matrixbord ingericht met daarin alle ziekenhuizen. Als een ziekenhuis een SEH-stop wil afkondigen, dan wordt contact opgenomen met de meldkamer. De centralist volgt een uitvraagprotocol. De stop wordt vervolgens in het systeem gezet, zodat de centralisten kunnen zien dat dat ziekenhuis moet worden ontzien. Elke maandag wordt een overzicht gemaakt van de SEH-stops per ziekenhuis.

In het overleg van 13 maart is tevens afgesproken een gezamenlijk persbericht op te stellen. Het ROAZ verzorgde voor de keten de communicatie met de media. Dat was een nieuwe rol voor het stafbureau van het AZNN. Naast een persbericht is ook een persbeleid opgesteld. Bewust is niet woord crisis gebezigd in de communicatie-uitingen.

De avond en nacht na het ROAZ-overleg is tot 1.30 uur doorgewerkt om alles voor elkaar te krijgen: het inrichten van het regiopunt beddenscapaciteit inclusief uitvraagprotocol, de instructie van de centralisten en ziekenhuispersoneel, het opstellen van een persbericht e.d.. Een manager van de RAV en twee managers van het Tjongerschans en Martini Ziekenhuis hebben na het overleg een systematiek uitgewerkt waarmee de meldkamer de capaciteitsoverzichten kon uitvragen bij de ziekenhuizen.

Het beleid hoe ziekenhuizen omgingen met de eigen continuïteitsproblemen wisselde per instelling. Verschillende ziekenhuizen hebben verschillende maatregelen genomen, zoals het afkondigen van SEH-stops, het afschalen van het electieve programma, het maken van afspraken met de VVT-sector over de uitstroom, het optrommelen thuiszorgmedewerkers om te ondersteunen in de kliniek e.d..

Besluitvorming volgens Ziekenhuis Tjongerschans

Het Tjongerschans Ziekenhuis is het capaciteitsoverzicht al snel gaan mailen naar de meldkamer. Dat bespaarde de centralisten werk, dus heeft de meldkamer alle ziekenhuizen verzocht de capaciteit door te geven in een excel sheet.

Het totaaloverzicht dat door de meldkamer werd teruggestuurd naar de ziekenhuizen maakte per specialisme inzichtelijk waar in de regio capaciteit was zodat de meldkamer en ziekenhuizen onderling patiënten beter kon spreiden. Dit leidde significant tot minder SEH-stops en meer afstemming tussen de ziekenhuizen.

Ook maakte het patronen die optraden bij het afkondigen van SEH-stops inzichtelijk. Als ziekenhuis X een SEH-stop afkondigde, dan ging een uur later ziekenhuis Y op slot en weer een uur later ziekenhuis Z om vervolgens weer wat later in de Tjongerschans drukte op de SEH te veroorzaken. Qua ketendenken is het wenselijk om inzichtelijk te hebben dat ziekenhuis X in fase oranje komt, zodat ziekenhuizen Y en Z en de meldkamer alvast maatregelen kunnen nemen om de SEH-stop bij X te voorkomen. Daardoor kunnen domino-effecten worden voorkomen.

Het ziekenhuis zelf heeft vanwege de grotere zorgvraag alle “harmonicazorg” in gebruik genomen; bovenop de normale capaciteit zijn acht bedden extra geopend met flexibel personeel. Door de verschillende voorbereide maatregelen heeft het ziekenhuis geen electieve ingrepen hoeven afzeggen.

Tot slot: na de griepepidemie

Na afloop van de griepepidemie heeft de regio Noord Nederland zich gericht op de vraag hoe de aanpak de volgende keer beter kan. Dit heeft geresulteerd in het aanscherpen van het protocol waarin afspraken zijn gemaakt over het sluiten van SEH's en communicatie daarover door de ziekenhuizen aan de meldkamer. Dit model werkt met een kleurcodering (Werkgroep Capaciteitsmodel, 2018). In fase groen zijn er geen capaciteitsproblemen op de SEH. In fase oranje is sprake een dreigend capaciteitsprobleem op de SEH. Het ziekenhuis stelt maatregelen in met als doel een *time out* te voorkomen. In fase rood is sprake van een acuut capaciteitsprobleem. Het ziekenhuis meldt een *time out* bij de meldkamer (een instroomstop van twee uur) en neemt intern maatregelen. Bij code zwart is sprake van een calamiteit, bijvoorbeeld brand. De SEH is volledig gesloten en neemt geen patiënten meer aan.

In het najaar van 2018 hebben het ROAZ Drenthe/Groningen en het ROAZ Friesland het ROAZ Beheersplan Regionale Zorgcontinuïteit – scenario Griep vastgesteld. Het plan beschrijft de werkwijze bij toenemende druk op capaciteit als gevolg van griep. Hierbij wordt een escalatiematrix gebruikt om gefaseerd aan te geven welke beheersmaatregelen worden genomen om verdere escalatie te voorkomen. Er is een 'ROAZ Commissie zorgcontinuïteit (griep)' ingericht, waarin een afvaardiging van ketenpartners van het ROAZ is vertegenwoordigd. Deze commissie vervult indien nodig een coördinerende rol ten tijde van toegenomen druk op de acute zorgketen

In die zin heeft de griepepidemie ook zeker positieve zaken gebracht. *Never waste a good crisis*. De griepepidemie heeft geleid tot bewustwording van de kwetsbaarheid van de acute zorgketen bij alle

betrokkenen en bewustwording dat instellingen dit soort problemen niet meer alleen af kunnen. Hierdoor is de samenwerking tussen instellingen verder verbeterd.

6.7 De situatie in Acute Zorgregio Oost

6.7.1 De regionale problemen op hoofdlijnen

De regio van dit ROAZ bestaat uit drie veiligheidsregio's: Gelderland-Zuid, Gelderland-Midden en een klein gedeelte van de regio Noord- en Oost-Gelderland.

In de randstad is de drukte op de (acute) zorg en capaciteitsproblematiek (qua personeel en bedden) groter dan in deze regio het geval was en is. Er is sprake van een beter evenwicht tussen zorgvraag en –aanbod, alhoewel de eerste tekenen van capaciteitsproblemen ook hier beginnen op te treden.

Tijdens de griep epidemie kwam de acute zorg in de regio onder druk te staan vanaf januari tot en met maart 2018. Capaciteitsproblemen veroorzaakt door griep gevelde personeel en onvoldoende passende zorg op het juiste moment voor ouderen leidde ertoe dat ziekenhuizen het nauwelijks meer aankonden. De klinieken stroomden vol wat de doorstroom vanaf de SEH's belemmerde. Ook was uitstroom naar VVT-instellingen vanuit het ziekenhuis hier en daar problematisch. Tijdens de griep epidemie waren de ziekenhuizen vanwege het borgen van veiligheid en kwaliteit soms genoodzaakt om te melden dat er geen patiënten opgevangen konden worden.

De huisartsenzorg ervoer minder de toename van zorgvragen.

Situatie Ziekenhuis Gelderse Vallei

Het ziekenhuis ervoer een verhoogde instroom via de SEH van ernstig zieke grieppatiënten. Patiënten waren zieker dan voorgaande jaren en moesten ook langer in het ziekenhuis verblijven. Het aantal beschikbare bedden op de SEH en in de kliniek was niet voldoende om toestroom aan te kunnen.

Ook viel personeel uit door ziekte. Hierin waren twee duidelijke pieken waarneembaar. Dit had tot gevolg dat bedden "dicht moesten".

Situatie RAV Gelderland-Midden

Door de SEH-stops begonnen ambulancediensten (vooral in de regio Gelderland-Midden en Noord- en Oost-Gelderland) ook problemen te ondervinden. Het aantal ritten nam duidelijk toe. Het ging vooral om ernstig zieke ouderen. Bovendien moesten ambulances geregeld ver rijden om hun patiënt af te leveren of ze stonden lang te wachten voordat ze hun patiënt op de SEH konden overdragen. Op bepaalde piekmomenten had de RAV Gelderland-Midden nog maar één ambulance beschikbaar voor de hele regio. De zorgtaak van de ambulancedienst kwam duidelijk in het gedrang.

6.7.2 Voorbereiding op griep

Ter voorbereiding op de gevolgen van een eventuele pandemie is door de ziekenhuizen een plan gemaakt en is gezamenlijk geoefend met ketenpartners.

Voor (langdurige) verstoringen in het evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod door bijvoorbeeld griep was er geen plan. Die noodzaak werd ook niet gevoeld voorafgaand aan de griep. De regio was nog niet eerder tegen langdurige overvraging van de zorgsector aangelopen. De regio had al wel afspraken gemaakt over de wijze van afkondigen van SEH-stops door ziekenhuizen.

Vorbereiding door Ziekenhuis Gelderse Vallei

Het ziekenhuis had aandacht voor verhoogde instroom tijdens de winterperiode in de eigen planvorming. Er was bijvoorbeeld voorzien in het inrichten van een winterafdeling (een aantal bedden voor longpatiënten in een periode dat er meer van deze patiënten worden verwacht vanwege griep en andere oorzaken).

Tijdens de drukke griepmaanden miste het ziekenhuis een ketenbreed plan om de ketenbrede zorgcontinuïteitsproblemen mee te beheersen.

Er was wel met het onderwerp verstoringen van zorg getraind en geoefend in dit ziekenhuis. Dat hielp zeker om voorbereid te zijn op de situatie rondom de griep.

Vorbereiding door RAV Gelderland-Midden

Specifieke planvorming voor het probleem dat speelde -een aanhoudende, verhoogde vraag naar ambulancezorg (overvraging eigenlijk)- was er niet. Ook is dit onderwerp niet getraind of geoefend.

6.7.3 Aanpak griepepidemie op hoofdlijnen

Begin maart vond een regulier tactisch ROAZ plaats. Vlak voor het overleg heeft de RAV Gelderland-Midden het signaal gegeven dat ze patiënten steeds moeilijker kwijt konden in ziekenhuizen door SEH-stops.

Vanaf het moment dat de RAV Gelderland-Midden aan de bel trok, ontstond de bewustwording dat een groot deel van de keten problemen ondervond. Het overleg van het tactisch ROAZ is gebruikt om de problematiek rondom de griep ketenbreed te bespreken.

Na het overleg van tactisch ROAZ werd geen noodzaak gevoeld tot verdere opschaling naar een bestuurlijk ROAZ. Dit gremium is wel geïnformeerd.

Aanpak door Ziekenhuis Gelderse Vallei

Het ziekenhuis heeft niet intern opgeschaald. Wel had de dienstdoende zorgmanager tijdens de griepperiode dagelijks overleg met de raad van het bestuur van het ziekenhuis. Op tactisch niveau vond dagelijks overleg plaats met artsen om het beleid af te stemmen.

Aanpak door RAV Gelderland-Midden

De RAV heeft niet opgeschaald. Het op niveau houden van de paraatheid van de RAV lukte op zich goed. De meeste uitval bij de ambulancedienst trad op toen de griepepidemie aan het afnemen was. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de gevoelde urgentie bij het rijdend personeel dusdanig hoog was, dat personeel door bleef werken en daarna "omviel".

6.7.4 Proces- en netwerkmanagement

AZO, de ondersteuningsorganisatie voor het ROAZ van Acute Zorgregio Oost, heeft er pragmatisch voor gekozen het tactisch ROAZ volledig te wijden aan de griepproblematiek. De agenda van het reguliere overleg is leeggeruimd voor het bespreken van de situatie rondom de griep naar aanleiding van de signalen van de RAV.

Naast de reguliere deelnemers aan het tactisch ROAZ (een vertegenwoordiging namens de ziekenhuizen, ambulancediensten en de huisartsen) zijn ook de afzonderlijke ziekenhuizen, huisartsenorganisaties en ambulancediensten uitgenodigd om mee te praten over de situatie in hun organisatie en hen mee te laten denken over het oplossen van de problematiek in de regio.

Het overleg werd voorgezeten door het hoofd AZO. Na het overleg heeft AZO een verslag met afspraken opgesteld in de vorm van een memo en deze rondgestuurd naar alle betrokken instellingen en leden van het bestuurlijk ROAZ.

Procesmanagement volgens Ziekenhuis Gelderse Vallei

Ook voor het tactisch ROAZ ervoer het ziekenhuis de nodige knelpunten. Dat signaal is ook afgegeven door het ziekenhuis, maar dit heeft niet geleid tot het oplossen van de ketenproblemen. De GHOR en het ROAZ verwezen naar elkaar door. Voor het bijeenkomen van het tactisch ROAZ werd wel gesproken met elkaar in ROAZ-verband, maar dat leverde niet direct iets op. Dat gebeurde pas toen de RAV aan de bel trok.

Procesmanagement volgens RAV Gelderland-Midden

Het was goed dat de keten bijeen kwam om zich te richten op de actuele knelpunten rondom de griep epidemie. Het ROAZ heeft daarin prima gefunctioneerd. Het is verstandig geweest om deze rol bij het ROAZ te leggen omdat het risico bestond dat de ziekenhuizen mogelijk achterover zouden gaan leunen als de GHOR zich teveel op het probleem zou storten. Nu bleef het probleem op het bordje van de sector zelf liggen.

6.7.5 Informatiemanagement en beeldvorming

In het overleg van het tactisch ROAZ ontstond het collectieve bewustzijn dat de keten een gedeeld probleem had. De beeldvorming in het overleg maakte tevens inzichtelijk wat verschillende ziekenhuizen deden om de eigen continuïteitsproblemen aan te pakken. Dit was nuttig. Ziekenhuizen konden van elkaars aanpak leren.

Eén van de afspraken die in het overleg zijn gemaakt, was dat de ziekenhuizen iedere dag aan het eind van de middag naar de meldkamer zouden bellen om de stand van zaken door te geven. Ook zouden de ziekenhuizen contact met de meldkamer opnemen wanneer capaciteit vrijkwam of juist wanneer er krapte ontstond. De meldkamer deelde de informatie met de ziekenhuizen en besprak het beeld van de regio dagelijks met het hoofd AZO, zodat zij de inschatting kon maken of meer afstemmingsoverleggen nodig waren. Het overzicht dat de meldkamer maakte, leverde al snel het beeld op dat aanvullende maatregelen niet meer nodig waren. De situatie normaliseerde snel.

Beeldvorming volgens Ziekenhuis Gelderse Vallei

Het was prettig om bijeen te komen in het tactisch ROAZ en te horen dat het ziekenhuis niet de enige instelling was met problemen. Op zich was dat al bekend; het ziekenhuis ervoer regelmatig dat bijvoorbeeld ziekenhuizen in Arnhem, Tiel of Nijmegen op slot zaten. Maar toch was het nuttig dat de aanwezige partijen dit beeld bevestigden.

6.7.6 Oordeelsvorming

Het probleem dat de individuele instellingen hadden, werd al snel in het overleg bestempeld als gedeeld probleem. Iedereen had met dezelfde druk te maken, was de constatering. Ook werd uitgesproken dat ketenpartners elkaar te weinig opzochten. De informatievoorziening tussen betrokken partijen was niet optimaal en er werd nog te weinig gedaan om elkaar te helpen, was de conclusie.

Ook was er geen eenduidig beleid ten aanzien van SEH-stops. De criteria en wijze waarop dat werd besloten door individuele ziekenhuizen verschilden sterk per ziekenhuis. Bij bepaalde ziekenhuizen besliste personeel van de SEH daarover, bij het andere ziekenhuis vergde dit een besluit van de raad van bestuur.

In het overleg werd onderscheid gemaakt tussen knelpunten voor de korte termijn (bovenstaande punten) en zaken voor de lange termijn, zoals het maken van een plan waarin de afstemming binnen de keten bij problemen die een ketenaanpak behoeven, staat beschreven.

Oordeelsvorming volgens en door Ziekenhuis Gelderse Vallei

Voor het overleg had men in het ziekenhuis het gevoel dat ze er alleen voor stonden en dat de ziekenhuizen teveel alleen met hun eigen problematiek bezig waren zonder al te veel oog te hebben voor de andere ketenpartners. Er was sprake van verhoogde druk op de keten die maakte dat aanvullende afspraken tussen de instellingen nodig waren. De bijeenkomst leidde bovendien over en weer tot meer begrip.

Het probleem was dat de hele regio vol lag en alle ziekenhuizen dus hun eigen broek moesten ophouden. Ziekenhuis Gelderse Vallei deed zijn best om bedden vrij te maken of te creëren. Het moeten doorverwijzen van patiënten naar bijvoorbeeld Limburg voelde niet goed. Het creëren van bedden legde een grote druk op voornamelijk verplegend personeel. De situatie was vooral lastig omdat de problemen zo lang aanhielden en de situatie begin maart steeds nijpender werd (qua uitval en overbelasting van personeel). Daardoor moesten bedden sluiten en lukte het niet om de winterafdeling (die in de planvorming was voorzien) in te stellen.

Oordeelsvorming volgens RAV Gelderland-Midden

Nadrukkelijk werd door de RAV het punt van beschikbaarheid van acute zorg en zorg voor de griepatiënten als gedeeld knelpunt op tafel gelegd.

Ook bracht de RAV het aandachtspunt in om na de problemen rondom de griep niet weer op de oude voet verder te gaan. Vanuit de RAV was behoefte aan een plan om niet opnieuw ad hoc te hoeven bedenken wat je als keten moet doen.

De RAV constateerde in het overleg een grote actiebereidheid. Er werd actief met elkaar meegedacht over oplossingsrichtingen.

6.7.7 Besluitvorming

In het tactisch ROAZ werd de noodzaak uitgesproken elkaar beter informeren. Een belangrijk onderdeel daarvan was dat ziekenhuizen elke middag hun stand van zaken doorgaven aan de meldkamer zodat centraal kon worden gemonitord wat de situatie in de regio was. De meldkamer heeft dit enkele weken gedaan.

Tevens is een afspraak gemaakt over het afkondigen van SEH-stops. De afspraak was dat dit tot een minimum beperkt diende te worden en dat de besluitvorming over het afkondigen van stops hoger (in ieder geval op het niveau van dienstdoend manager) in de organisatie moest komen te liggen.

Naar aanleiding van dit overleg heeft het AZO een memo opgesteld waarin de stand van zaken in de regio, de knelpunten en de gemaakte afspraken stonden. Deze is gedeeld met vertegenwoordigers van het bestuurlijk ROAZ.

De memo is ook naar de huisartsen gestuurd. De huisartsen werden geïnformeerd dat de ziekenhuizen op dat moment met grote drukte kampten en dat het wenselijk was om patiënten zo gespreid mogelijk (niet alleen in de middag) in te sturen. Deze memo was ook bruikbaar voor de VVT-sector en is ook naar de koepels gestuurd.

Na het overleg van het tactisch ROAZ zochten de ziekenhuizen elkaar meer op en gingen elkaar proactiever informeren wanneer een ziekenhuis tegen problemen aan liep.

Besluitvorming volgens en door Ziekenhuis Gelderse Vallei

Een belangrijk gezamenlijk besluit was de afspraak dat een ziekenhuis de SEH niet meer zou sluiten tenzij het echt niet anders kon. In het overleg werd benoemd dat alle partijen een stapje harder moesten gaan lopen om de acute zorg bereikbaar te houden.

Het overleg en de memo van het ROAZ hielpen om intern stevige maatregelen te nemen. Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft een gedeelte van het electief programma afgeschaald. Aangezien artsen al dagelijks waren betrokken bij het continuïteitsvraagstuk werd hen gevraagd deze pijnlijke maatregel te communiceren naar de collega's die minder operaties mochten uitvoeren.

Het ziekenhuis heeft afgestemd met de VVT-sector over verkeerde-bedden-problematiek. Dat probleem leek aanvankelijk substantieel maar bleek in de praktijk gering. Een patiënt leek soms onterecht in het ziekenhuis te liggen, maar na een check bleek de patiënt toch nog niet te zijn uitbehandeld. Het uitplaatsen van patiënten die geen ziekenhuiszorg meer nodig hadden, lukte goed in overleg met de VVT. Vanuit het ziekenhuis is tevens contact opgenomen met zorgverzekeraars om mensen uit te plaatsen naar zorghotels rondom februari.

De situatie hielp om intern beter te kijken naar eigen doorstroom. Intern was het beleid erop gericht om patiënten zo snel mogelijk naar huis te laten gaan. Soms bleek dat toch te snel of kreeg de patiënt onvoldoende thuis- of mantelzorg hetgeen leidde tot heropnames in het ziekenhuis.

Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft extra (ondersteunend en verplegend) personeel ingezet in de griepperiode. Het ziekenhuis is half februari een wervingscampagne voor de griep gestart. Onder andere Christelijke Hogeschool Ede werd benaderd, hetgeen veel reacties opleverde. De campagne was succesvol en is ook na de griep ingezet.

Besluitvorming door RAV Gelderland-Midden

Het overleg leverde prima afspraken op. De situatie verbeterde hierna snel. De informatievoorziening tussen instellingen nam zichtbaar toe. De ontwikkeling van het "drukplan" is ook een zeer positieve uitkomst van de besluitvorming in ROAZ-verband.

Tot slot: na de griepepidemie

In een onderzoek naar informatie-uitwisseling in de keten tijdens onder andere de griepperiode werd geconstateerd dat informatie-uitwisseling en coördinatie gemist werden gedurende de griepepidemie (Visscher & Boersma, 2018). In het tactisch ROAZ is draagvlak gecreëerd voor een ketenbreed plan waarmee de regio aan de slag is gegaan.

In het bestuurlijk ROAZ eind april 2018 werd de conclusie gedeeld dat aanvullende afspraken in de keten nodig waren. Het bestuur gaf de opdracht een "drukplan" op te stellen, mede gericht op de coördinatie tijdens een situatie waarbij sprake is van een langdurig verhoogde zorgvraag. Dit plan is na de zomer 2018 bestuurlijk vastgesteld.

7 Betrokkenheid actoren op landelijk niveau

Bij de aanpak van de zorgcontinuïteitsproblemen was een aantal actoren op landelijk niveau direct of indirect betrokken. Hieronder volgt -zonder de pretentie een volledig beeld te geven- een korte beschouwing van hun rol ten aanzien van dit vraagstuk. Evenals hoofdstuk 6 is dit hoofdstuk gebaseerd op deskresearch en interviews met betrokken organisaties.

7.1 Betrokkenheid op hoofdlijnen Ministerie van VWS

Het Ministerie van VWS was reeds voorafgaand aan de griepepidemie bezig met het vraagstuk van drukte in de acute zorg. Bepaalde maatregelen die hieronder worden genoemd, waren al eerder in gang gezet. Dat zal er expliciet bij worden genoemd.

De minister van Medische Zorg, minister Bruins, werd op 7 maart 2018 door de Tweede Kamer der Staten-Generaal per brief verzocht deze te informeren over grote drukte in de zorg. De minister heeft op 14 maart 2018 geantwoord middels een brief (Kamerstukken II, 29 247, nr. 255, 2018). Hij geeft in zijn brief aan dat ziekenhuizen kampen met personeelstekorten en uitval van personeel door griep. In de brief geeft de minister tevens een verklaring voor de drukte. Die heeft vooral te maken met het feit dat veel bedden (IC en kliniek) in ziekenhuizen nodig zijn voor met name ouderen met luchtwegklachten, aldus LNAZ (Kamerstukken II, 29 247, nr. 255, 2018). Tevens is sprake van stagnatie in de uitstroom uit het ziekenhuis richting de vervolgzorg die ook overbelast is. Volgens LNAZ is hierdoor een disbalans ontstaan tussen zorgvraag en zorgaanbod. Daarnaast wijst de minister erop dat zorginstellingen kampen met personeelstekorten. Dat probleem speelde al enige tijd.

Verder schrijft minister Bruins in de brief van 14 maart 2018 dat de situatie in de regio's wordt gemonitord en dat in veel regio's overleg plaatsvindt tussen betrokken ketenpartners (Kamerstukken II, 29 247, nr. 255, 2018).

Minister Bruins kondigt in deze brief aan dat reeds verschillende acties lopen om de problemen het hoofd te bieden. Hij geeft aan dat hij de volgende maatregelen zal nemen om de acties die reeds in gang zijn gezet te ondersteunen (Kamerstukken II, 29 247, nr. 255, 2018):

- a) De minister heeft de NZa verzocht om bij de zorgverzekeraars te checken wat hun beeld is van de situatie en wat zij samen met ketenpartners doen om de problemen het hoofd te bieden;
- b) De minister geeft aan in overleg te zullen treden met LNAZ, ZN en ActiZ om de uitstroom uit ziekenhuizen richting VVT-sector te versoepelen;
- c) De minister geeft aan met bovenstaande partijen te zullen bespreken hoe de zorg in de regio beter kan worden voorbereid op dergelijke griepepidemieën.

Op 22 maart 2018 vond het genoemde overleg plaats (zie punt b hierboven) onder leiding van de minister van medische zorg waarbij de LNAZ, Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ aanwezig waren. Doel van het overleg was om gezamenlijk na te denken over oplossingen om de drukte in de acute zorg naar aanleiding van de griep te beteugelen. Dit heeft geresulteerd in afspraken voor de korte en lange termijn (NVSHA, 2018b).

Ten aanzien van de korte termijn is afgesproken dat de VVT-sector waar nodig meer capaciteit zal organiseren voor vervolgzorg. De zorgverzekeraars zullen in overleg gaan met partijen die problemen ondervinden qua financiering en druk op de organisatie.

Tot slot: na de griepepidemie

Ten aanzien van de lange termijn zijn door de minister van Medische Zorg verschillende afspraken gemaakt met de LNAZ, ZN en ActiZ. Hieronder volgen de belangrijkste:

Met LNAZ is afgesproken dat de regio's beter moeten zijn voorbereid op situaties zoals ontstaan door de griepepidemie. De ROAZ'en hebben de toezegging gedaan dat het griepseizoen 2017-2018 zal worden geëvalueerd en dat ROAZ-regio's een plan voor dergelijke situaties zullen opstellen. Als aandachtspunt is door LNAZ benoemd dat extra capaciteit bij piekbelastingen zoals bij griepepidemieën moet worden gerealiseerd.

Om uitval van personeel binnen zorginstellingen door griep in het vervolg te beperken, hebben LNAZ en ActiZ toegezegd hun achterban (zorginstellingen binnen de acute zorg en ouderenzorg) te zullen stimuleren om een groter deel van het zorgpersoneel tegen de griep te laten vaccineren.

Op 4 april 2018 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport een algemeen overleg gehouden over (onder andere) de wachttijden in de acute zorg door de griepproblematiek en de uitstroomproblematiek uit het ziekenhuis richting de VVT-sector (Kamerstukken II 29 247, nr. 259, 2018). Daarin heeft de minister van VWS de hierboven genoemde korte en lange termijnoplossingen voor de geconstateerde knelpunten gepresenteerd aan de commissie.

Het Ministerie van VWS was van mening dat de oplossingen voor de problemen rondom de griep vooral op regionaal niveau lagen. Vooral het ROAZ was volgens het Ministerie van VWS de aangewezen entiteit om een coördinerende rol te spelen in de aanpak op regionaal niveau. Of zoals de minister tijdens het algemeen overleg aangaf: "Samenwerking binnen de regio om de acute zorg goed te organiseren is namelijk nu al een verplichting. Die verantwoordelijkheid ligt bij het ROAZ. Ziekenhuizen en ambulancediensten moeten er samen met de andere partijen in het ROAZ voor zorgen dat er 24/7 een werkend systeem voor acute zorg in de regio is. Ik zie en merk ook – dat beluister ik in de gesprekken met ROAZ'en en met de landelijke koepel – dat zij een steeds stevigere positie in de regio innemen. Hun rol tijdens de griepepidemie is een goed voorbeeld" (Kamerstukken II 29 247, nr. 259, 2018, p. 16).

De minister van VWS heeft daarnaast ingezet op een meer eenduidige rol van het ROAZ. Het voorbereiden van een algemene maatregel van bestuur om de rol van het ROAZ te versterken, is reeds in november 2017 in gang gezet aldus de minister van VWS (Kamerstukken II 29 247, nr. 259, 2018). Ook zal de VVT-sector een vaste positie krijgen in het ROAZ.

Tot slot is nog de moeite waard te vermelden dat in het algemeen overleg van 4 april de minister van VWS aangaf met het RIVM te zullen bespreken hoe de vaccinatiegraad onder zorgpersoneel kan worden verbeterd door middel van een betere informatievoorziening richting zorgpersoneel.

7.2 Betrokkenheid op hoofdlijnen zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars hebben op verzoek van de NZa de situatie in de regio's waar zij actief zijn gemonitord (zie ook paragraaf 7.1). De zorgverzekeraars hebben bij de NZa gemeld dat er geen signalen vanuit ziekenhuizen of verzekerden binnen waren gekomen die erop wezen dat er onvoldoende (tijdige) zorg werd geleverd (NZa, 2018c). Wel constateerden de zorgverzekeraars dat er grote druk stond op zorgverleners en er capaciteitsproblemen in ziekenhuizen optraden door de griep. Dit leidde volgens hen echter niet tot continuïteitsproblemen in de zorg (NZa, 2018c).

Tijdens de griepperiode hebben de zorgverzekeraars aanvullende maatregelen genomen om de gevolgen van de griepepidemie te beperken. De belangrijkste maatregelen waren (NZa, 2018c):

1. Onderhouden van contact met (onder andere) ziekenhuizen. Zorgverzekeraars hebben daar waar nodig maatregelen die ziekenhuizen namen, ondersteund;
2. Daarnaast hebben zorgverzekeraars bevorderd dat electieve, niet-urgentie zorg door ziekenhuizen werd uitgesteld ten behoeve van de acute zorg;
3. Daar waar mogelijk hebben zij doorstroming naar de vervolgzorg (zoals ELV) vanuit het ziekenhuis gesteund. De oprichting van de AZA in Rotterdam (zie paragraaf 6.) is daar een voorbeeld van.

Tot slot: na de griepepidemie

Ten aanzien van het derde punt hebben zorgverzekeraars met het Ministerie van VWS afgesproken dat zij in heel Nederland regionale coördinatiepunten¹² zullen inrichten waar huisartsen en ziekenhuizen op ieder moment kunnen aankloppen wanneer zij een patiënt willen overdragen richting vervolgzorg (Kamerstukken II, 29 247, nr. 255, 2018). Via het coördinatiepunt wordt een passend bed gezocht in de vervolgzorg, zoals ELV.

7.3 Betrokkenheid op hoofdlijnen NZa

Zoals eerder in hoofdstuk 5 te lezen was, heeft de NZa de rol van toezichthouder op de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Ook tijdens de griepepidemie vervulde de NZa deze rol. Naar aanleiding van berichtgeving in media dat er grote drukte speelde bij verschillende SEH's in Nederland heeft de NZa tien zorgverzekeraars tijdens de griepperiode gevraagd de situatie in de regio's waar zij actief zijn te monitoren (zie ook paragraaf 7.2). Wekelijks gedurende een periode van vier weken hebben de zorgverzekeraars een update gegeven aan de NZa (NZa, 2018c).

De NZa heeft de beschikking over verschillende mogelijkheden (zoals het geven van waarschuwingen of het opleggen van boetes) om zorgverzekeraars ertoe bewegen hun verantwoordelijkheid op te pakken. Tijdens de griepperiode hebben de zorgverzekeraars hun rol voldoende opgepakt en konden zij voldoen aan hun zorgplicht. Het inzetten van aanvullende maatregelen door de NZa was niet nodig.

7.4 Betrokkenheid op hoofdlijnen LNAZ

LNAZ speelde geen directe rol tijdens het griepseizoen van '17-'18. Wel kreeg LNAZ van verschillende leden het signaal dat de zorgsector behoorlijk werd overvallen door de heftig verlopende griep. Maandelijks vond regulier overleg plaats met de leden (vanuit de 11 ROAZ-regio's) waar de situatie rondom de griep werd besproken. Er werd geconstateerd dat de oplossing voor het probleem vooral binnen de grenzen van de regio moest worden gezocht. De afspraak is gemaakt dat aangrenzende regio's elkaar zouden opzoeken en informeren indien nodig.

LNAZ beschikte over kwalitatieve informatie vanuit zijn leden over drukte in regio's. Er waren geen cijfermatige overzichten, maar op hoofdlijnen kon LNAZ een beeld te schetsen van de stand van zaken binnen de acute zorg tijdens de griepepidemie in Nederland via zijn leden (de 11 ROAZ'en).

LNAZ constateerde op basis van ervaringen in het verleden dat griep meestal gepaard gaat met extra drukte in het winterseizoen. Deze epidemie was wel wat heftiger en duurde langer dan gemiddeld. Daardoor was de impact op de zorg aanzienlijk. LNAZ constateerde dat de acute zorg sowieso al onder druk staat door problemen aan de zorgaanbodkant (schaarste personeel) maar ook aan zorgvraagkant, hetgeen vooral wordt veroorzaakt door de vergrijzende samenleving.

Tot slot: na de griepepidemie

¹² Niet specifiek voor griep, maar voor de versoepeling van de uitstroom vanuit het ziekenhuis richting vervolgzorg in het algemeen

Na de griep epidemie is de voorbereiding op dergelijke situaties in alle regio's opgepakt op verzoek van het Ministerie van VWS. Onder voorzitterschap van LNAZ zijn alle ROAZ-regio's bijeen gekomen na griep en hebben zij elkaar geïnformeerd over hun aanpak. Vervolgens is een plan/ een blauwdruk opgesteld. Dit is afgestemd met Actiz, ZN, het RIVM en GGDGHOR Nederland. Het maken van afspraken in de keten zijn van belang om de zorg slimmer te organiseren, aldus LNAZ. De schaal van het ROAZ is volgens LNAZ passend om situaties zoals tijdens de griep epidemie af te stemmen, maar regio's kunnen er ook voor kiezen om een ander afstemmingsmodel hiervoor te gebruiken. LNAZ constateerde tijdens de griep epidemie dat veel issues tussen zorginstellingen op subregionale schaal werden afgestemd.

LNAZ pleit ervoor instrumentarium te implementeren binnen de regio's om de capaciteit binnen de zorg te monitoren. Dat leidt tot meer inzicht in waar de drukte op een bepaald moment speelt, zodat hier met maatregelen op kan worden ingespeeld om deze te beperken.

Ook over zeer praktische zaken kunnen ketenpartners afspraken maken, zoals het vervoer tussen instellingen plannen op een slimmer (minder druk) tijdstip. Ook bijvoorbeeld ervoor zorgen dat huisartsen niet alleen in de middag visite lopen, kan ertoe leiden dat instroom in het ziekenhuis beter wordt gereguleerd.

Tot slot benadrukt LNAZ dat solidariteit tussen de ziekenhuizen nodig is. Het is niet de bedoeling dat een bepaald ziekenhuis het electief programma afschaalt en de druk van andere ziekenhuizen opvangt die dat niet doen. Ook daarover kunnen op regionaal niveau afspraken worden gemaakt om tot meer eenduidige maatregelen te komen.

7.5 Betrokkenheid op hoofdlijnen NIVEL en RIVM

Ook tijdens de griep epidemie van 2017-2018 vormden de wekelijkse influenza-updates van het NIVEL een belangrijke bron van informatie ten aanzien van het vóórkomen van influenzavirussen in Nederland. Deze updates betroffen steeds de incidentie van griep in de voorgaande week.

De beide kennisinstituten konden en kunnen echter geen voorspelling doen ten aanzien van de ontwikkeling van de epidemie qua duur en hevigheid. Volgens griepdeskundige Wim van Hoek is het lastig om een voorspelling te doen van de hevigheid van het aankomend griepseizoen (Hermans & Tetelepta, 2018). Saverio Caini (2018) wijst er in zijn proefschrift op dat het ook zeer lastig is te voorspellen welke influenzastammen het komend griepseizoen dominant zullen worden.

Tot slot: na de griep epidemie

Na de griep epidemie van 2017-2018 heeft het Ministerie van VWS het RIVM verzocht te adviseren over het verhogen van de vaccinatiegraad onder zorgpersoneel en over het type griepvaccin dat Nederland dient te gebruiken. Op 4 september 2018 is het OMT bijeengekomen om hierover advies uit te brengen. Het OMT heeft geadviseerd om de vaccinatiegraad onder zorgpersoneel te verhogen, het liefst naar 100% (RIVM, 2018c). Daarnaast heeft het OMT drie verschillende scenario's gemaakt ter overweging aan het BAO om in de toekomst gebruik te gaan maken van een quadrivalent¹³ griepvaccin of gebruik te blijven maken van het trivalent¹⁴ vaccin in het griepvaccinatieprogramma.

Het BAO is op 20 september 2018 bijeen geroepen door de directeur-generaal Volksgezondheid om het OMT-advies te bespreken (Ministerie van VWS, 2018a). Het BAO heeft het advies van het OMT overgenomen om te streven naar een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad binnen zorginstellingen. Met name een goede voorlichting hierover achtte het BAO van belang. Het BAO adviseerde de

¹³ Een vaccin waarin 2 influenza A-stammen en 2 influenza B-stammen zijn opgenomen.

¹⁴ Een vaccin waarin 2 influenza A-stammen en 1 van de 2 influenza B-stammen zijn opgenomen. Het quadrivalente vaccin biedt een betere bescherming tegen influenza B-virussen.

bewindslieden van VWS in de toekomst gebruik te maken van het quadrivalente vaccin in het griepvaccinatieprogramma. Dat advies is overgenomen.

8 Analyse onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van de resultaten van het deskresearch en de interviews. Deze analyse is opgesteld op basis van het in paragraaf 4.3 weergegeven analysekader. In paragraaf 8.1 wordt de impact van de griep epidemie op de keten als geheel en de instellingen daarbinnen geschetst. Vervolgens wordt in paragraaf 8.2 op hoofdlijnen geanalyseerd hoe de onderzochte regio's zich hebben voorbereid op de griep epidemie. De aanpak van de ketenproblematiek op hoofdlijnen door de onderzochte regio's wordt geanalyseerd in paragraaf 8.3. In paragraaf 8.4 wordt beschouwd in hoeverre de regio's procesmanagement hebben toegepast. Hoe de betrokken regio's zijn omgegaan met informatiemanagement en hoe zij de beeldvorming hebben gedaan tijdens de ketenoverleggen, is onderwerp van paragraaf 8.5. De knelpunten die de ketenpartners gezamenlijk hebben benoemd in de oordeelsvorming tijdens de overleggen zijn weergegeven in paragraaf 8.6. Hoe de gezamenlijke besluitvorming in ketenverband is verlopen, kunt u lezen in paragraaf 8.7. In die paragraaf wordt tevens ingegaan op enkele *best practices*; bijzondere maatregelen die in ketenverband of door instellingen zijn genomen om zorgcontinuïteitsproblemen te reduceren. In paragraaf 8.8 wordt de rol van het nationale niveau bij de griep epidemie beschouwd. Tenslotte wordt in paragraaf 8.9 beschreven wat de griep epidemie aan positieve ontwikkelingen heeft opgeleverd (de crisis als kans).

8.1 Impact griep op de keten en haar instellingen

In alle onderzochte regio's traden continuïteitsproblemen op door de griep. De mate waarin dat gebeurde, verschilde per regio. In een aantal regio's speelden al structurele capaciteitsproblemen, vooral bij de ziekenhuizen en ambulancediensten. Vooral in de randstad is zorgcontinuïteit van ziekenhuizen op reguliere basis een aandachtspunt. In hoofdstuk 5 was te lezen dat vooral ziekenhuizen kampen met veel uitval van zorgpersoneel en met lastig vervulbare vacatures.

Samenvattend traden tijdens de griep epidemie van 2017-2018 de volgende problemen op binnen de geneeskundige keten:

- Veel zorginstellingen kampten in meer of mindere mate met uitval van het eigen personeel.
- Vanuit huisartsen, V&V-instellingen en soms vanuit ambulancehulpverlening werden meer zieken doorverwezen of vervoerd naar het ziekenhuis. Soms werd op sociale indicatie doorverwezen omdat er onvoldoende (mantel/thuis)zorg in de directe omgeving van de patiënt beschikbaar was.
- De ziekenhuizen, vooral de SEH, de kliniek en de IC stroomden vol door de verhoogde aanwas van (ernstig) zieke patiënten naast de reguliere instroom in het ziekenhuis.
- Ziekenhuizen slaagden er moeizaam in hun patiënten te laten uitstromen richting VVT-instellingen. Ook de VVT-sector kampte met uitval van personeel. Dit leidde ertoe dat de ziekenhuizen uitbehandelde patiënten soms zeer moeizaam konden uitplaatsen richting passende vervolgzorg.
- Door grote drukte op de SEH of ophoping van patiënten in de kliniek en de IC moesten ziekenhuizen frequenter (tijdelijke) SEH-stops afkondigen omdat ze de patiëntenstroom niet langer konden verwerken in het ziekenhuis.
- Het afkondigen van SEH-stops leidde ertoe dat ambulances soms veel verder moesten rijden om hun patiënt op een SEH te krijgen. Ook leidde drukte ertoe dat ambulances soms lang moesten wachten om hun patiënt overgedragen te krijgen. Hierdoor kwam in verschillende regio's de (reguliere) ambulancehulpverlening in het geding. Tijdens piekbelastingen waren in sommige regio's geen of zeer weinig ambulances inzetbaar voor spoedgevallen.

- De zorgkwaliteit kwam in het geding. Patiënten moesten soms op de SEH (al dan niet in de gang) overnachten. Soms lag een patiënt lang in de ambulance te wachten voordat hij/zij aan de SEH kon worden overgedragen. En door de drukte kregen patiënten minder aandacht dan in rustiger situaties het geval zou zijn.

In de opsomming hierboven worden de onderlinge afhankelijkheden in de keten zichtbaar. De zorgsector is een complex systeem waarin het zeer lastig is om goed zicht te krijgen in waar zich knelpunten voordoen in de patiëntstromen en waar ruimte ligt (qua capaciteit) om de knelpunten op te lossen. Door de dynamiek in de zorg kan het op het ene moment relatief rustig zijn terwijl een uur later de situatie volledig anders kan zijn.

Ziekenhuizen zijn bovendien vaak elkaars directe concurrenten. Het openlijk en proactief delen van informatie met andere ziekenhuizen lag gevoelig (meer daarover in paragraaf 8.5).

Naast de uitvoeringsorganisaties binnen de zorgsector is ook een aantal actoren op landelijk niveau betrokken. Er is echter geen partij in het systeem met volledige doorzettingsmacht die aan zorginstellingen kan opdragen wat zij moeten doen. De betrokken partijen zijn (naast zelf verantwoordelijk voor de eigen bedrijfsvoering) op (sub)regionaal niveau afhankelijk van elkaar om samen bepaalde problemen te verhelpen.

Wat blijkt uit de impact die de griep had op de acute zorg in heel Nederland en de ketenpartners daarbinnen is dat de acute zorg kwetsbaar is. Een respondent vergelijkt de situatie waar de acute zorg zich in bevindt treffend met een drukke snelweg. Er hoeft maar iets kleins te gebeuren -regen of een auto met pech- en de snelweg loopt vast.

8.2 Voorbereiding op griep

Vorbereiding op ketenniveau

De wijze waarop en de mate waarin de zorgketen als geheel en de instellingen daarbinnen zich hadden voorbereid op situaties, zoals veroorzaakt door de griep, verschilden sterk per regio. Slechts één van de zeven onderzochte regio's -het Traumacentrum ZWN- had een specifiek plan gemaakt ten behoeve van de coördinatie bij een griepepidemie.

De aanpak van deze regio was zeer robuust te noemen. Het stafbureau heeft tijdens een bestuurlijk ROAZ de impact van een realistisch maatgevend scenario van de aankomende griepepidemie (2017-2018) op de zorg geschetst. Daar schrokken de bestuurders van. Hierop heeft het stafbureau de opdracht gekregen om een beheersplan voor scenario griepepidemie op te stellen. Meerdere stappen zoals worden onderscheiden in het BCM-model (figuur 3) zijn gevolgd in voorbereiding op scenario griepepidemie. De regio heeft duidelijk aandacht besteed aan fase 1: de impactanalyse. Ook fase 2: het risicoassessment heeft de regio meegenomen in het beheersplan. De regio heeft in mindere mate aandacht besteed aan fase 3: het maken van een bedrijfscontinuïteitsstrategie en fase 4: herstelprocedures, in de zin dat geen complete strategie is uitgewerkt om continuïteitsproblemen te beheersen. Wel zijn maatregelen beschreven om de situatie te kunnen monitoren. Een uitraagprotocol met eenduidige definities en een kleurcodering (voor zowel zorginstellingen als de keten) was reeds voor de epidemie uitgedacht. Aan de hand van een escalatieladder is duidelijk geformuleerd wie wanneer in beeld komt ten aanzien van de coördinatie. Daarin werd voorzien in een helder mandaat aan het ROAZ om de coördinerende rol te vervullen. De regio heeft onder andere de voorzitters tactisch en strategisch team en de ondersteuners opgeleid en getraind om adequaat invulling te kunnen geven aan het uitvoeren van het beheersplan (fase 5: oefenen en testen). Na de griepepidemie is de regio aan de slag gegaan met fase 6: het bijstellen en actualiseren van het beheersplan.

De andere regio's hadden geen regionaal plan ter voorbereiding op een zware griep epidemie. Sommige regio's hebben gebruik gemaakt van bruikbare onderdelen van (al dan niet verouderde) pandemieplannen.

Twee GHOR-regio's namen de ervaring van het griepseizoen 2016-2017 mee in de voorbereidingen. Ook dat seizoen was behoorlijk heftig. De regio Kennemerland heeft in een overleg begin 2017 afgesproken de ketenpartners bijeen te zullen roepen in december 2017 ter voorbereiding op griepseizoen 2017-2018. De GHOR NHN heeft afspraken gemaakt met de afdeling infectieziektenbestrijding van de GGD om vroegtijdig te gaan monitoren en een LCMS GZ-activiteit te activeren. De meeste ketenpartners hebben toegang tot het systeem gekregen en kregen uitleg over het gebruik.

De regio's die geen plan beschikbaar hadden, kwamen weliswaar tot maatregelen (zie paragraaf 8.7), maar wel werd in de ketenoverleggen van verschillende regio's geconstateerd dat een plan met heldere afspraken over coördinatie en maatregelen nodig was voor een integrale aanpak van de continuïteitsproblemen.

Vorbereiding door zorginstellingen

In deze subparagraaf worden enkele voorbeelden uitgewerkt van voorbereidingsinspanningen door zorginstellingen.

Verschiedende ziekenhuizen hebben voorbereidingen getroffen specifiek ten behoeve van het beheersen van griep. Voorafgaand aan de griep epidemie was nagedacht over de impact van griep op één van de geïnterviewde ziekenhuizen (fase 1 en 2 BCM). Het ziekenhuis heeft het instellen van een griepafdeling uitgewerkt om beter voorbereid te zijn op een griep epidemie (fase 3 en 4 BCM). Tijdens de griep epidemie van 2017-2018 is deze daadwerkelijk geopend. Het voordeel hiervan was dat patiënten op een aparte afdeling worden geïsoleerd van andere patiënten zodat zij anderen niet konden besmetten. Ook hebben bepaalde ziekenhuizen de inzet van sneldiagnostiek op de SEH voorbereid. Een belangrijk voordeel van deze maatregel was dat snel influenza kon worden aangetoond of uitgesloten. Daardoor hoefde iemand die geen influenza had niet nodeloos lang in isolatie te worden geplaatst.

Daarnaast zijn nog enkele niet specifiek op griep gerichte maatregelen de moeite van het vermelden waard:

- In meerdere ziekenhuizen zijn systemen ontwikkeld om een actueel overzicht van de eigen bedden inzichtelijk te maken. Dat heeft als voordeel dat het ziekenhuis beter kan sturen op de eigen capaciteit. Ook leidt het ertoe dat artsen kritischer kijken naar ontslag van de patiënt wanneer de instelling richting de maximaal bezette capaciteit gaat om bedden vrij te maken.
- Niet alle geïnterviewde ziekenhuizen gaven aan moeite te hebben gehad met het laten uitstromen van patiënten richting de VVT-sector. Bepaalde ziekenhuizen hadden al eerder geïnvesteerd in goede relaties tussen het ziekenhuis en de omliggende VVT-instellingen. Dat leidde ertoe dat zij hun patiënten makkelijk konden overdragen (al dan niet via een beddencoördinatiepunt) tijdens de griep epidemie.

Op de geïnterviewde ziekenhuizen die bovengenoemde griepspecifieke en algemene voorbereidende maatregelen hebben genomen, was de impact van de griep kleiner in vergelijking met andere ziekenhuizen die tijdens de griep epidemie vergaande maatregelen moesten nemen (zoals uitstellen van electieve zorg).

Oefenen en testen planvorming

Verschillende regio's hebben ketenbreed geoefend met het scenario pandemie (dat potentieel ernstiger kan verlopen dan de gemiddelde griepedemie). Dat leidde er volgens verschillende respondenten toe dat ketenpartners elkaar beter leerden kennen en leerden samenwerken in ketenverband.

Maar wat levert voorbereiding (planvorming en oefenen) daadwerkelijk op?

Het is niet mogelijk om in harde cijfers uit te drukken wat een goede voorbereiding op een griepedemie oplevert. Waren de problemen in de regio's minder groot geweest als de keten als geheel en de zorginstellingen alle een uitgewerkt en beoefend plan hadden gehad? Het geheel overziend lijkt het gerechtvaardigd om te stellen dat voorbereiding tot op zekere hoogte helpt om (ketenbrede) zorgcontinuïteitsproblemen te reduceren. De vraag in ROAZ-regio ZWN wie de coördinerende rol zou moeten spelen, was niet aan de orde. Het ROAZ was in de lead. In die regio konden onder duidelijke regie van het ROAZ vergaande maatregelen worden genomen in ketenverband (zie paragraaf 8.7). In andere regio's was vooral de constatering dat zij een plan en afspraken misten.

Ook ontstaat de indruk dat ziekenhuizen die zich goed hebben voorbereid, minder last hebben ervaren van de griepedemie.

8.3 Aanpak griepedemie op hoofdlijnen

Tussen de regio's zaten grote verschillen in de wijze van afstemming in de keten en de frequentie daarvan. Alle onderzochte regio's hebben op een gegeven moment met betrokken ketenpartners overlegd op tactisch en/of strategisch niveau.

Bij vier van de regio's heeft alleen afstemming op tactisch niveau plaatsgevonden. De andere drie regio's hebben naast overleg op tactisch niveau, ook op bestuurlijk niveau overleg gevoerd over de aanpak van de zorgcontinuïteitsproblemen.

Vier regio's hebben meerdere overleggen georganiseerd om de problemen ontstaan door de griep in ketenverband te bespreken.

Drie van de onderzochte regio's hebben proactief gemonitord om vroegtijdig problemen te kunnen signaleren. Bij de andere regio's heeft op een gegeven moment een instelling (ziekenhuis of ambulancedienst) bij de coördinerende instantie aan de bel getrokken dat er een probleem in de keten speelde. Bij één regio kwam het signaal uit de media dat ziekenhuizen problemen ervoeren. De regio's die een signaal kregen van een instelling of vanuit de media hebben een belronde gemaakt om dit signaal te verifiëren waarna het ketenoverleg is georganiseerd.

Crisis of niet? ROAZ of GHOR?

Bij drie van de zeven onderzochte regio's heeft de GHOR overleg tussen de betrokken ketenpartners gefaciliteerd. Bij vier andere onderzochte regio's heeft het ROAZ –ondersteund door zijn stafbureau– die taak vervuld.

De vraag is wie formeel betrokken is bij het zorgcontinuïteitsvraagstuk. Hieronder volgen nogmaals de definities van het begrip crisis:

“Een situatie waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden aangetast” (Wvr, art. 1).

“Een noodsituatie waarbij het functioneren van een organisatie (ernstig) verstoord raakt en de kritische bedrijfsprocessen, de continuïteit van zorg, de veiligheid van mensen en de reputatie ernstig worden bedreigd” (LNAZ, 2016, p.9).

Afhankelijk van de interpretatie van beide definities kan men beargumenteren dat geen sprake was van een crisis oftewel dat sprake was van een reguliere situatie. Er wordt bijvoorbeeld wel vaker een SEH-stop afgekondigd door een ziekenhuis zonder dat direct sprake is van een crisis. Een ambulance moet wel vaker verder rijden om zijn patiënt kwijt te kunnen op de SEH. Een medische (electieve) ingreep bij een patiënt wordt wel vaker uitgesteld.

Aan de andere kant is net zo makkelijk te beargumenteren dat wel degelijk sprake was van een crisis, zowel vanuit de definitie uit de Wvr als conform de definitie van LNAZ. Het vitale belang van een goed werkend zorgsysteem stond wel degelijk onder druk. Op zijn minst was sprake van hinder voor betrokken ketenpartners en patiënten. De (snelle) toegankelijkheid van zorg was niet meer gegarandeerd voor alle patiënten. Vanuit verschillende zorginstellingen werd het signaal gegeven dat het water aan de lippen stond. Het systeem piepte en kraakte. De kwaliteit van zorg kwam in het gedrang. Daarnaast was onduidelijk hoeveel groter de problemen potentieel konden worden.

In twee van de zeven onderzochte regio's is expliciet de vraag aan de orde geweest of hier sprake was van een crisis of niet. Doel van het stellen van die vraag was om te bepalen wie de coördinerende rol zou moeten spelen: de GHOR of het ROAZ. In de regio's waar die vraag werd gesteld, was men het erover eens dat er geen sprake was van een crisis waarbij de GHOR de coördinerende rol op zich zou moeten nemen. In het stadium waarin de regio's verkeerden, is gekozen voor het ROAZ. Als de problemen nog groter zouden worden, zou de GHOR wellicht wel meer in de coördinerende rol zijn gezet.

De GHOR Kennemerland bijvoorbeeld, gaf aan geen formele rol te hebben maar gaf aan het belangrijk te vinden dat de ketenpartners bijeen kwamen om de knelpunten te bespreken om de zorgcontinuïteit te verbeteren.

Hieronder worden beknopt enkele argumenten opgesomd ter overweging bij het coördinatievraagstuk:

Argumenten voor coördinatie door ROAZ	Argumenten voor coördinatie door GHOR
Het ROAZ is het reguliere podium waar ketenpartners op tactisch en bestuurlijk niveau bijeen komen	De GHOR is gewend met crisissituaties en crisioverleg om te gaan
Het ROAZ is het podium van de zorginstellingen zelf	De GHOR heeft 24/7 crisisfunctionarissen beschikbaar voor crisissituaties
Het ROAZ maakt ook regulier afspraken over het toegankelijk houden van de zorg e.d.	De GHOR kan desgewenst opschalen (naar bijvoorbeeld een actiecentrum) om meer functionarissen te betrekken indien nodig
Afhankelijk van de interpretatie: er is sprake van reguliere zorg (alleen meer drukte dan normaal)	Afhankelijk van de interpretatie: er is sprake van een (dreigende) crisissituatie

Tabel 4: overweging ROAZ of GHOR in coördinerende rol

Aangezien de taken van het ROAZ en de GHOR in elkaars verlengde liggen en niet makkelijk te stellen is waar de taak van de één begint en die van de ander ophoudt, is het van belang om elkaar te actief betrekken bij dergelijke problematiek. Dat gebeurde ook. In regio's waar het ROAZ de overleggen faciliteerde, was ook de GHOR uitgenodigd. In regio's waarbij de GHOR overleg faciliteerde, was het stafbureau van het ROAZ vertegenwoordigd.

8.4 Proces- en netwerkmanagementmanagement

Aangezien het proces en de inhoud soms lastig van elkaar zijn te scheiden en met elkaar kunnen samenhangen, wordt in deze paragraaf een analyse gemaakt van de opbrengsten van het onderzoek en de theorie uit paragraaf 4.2. Ook in de volgende paragrafen van dit hoofdstuk die gaan over beeld-, oordeels- en besluitvorming wordt een koppeling gemaakt met deze theorie.

De regio's hebben alle op eigen wijze vorm gegeven aan het procesmanagement ten behoeve van de afstemming in ketenverband. Veelal zijn bestaande netwerkstructuren en afstemmingsgremia gebruikt als podium om gezamenlijk met betrokken ketenpartners de problemen te bespreken en daar waar mogelijk oplossingen te formuleren. Behalve in de regio ZWN waar al in het beheersplan een duidelijk mandaat was vastgelegd over de coördinerende functie in de keten, was het voor veel regio's zoeken naar hun rol.

Alle regio's hebben overleg gevoerd met de betrokken ziekenhuizen en de RAV. In veel regio's was ook de huisartsenzorg uitgenodigd. Meerdere regio's hebben ook vertegenwoordigers vanuit de VVT-sector laten afvaardigen in het overleg. Een enkele regio heeft de betrokken zorgverzekeraar(s) uitgenodigd. In andere regio's heeft daarmee wel afstemming plaatsgevonden, maar bewust na het ketenoverleg. In de regio's waar de GHOR het overleg heeft georganiseerd en heeft voorgezeten, is ook de traumaregio (Netwerk Acute Zorg NW of Spoedzorgnet) uitgenodigd.

Alle regio's hebben van tevoren een agenda opgesteld ten behoeve van het ketenoverleg en hebben deze rondgestuurd naar de genodigden. De agenda volgde vrijwel overal de BOB-structuur. Bij verschillende regio's was het doel voornamelijk om de stand van zaken, reeds door de instellingen genomen maatregelen en knelpunten in kaart te brengen. Sommige regio's hebben zich tot doel gesteld daadwerkelijk maatregelen te nemen om de knelpunten waar mogelijk te adresseren.

Meerdere regio's hebben geïnvesteerd in commitment bij betrokken ketenpartners. In het beheersplan van TCZWN was duidelijk geformuleerd dat het tactisch team vanaf escalatieniveau oranje¹⁵ op regionaal niveau met betrokken zorgpartners zou gaan zoeken naar consensus voor gecoördineerde maatregelen. Zoals eerder gesteld, hebben vier regio's de zorgcontinuïteitsproblemen alleen op tactisch niveau besproken. De bestuurders zijn meestal wel geïnformeerd door de betrokken ketenpartners.

Met name in de gevallen dat de GHOR de faciliterende rol heeft vervuld (bijenbrengen van ketenpartners en het vervullen van de voorzittersrol) werd ketenbrede beeldvorming tot voornaamste doel benoemd. De regio Amsterdam-Amstelland had tevens tot doel om met elkaar te komen tot maatregelen. Daar waar het ROAZ de ketenoverleggen heeft gefaciliteerd, was de doelstelling breder en werd nadrukkelijker aangestuurd op gezamenlijke maatregelen en afspraken.

De aanpak was vooral gebaseerd op procesmanagement. Verschillende regio's hebben vooraf het belang van de ketenafstemming benadrukt. Ook waar de keten op zeer korte termijn bijeen werd geroepen, zoals in Noord-Nederland, was nagenoeg iedere organisatie vertegenwoordigd omdat het belang van de afstemming duidelijk werd aangegeven. De coördinerende instanties (ROAZ of GHOR) hebben geïnvesteerd in helder proces. Er is -in termen van Ten Heuvelhof (2018)- in de verschillende regio's veel ruimte geboden voor inbreng van alle actoren en er is niet eenzijdig besloten. Ook werden de kernwaarden van zorginstellingen (zoals bijvoorbeeld het beschermen van bedrijfsgevoelige informatie) gerespecteerd.

¹⁵ In die fase loopt de regionale zorgcontinuïteit eventueel vast zonder aanvullende gecoördineerde maatregelen (Traumacentrum ZWN, 2018a)

In geen van de regio's heeft de coördinerende partij -de GHOR of het ROAZ- de *command & control*-rol aangenomen, waarbij een allesbepalende actor aan de verschillende ketenpartners opdroeg wat zij moesten gaan doen. Er was eerder sprake van een zoekproces samen met de betrokken ketenpartners, zowel ten aanzien van het proces als de inhoud. De leiderschapsstijl van de personen die de overleggen voorzaten, sloot hier soms expliciet op aan. In meerdere regio's heeft de voorzitter van het ketenoverleg zeer duidelijk de bal bij de ketenpartners neergelegd, zowel ten aanzien van het formuleren van de knelpunten als ten aanzien van het gezamenlijk nadenken over oplossingen voor deze knelpunten (zie verder paragraaf 8.6). Er werd in bepaalde regio's die tot vergaande maatregelen kwamen een klimaat geschapen waarin -in termen van Kahn et al. (2018)- innovatie tot stand kon komen.

In paragraaf 8.7 wordt een koppeling gemaakt tussen de uitkomsten (de daadwerkelijke besluiten en afspraken) en het proces.

8.5 Informatiemanagement en beeldvorming

Alle regio's hebben in één of meerdere overleggen aan beeldvorming gedaan. Dat leverde in alle regio's een duidelijk overzicht over de stand van zaken van dat moment en dat maakte duidelijk dat veel zorginstellingen problemen ervoeren qua drukte, beschikbare capaciteit en het managen van patiëntenstromen. Het uitwisselen van informatie over de stand van zaken en wat organisaties al gedaan hadden om problemen te beperken, werd als zeer prettig ervaren bij nagenoeg alle respondenten. Het leverde het beeld op dat niet alleen de eigen organisatie continuïteitsproblemen ondervond. Ook van elkaars aanpak leren, was een belangrijke opbrengst van de ketenbrede beeldvorming in de overleggen van bepaalde regio's.

In termen van Kahn et al. (2018) was de situatie rondom de griep zeer dynamisch. De situatie in de zorginstellingen (vooral ziekenhuizen) kon snel veranderen, zeker wanneer andere ziekenhuizen SEH-stops afkondigden. Dat kon ertoe leiden dat andere ziekenhuizen kort daarna werden geconfronteerd met drukte op de SEH. Ook was sprake van onzekerheid. Er was in meerdere regio's weinig tot geen inzicht in de situatie in de regio en waar eventueel capaciteit (met name ziekenhuisbedden) beschikbaar was. In termen van Turner (1976) was sprake van *variable disjunction*; een kloof tussen beschikbare informatie en benodigde informatie voor besluitvorming.

Er was tevens sprake van "eilandjes" binnen het zorgsysteem. Ieder eiland heeft informatie tot zijn beschikking die nuttig is voor andere actoren binnen het systeem. Deze informatie werd niet of nauwelijks gedeeld. Met name hadden de ziekenhuizen en de RAV (ambulancedienst en meldkamer) behoefte aan twee soorten informatie:

1. Globale informatie over de ketenbrede situatie;
2. Real-time informatie over de (beschikbare) beddencapaciteit in ziekenhuizen, maar ook binnen V&V-instellingen.

De onderzochte regio's hebben verschillende instrumenten ingezet ten behoeve van de beeldvorming tijdens de griepepidemie.

1. In vier van de zeven onderzochte regio's is een LCMS GZ-activiteit aangemaakt. Tot op zekere hoogte heeft LCMS GZ een rol vervuld in het verkrijgen van een globaal overzicht over de stand van zaken in de keten. Toch was het veelal een zoektocht over hoe dit instrument moest worden toegepast bij een niet opgeschaalde (GRIP-)situatie. De bestaande formats sloten niet goed aan op de informatie die moest worden gedeeld. Ook waren veelal bij aanvang van het openen van de LCMS-activiteit geen duidelijke afspraken gemaakt over het vullen. Verschillende instellingen verwerkten verschillende soorten informatie in het systeem

waardoor vergelijken en het verkrijgen van een goed regionaal beeld lastig was. Ook trad hier en daar een afnemend urgentiebesef op bij de instellingen waardoor de informatie niet (meer) werd geactualiseerd.

2. In de regio Midden-Nederland is besloten een whatsappgroep in te stellen voor functionarissen op tactisch niveau met als doel snel informatie uit te wisselen tussen de instellingen. Dat doel werd gehaald; informatie over met name knelpunten qua capaciteit en beschikbare capaciteit werd laagdrempelig gedeeld.
3. In geen van de onderzochte regio's was *real-time* informatie beschikbare over de actuele bedden capaciteit. Wel hebben twee regio's de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen in kaart laten brengen door de meldkamer. In de regio Noord-Nederland zelfs drie maal daags. Deze informatie werd weer gedeeld met de ziekenhuizen. Dat leverde voldoende inzicht in waar capaciteit was en waar de knelpunten optraden. Dit had tot effect dat ziekenhuizen meer contact met elkaar opnamen om patiënten over te plaatsen. De problemen in de regio werden snel kleiner na het instellen van de beddenmonitoring (alhoewel dat ook te maken kan hebben met een terugloop van het aantal nieuwe griepgevallen).
4. Een instrument dat al in enkele onderzochte regio's was geïmplementeerd, was het Acuu Zorgportaal. Daarin kunnen ziekenhuizen onder andere stops aangeven. Het middel bleek te grofmazig om instellingen te helpen inzichtelijk te krijgen waar capaciteit beschikbaar was.

Het delen van informatie over capaciteit en knelpunten werd voorafgaand aan de griep door veel instellingen binnen de regio's als (bedrijfs)gevoelige informatie gezien. Tijdens de griepepidemie leverde het mondeling delen van de stand van zaken in de instellingen in de verschillende overleggen weinig gevoeligheden op. Daar werd informatie openhartig gedeeld door de betrokken instellingen.

Het delen van schriftelijk vastgelegde informatie met andere instellingen was een ander verhaal. Bijvoorbeeld in de regio ZWN mocht informatie op instellingsniveau dan ook niet met andere instellingen worden gedeeld. De regio maakte overzichten met geaggregeerde informatie op ketenniveau. De geaggregeerde informatie gaf wel globale informatie over de stand van zaken in de regio maar onvoldoende werd hiermee duidelijk voor bijvoorbeeld de meldkamer ambulancedienst en de ziekenhuizen waar capaciteit beschikbaar was.

In andere regio's gaf de griepepidemie aanleiding tot het onderling beschikbaar stellen van informatie over capaciteit van de betrokken ziekenhuizen (via de meldkamer of whatsapp). Bewust is de keuze gemaakt tot delen. Het belang van delen werd groter geacht dan het belang van de bedrijfsgevoeligheid van informatie. Dit is eerder het tegenovergestelde dan strategisch gedrag in een netwerkstructuur-bijvoorbeeld het bewust achterhouden van informatie door ketenpartners die op basis van de theorie van De Bruin en Ten Heuvelhof (2017) is te verwachten. Informatie werd in de onderzochte regio's juist gedeeld. Voorafgaand aan de griepepidemie was dit min of meer ondenkbaar. Het maken en delen van de capaciteitsoverzichten door de meldkamer had tot gevolg dat ziekenhuizen en de meldkamer beter konden spreiden omdat duidelijk was waar capaciteit beschikbaar was.

Tot slot: na de griepepidemie

Na afloop van de griepepidemie zijn verschillende regio's aan de slag gegaan met het ontwikkelen of implementeren van tools om de bedden capaciteit *real-time* inzichtelijk te maken. Ook is inmiddels in meerdere regio's de afspraak gemaakt dat dergelijke informatie openlijker kan worden ingezien door betrokken ketenpartners.

Tenslotte is het van belang te constateren dat verschillende respondenten behoefte hadden aan bovenregionale overzichten van de stand van zaken in de keten. Bijvoorbeeld de LCMS-activiteiten

van NHN en Kennemerland zijn aan elkaar gekoppeld, maar er was geen inzicht in de situatie in andere omliggende regio's terwijl instellingen in beide regio's wel afhankelijk zijn van instellingen in die omliggende regio's. Voor de griep epidemie van 2018-2019 is door de Noord-Hollandse regio's en Flevoland in iedere regio een LMCS-activiteit aangemaakt. Deze zijn aan elkaar gekoppeld zodat bovenregionaal meer informatie beschikbaar kan worden gesteld.

8.6 Oordeelsvorming

Alle onderzochte regio's hebben in de ketenoverleggen knelpunten geformuleerd. In meerdere regio's is uitgesproken dat duidelijk sprake is van een gezamenlijk, gedeeld probleem. Ook werd in bepaalde regio's duidelijk dat er nog onvoldoende werd gedaan om elkaar te helpen. Dat leidde hier en daar tot de conclusie dat ziekenhuizen, de meldkamer en de ambulancedienst onvoldoende onderling (dat gold ook zeker voor ziekenhuizen onderling) afstemden. In meerdere regio's werden daarnaast veelvuldig SEH-stops afgekondigd, waardoor drukte op de SEH zich verplaatste naar andere ziekenhuizen.

Een ander belangrijk knelpunt dat in meerdere regio's als zodanig is benoemd, was de gebrekkige informatievoorziening. Een deel van het probleem was niet weten hoe groot het probleem was en waar eventueel welke capaciteit beschikbaar was in de regio. *Real-time* informatie over beschikbare bedden was in geen van de onderzochte regio's beschikbaar. Ziekenhuizen, meldkamers en ambulancediensten misten overzicht en wisten niet waar zij patiënten kwijt konden in of buiten de regio.

Ook werd in meerdere regio's geconstateerd dat sprake was van een onderliggend probleem. De problemen speelden al langer en werden in feite uitvergroot door gevolgen van de griep epidemie.

Verder sloten de in de overleggen benoemde knelpunten veelal aan bij de knelpunten die reeds zijn genoemd in paragraaf 8.1, dus problemen qua in-, door- en uitstroom en capaciteitsproblemen door uitval van personeel (en de daarmee gepaard gaande dreigende overbelasting van beschikbaar personeel).

Op basis van de inzichten van Kahn et al. (2018) en De Bruin en Ten Heuvelhof (2017) is in complexe systemen als de zorg weinig overeenstemming over de (gezamenlijke) problemen te verwachten. Op basis van de gegevens van dit onderzoek lijkt het tegenovergestelde te gelden: er was over het algemeen overeenstemming over wat de problemen waren die in de zorgketen speelden.

Volgens Kahn et al. (2018) is het in complexe systemen tevens lastig om tot overeenstemming te komen over oplossingen voor de gesignaleerde problemen. Dat fenomeen is wel terug te zien in dit onderzoek. Veel punten die als knelpunt of probleem zijn aangemerkt in ketenoverleggen, zijn niet voorzien van besluiten, maatregelen of afspraken om deze weg te nemen. Hieronder volgen enkele voorbeelden:

- Het verbeteren van de uitstroom uit ziekenhuizen is wel benoemd als knelpunt, maar niet voorzien van duidelijke maatregelen in meerdere regio's;
- Het knelpunt dat veel SEH-stops werden afgekondigd waardoor andere instellingen in de problemen kwamen, werd in meerdere regio's niet doorvertaald in concrete maatregelen.

In meerdere regio's leek de oordeelsvorming nog teveel aan de oppervlakte te blijven. Er werd gesproken over oplossingsrichtingen die op ketenniveau konden worden genomen, maar voor zover is na te gaan, is in lang niet alle regio's gesproken over wat de ketenpartners zelf nog konden organiseren om de (voor een belangrijk deel eigen) problemen op te lossen (wat bijvoorbeeld de

ziekenhuizen zelf konden doen om SEH-stops te voorkomen). In enkele regio's werd deze vraag echter nadrukkelijk wel gesteld.

Bepaalde regio's, zeker de regio's waar op bestuurlijk niveau is overlegd, slaagden erin om een zeker urgentiebesef voor de geconstateerde ketenproblemen te creëren. Daar leken niet alle regio's in te slagen. In sommige regio's is de constatering gedaan dat het tactisch niveau waarop overleg plaatsvond niet in staat was om de geconstateerde ketenproblemen op te lossen. Met dat punt hing samen dat veruit de meeste regio's geen bruikbare planvorming hadden waarin afspraken over de aanpak van ketenproblemen waren vastgelegd. Het probleem dat werd benoemd in verschillende regio's was dat een dergelijk plan ontbrak en dat een dergelijk plan in de toekomst (voor de volgende epidemie) zeker nodig was.

In termen van Ten Heuvelhof (2018) werden zoals gezegd in paragraaf 8.4 de kernwaarden van de deelnemende organisaties aan de ketenoverleggen beschermd, maar in sommige regio's werden kernwaarden (zoals het beschikbaar houden van de acute zorg) ook gebruikt als breekijzer om tot oplossingen te komen (zie verder 8.7). In verschillende regio's werd benadrukt dat sprake was van gedeelde problematiek en dat iedereen de schouders eronder diende te zetten (de last delen we samen).

8.7 Besluitvorming

Centrale besluitvorming

In geen van de regio's lag een plan klaar waarin mogelijke maatregelen ter beperking van de gevolgen van een (heftige) griepedemie waren uitgewerkt. Om te komen tot doelgerichte acties om de problemen te verminderen, moest -in termen van Kahn et al. (2018)- worden gepioneerd. Veel van de ingezette maatregelen om te problemen te reduceren zijn ter plekke in afstemmingsoverleggen met ketenpartners of in werk/focusgroepen uitgedacht. Er was veelal sprake van *trial-and-error*. Bijvoorbeeld het monitoren van de beddenscapaciteit door de meldkamer in twee regio's en het instellen van de AZA in Rotterdam door Aafje zijn daar goede voorbeelden van.

Het geheel beschouwend lijkt er een relatie te bestaan tussen de geconstateerde problemen, het niveau waarop afstemming plaatsvond, de mate van urgentiegevoel op tactisch en vooral bestuurlijk niveau, en de mate waarin regio's erin zijn geslaagd gezamenlijk tot ketenbrede maatregelen te gekomen. In de regio's waar op bestuurlijk niveau een groter besef ontstond van gedeelde problematiek en waar een besef van urgentie ontstond, leek de tijd rijp om gezamenlijk vergaande maatregelen in te stellen die wellicht in "normale" omstandigheden niet konden worden genomen. Daarbij kunnen de volgende voorbeelden worden genoemd:

- Een proactieve, open communicatie over capaciteitsvraagstukken en optredende knelpunten op dat gebied tussen de instellingen: ziekenhuizen (ook onderling), de ambulancedienst en de meldkamer ambulancezorg;
- Het creëren van inzicht in beddenscapaciteit, met name binnen ziekenhuizen;
- Het maken van afspraken dat instellingen zich maximaal inspanden de acute zorg beschikbaar te houden en het aantal SEH-stops tot een minimum beperkt blijft;
- Het uitbrengen van gezamenlijke persberichten.

In de andere regio's slaagde men er niet of in duidelijk mindere mate in om dergelijke maatregelen te nemen. Het is moeilijk vast te stellen waardoor dat komt. Is het inderdaad een gemis aan urgentiegevoel bij degenen die besluiten kunnen nemen of is de oorzaak gelegen in de voorgaande

stap: de oordeelsvorming? Zijn de knelpunten onvoldoende helder uitgesproken of geconcretiseerd? Of is juist onvoldoende met elkaar nagedacht over (eventueel “pijnlijke”¹⁶) oplossingsrichtingen?

Mogelijk bereikten bepaalde regio’s in ketenverband meer dan andere omdat ze aandacht hebben besteed aan twee andere aandachtspunten die De Bruin en Ten Heuvelhof (2017) meegeven ten aanzien van het besluitvormingsproces in ketenverband: 1. stimulans voor voortgang (inbouwen van prikkels om het besluitvormingsproces te versoepelen) 2. prikkels voor inhoud (het inbouwen van waarborgen in het proces zodat men samen komt tot hoogwaardige besluiten en maatregelen). Het is in dit onderzoek niet duidelijk geworden in hoeverre regio’s deze aandachtspunten bewust inbouwden in het besluitvormingsproces. Vermoedelijk waren regio’s die actief stuurden op het (hier en nu) nemen van gezamenlijke maatregelen en het maken van (bindende) afspraken succesvoller dan regio’s die minder aandacht besteedden aan bovenstaande punten.

In de ketenoverleggen zijn problemen gedeeld door de betrokkenen. Voor zover is waar te nemen op basis van de interviews en deskresearch kregen ketenpartners overal de ruimte om aan te geven tegen welke knelpunten zij aanliepen. Het doorpakken naar werkbare oplossingen kwam echter niet in elke regio tot stand. De indruk ontstaat dat in veel regio’s niet heel uitvoerig is gebrainstormd over oplossingen of dat niet overal de vraag is gesteld ‘wat kan jouw instelling zelf of voor andere instellingen doen om de ketenproblematiek te verminderen’? Dat sluit ook aan bij de verzuchting van bepaalde instelling ‘wat levert afstemming in ketenverband nu eigenlijk op’? Lang niet overal kwamen regio’s dus tot gezamenlijke afspraken of maatregelen die de gedeelde problemen wegnamen. Dat had er soms mee te maken dat bepaalde ketenpartners (zoals VVT-koepels) niet aanwezig waren bij de overleggen.

Tenslotte is het interessant om het geheel bekijkend te bepalen in hoeverre het besluitvormingsproces in de verschillende regio’s was te kenmerken als een “dansende tafel” (De Bruin en Ten Heuvelhof 2017) waarin het besluitvormingstraject zeer grillig verliep en actoren duwden en trokken aan de probleemdefiniëring en de gewenste oplossingsrichting daarvan. Dit is lastig te bepalen aangezien de onderzoeker zelf niet bij de overleggen was en dus niet heeft kunnen waarnemen of er veel discussie was over wat het probleem was of welke oplossingsrichting de voorkeur genoot.

Kijkend naar regio’s die erin slaagden om vergaande maatregelen te nemen, leek wel weinig sprake van “dansende-tafel-problematiek”. Bijvoorbeeld in de AZO en AZNN is de keten eenmaal bijeen geweest en zijn direct afspraken gemaakt en maatregelen getroffen. Anders dan men zou verwachten, kwam de keten snel en zonder “gedoe” tot besluiten. Dat had er waarschijnlijk ook mee te maken dat bepaalde ketenpartners opstonden en een oplossing aanboden.

Besluitvorming op instellingsniveau of op subregionale schaal

Het in meer of mindere mate collectief komen tot besluiten in ketenverband loste zeker niet alle problemen op voor de betrokken instellingen (en sterker nog: kon een aantal van deze problemen ook niet oplossen). Zoals de theorie van DDM aangeeft, vond de besluitvorming over de oplossingen voor de geconstateerde problemen in belangrijke mate plaats daar waar ook de oplossing voorhanden was; bij de individuele instellingen. Veel instellingen hebben hun eigen problemen opgelost door zelf maatregelen te nemen, bijvoorbeeld het inhuren van tijdelijk personeel en het uitstellen van electieve ingrepen. Ook hebben instellingen zelf op subregionaal niveau afspraken

¹⁶ Pijnlijke in de zin dat een oplossingsrichting gepaard gaat met ingrijpende maatregelen voor instellingen, zoals het openlijk delen van bedrijfsgevoelige informatie of het uitstellen van electieve zorg met als doel de acute zorg beschikbaar te houden.

gemaakt met omliggende ketenpartners, bijvoorbeeld tussen ziekenhuis en V&V-koepels, veelal op bestuurlijk niveau.

Het uitwisselen van informatie (volgens het model van Stenneberg informeren) over de stand van zaken in de keten door middel van LCMS, door middel van de beeldvorming tijdens de overleggen en door middel van bilaterale afstemming tussen betrokken instanties hielp instellingen om zelf maatregelen te kunnen nemen. Waar duidelijk was dat men niet op de buurinstelling kon leunen omdat die dezelfde drukte ervoer, moesten instellingen zelf -soms pijnlijke- maatregelen nemen, zoals het uitstellen van electieve ingrepen.

Ook leidde de samenwerking en regelmatige afstemming tussen ketenpartners in meerdere subregio's tot afspraken (volgens het model van Stenneberg afstemmen) tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen en VVT-instellingen. Het probleem: het laten uitstromen van uitbehandelde patiënten werd in sommige regio's opgeknipt zodat meerdere VVT-instellingen een deel van het probleem kon wegnemen. Het Waterland Ziekenhuis had dagelijks overleg met VVT-koepel de Zorgcirkel en het transferbureau over uitstroom van patiënten.

Een aantal van de genomen maatregelen is aan te merken als *best practice* (of in ieder geval als "*good practice*"). Zowel ten aanzien van de voorbereiding op de griep epidemie als op het gebied van informatiemanagement en de daadwerkelijk aanpak op regionaal niveau als op niveau van de individuele instelling zijn deze te onderscheiden. In bijlage 7 zijn alle *best practices* opgenomen die in dit onderzoek zijn onderscheiden, inclusief de vindplaats in dit onderzoek.

8.8 Betrokkenheid van actoren op landelijk niveau

Vanuit verschillende actoren werd aangegeven dat de zorgcontinuïteitsproblemen op regionale schaal moeten worden opgelost. Op dat niveau was inzicht in de (aard van de) problematiek en daar waren de mogelijke oplossingen voor problemen beschikbaar. Daarnaast was het nadrukkelijk de bedoeling dat regio's elkaar zouden informeren bij regiogrensoverschrijdende vraagstukken.

Het inzichtelijk maken van de stand van zaken op regionaal niveau was al lastig. Beeldvorming op landelijk niveau, laat staan aansturing op dat niveau was en is nagenoeg onmogelijk. De theorie van DDM bevestigt dat. Problemen dienen zo laag mogelijk in het systeem te worden opgelost. De schaal van de ROAZ-regio is in veel gevallen al dusdanig groot dat de praktische oplossingsrichtingen voor bijvoorbeeld capaciteitsproblemen en problemen ten aanzien van in- en uitstroom vooral op instellingsniveau of op subregionale schaal moeten worden gezocht.

8.9 De crisis als kans

Terugkijkend heeft de griep epidemie ook veel positiefs gebracht. Zoals een respondent aangaf: *never waste a good crisis*. In verschillende regio's zijn ketenpartners duidelijk nader tot elkaar gekomen en zijn banden gesmeed of versterkt. Ook het uitwisselen van (bedrijfsgevoelige) informatie is in verschillende regio's uit de taboesfeer gehaald.

Bepaalde maatregelen zijn nog steeds in werking, zoals de whatsappgroep in de regio Midden-Nederland die ook na de griep epidemie bijvoorbeeld bij de brand in een verzorgingshuis in Breukelen is ingezet om snel informatie uit te wisselen tussen instellingen.

Bovendien hebben alle regio's inmiddels een plan ontwikkeld ten behoeve van de coördinatie bij situaties zoals een heftige griep epidemie.

Tenslotte vormde de griep epidemie van 2017-2018 een wake-up-call voor veel zorginstellingen en is de vaccinatiegraad onder het eigen personeel significant gestegen.

9 De belangrijkste conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen in paragraaf 9.1. Daarnaast worden kort en krachtig de belangrijkste conclusies op een rij gezet in paragraaf 9.2. De aanbevelingen vindt u in paragraaf 9.3. Tot slot zijn de discussie over het onderzoek en suggesties voor vervolgonderzoek verwerkt in paragraaf 9.4.

9.1 Beantwoording centrale onderzoeksvraag en deelvragen

Beantwoording centrale onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Waardoor en in welke mate ontstonden zorgcontinuïteitsproblemen binnen de geneeskundige keten tijdens de griep epidemie van 2017-2018 en hoe hebben betrokken organisaties deze problemen aangepakt?

Het antwoord op deze vraag volgt logischerwijs uit de beantwoording van de deelvragen. Hieronder worden de zes deelvragen van het onderzoek beantwoord.

Beantwoording deelvragen

1. Wat is (het belang van) zorgcontinuïteit?

Gezondheid en snelle toegang tot zorg wanneer de gezondheid in het geding is, is één van de meest vitale belangen. Kwalitatief hoogstaande zorg moet snel en laagdrempelig beschikbaar zijn voor degenen die deze nodig hebben. Die zorg wordt geleverd door zorginstellingen. Het spreekt dus voor zich dat het van belang is dat zij hun diensten onbelemmerd kunnen continueren. Doordat de dienstverlening van zorginstellingen in het gedrang kwam, ontstond op zijn minst ongemak voor de patiënt omdat deze langer moest wachten, verder van huis werd opgenomen of doordat een electieve ingreep werd uitgesteld.

2. (Hoe) wordt zorgcontinuïteit geborgd binnen de betrokken zorginstellingen en de geneeskundige keten?

Zorginstellingen dienen zich voor te bereiden op crises en andere verstoringen die de continuïteit van zorg in gevaar kunnen brengen door middel van planvorming en een functionerende crisisorganisatie.

Met name hebben instellingen zelf maatregelen genomen om de gevolgen voor de eigen continuïteit van zorg te beperken. Dat deden zij door bijvoorbeeld de eigen capaciteit te vergroten of bepaalde taken niet meer te doen of uit te stellen (zoals geen B-vervoer meer in de avonduren buiten de regio door ambulancediensten of het uitstellen van electieve ingrepen door ziekenhuizen).

Ketenbreed waren nauwelijks afspraken gemaakt over het omgaan met ketenbrede verstoringen. Slechts één onderzochte regio had zich voorbereid op situaties zoals de griep epidemie van 2017-2018. De aanpak van de andere onderzochte regio's was veelal ad hoc en gebaseerd op improviseren. In alle onderzochte regio's heeft het ROAZ of de GHOR ketenpartners bijeen gebracht voor afstemming over de problematiek. De mate waarin men er gezamenlijk op regionaal niveau in slaagde maatregelen te nemen en afspraken te maken, verschilde sterk per regio. Overal ontstond in ieder geval een duidelijk beeld van de situatie en knelpunten waarmee ketenpartners kampten. In sommige regio's slaagde men erin om oplossingen te genereren voor bepaalde ketenproblemen, zoals het creëren van inzicht in de beschikbare bedden capaciteit en afspraken met de VVT-sector over het verbeteren van de uitstroom vanuit het ziekenhuis richting vervolgzorg.

Inmiddels hebben alle regio's planvorming ontwikkeld om beter op dergelijke situaties te kunnen inspelen.

3. Waarom en onder welke condities traden zorgcontinuïteitsproblemen op in de geneeskundige keten tijdens de griep epidemie van 2017-2018?

De continuïteitsproblemen die gepaard gingen met de griep epidemie zijn niet los te zien van de toenemende druk op de (acute) zorg. Zeker voor de Randstad geldt dit. Dagdagelijks moeten bepaalde zorginstellingen al moeite doen om de acute zorg beschikbaar te houden. In sommige regio's waren ketenproblemen zoals die optraden tijdens het griepseizoen van 2017-2018 een noviteit. Ook in deze regio's ontstonden echter problemen door de griep epidemie (zie verder deelvraag 4).

4. Wat waren de gevolgen van deze zorgcontinuïteitsproblemen voor de zorginstelling en de geneeskundige keten?

Met name ziekenhuizen en ambulancediensten merkten de gevolgen van de griep epidemie. In de drukste periode lagen ziekenhuizen erg vol. Daardoor konden nog nauwelijks patiënten van de SEH doorstromen naar bijvoorbeeld de IC of de kliniek. De uitstroom richting de VVT stakte waardoor veel -in het ziekenhuis uitbehandelde patiënten- een ziekenhuisbed bezet hielden. Het gebrek aan ziekenhuisbedden leidde tot het afkondigen van SEH-stops. Daardoor moesten ambulances soms lang wachten of ver rijden om hun patiënt op een SEH afgeleverd te krijgen. Ook hadden huisartsen soms last van de vele SEH-stops en wisten niet altijd hoe ze hun patiënt naar het ziekenhuis konden doorverwijzen.

Er ontstonden dus verschillende keteneffecten door onvoldoende overzicht over beschikbare bedden en stagnerende patiëntstromen.

Deze problemen maken de onderlinge afhankelijkheden tussen zorginstellingen inzichtelijk. Een bottleneck bij een bepaalde zorginstelling leidt tot toenemende druk bij andere zorginstellingen. Er was sprake van een ketenbreed probleem (of in ieder geval knelpunten waarbij de meerdere ketenpartners nodig waren om oplossingen te genereren).

5. Welke organisaties spelen een (formele of informele) rol ten aanzien van zorgcontinuïteit in de geneeskundige keten?

Zorgcontinuïteit is primair de verantwoordelijkheid van de zorginstelling zelf. Zij dienen zich voor te bereiden op verstoringen die de continuïteit in gevaar kunnen brengen. Tevens dienen zij maatregelen te nemen om de zorg beschikbaar te houden.

In sommige regio's heeft de GHOR een rol gespeeld in het faciliteren van ketenoverleg. In andere regio's heeft het ROAZ die rol opgepakt. Sommige regio's hebben tijdens een ketenoverleg besproken wie de coördinatie op zich zou nemen. In veel regio's heeft op ad hoc basis de GHOR of het ROAZ die rol opgepakt. In één regio stond in de planvorming al vast wie in welk stadium de coördinatie op zich zou nemen.

Formeel is niet goed te zeggen of de GHOR of het ROAZ afstemming in de keten moet faciliteren. Dat hangt af van interpretaties over begrippen als crisis en de opvatting over de taakstelling van beide organisaties. Enkele inhoudelijke overwegingen spelen bij dit vraagstuk een rol.

Argumenten voor coördinatie door ROAZ	Argumenten voor coördinatie door GHOR
Het ROAZ is het reguliere podium waar ketenpartners op tactisch en bestuurlijk niveau bijeen komen	De GHOR is gewend met crisissituaties en crisioverleg om te gaan
Het ROAZ is het podium van de zorginstellingen zelf	De GHOR heeft 24/7 crisisfunctionarissen beschikbaar voor crisissituaties
Het ROAZ maakt ook regulier afspraken over het toegankelijk houden van de zorg e.d.	De GHOR kan desgewenst opschalen (naar bijvoorbeeld een actiecentrum) om meer functionarissen te betrekken indien nodig
Afhankelijk van de interpretatie: er is sprake van reguliere zorg (alleen meer drukte dan normaal)	Afhankelijk van de interpretatie: er is sprake van een (dreigende) crisissituatie

Aangezien de taken van het ROAZ en de GHOR in elkaars verlengde liggen en niet makkelijk te stellen is waar de taak van de één begint en die van de ander ophoudt, is het van belang om elkaar te actief betrekken bij dergelijke problematiek. Dat gebeurde ook tijdens de griep epidemie. In regio's waar het ROAZ de overleggen faciliteerde, was ook de GHOR uitgenodigd. In regio's waarbij de GHOR overleg faciliteerde, was het stafbureau van het ROAZ vertegenwoordigd.

In ieder geval is van belang dat er duidelijke (door de betrokken zorgpartners gedragen) afspraken zijn gemaakt over wie wanneer de coördinatie op zich neemt bij ketenbrede problemen. Afspraken daarover zijn inmiddels door de onderzochte regio's in planvorming vastgelegd.

6. Zijn er *best practices* bekend van organisaties of regio's die zorgcontinuïteitsproblemen op effectieve en efficiënte wijze hebben opgelost en wat zijn concrete maatregelen waar anderen lering uit kunnen trekken?

Van de ketenbrede aanpak van bepaalde regio's is zeker lering te trekken. Ook individuele instellingen hebben maatregelen genomen die de gevolgen van de griep epidemie in hun instelling hebben gereduceerd. In bijlage 7 zijn kernachtig de *best practices* uitgewerkt die zijn onderscheiden in dit onderzoek.

9.2 De belangrijkste conclusies

Hieronder volgen -kernachtig geformuleerd- de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek.

1. De (acute) zorg is kwetsbaar voor bedreigingen als een forse griep epidemie.
2. Voorbereiding op ketenniveau lijkt te werken om makkelijker te komen tot coördinatie en ketenbrede afspraken.
3. Voorbereiding op instellingsniveau lijkt te werken om de gevolgen van bijvoorbeeld een forse griep epidemie op de organisatie te verkleinen.
4. Was er sprake van een crisis, oftewel was coördinatie van de GHOR noodzakelijk of is dit typisch een situatie waarin het ROAZ de coördinerende rol dient te vervullen? In feite maakt het niet veel uit zolang er maar coördinatie en afstemming plaatsvindt. Voor beide varianten zijn voor- en nadelen te benoemen.
5. De organisaties -GHOR of ROAZ- die de coördinerende rol vervulden (organiseren ketenoverleg, technisch voorzitten van het overleg e.d.), pasten vooral procesmanagement toe, in plaats van *command & control* of projectmanagement.
6. Er was behoefte bij ketenpartners aan twee soorten informatie: globaal/ketenbreed en specifiek/*real time* overzicht van beschikbare bedden capaciteit.
7. Voor het gebruik van LCMS zijn goede afspraken nodig over de gehanteerde definities en de wijze en frequentie van vullen. Het is van belang te benadrukken wat het doel is van de activiteit en dat het nodig is dat ketenpartners de informatie actueel houden.

8. Informatie openlijk delen en proactieve communicatie tussen instellingen (ziekenhuizen, meldkamer en ambulancedienst) zijn een belangrijke randvoorwaarde om de problemen zoals bij de griep epidemie het hoofd te bieden.
9. Er was tijdens de griep epidemie sprake van ketenproblemen waarbij grote wederzijdse afhankelijkheden spelen. Individuele ketenpartners konden bepaalde knelpunten (zoals uitstroom of gebrek aan overzicht in de regionale beddenscapaciteit) niet of nauwelijks oplossen zonder de hulp van andere ketenpartners.
10. Gezamenlijke afstemming in ketenverband leverde in ieder geval een overzicht van de stand van zaken op dat moment. In de regio's waar aan bepaalde voorwaarden is voldaan, kon een saamhorigheidsgevoel ontstaan en de bereidheid een stapje extra te zetten voor elkaar. De zorg werd in die regio's min of meer uit het concurrentiemodel gehaald ten behoeve van een zo goed mogelijk draaiende acute zorg.
11. Daar waar voldoende besef van een gedeeld (keten)probleem en urgentiebesef op bestuurlijk niveau is gecreëerd, leken regio's in staat om de noodzakelijke (en soms vergaande) maatregelen te kunnen nemen. Zonder dit besef kwamen regio's niet of in mindere mate tot het nemen van maatregelen of het maken van afspraken die nodig waren om de geconstateerde problemen van passende oplossingen te voorzien.
12. Conform de theorie van DDM zijn veel maatregelen niet op centraal (keten)niveau genomen maar vooral door instellingen zelf of op de schaal van de subregio.
13. De griep epidemie vormde een kans om verbeteringen door te voeren (in de samenwerking) in de zorg.

9.3 Aanbevelingen

1. Geef de entiteit (ROAZ of GHOR) die de coördinerende rol vervult een helder mandaat. Leg dit vast in de planvorming. Betrek elkaar als GHOR en ROAZ nauw bij het vraagstuk van ketenbrede zorgcontinuïteit.
2. Leg tevens mogelijke maatregelen die op ketenniveau kunnen worden genomen vast in planvorming. Maak tevens afspraken over hoe de gezamenlijke besluitvorming ten aanzien van maatregelen (zeker maatregelen die ten koste kunnen gaan van de bedrijfsvoering van individuele instellingen) dient plaats te vinden.
3. Zet de ontwikkeling door van hulpmiddelen die een actueel beeld kunnen geven van de beschikbare beddenscapaciteit binnen ziekenhuizen en het liefst ook van de V&V-instellingen.
4. Investeer in de bewustwording dat de (acute) zorg kwetsbaar is en dat ketensamenwerking onontbeerlijk is voor een optimaal werkend zorgsysteem. Benadruk in ketenoverleggen in situaties die leiden tot ketenproblematiek dat sprake is van een gezamenlijk, gedeeld probleem. Bied als technisch voorzitter veel ruimte en vul niet in voor de deelnemers. Laat hen uitspreken wat de ervaren problemen zijn. Vraag de ketenpartners wat zij kunnen bieden om de problemen te beperken.
5. Investeer in "vredestijd" in goede relaties met omliggende zorginstellingen.
6. Zorg dat het bestuurlijk niveau volledig is aangehaakt bij de ketenproblematiek. Kies er laagdrempelig voor om ketenoverleg op strategisch niveau te laten plaatsvinden. Laat dit vooraf gaan door overleg op tactisch niveau. Bereid op tactisch niveau de bestuurlijke besluitvorming voor.
7. Train en beoefen de ketenbrede afstemming over ketenproblemen.

9.4 Discussie en suggesties voor vervolgonderzoek

In verband met de beschikbare tijd is het onderzoek op punten afgebakend. Niet alle regio's in Nederland zijn onderzocht. Zeer waarschijnlijk zijn ook zeer boeiende inzichten op te doen in de niet onderzochte regio's en zijn *best practices* te onderscheiden waar organisaties hun voordeel mee kunnen doen.

Op basis van het analysekader en het onderzoek is in ieder geval duidelijk geworden hoe de aanpak van de griep epidemie op hoofdlijnen in verschillende regio's en instellingen daarbinnen is verlopen. De meeste onderwerpen zijn echter slechts globaal beschouwd. Zo is uit het onderzoek niet eenduidig gebleken of/in welke mate goede voorbereiding en goed procesmanagement invloed hebben op zorgcontinuïteit. Hieronder noem ik enkele voorbeelden waarop mogelijk vervolgonderzoek zou kunnen plaatsvinden:

- Onderzoek naar de effectiviteit van voorbereiding op crisissituaties. Wat levert planvorming op? Zijn de problemen kleiner wanneer de keten als geheel een uitgewerkt plan en voorbereide maatregelen heeft geformuleerd? En wat is het effect van een goed getrainde en geoefende organisatie?
- Onderzoek naar de effectiviteit van procesmanagement in ketenverband. Wat levert goed procesmanagement op? Leidt dat inderdaad tot een betere oordeelsvorming (zicht op de fundamentele problemen die spelen in de keten en tot een rijkere brainstorm over oplossingsrichtingen)? Het zou van grote meerwaarde kunnen zijn om als onderzoeker daadwerkelijk ketenoverleggen bij te wonen om dit inzichtelijk te maken. Hoe stelt de coördinerende partij zich op (leiderschap) en wat is effectief taalgebruik in ketenverband?
- Onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde maatregelen die door de individuele instellingen en in ketenverband zijn genomen. Wat hebben die opgeleverd en wat zou het effect zijn geweest als die maatregelen niet waren genomen? Was de uitkomst wezenlijk anders geweest? Welke maatregelen hadden de organisaties nog meer kunnen overwegen? En hoe verhouden maatregelen die in ketenverband zijn genomen zich tot de maatregelen die individuele instellingen hebben genomen?

Bijlage 1: Gebruikte afkortingen

AB:	Algemeen Bestuur
AZA:	Acute Zorgafdeling
AZNN:	Acute Zorg Netwerk Noord Nederland
AZO:	Acute Zorgregio Oost
BAO:	Bestuurlijk Afstemmingsoverleg
BCM:	Business Continuity Management
CAS:	Complex Adaptive System
CCU:	Coronary care unit
Crico:	Crisiscoördinator
CVA:	Cerebrovasculair Accident
DAD:	Decide, Announce & Defend
DB:	Dagelijks Bestuur
DDM:	Distributed Decision Making
DPG:	Directeur Publieke Gezondheid
GGD:	Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten
GHOR:	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GRIP:	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure
HAP:	Huisartsenpost
IC:	Intensive Care
ICO:	Informatiecoördinator
IGJ:	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
LCMS (GZ):	Landelijk Crisismanagement Systeem (Geneeskundige Zorg)
LNAZ:	Landelijk Netwerk Acute Zorg
MCPm:	Master of Crisis & Public order management
NAZNW:	Netwerk Acute Zorg Noordwest
(VR)NHN:	(Veiligheidsregio) Noord-Holland Noord
NPG:	Nationaal Programma Grieppreventie
NWZ:	Noordwest Ziekenhuisgroep
OK:	Operatiekamer
OLVG:	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

OMT:	Outbreak Management Team
(P)BOB:	(Proces), Beeldvorming, Oordeelsvorming en Besluitvorming
PvA:	Plan van aanpak
RAV:	Regionale Ambulancevoorziening
RAVU:	Regionale Ambulancevoorziening Utrecht
RCO:	Regionaal Capaciteitsoverleg
RCZ:	Regionaal Crisisteam Zorg
RIVM:	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ:	Regionaal Overleg Acute Zorg
SEH:	Spoedeisende Hulp
UMC-U:	Universitair Medisch Centrum Utrecht
UMCG:	Universitair Medisch Centrum Groningen
V&V(-sector):	Verpleging en Verzorging sector
VVT:	Verpleging, Verzorging & Thuiszorg
VWS:	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Wet BIG:	Wet Beroepen in de Gezondheidszorg
WFG:	Westfriesgasthuis (te Hoorn)
Wmo:	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi :	Wet toelating zorginstellingen
Wvr:	Wet Veiligheidsregio's
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 2. Literatuurlijst

Alexander, A.G. (2016), Maintenance of a business continuity management system: a managerial approach. Geraadpleegd op 14 april 2018, van <https://www.continuitycentral.com/index.php/news/business-continuity-news/1505-maintenance-of-a-business-continuity-management-system-a-managerial-approach>

Algemene Rekenkamer (2008). Ketenbesef op de werkvloer. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers.

Baarda, D.B., Goede de, M.P.M., Teunissen, J. (2013). Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek (3e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers bv.

Begun J.W., Zimmerman B., Dooley K.J. Health care organizations as complex adaptive systems. In: Mick S.S., Wyttenbach M.E., editors. Advances in health care organization theory. San Francisco: Jossey-Bass; 2003. p. 253–88.

Bos, P.L.J., Linck, R.J.L., Schouwerwou, R.J. (2016), *De veiligheidsregio*, In: Bierens, J.J.L.M., Muller, E.R., Meurs, P.L., Breederveld, C., Acute Medische Zorg, Deventer: Wolters Kluwer.

Bruin de, H., Heuvelhof ten, E. (2017). Management in netwerken - Over veranderen in een multi-actorcontext. Den Haag: Boom.

Bruins, B.J. (2018). 29 247 Acute zorg, Nr. 255 BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG [Kamerbrief]. Geraadpleegd op 4 december 2018, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29247-255.html>

Caini, C. (2018). Global epidemiology of influenza A and B: implications for prevention and control measures. Utrecht.

Carpay, M. (2018). Nationaal Programma Grieppreventie (presentatie gegeven bij Thema bijeenkomst Griep, Grip op Griep, 9 november 2018).

Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Bevolking; kerncijfers. Geraadpleegd op 22 februari 2019, van [https://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,\(I-1\),I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T](https://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,(I-1),I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T)

Engemann, K.J., Henderson, D.M. (2012) Business Continuity and Risk Management: Essentials of Organizational Resilience. Brookfield, Connecticut USA: Rothstein Association Inc., Publisher.

Gageldonk van-Lafeber, A.B., Dijkstra, F., Veen van 't, H., Orchudesch, M., Hoek van der, W. (2014). Lage influenzavaccinatiegraad onder ziekenhuismedewerkers. NTVG 2014; 158: A7650.

GGD GHOR Nederland (2014). Herijking van de visie op zorgcontinuïteit (versie 2.0).

GHOR Amsterdam-Amstelland (2018). Uitwerking Tactisch spoedoverleg Zorgcontinuïteit Amsterdam-Amstelland van 13 maart 2018.

GHOR Kennemerland (2017). Verslag RCO 19-12-2017.

GHOR Kennemerland (2018a). Verslag RCO 1-2-2018.

GHOR Kennemerland (2018b). Capaciteitsproblemen Acute Zorg regio Kennemerland 26-3-2018.

GHOR Nederland (2012). 'De Nieuwe GHOR', Verantwoordelijkheden van de GHOR en de geneeskundige keten op basis van nieuwe wet- en regelgeving.

GHOR NHN (2017). Regionaal Crisisteam Zorg (geactualiseerde versie november 2017).

GHOR NHN (2018a). Agenda Regionaal Crisisteam Zorg 08-02-2018.

GHOR NHN (2018b). Verslag Regionaal Crisisteam Zorg 8 februari 2018.

Heijnen, R. (2017). Waar komt 'ons' BOB model voor besluitvorming in crisisteams vandaan? Geraadpleegd op 20 augustus 2018, van <https://www.crisiskunde.nl/bsluitvorming/bob-model-bsluitvorming-teams/>

Hermans, F., Tetelepta, B. (2018, 3 oktober). Een nieuwe griepgolf laat zich niet voorspellen. De Gelderlander. Geraadpleegd op 17 maart 2019, van <https://www.gelderlander.nl/nijmegen/een-nieuwe-griepgolf-laait-zich-niet-voorspellen~a3fbf7246/>

Het Nederlandse Rode Kruis (2018). Statistieken project Vervoer&MEER.

Itineris health & safety (2018). "DE GRIEP WAS NIET DE CRISIS" Evaluatie, Maatregelen zorgcontinuïteit in het ROAZ Zuidwest-Nederland tijdens het griepseizoen 2017-2018

Kahn, S., Vandermorris, A., Shepherd, J., Begun, J.W., Lanham, H.J., Uhl-Bien, M., Berta, W. (2018). Embracing uncertainty, managing complexity: applying complexity thinking principles to transformation efforts in healthcare systems. In: BMC Health Services Research BMC series 2018 18:192.

Kamerstukken II 29 247, nr. 255. (2018, 14 maart). Geraadpleegd op 1 maart 2019, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29247-255.odt>

Kamerstukken II 29 247, nr. 259. (2018, 14 mei). Geraadpleegd op 2 maart 2019, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29247-259.html>

Kerkhof van den, J.H.T.C., Steenbergen van, J.E. (2005). Introductie infectieziektebestrijding. In I. Helsloot, Steenbergen van, J.E. (red.), Infectieziektebestrijding; Studies naar organisatie en praktijkwerking. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

LNAZ, NIVEL, AGRO (2013). Onderzoeksrapport Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg.

LNAZ (2016). Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. Amersfoort: Studio Opmerkelijk.

LNAZ (2018). Update stand van zaken en aanpak van drukte in de acute zorg, Brief aan Minister van Medische Zorg d.d. 31 mei 2018.

Maas, J.J., Frijstein, G., Overmars, P.J.F.G. (2016). De jaarlijkse griepcampagne: lessen uit het Academisch Medisch Centrum. Quintesse 2016, 4: 51-5.

Mandemaker, A. (2018, 9 maart). Griep-crisis in Zuidoost-Brabant. Economisch Dagblad. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.ed.nl/eindhoven/griep-crisis-in-zuidoost-brabant~aa3bc45b/>

Minister van Medische Zorg (2018). Besluit houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz 21 november 2018.

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Agema (PVV) over het bericht 'Doorstroming van oudere in ziekenhuis ligt plat door griep'. (2018Z05275).

Ministerie van VWS (2007). Gezond zijn, gezond blijven Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag.

Ministerie van VWS (2016). Het Nederlandse zorgstelsel. Den Haag.

Ministerie van VWS (2018). Actieprogramma Werken in de zorg. Den Haag.

Muller, E.R., Bierens, J.J.L.M., Meurs, P.L., Breederveld, C. (2016), Acute medische zorg in perspectief. In: Bierens, J.J.L.M., Muller, E.R., Meurs, P.L., Breederveld, C., Acute Medische Zorg, Deventer: Wolters Kluwer.

NAZNW (2019). Deltaplan: een toekomstgerichte aanpak van de zorg voor nu en later. Geraadpleegd op 29 april 2019, van <https://www.netwerkacutezorgnoordwest.nl/nieuws/deltaplan-een-toekomstgerichte-aanpak-van-de-zorg-voor-nu-en-later/>

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Patiëntenfederatie Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Federatie Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, De minister voor Medische Zorg en Sport (2019). Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022.

NIVEL (2018). Monitor vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2017.

NIVEL (2018a, 2 mei). Einde langdurige griep epidemie. Geraadpleegd op 7 augustus 2018, van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/einde-langdurige-griep-epidemie>.

NIVEL (2018b, 12 april). NIVEL surveillance bulletin 2018 week 14. Geraadpleegd op 14 april 2018, van <https://www.nivel.nl/nl/nzr/wekelijkse-surveillance-gezondheidsproblemen>.

NIVEL (2018c). Nivel onderzoeks- en projectvoorwaarden.

NOS (2018, 6 maart). Wachtijd spoedeisende hulp ziekenhuis Alkmaar 'onacceptabel'. Geraadpleegd op 4 november 2018, van <https://nos.nl/artikel/2220994-wachtijd-spoedeisende-hulp-ziekenhuis-alkmaar-onacceptabel.html>

NVSHA (2018a). Persbericht: Artsen Spoedeisende Hulp bezorgd, Ziekenhuizen onvoldoende voorbereid op griep epidemie. Geraadpleegd op 14 april 2018, van <https://www.nvsha.nl/nieuws/persbericht-artsen-spoedeisende-hulp-bezorgd-ziekenhuizen-onvoldoende-voorbereid-op-griep-epidemie/>.

NVSHA (2018b). Verslag AO Spoedeisende zorg 4 april 2018.

NWAZNW & Spoedzorgnet (2017). Notulen ROAZ VUmc/AMC 13 oktober 2017.

NZa (2011). Beleidsregel TH/BR-001 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw); De reikwijdte van de zorgplicht in begrippen, verantwoordelijkheden en normen.

NZa (2017). Marktscan Acute Zorg, September 2017.

NZa (2018a). Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025).

NZa (2018b). Monitor Acute Zorg 2018.

- NZa (2018c). Drukke op seh's door aanhoudende griep.
- Rasmussen, J., Brehmer, B., Leplat, J. (1991). Distributed Decision Making. Chichester: John Wiley & Sons.
- Regt de, A. (2016). BOB in het beleidsteam, Onderzoek naar de mate van geschiktheid van de BOB-methode binnen het beleidsteam.
- RIVM (2011). Landelijke advisering bij infectieziektedreigingen en -crises.
- RIVM (2011a). Richtlijn Influenza.
- RIVM (2016). Routekaart RIVM2020 Drie jaar onderweg.
- RIVM (2018). Feiten en cijfers griep in Nederland, Winter van 2017/2018. Geraadpleegd op 6 december 2018, van <https://www.rivm.nl/griep/surveillance>.
- RIVM (2018a). Monitoring sterftcijfers Nederland. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://www.rivm.nl/monitoring-sterftcijfers-nederland>.
- RIVM (2018b). Nationaal Programma Grieppreventie. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <https://www.rivm.nl/griep/grieprik/nationaal-programma-grieppreventie>.
- RIVM (2018c). Advies aan BAO n.a.v. 55e OMT: Influenza d.d. 4 september 2018.
- RIVM (2018d). Grieprik 2018. Geraadpleegd op 11 april 2019, van <https://www.rivm.nl/griep/grieprik/grieprik2018>.
- RIVM & Nederlands Huisartsen Genootschap (2018). Grieprik 2018.
- Rijksoverheid. Taken van de Rijksoverheid, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rijksoverheid/taken-van-de-rijksoverheid>.
- ROAZ ZWN (2016). Startbijeenkomst risicogerichte benadering ROAZ ZWN (powerpointpresentatie).
- ROAZ ZWN (2018). Beheersplan regionale zorgcontinuïteit, versie 7.0 concept.
- Schneeweis, C. (2003). Distributed Decision Making (second edition). New York: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Smeekes, M. (2018). Brief Directeur Veiligheidsregio Noord-Holland Noord aan Algemeen Bestuur Veiligheidsregio Noord-Holland Noord 7 maart 2018.
- Stenneberg, S. (2018). Distributed Decision Making in crisisbeheersing? Een onderzoek naar een alternatieve manier voor samenwerking in besluitvorming en informatie-uitwisseling tussen de veiligheidsregio's en vitale partners bij crisisbeheersing.
- Traumacentrum ZWN (2018a). Winterseizoen 17 / 18, Het beheersen van zorgcontinuïteit in de regio (powerpointpresentatie).
- Traumacentrum ZWN (2018b). Spoedoverleg ROAZ ZWN, Drukke in de (acute) zorgketen (powerpointpresentatie).
- Traumanet AMC (2016). Brandbrief 'Regionale spoedzorg – de rek is er uit' (19 mei 2016).
- Turner, B.A. (1976). The organizational and interorganizational development of disasters. In: Administrative Science Quarterly: 378-397.

Verhoeven, N. (2003). Wat is onderzoek: praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs (5^e druk). Amsterdam: Boom.

Visscher, M., Boersma, K. (2018). Informatie-Uitwisseling als Basis voor een Flexibel, Veerkrachtig en Betrouwbaar Netwerk Acute Zorg, Een onderzoek naar informatie-uitwisseling tijdens crisis en opgeschaalde zorg binnen de regio's Gelderland Midden en Gelderland Zuid (Publieksversie, definitief). Amsterdam.

Volksgezondheidszorg.info. (2019). Absoluut aantal SEH-bezoeken ongestandaardiseerd. Geraadpleegd op 22 februari 2019, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/trends#!node-trend-gebruik-seh>

Weick K.E. (1984). Small wins: redefining the scale of social problems. In: American Psychologist 1984;39(1):40–9.

Werkgroep Capaciteitsmodel (2018). Protocol Melden Beschikbaarheid SEH Capaciteit Ziekenhuis aan Meldkamer Ambulancezorg Noord Nederland, aanpassing op de door ROAZ vastgestelde protocollen 2016.

Wet langdurige zorg (2014, 3 december). Geraadpleegd op 14 april 2019, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2019-04-02>.

Wet Veiligheidsregio's (2010, 11 februari). Geraadpleegd op 12 april 2018, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0027466/2018-01-01>.

Zwaan, de I. (2018, 22 februari). Ziekenhuizen kunnen grote golf grieppatiënten niet aan: enkele stellen opnamestop in. De Volkskrant. Geraadpleegd op 17 maart 2018, van <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/ziekenhuizen-kunnen-grote-golf-grieppatiënten-niet-aan-enkele-stellen-opnamestop-in~bc231e84/>

Bijlage 3. Planning plan van aanpak en master thesis

In dit hoofdstuk neem ik de planning van het plan van aanpak en mijn master thesis op.

Planning plan van aanpak

PLAN VAN AANPAK (PvA)		
Activiteit	Tijdspad	Te nemen stappen
Opstellen PvA	Maart - april 2018	Uitwerken Plan van Aanpak (PvA)
	16 maart	Presenteren concept PvA en bespreken met medestudenten/onderzoeker
	17 maart- 15 april	Opstellen nieuw PvA
	11 april	Bespreken nieuw PvA met Ralf Beerens
	12-15 april	Verwerken feedback PvA
	16 april	Inleveren PvA
	Mei 2018	Go-no go van wetenschapscommissie
	Juli - augustus 2018	Aanpassen PvA naar aanleiding van feedback wetenschapscommissie

Tabel 5: planning plan van aanpak

Planning master thesis

MASTER THESIS		
Activiteit	Tijdspad	Te nemen stappen
Literatuur-onderzoek	Augustus - september 2018	Eventueel aanvullen en verder aanscherpen literatuuronderzoek
Plannen interviews	Augustus – september 2018	Zoeken geschikte respondenten Contact opnemen respondenten en inplannen interview
Opstellen cases	September – oktober 2018	Met behulp van documentenstudie
Uitvoeren interviews (schatting 15-20 interviews)	September – november 2018	Houden en uitwerken interviews Voorleggen uitgewerkte interviews aan respondenten Verwerken input interviews in cases

Analyse onderzoeksresultaten	December 2018	
Trekken voorlopige conclusies en aanbevelingen	Januari 2018	
Validatie onderzoek; expertbijeenkomst	Februari 2019	Ruim van tevoren inplannen bijeenkomst met experts zorginstellingen regio Kennemerland
Indien nodig bijstellen analyse, conclusie en aanbevelingen	Maart 2019	
Inleveren definitieve thesis	April 2019	
Verdedigen thesis	Eerste mogelijkheid na inleveren in 2019	

Tabel 6: planning master thesis

Benodigdheden voor de uitvoering van het onderzoek

Voor het uitvoeren van het onderzoek is het volgende nodig:

- Voldoende tijd voor uitvoering van het onderzoek;
- Voldoende respondenten interviews. Hiervoor gebruik ik vooral mijn eigen netwerk en het netwerk van bijvoorbeeld het hoofd GHOR Kennemerland en Directeur Publieke Gezondheid (DPG) Kennemerland;
- De netwerkcontacten gebruik ik tevens om evaluaties of andere niet-openbare bronnen te bemachtigen.
- Toegang tot de mediatheek van de politieacademie en uitgevers van vaktijdschriften zoals *Journal of Crisis and Contingency management*.

Bijlage 4. Interviewvragen master thesis Marc Verhaar

Introductie

Uitleg doelstelling onderzoek, onderzoeksvraag, deelvragen

Zorgcontinuïteit

- Wat is in uw optiek (het belang van) zorgcontinuïteit?
- Waarom en onder welke condities traden zorgcontinuïteitsproblemen op in de geneeskundige keten tijdens de griep epidemie van 2017-2018?
- Wat waren de gevolgen van de zorgcontinuïteitsproblemen voor uw organisatie?

Voorbereiding op zorgcontinuïteitsproblemen (preparatie)

- In hoeverre heeft uw organisatie de impact van (griep)epidemieën op (onderdelen van) de organisatie en haar processen in kaart gebracht?
- In hoeverre heeft uw organisatie inzicht in de meest kritieke onderdelen/ processen van de organisatie?
- In hoeverre heeft uw organisatie inzicht in de mate waarin deze kunnen worden geraakt door verstoringen?
- In hoeverre heeft uw organisatie inzicht in wat nodig is om de vitale processen doorgang te laten vinden?
- In hoeverre heeft uw organisatie de maximale tijd dat deze verstoord mogen raken bepaald?
- In hoeverre heeft uw organisatie inzicht in minimaal benodigde middelen voor voortgang kritieke processen?
- In hoeverre is een dreigingsscenario (griep)epidemie gemaakt?
- In hoeverre zijn continuïteitsstrategieën ontwikkeld voor het omgaan met verstoringen in dreigingsscenario (griep)epidemie?
- In hoeverre zijn plannen en procedures beschreven die de organisatie kan toepassen om de impact van de verstoring te minimaliseren?
- Indien bovenstaande van toepassing is: in hoeverre zijn deze getest en geoefend (eigen organisatie en in de keten)?
- Indien bovenstaande van toepassing is: in hoeverre wordt het BCM actueel gehouden? Hoe?

Bestrijding van zorgcontinuïteitsproblemen (respons)

Proces:

- Welke organisaties zijn uitgenodigd om te participeren bij de afstemmingsoverleggen van de keten?
- Welke organisatie nam de rol van (technisch) voorzitter van de overleggen?
- Wie bepaalde de agenda/ besprekpunten van de ketenoverleggen?
- In hoeverre waren aspecten van procesmanagement toegepast:
 - o Proces voor inhoud of vice versa?
 - o Dialoog & discussie faciliteren?
 - o In hoeverre trad strategisch gedrag op?
 - o Was sprake van een zoekproces of meer DAD?
 - o Hoe werd commitment voor het proces gecreëerd?

- In hoeverre was sprake van duidelijke spelregels ten aanzien van het proces van afstemming in de keten?

Beeldvorming:

- In hoeverre was sprake van een gedeeld beeld in de keten (en hoe werd dit gefaciliteerd)?
- Welke rol speelde informatiemanagement in de gezamenlijke beeldvorming (bijvoorbeeld inzetten LCMS GZ)?
- Met welke frequentie werden ketenpartners op de hoogte gehouden over de stand van zaken (beeldvorming) bij de andere betrokken ketenpartners?

Oordeelsvorming:

- In hoeverre was zicht op de knelpunten die zich voordeden binnen de afzonderlijke instellingen?
- In hoeverre was zicht op de knelpunten die zich voordeden binnen de keten?
- In hoeverre was sprake van overeenstemming over de (gedeelde) problemen die optraden?
- Welke rol speelde informatiemanagement in de gezamenlijke beeldvorming (bijvoorbeeld inzetten LCMS GZ)?
- Met welke frequentie werden ketenpartners op de hoogte gehouden over de optredende knelpunten (oordeelsvorming) bij de andere betrokken ketenpartners?

Besluitvorming:

- Hoe is de besluitvorming verlopen (centraal vs decentraal belegd)?
- In hoeverre was er overeenstemming over de geformuleerde besluiten bij de ketenpartners?
- Inhoudelijk: in hoeverre hebben de genomen besluiten geleid tot maatregelen die bijdroegen aan het oplossen van de geconstateerde problemen?
- Hoe zou u de maatregelen omschrijven: als alomvattende oplossingen of meer als experimentele (trail and error) uitprobeersels?
- Welke rol speelde informatiemanagement in de gezamenlijke besluitvorming (bijvoorbeeld inzetten LCMS GZ)?
- Met welke frequentie werden ketenpartners op de hoogte gehouden over de genomen besluiten (besluitvorming) door de andere betrokken ketenpartners?

Overige thema's:

- Welke procesaspecten of inhoudelijke maatregelen zou u als best practice willen omschrijven?
- Heeft u de griepepidemie geëvalueerd?
- Wat waren de belangrijkste uitkomsten/ leerpunten?
- Welke vraag heb ik (in uw optiek ten onrechte) niet gesteld?

Afronding interview

U krijgt inzage in de casusbeschrijving waarin uw bijdrage is gebruikt ter controle. Heeft u interesse om deel te nemen aan de validatiebijeenkomst met mede-experts?

Heeft u verslagen van (keten)overleggen/ evaluaties/ andere interessante documenten die helpen bij het beschrijven van de casus in uw regio/organisatie en de aanpak in uw regio/organisatie?

Bijlage 5. Lijst geïnterviewde personen

Naam	Organisatie	Functie
Paolo Bellini	Meander MC	Manager Klinische Operations
Karin van den Berg	AZO	Hoofd AZO en voorzitter tactisch ROAZ
Wouter Bijlsma	Nederlands Rode Kruis	Coördinator Noodhulp regio Rotterdam-Rijnmond
Danielle Bonink	Netwerk Acute Zorg Noordwest	Directeur, deelnemer verschillende ketenoverleggen
Eelco Bredenhoff	Ziekenhuis Tjongerschans	Sectormanager snijdende vakken
Aeltsje Bruisma	Noordwest Ziekenhuisgroep	Beleidsmedewerker Kwaliteit/ ZiROP coördinator
Guy Buck	Aafje thuiszorg huizen en zorghotels	Voorzitter raad van bestuur
Lars Carree	Spaarne Gasthuis	Adviseur Crisisbeheersing, coördinator team veiligheid, programmaleider Integraal Crisisplan
Paul Comanne	OLVG (oost en west)	Manager SEH
Gé Donker	NIVEL	Epidemioloog NIVEL en huisarts te Hoogeveen
Carolien Fledderus	RAVU	Manager Stafbureau
Roel Geene	Traumacentrum Zuidwest Nederland	Coördinator Opgeschaalde Zorg
Jan Goselink	RAV Gelderland-Midden	Manager RAV
Michiel Hoorweg	Ministerie van VWS	Coördinator crisisbeheersing
Bea Kievit	Ziekenhuis Gelderse Vallei	Voorjaar 2018: manager SEH Nu: Crisiscoördinator
Albert Kuipers	Nederlands Rode Kruis	Coördinator Noodhulp regio Zeeland
René Menke	GHOR NHN	Hoofd GHOR Veiligheidsregio Noord-Holland Noord en RCZ
Petra Metzelaar	GHOR Kennemerland	Beleidsmedewerker Crisisbeheersing
Nils van Mourik	Westfries Gasthuis & Waterlandziekenhuis	Zorgmanager WFG & Waterland Ziekenhuis, deelnemer RCZ regio NHN
Tom Neven	NZA	Beleidsmedewerker Toezicht & Handhaving
Kenneth van Oossanen	GHOR NHN	Specialist GHOR, HIN GZ Veiligheidsregio Noord-Holland Noord en RCZ
Hans Peijen	GHOR Kennemerland	Beleidsadviseur, ACGZ en voorzitter RCO
Marcel Podt	Zilveren Kruis	Inkoper Landelijk
Bert Pronk	Meldkamer Noord-Nederland	Manager Ambulancezorg Noord-Nederland
Arold Reusken	LNAZ	Hoofd Bureau LNAZ
Marjolein Somers	GHOR Kennemerland	Hoofd GHOR, DPG en voorzitter RCO
Eva Straatman	Meld-, Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland & GHOR Kennemerland	Voorjaar 2018: meldkamercentralist Nu: adviseur evenementen en vakspecialist OTO
Jan Dirk van de Ven	GHOR Amsterdam-Amstelland	Hoofd GHOR Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en voorzitter tactisch overleg
Marlous Verheul	Traumazorgnetwerk Midden-Nederland	Projectleider Crisisbeheersing en OTO, ICO UMC-U, ACGZ Veiligheidsregio Utrecht

Ellen Verhoogt	Spaarne Gasthuis	Risk officer
Mariska Visser	Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland	Adviseur ROAZ en acute zorg
Sandra Voerman	Huisartsen Zorg Noord-Kennemerland (HONK)	Lid directieraad, Crico & ICO, deelnemer RCZ regio NHN
Thijs Willemse	Netwerk Acute Zorg Noordwest	Adviseur Acute Zorg, deelnemer verschillende ketenoverleggen

Bijlage 6. Griep en vaccineren op hoofdlijnen

In deze bijlage wordt kort geschetst wat de belangrijkste eigenschappen van griep oftewel influenza zijn. Daarnaast wordt kort beschouwd wat de overwegingen zijn ten aanzien van griepvaccinatie.

Wat is griep?

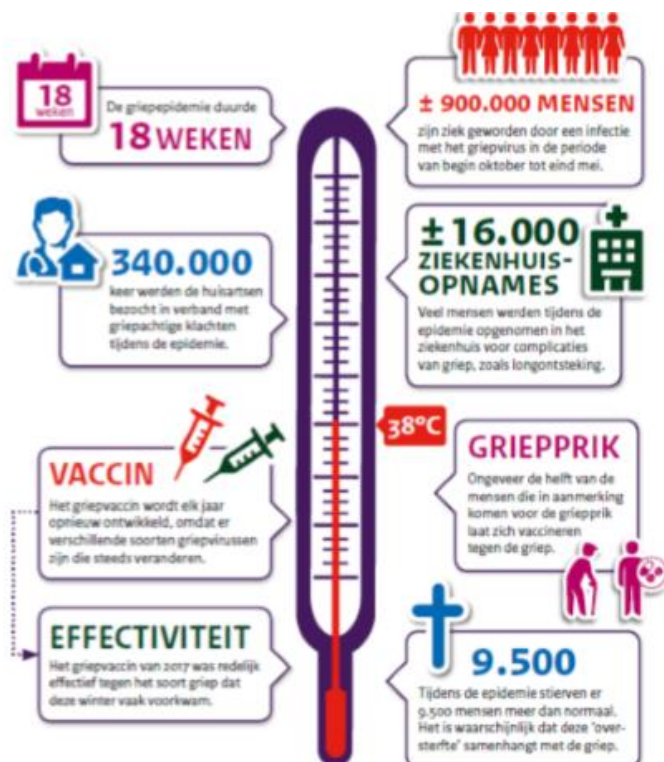
Deze paragraaf is gebaseerd op de Richtlijn Influenza (RIVM, 2011a). Griep wordt veroorzaakt door drie type influenzavirussen: type A, B of C. Influenzavirussen zijn in staat zichzelf te veranderen, met name type A, waardoor in feite een aangepast virus ontstaat waar mensen vatbaar voor zijn.

Mens-op-mens-besmetting vindt voornamelijk plaats door het aanhoesten of aanniezen van anderen. Daardoor ontstaan kleine druppeltjes waarin virusdeeltjes (aerosolen) zitten. Deze kunnen worden ingeademd door contacten van degene met griep.

De incubatietijd van besmetting tot het optreden van ziekteverschijnselen bedraagt 1-5 dagen. Al 5-7 dagen voor het optreden van ziekteverschijnselen kunnen dragers van het virus anderen besmetten.

De symptomen verschillen per influenzavirus. Vaak ontwikkelen patiënten de volgende klachten: luchtwegklachten (zoals hoesten en niezen) hoofd- en/of spierpijn, koorts/ rillingen en malaise. Bij patiënten kunnen complicaties optreden, zoals secundaire bacteriële infecties en longontsteking. De ziektelast en sterfte onder 65+'ers is aanzienlijk hoger dan voor jongere doelgroepen.

Dat griep geen onschuldige ziekte is, maakt het onderstaande schema duidelijk. Ongeveer 16.000 personen zijn tijdens de griepepidemie van 2017-2018 opgenomen in het ziekenhuis met complicaties en duizenden personen -voornamelijk kwetsbare ouderen- zijn overleden door de griep.



Figuur 15: gevolgen griepepidemie 2017-2018. Overgenomen uit “Feiten en cijfers griep in Nederland, Winter van 2017/2018” van RIVM, 2018 (<https://www.rivm.nl/griep/surveillance>). Copyright 2018, RIVM.

Vaccineren tegen griep

Deze paragraaf is voornamelijk gebaseerd op de Richtlijn Influenza (RIVM, 2011a) en <https://www.rivm.nl/griep/griepvaccinatie/griepvaccinatie2018> (RIVM, 2018d).

Omdat influenza een gezondheidsrisico vormt voor met name kwetsbare doelgroepen, is in Nederland het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) ingesteld. Het gaat onder andere om 60+'ers en personen met een verminderde weerstand door onderliggende ziekten of bepaald medicijngebruik. Jaarlijks krijgen zij een gratis vaccinatie tegen griep (de griepvaccinatie) aangeboden. Of iemand daarvan gebruik maakt, is zijn/haar eigen keuze. De huisartsen in Nederland voeren deze vaccinatie uit.

De griepvaccinatie lijkt met name bij ouderen positief te werken ten aanzien van preventie van griepsymptomen en het verminderen van complicaties bij doormaken van griep (RIVM, 2011a).

In griepseizoen 2017 haalde bijna 50% van degenen die tot de doelgroep behoren de griepvaccinatie (NIVEL, 2018). Het NPG heeft becijferd (Carpay, 2018) dat van degenen die tot de doelgroep behoren, de meeste personen (75%) gebruik maken van de vaccinatie omdat zij weten dat ze tot de risicogroep behoren. Andere belangrijke argumenten voor degenen die gebruik maken van de griepvaccinatie zijn: de eigen leeftijd (54%), een uitnodiging van de huisarts gekregen (51%), men wil geen griep krijgen (43%), men heeft een onderliggende chronische ziekte (42%) of men is van mening dat griep een ernstige ziekte is (40%).

Veel gehoorde redenen onder de doelgroep om zich niet te laten vaccineren, zijn volgens het NPG (Carpay, 2018): het idee dat de vaccinatie toch niet helpt (42%), men vreest nare bijwerkingen (26%), diegene voelt zich gezond (21%), men denkt juist griep te krijgen door de vaccinatie (19%) of diegene is van mening dat hij/zij voldoende weerstand heeft (19%). Het RIVM tracht het animo voor het ontvangen van de griepvaccinatie te verhogen door middel van een infografic (RIVM & Nederlands Huisartsen Genootschap, 2018) die feitelijk weergeeft wat de risico's van griep zijn. Tevens worden daarin verschillende bovenstaande argumenten ontkracht en in een realistisch perspectief geplaatst.

De vaccinatiegraad onder verplegend of medisch personeel is laag. Onderzoek wijst uit dat de mediane vaccinatiegraad onder 45 onderzochte ziekenhuizen 13% was (Van Gageldonk-Lafeber et al., 2014). Onderzoek dat onder personeel van het AMC is uitgevoerd, wees uit dat de belangrijkste argumenten om geen vaccinatie te halen, waren (Maas, Frijstein & Overmars, 2016): 'ik ben toch nooit ziek' en 'ik heb voldoende weerstand'. Argumenten om zich wel te laten vaccineren, waren (Maas, Frijstein & Overmars, 2016): 'eigen bescherming tegen influenza' en 'bescherming tegen besmetting van de patiënt'.

Zoals in paragraaf 7.5 is gesteld, is het lastig om te voorspellen welk type influenzavirus het komend jaar zal gaan circuleren. Daardoor sluit het samengestelde vaccin op basis van die voorspelling niet altijd goed aan bij de virustypen die daadwerkelijk in het griepseizoen circuleren maar ook een minder goed werkend vaccin beschermt nog steeds (RIVM & Nederlands Huisartsen Genootschap, 2018).

Bijlage 7. Kernachtige opsomming *best practices*

In onderstaande tabel staat een kernachtige opsomming van zaken die regio's of instellingen goed hadden geregeld. Dit overzicht pretendeert zeker niet volledig te zijn.

Regio/ instelling	Best practice	Vindplaats in dit onderzoek
TCZWN	Vorbereiding specifiek op griepepidemie en creëren urgentie op bestuurlijk niveau	Paragraaf 6.5.2
TCZWN	Vergaande besluitvorming in ketenverband over het proces maar ook inhoudelijke maatregelen zoals inwinnen bijstand, en betrekken VVT en verzekeraars	Paragraaf 6.5.7
GHOR NHN	Aansluiten van vrijwel alle ketenpartners op LCMS GZ in aanloop naar/tijdens griepepidemie	Paragraaf 6.2.2
Waterland Ziekenhuis	Creëren van een griepafdeling	Paragraaf 6.3.2
Waterland Ziekenhuis	Creëren van een VVT-afdeling in het ziekenhuis	Paragraaf 6.3.7
Aafje en TCZWN	Creëren acute zorgafdeling (AZA)	Paragraaf 6.5.6 en 6.5.7
Traumazorgnetwerk Midden-Nederland	Versnellen (laagdrempelige) afstemming tussen ketenpartners middels whatsappgroep	Paragraaf 6.4.5 en 6.4.7
Rode Kruis en TCZWN	Ondersteunen ziekenhuis met niet-medische taken, en vervoeren en begeleiden patiënten naar huis	Paragraaf 6.5.7
Meander MC	Hulpmiddel om op elk moment de actuele capaciteit in het ziekenhuis te kunnen monitoren	Paragraaf 6.4.3
Ziekenhuis Tjongerschans	Idem, inclusief kleurcode waarbij personeel en management de drukte in het ziekenhuis kunnen monitoren (en bijsturen)	Paragraaf 6.6.2
Ziekenhuis Tjongerschans	Voorafgaand aan de griepepidemie maken van afspraken over uitstroom richting VVT-sector	Paragraaf 6.6.2
AZNN en AZO	Meldkamer stelt (dagelijks of 3x daags) overzichten op van actuele capaciteit en deelt deze met de ziekenhuizen	Paragraaf 6.6.5 en 6.7.5
AZO	Afspraak SEH-stops tot het uiterste te beperken	Paragraaf 6.7.7
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Succesvolle wervingscampagne Hoge School voor extra personeel tijdens griepepidemie	Paragraaf 6.7.7
Spaarne Gasthuis	Inzetten crisisorganisatie en uitspreken dat acute zorg beschikbaar moet blijven	Paragraaf 6.1.7