



Itineris
health & safety

“DE **GRIEP** WAS NIET DE **CRISIS**”

EVALUATIE

Maatregelen zorgcontinuïteit
in het ROAZ Zuidwest-Nederland
tijdens het griepseizoen 2017-2018



Disclaimer

© Copyright, Oktober 2018, ITINERIS health & safety
Auteurs: Thérèse Claassen, Ruud Houdijk
Versie 0.5

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Traumacentrum Zuidwest-Nederland





Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
1.1 Opdracht	3
1.2 Proces	3
1.3 Opbouw rapportage	3
1.4 Samenhang met de maatregelencatalogus	3
1.5 Samenhang met evaluatie regionale beheersorganisatie	4
2. Instroom	5
2.1 Dilemma's	5
2.2 Getroffen maatregelen	6
2.3 Bevindingen	8
3. Doorstroom	9
3.1 Dilemma's	9
3.2 Getroffen maatregelen	9
3.3 Bevindingen	11
4. Uitstroom	13
4.1 Dilemma's	13
4.2 Getroffen maatregelen	13
4.3 Bevindingen	14
5. Continuïteitsmanagement.....	16
5.1 Dilemma's	16
6. Conclusies en aanbevelingen	19
Bijlage 1: Afkortingen.....	22
Bijlage 2: Respondenten.....	23



1. Inleiding

Het griepseizoen van de winter 2017/2018 duurde lang en de impact op de continuïteit van zorg was groot, hetgeen zich al vroeg liet aanzien. Om toch de gewenste zorg te kunnen blijven bieden is door het Regionaal Overleg Acute Zorg Zuidwest-Nederland (ROAZ ZWN) een operationele beheersorganisatie ingesteld en beschreven in een “Beheersplan regionale zorgcontinuïteit”. Zorgaanbieders hebben individueel en in gezamenlijkheid diverse maatregelen getroffen om de zorgcontinuïteit te behouden en de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten op individuele en collectieve basis te reguleren. De vraag is nu welke van deze maatregelen in meerdere of mindere mate succesvol waren en hoe de voorbereiding op komende griepseizoenen kan worden verbeterd.

1.1 Opdracht

Om te kunnen leren van de getroffen maatregelen en inzicht te krijgen in de meest succesvolle heeft het Traumacentrum ZWN aan ITINERIS health & safety gevraagd in beeld te brengen welke maatregelen voorafgaand aan en tijdens het afgelopen griepseizoen in de acute zorg zijn genomen om de instroom, doorstroom en uitstroom te bevorderen en in welke mate deze succesvol waren. De focus heeft hierbij gelegen op de ambulancezorg en de ziekenhuizen.

1.2 Proces

ITINERIS heeft gesprekken gevoerd met de crisiscoördinatoren en/of de lijnmanagers van de Spoedeisende Hulp (SEH) en/of van verpleegafdelingen van alle ziekenhuizen in Zuidwest-Nederland en met managers van de regionale ambulancevoorzieningen (RAV), inclusief de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). Zie de bijlage voor het overzicht van respondenten.

Met de huisartsenposten zijn op verzoek van het Traumacentrum ZWN geen gesprekken gevoerd, omdat deze relatief weinig problemen hebben ondervonden. Wel worden op basis van de gesprekken met de ziekenhuizen en ambulancezorg enige conclusies getrokken over de instroom vanuit de huisartsenzorg. Hetzelfde geldt voor de caresector (verpleging, verzorging en thuiszorg).

1.3 Opbouw rapportage

De rapportage beschrijft de instroom (hst.2), doorstroom (hst.3) en uitstroom (hst.4) van patiënten in de keten van acute zorg. In elk van deze hoofdstukken worden eerst de belangrijkste dilemma's van het griepseizoen samengevat. Vervolgens wordt samengevat welke maatregelen zijn getroffen en overwogen, alsmede wat de algemene bevindingen zijn over de effectiviteit van het gevoerde beleid. In hoofdstuk 5 worden de algemene beheersingsmaatregelen beschreven ten behoeve van het continuïteitsmanagement (contingentie- en crisismanagement), d.w.z. de wijze van coördinatie en informatievoorziening. In hoofdstuk 6 worden tot slot algemene conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor de voorbereiding op de komende griepseizoenen.

1.4 Samenhang met de maatregelencatalogus

Elk van de geïnventariseerde maatregelen is nader uitgewerkt in een separate ‘catalogus’. Hierin wordt voor elke maatregel beschreven wat het doel was, wat de maatregel behelst, wat de overwe-

gingen zijn geweest bij het instellen ervan, wat het oordeel is over de effectiviteit ervan en welke adviezen worden meegegeven over de voorbereiding en inzet van de maatregel in de toekomst.

In de maatregelencatalogus zijn de geïnventariseerde maatregelen geclusterd aan de hand van de zogenaamde vijf S'en, die door het ROAZ ZWN worden gehanteerd bij de risicogerichte benadering¹:

- **Staf:** maatregelen om de beschikbaarheid en inzetbaarheid van reguliere en extra menskracht te waarborgen en vergroten, inclusief mogelijkheden voor een alternatieve taakverdeling.
- **Spullen & Structuren:** maatregelen om de beschikbaarheid te vergroten van reguliere, extra en alternatieve medische en logistieke middelen (spullen) en werkruimten met bijbehorende voorzieningen (structuren).²
- **Systemen:** maatregelen om de zorgcontinuïteit te waarborgen door aanpassing van medische werkwijzen en bedrijfsvoeringsprocessen.³

In de catalogus is elke maatregel primair ingedeeld bij die categorie die het best karakteriseert aan welke “sturingsknop” wordt gedraaid: vergroten personele capaciteit (Staf), slimmer gebruik van middelen en ruimten (Spullen & Structuren) of aanpassing van werkwijzen (Systemen). Binnen deze drie hoofdcategorieën zijn de maatregelen alfabetisch geordend. Met behulp van het ‘snelkeuzemenu’ kunnen eenvoudig de verschillende maatregelen worden opgezocht die raken aan een bepaald probleem (bijvoorbeeld uitstroom) of een bepaalde oplossingsrichting/sturingsknop (bijvoorbeeld staf).

Feitelijk zijn alle vijf S'en met elkaar verbonden. Zo vraagt invoering van een alternatieve werkwijze vaak ook om aanpassingen in de stafinzet en inzet van ruimtes en middelen. Vice versa gaat de inzet van aanvullend personeel (zoals vrijwilligers) vaak gepaard met een deels gewijzigde werkwijze. Daar waar de catalogus een totale opsomming geeft van de maatregelen en deze voor de vindbaarheid zijn geclusterd naar de S'en, worden in de voorliggende evaluatierapportage juist samenvattende conclusies getrokken over het geheel en de samenhang van maatregelen voor de instroom, doorstroom en uitstroom. In de samenvattende beschrijvingen van de maatregelen in deze evaluatierapportage (paragrafen 2.2, 3.2 en 4.2) worden de maatregelen derhalve bewust niet ingedeeld naar Staf, Spullen & Structuren en Systemen, omdat daarmee de samenhang tussen de maatregelen zou verdwijnen. In plaats daarvan worden ze in samenhangende clusters beschreven.

1.5 Samenhang met evaluatie regionale beheersorganisatie

Het Traumacentrum ZWN heeft intern het functioneren van de Regionale Beheersorganisatie Zorgcontinuïteit geëvalueerd. De algemene conclusie van deze interne evaluatie is dat het operationeel gaan van het ROAZ breed gedragen en goed gewaardeerd is, en ook in de toekomst hard nodig is, maar dat er nog veel verbeterd moet worden om de benodigde meerwaarde daadwerkelijk waar te kunnen maken. Het onderscheid met de voorliggende rapportage is dat hierin de effectiviteit van de getroffen en overwogen *maatregelen* wordt geëvalueerd in plaats van de *organisatie* van regionale zorgcontinuïteit. Het raakvlak tussen beide evaluaties zijn de regionale maatregelen, die door de regionale beheersorganisatie zijn overwogen en getroffen.

¹ Presentatie ASC-methode, 2017.

https://www.erasmusmc.nl/tczwn/roaz/opgeschaalde_zorg/risicogerichte-benadering/aanvullende-info/

² De twee S'en Spullen en Structuren zijn samengevoegd, omdat ze heel nauw met elkaar samenhangen: inzet van alternatieve ruimtes vraagt ook inzet van bijbehorende spullen.

³ Uit het onderzoek zijn geen maatregelen naar voren gekomen die uitsluitend gericht zijn op de vijfde S (Solvabiliteit). Bescherming van de financiële en juridische positie, het imago en de gezondheid van de organisatie zijn wel degelijk een relevant onderdeel van de beraadslagingen en crisisbesluiten geweest, maar dan als randvoorwaarde bij de invoering van organisatorische maatregelen gericht op de 4 andere S'en.



2. Instroom

Dit hoofdstuk beschrijft de maatregelen die betrekking hebben op het beheersen van de instroom van patiënten naar de acute zorg via de huisartsenzorg en ambulancezorg.

2.1 Dilemma's

Het griepseizoen 2017-2018 heeft in twee opeenvolgende golven gezorgd voor extra instroom van grieppatiënten. De eerste golf duurde van vlak voor Kerst 2017 tot begin maart 2018 en werd veroorzaakt door een influenza-B virus (Yamagata-variant). Vanaf maart vond een tweede golf plaats, veroorzaakt door een influenza-A virus (H1N1-variant). In zichzelf veroorzaakten beide epidemieën niet meer zorgbehoefte dan in een gemiddeld griepseizoen, maar de combinatie van de twee golven wel.

Onduidelijkheid over griepbesmetting

Bij binnenkomst van een patiënt met de verdenking van griep is niet meteen duidelijk of er ook daadwerkelijk sprake is van een besmetting. Zolang die onzekerheid duurt is het van belang om grieppatiënten te isoleren en hygiënemaatregelen toe te passen, om besmetting van andere patiënten en medewerkers te voorkomen. Verdachte gevallen moesten daarom zoveel mogelijk een eigen kamer krijgen. In afwachting van de diagnostiek legde dit een groot beslag op de kamers en op de tijd van het personeel. Medewerkers moesten zich na elk contact met (verdachte) grieppatiënten omkleden en reinigen. Verpleegkundigen hadden soms het gevoel dat ze “de helft van de tijd” daaraan kwijt waren. Hoe langer de onduidelijkheid over een griepbesmetting duurde, des te groter het capaciteitsbeslag, ook van patiënten die uiteindelijk niet besmet bleken te zijn.

Veel laag-urgente instroom

Het griepseizoen is gekenmerkt door relatief veel ziekenhuisopnames van patiënten die niet primair in het ziekenhuis thuishoren.⁴ Het betrof met name ouderen die te ziek waren om zonder ondersteuning thuis te kunnen blijven, maar eigenlijk niet ziek genoeg voor langdurige hospitalisatie. Dieper liggende oorzaken van deze grote groep zijn de vergrijzing en de bezuinigingen op de ouderenzorg, waardoor meer ouderen langer thuis wonen en minder ouderen recht hebben op zorg. Veel patiënten werden door de huisarts ingestuurd op wat door ambulance- en ziekenhuispersoneel is omschreven als “sociale indicaties”. Door gebrek aan zelfredzaamheid, mantelzorg en/of thuiszorg was het niet langer verantwoord om een patiënt thuis te laten uitzielen, terwijl er zeker niet altijd een keiharde medische noodzaak was voor ziekenhuisopname. Een acute plaats in een Verpleeg- of Verzorgingshuis duurde via de normale indicatiestelling te lang. Het gevolg was dat de ziekenhuizen als een acuut beschikbaar vangnet deze patiënten kregen ingestuurd, voor een vorm van ‘low care’ die eigenlijk bovenal verzorging, een infuus en goede monitoring van de situatie vergden, met alleen een echte indicatie voor hospitalisatie in geval van bestaande serieuze aandoeningen of verslechtering van de situatie.

Oplopende wachttijden SEH en ‘tijdelijke ontziening’

De wachttijden op de SEH liepen in veel ziekenhuizen regelmatig op. Bij veel ziekenhuizen in de regio is het proces op de SEH diverse keren zodanig vastgelopen dat is besloten gebruik te maken van de ‘Regeling tijdelijk ontzien SEH’. Volgens deze regeling kunnen maximaal twee ziekenhuizen tegelijk de meldkamer verzoeken om hun SEH maximaal 2 uur te ontzien, namelijk door geen (on-

⁴ Dit is niet makkelijk met cijfers hard te maken, maar is door een groot deel van de respondenten bevestigd.

bekende) ambulancepatiënten naar hen door te sturen. Wel moet de betreffende SEH beschikbaar blijven voor zelfverwijzers, patiënten met klachten waarvoor zij reeds onder behandeling zijn en voor het geval een ambulanceverpleegkundige het medisch noodzakelijk acht om een patiënt op de betreffende locatie aan te bieden. In eerste instantie kwam de grootste druk terecht bij de stedelijke ziekenhuizen in de agglomeratie Rotterdam: Ikazia, het Sint Franciscus Gasthuis, het Maasstad Ziekenhuis en het Erasmus Medisch Centrum. Als gevolg van de drukte in de stedelijke ziekenhuizen kwamen ook de ziekenhuizen in de directe omgeving onder grote druk te staan: het IJsselland Ziekenhuis in Capelle a/d IJssel en het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht.

Gebrekkige beschikbaarheid ambulancezorg

De ambulancezorg heeft dagelijks al serieuze problemen om de roosters te vullen door personeels-tekort. Met name in Rotterdam-Rijnmond is de situatie structureel zeer ernstig. Tijdens het griepseizoen moesten ambulancebemanningen door de oplopende wachttijden bij de SEH's soms lange tijd (tot wel zes uur) met een patiënt wachten - in de hal of soms in de ambulance voor de deur van het ziekenhuis - tot deze aan de SEH kon worden overgedragen. Hierdoor waren de betreffende ambulances gedurende langere niet beschikbaar om de paraatheid van de RAV te waarborgen. Dit had dan weer gevolgen voor het uitstellen van gepland inter-klinisch vervoer overdag. De normale praktijk in de regio Rotterdam-Rijnmond is dat na 17:00 uur alleen nog acute patiënten per ambulance naar het ziekenhuis worden gebracht. Overplaatsing naar andere ziekenhuizen (o.a. na initiële stabilisatie en behandeling op de SEH) of vervoer naar huis van ontslagen patiënten (met een vervoersindicatie) is dan niet meer mogelijk tot de volgende ochtend. Tijdens het griepseizoen zorgde dit voor extra stagnatie van de door- en uitstroom. Zelfs als in een andere instelling een geschikt bed was gevonden, moest in diverse gevallen een patiënt alsnog op de SEH overnachten, omdat er geen ambulancevervoer beschikbaar was. Dit zorgde voor extra stagnatie op de SEH en een extra beslag op het personeel.

2.2 Getroffen maatregelen

Isolatie en sneltests

Alle ziekenhuizen hebben verdachte en bevestigde griepbesmettingen zoveel als mogelijk geïsoleerd. Voor ziekenhuizen met veel een- of tweepersoons kamers was isolatie makkelijker door te voeren dan voor ziekenhuizen met veel zalen. Veel ziekenhuizen hebben gebruik gemaakt van apparatuur voor zogenaamde sneltests, om de tijd van reguliere laboratoriumdiagnostiek te bekorten, zodat bij een uitgesloten besmetting de isolatiemaatregelen konden worden opgeheven. De reikwijdte en accuratesse van deze sneltests verschilde echter nogal, zodat ongetwijfeld in sommige gevallen de verkeerde conclusie is getrokken en de isolatiemaatregelen ten onrechte zijn opgeheven of in stand gehouden.

Tijdelijk ontzien SEH

Onder druk van de omstandigheden hebben diverse ziekenhuizen gebruikgemaakt van de Regeling tijdelijk ontzien SEH. Deze maatregel zorgde er intern voor dat de SEH de opgelopen achterstand kon inlopen en het personeel op adem kon komen. Naarmate de druk op de acute zorg toenam, vroegen meer ziekenhuizen tegelijk om te worden ontzien, voor onbepaalde tijd. Een aankomende 'sluiting' van een SEH was vaak ook niet van tevoren bekend, of werd alleen via informele lijn met andere ziekenhuizen gedeeld, wat tot onrust en wantrouwen leidde. Ook werden soms patiënten met gekende klachten niet in het eigen ziekenhuis opgevangen, terwijl dit wel de regionale afspraak is. Het effect was dat andere ziekenhuizen (soms onverwacht) met grotere SEH-instroom werden geconfronteerd. Er waren ook meer overplaatsingen nodig tussen ziekenhuizen wat een extra druk legde op de ambulancecapaciteit. Tegelijkertijd was er het gevoel dat sommige ziekenhuizen juist meer hadden kunnen doen om andere te ontlasten.

Het tactisch team van de regionale beheersorganisatie heeft de meldkamer ambulancezorg gevraagd om een regierol op zich te nemen bij de spreiding van patiënten. De meldkamer hield echter eraan vast dat de verpleegkundige op de ambulance bepaalt naar welk ziekenhuis een patiënt gaat.⁵

Aanpassingen in de interne werkprocessen op de SEH

Door de SEH zijn maatregelen getroffen om het proces efficiënter te maken. Voorbeelden zijn het gebruik van ELV-bedden en een acute opnameafdeling⁶ om de uitstroom uit de SEH te bevorderen. Patiënten worden dan niet direct het beddenhuis in geplaatst, maar tijdelijk opgevangen op een acute opname afdeling (transferium/observatorium). Ook is er ook gebruik gemaakt van ‘logeerbedden’, waarbij patiënten van de SEH tijdelijk (bijvoorbeeld voor de nacht) werden overgeplaatst van de SEH naar het beddenhuis en in de ochtend weer terug werden gebracht naar de SEH. Een ultieme optie is om de indicatiestelling en triage te verscherpen, maar dat is het afgelopen griepseizoen niet gedaan. Wel is alle specialisten in het ziekenhuis gevraagd om voor hun patiënten nog scherper dan normaal te beoordelen of een opname of gang naar de SEH echt noodzakelijk is.

Uitstellen electieve zorg

Ziekenhuizen hebben maatregelen getroffen in de bedrijfsvoering, zoals het uitstellen van het electieve zorgprogramma. Deze maatregel is door een groot aantal ziekenhuizen overwogen, maar vanwege de grote impact slechts in een aantal ziekenhuizen uitgevoerd, meestal gedurende beperkte tijd. Een enkel ziekenhuis heeft op structurele basis delen van het electieve programma moeten uitstellen.

Afspraken in de acute zorgketen

Ziekenhuizen hebben individueel enkele maatregelen getroffen in de keten om de instroom te reguleren. Zo is de huisartsen gevraagd om eerder op de dag visite te rijden. Hierdoor werd de instroom op de SEH meer verspreid over de dag. Met de HAP zijn afspraken gemaakt om de zelfverwijzers van de SEH op te vangen en daar de triage te doen. Met de ambulancediensten is door enkele ziekenhuizen afgesproken dat patiënten altijd worden aangekondigd, waardoor administratieve zaken al konden worden opgestart.⁷ Het Erasmus MC is met de RAV overeengekomen om een ambulance te stationeren specifiek voor inter-klinisch vervoer na 17:00 uur. Het Albert Schweitzer en vijf verpleeghuisorganisaties hebben een pilot uitgevoerd om kwetsbare ouderen die op de SEH binnenkomen maar uiteindelijk geen indicatie hebben voor een ziekenhuisopname, direct via een Zorgtransferium over te plaatsen naar een verpleeghuisbed. Tevens is gesuggereerd (maar niet in het afgelopen seizoen uitgevoerd) om regionaal af te spreken om bij toerbeurt elke polikliniek voor een dag te sluiten om personeel vrij te spelen om de roosters gevuld te houden.

De regionale beheersorganisatie heeft geen inzet gepleegd op de samenwerking met huisartsen en thuiszorg omdat de thuiszorg als ‘uitgeknepen citroen’ werd beschouwd, waardoor sociale opname-indicaties niet goed zijn te voorkomen.⁸

Publiekscommunicatie

Enkele ziekenhuizen hebben actief de pers benaderd om uit te leggen wat er aan de hand is en te vragen om begrip en medewerking van het publiek. Het doel was met name om begrip te krijgen van het publiek voor de ontstane vertragingen en de beperkte personele capaciteit in het ziekenhuis, mede in de hoop het aantal onnodige zelfverwijzers omlaag te brengen.

⁵ Evaluatie winter/griepseizoen ‘17/18 ROAZ ZWN - Regionale beheersorganisatie in positie en op sterkte.

⁶ Transferium na de SEH waar patienten ter observatie konden verblijven.

⁷ Vooraankondiging van een patiënt door de ambulancebemanning aan de SEH is een landelijke doelstelling, die wordt ondersteund door een digitaal systeem van AmbulanceZorg Nederland. Het is echter nog niet in heel het land staande praktijk.

⁸ Evaluatie winter/griepseizoen ‘17/18 ROAZ ZWN - Regionale beheersorganisatie in positie en op sterkte.

2.3 Bevindingen

In de griepperiode was sprake van veel isolatiemaatregelen om diverse redenen. Griep was hierin een factor, maar niet de enige. Daarnaast was er in de regio ook MRSA/BRMO screening, VRE, Noro enzovoort. In piekperiode soms tot wel vier keer meer patiënten in isolatie dan gebruikelijk. Van het ROAZ wordt verwacht dat juist deze issues (politiek) worden geadresseerd en structureel verbeterd.

De getroffen maatregelen om de instroom te reguleren en beperken door de werkwijze van de SEH aan te passen en bilateraal nadere afspraken te maken met ambulancezorg en huisartsen(posten) hebben tijdens de piekdruk slechts een gedeeltelijke, tijdelijke oplossing geboden voor een nijpend probleem dat in de kern wordt veroorzaakt door het structurele personeelstekort in de zorg. De ziekenhuizen zijn in verschillende mate en deels op verschillende momenten in de knel gekomen. De mate waarin de ziekenhuizen gebruik hebben moeten maken van de Regeling tijdelijk ontzien SEH, is afhankelijk van diverse structurele factoren (met name personeelskrapte), maar ook van de effectiviteit van de al of niet tijdens het griepseizoen genomen maatregelen om de doorstroom en uitstroom te bevorderen. Door (noodzakelijkerwijs) gebruik te maken van de Regeling tijdelijk ontzien SEH werd het probleem van individuele instellingen een regionaal knelpunt. Zoals ook in de interne evaluatie is gesignaleerd, is de Regeling echter niet toepasbaar in situaties waarin alle ziekenhuizen tegelijk het zelfde probleem ondervinden. In zo'n geval moeten alle tijdelijke ontzieningen vervallen en is regionale patiëntenspreiding en capaciteitsmanagement nodig. De centrale vraag is hoe de beddenscapaciteit een gezamenlijk belang en verantwoordelijkheid voor alle ziekenhuizen in de regio kan worden. Nadere regionale afspraken zijn hard nodig en moeten bij voorkeur buiten het griepseizoen moeten worden voorbereid, zodat de regionale beheersorganisatie kan sturen op staande afspraken.

Sommige maatregelen ter voorkoming van onnodige ziekenhuisopnames zijn dusdanig effectief dat ze breder ingevoerd zouden moeten worden. De pilot met een Transferium SEH is hier een voorbeeld van. Oneigenlijke opnames worden voorkomen, doordat de patiënt binnen een etmaal in het verpleeghuis wordt opgenomen, in plaats van na ca. een week als het via de reguliere weg loopt door een aanvraag van het Transferiebureau aan het CIZ voor een indicatiestelling. Hierdoor wordt geen onnodig beslag gelegd op de beddenscapaciteit en het ziekenhuispersoneel. Ook voor de patiënt is directe overplaatsing naar een verpleeghuis beter dan onnodige ziekenhuisopname. De maatregel is bovendien voor de zorgsector als geheel kosteneffectief, omdat een verpleeghuisbed goedkoper is dan een ziekenhuisbed.

Uitstel van electieve zorg speelt voor een korte periode beddenscapaciteit (IC, verpleging) en personeel vrij, waardoor de doorstroom wordt bevorderd en de toegankelijkheid van de acute zorg wordt verbeterd. Het kan even lucht aan de organisatie bieden, maar op een later moment moet het electief programma alsnog worden ingehaald. De impact van de maatregel op individuele patiënten en op het ziekenhuis (financiële tegenvaller) kan groot zijn. De maatregel is vooral een last resort als al het andere niet afdoende helpt. De maatregel is dusdanig ingrijpend dat deze besluitvorming vraagt op het niveau Raad van Bestuur c.q. Crisisbeleidsteam.

Met de huisartsenzorg, VVT-sector en gemeenten (als inkopers van zorg en ondersteuning) zou regionaal de dialoog moeten worden aangegaan over wat er nog meer kan worden gedaan om ziekenhuisopnames op sociale indicatiestelling te voorkomen en in acute gevallen een directe indicatiestelling te verkrijgen voor een verpleeghuis (buiten het ziekenhuis om).



3. Doorstroom

Dit hoofdstuk beschrijft de maatregelen die betrekking hebben op het beheersen van de doorstroom van patiënten binnen de ziekenhuizen.

3.1 Dilemma's

In de meeste ziekenhuizen stagneerde de doorstroom door een verhoogde instroom, gebrek aan uitstroom en afname van capaciteit door personeelstekort en personeelsuitval.

Personele krapte

In de griepperiode was er een groot knelpunt ten aanzien van beschikbaar personeel. De personele capaciteit is in de basis al krap en dit wordt versterkt in een periode met een toename aan zorgaanbod. Er was een hogere uitval van eigen personeel door de griep, al waren er grote verschillen in de mate van uitval bij de verschillende ziekenhuizen. Daarbij was met name de tweede griepgolf de periode waarin personeel uitviel. Alle ziekenhuizen bieden het eigen personeel de mogelijkheid om zich te laten vaccineren tegen griep, maar hiervan wordt maar in beperkte mate gebruik gemaakt.

Coördinatie bedden capaciteit

Tijdens de drukte van het griepseizoen is het vaak omslachtig een leeg bed te vinden voor patiënten. De verschillende stromen van opname via de SEH, opname door de eigen specialist, geplande opname na operatie en interne overplaatsingen concurreerden met elkaar om de beperkte capaciteit. Er zijn grote verschillen in hoe ziekenhuizen de bedden capaciteit coördineren. De maatschappijstructuur van veel ziekenhuizen kan een belemmerende factor zijn. In veel ziekenhuizen is er geen real-time totaaloverzicht van beschikbare bedden. Ook hebben niet alle ziekenhuizen een coördinatiepunt dat overzicht heeft en de planning van de beschikbare capaciteit in het gehele beddenhuis centraal coördineert. De vraag is ook wanneer een bed 'leeg' is. Hiervoor bestaat nog geen eenduidige definitie en bestaan grote verschillen tussen de ziekenhuizen.

3.2 Getroffen maatregelen

Coördinatie bedden capaciteit

Een aantal ziekenhuizen heeft een coördinator voor de bedden capaciteit (bijvoorbeeld een verpleegkundig opname coördinator). Dit is vaak een verpleegkundige die een goed overzicht heeft over het totale beddenhuis. Enkele ziekenhuizen die deze rol niet kenden hebben deze in de griepperiode ingevoerd om over de afdelingen heen te kunnen sturen op de bedden capaciteit. In een aantal ziekenhuizen is gewerkt volgens het 'bed-is-een-bed'-principe, wat inhoudt dat niet naar afdelingen wordt gekeken bij het opvangen van patiënten. Hierdoor is er vanuit een gezamenlijk belang gestuurd op de beschikbaarheid van bedden en konden er meer patiënten worden opgevangen. In de interviews is aangegeven dat mogelijk ook binnen de regio afspraken gemaakt kunnen worden over het beurtelings sluiten van de poliklinieken of in gezamenlijkheid tijdelijk zoveel mogelijk verschuiven van klinische naar poliklinische behandeling. Dit is echter niet in het afgelopen seizoen uitgevoerd.

Clustering van grieppatiënten

Om de beschermende maatregelen en het aan- en uitkleden van personeel zoveel mogelijk te beperken, hebben meerdere ziekenhuizen overwogen om een aparte griepafdeling in te stellen, waarin de (verdachte) grieppatiënten van alle afdelingen worden verzameld. Geen van de ziekenhuizen is ook daadwerkelijk daartoe overgegaan. Een gedeeltelijke verklaring hiervoor is dat een dergelijke

clusteringsaanpak goed moet worden voorbereid, waarvoor nog onvoldoende tijd was geweest. Wat echter ook meespeelt is weerstand van afdelingen om 'hun' patiënten elders te clusteren, onder andere omdat dit de fysieke afstand tot de specialisten vergroot. Voorts speelt nog mee dat het in dit geval twee verschillende griepvirussen betrof, wat onderlinge scheiding van beide patiëntenstromen vergt.

In plaats van een griepafdeling zijn de (verdachte) grieppatiënten veel geclusterd op de verschillende verpleegafdelingen (isolatieruimtes). Ook zijn soms low care grieppatiënten in afwachting van ontslag/overplaatsing geconcentreerd ondergebracht (verblijfsbedden).

Door de regionale beheersorganisatie is overwogen om een of meerdere griepklinieken in te stellen. Deze zouden dan worden gebruikt voor opvang van alle *low care* grieppatiënten, dus voor zover deze geen specialistische behandeling nodig hebben. Omdat het bovenal oudere patiënten zou betreffen, wordt ook wel gesproken over een seniorenkliniek. Concreet is gesproken over het Havenziekenhuis op Noord en het Spijkenisse MC op Zuid. Beide bleken echter geen reële optie.

Personeelsbeleid

Er is een nadrukkelijk onderscheid tussen medisch personeel (artsen en verpleegkundigen) en ondersteunend personeel. Extra medisch geschoold personeel is altijd al moeilijk aan te komen. De beschikbaarheid van uitzendkrachten is beperkt. Bovendien heeft de uitzendbranche een aanzuigende werking die op de lange termijn contraproductief kan werken, omdat eigen vast personeel wordt weggelokt met hogere beloning en flexibele inroostering. Tijdens het griepseizoen hebben ziekenhuizen verschillende maatregelen getroffen om toch nog extra personeel te verkrijgen, zoals het uitbreiden van flex-contracten, inzet van medisch studenten en het oproepen van oudgedienden. De werving van personeel is verschillend tot stand gekomen. Ziekenhuizen kregen bijvoorbeeld spontane aanbiedingen van hogescholen, of hebben zelf contact opgenomen met organisaties die bekend zijn uit crisisoefeningen. Ook is aan Defensie gevraagd om verpleegkundigen ter beschikking te stellen, maar dat was vanwege regelgeving over 'uitzending' niet mogelijk. Voor nieuw (tijdelijk) personeel was de uitdaging om ze snel effectief te kunnen inzetten, hetgeen bekendheid met de organisatie en werkprocessen vergt. Dit is soms opgelost door ze in duo's te koppelen aan het vaste medisch personeel.

Ter ondersteuning aan het primaire medische proces, zoals schoonmaak, logistiek en algemene hand- en spandiensten is door ziekenhuizen ook gebruik gemaakt van personeel met bureaufuncties, een bestaande eigen vrijwilligerspool en vrijwilligers van het Rode Kruis. Dergelijke ondersteunende krachten zijn bijvoorbeeld ingezet voor het verplaatsen van bedden en het schenken van koffie of extra aandacht voor de patiënt en familie.

In sommige gevallen heeft het personeel extra waardering gekregen, bijvoorbeeld in de vorm van gratis fruit of bioscoopbonnen. Dit heeft tot positieve reacties geleid, maar is geen oplossing van het structureel overbevragen van medewerkers.

Preventiebeleid

Alle ziekenhuizen hebben de standaard-maatregelen getroffen voor hygiëne en bescherming om verspreiding van het virus te voorkomen. Door het schoonmaakbeleid nog verder aan te scherpen is gepoogd de verspreiding van het virus binnen het ziekenhuis zoveel als mogelijk te beperken en ziekteverzuim te voorkomen. Met datzelfde doel wordt aan medewerkers de jaarlijkse griepvaccinatie aangeboden. Ziekenhuizen hebben dat ook dit jaar gedaan, maar weinig extra initiatief ontplooid om de drempel voor vaccinatie nog verder te verlagen.

Aanpassing medisch beleid

Huisartsen en medisch specialisten is verzocht om nog strakker te kijken of ziekenhuisopname echt wel nodig was. Aanscherping van formele standaarden of criteria is niet overwogen.

3.3 Bevindingen

De ziekenhuizen in de regio Zuidwest Nederland zijn er in de winterperiode 2017/2018, ondanks een zekere mate van 'voorkennis' onvoldoende in geslaagd om de golf aan patiënten als gevolg van influenza goed op te vangen, hetgeen zich uitdrukte in problemen met de beddencapaciteit. De getroffen maatregelen voor het bevorderen van de doorstroom hebben zich vooral gericht op het vergroten van de personele capaciteit en het inzicht in de beschikbare bedden. Dit is slechts ten dele gelukt. Ziekenhuizen die centrale regie en coördinatie hadden tijdens deze periode lijken positiever over de organisatie van de beddencapaciteit. Zij geven aan dat de centrale sturing zorgde voor een gedeelde beleving van de problematiek en een gezamenlijk gedragen oplossing.

Een gezamenlijke regionale inspanning is nodig om de coördinatie van de beddencapaciteit te verbeteren. Middelen om inzicht te verkrijgen in de beddencapaciteit zijn grotendeels al beschikbaar in de ziekenhuizen. Deze zijn soms gedurende het griepseizoen versterkt of bestendig en hebben veelal een permanent karakter gekregen. Onderzocht kan worden of de benodigde informatie uit de bestaande digitale hulpmiddelen kan worden ontsloten voor regionale coördinatie, bijvoorbeeld met behulp van het Hix. Belangrijk is echter om te beseffen dat houding en gedrag hierbij van even groot belang zijn als de systemen. Het management en de medewerkers van de instellingen moeten bereid zijn om transparant te zijn over hun capaciteit en de beddencoördinatie (intern en waar nodig regionaal) op transparante wijze in te richten.

Er is geen eensluidende opinie over de effectiviteit van griepafdelingen om (verdachte) grieppatiënten in een instelling te clusteren. Wel is duidelijk dat de druk in dit geval vanwege de specifieke behoefte aan low care zorg, meer lag op de verpleegkundigen dan de medisch specialisten. Daarom kan voorzichtig worden gesteld dat het ontlasten van verpleegkundigen (clustering leidt tot minder aan- en uitkleden) voorrang verdient boven het voorkomen extra lange doktersrondes (omdat de specialisten 'hun' patiënten ook moeten bezoeken in de aparte griepafdeling). Een dergelijke griepafdeling kan beter werken als het lukt om op voorhand 'seizoensgebonden' personeel te vinden, d.w.z. verpleegkundigen en ziekenverzorgenden die specifiek voor het griepseizoen beschikbaar zijn. Ook een regionale griep- of seniorenkliniek kan uitkomst bieden, mits deze vooraf goed wordt voorbereid. Belangrijk is wel om te beseffen dat deze alleen effectief is voor regionale clustering van low care patiënten die niet reeds in behandeling zijn voor serieuze aandoeningen.

Instellingen hebben veel gedaan om extra personeel te vinden en daarbij ook creatieve oplossingen gevonden. De maatregelen voor het uitbreiden van de personele capaciteit lijken in het ene ziekenhuis (met name bij de perifere ziekenhuizen) succesvoller te zijn geweest dan bij anderen. Bijvangst voor de ziekenhuizen waar het gelukt is om extra ondersteuning aan te trekken, is dat deze ondersteuning vaak ook na de griepperiode beschikbaar en inzetbaar bleek, bijvoorbeeld voor vakantiewerk. Het is belangrijk om te beseffen dat niet-ingevoerd en/of lager gekwalificeerd personeel goede begeleiding nodig heeft om inzetbaar te zijn. Voor iedereen moet duidelijk zijn wat wel en niet van het extra personeel kan worden verwacht. Ook de beloning van tijdelijk personeel is een aandachtspunt. Deze moet niet hoger zijn dan het eigen personeel.

Hoewel de effectiviteit van de grieprik per jaar verschilt, is vaccinatie een uiterst effectieve maatregel voor de zorgcontinuïteit. Het verhogen van de vaccinatiegraad onder eigen personeel heeft waarschijnlijk positief effect op het terugdringen van het ziekteverzuim. Een probleem is dat veel personeelsleden en zelfs leidinggevend (die in dezen een voorbeeldfunctie hebben) de vaccinatie niet als effectief ervaren. De verhalen van collega's die ondanks (of zoals sommigen zeggen, dankzij) de vaccinatie ziek zijn geworden, zijn dominant in de beeldvorming. Een zieke gevaccineerde is nu eenmaal direct zichtbaar, terwijl een voorkomen griepbesmetting dat niet is. Om ziekte onder eigen personeel te voorkomen zou het vaccinatiebeleid beter onder de aandacht gebracht moeten worden. Om de vaccinatiegraad te verhogen kan het helpen om de grieprik korter op het

griepseizoen aan te bieden. Als de eerste ziektegevallen binnenkomen is de bewustwording veel hoger en vaccinatie is dan doorgaans nog steeds op tijd.⁹

Strakker triëren en indiceren kan op momenten van beddenschaarste een noodzakelijkheid worden. Gedurende de griepperiode werd geconstateerd de instroom van patiënten onbestuurbaar bleek. Huisartsen stuurden (te) snel patiënten door naar het ziekenhuis. Het betrof vaak oudere patiënten met multi-problematiek of een sociale indicatie. Bij een labonderzoek komt er bij deze doelgroep altijd wel een reden naar voren voor opname. Huisartsen hebben vaak ook geen andere mogelijkheid dan het laten opnemen van een patiënt. Ook de ambulancediensten brengen in principe iedere patiënt binnen, ook als opname misschien niet medisch noodzakelijk is. Ook werd opgemerkt dat er op de SEH te veel semi-spoed patiënten liggen, die eigenlijk op de poli thuishoren. De anamnese werkt nu drempelverhogend om semi-spoedpatiënten rechtstreeks naar de poli's te laten gaan. Al met al laat iedere arts zijn of haar patiënten komen, terwijl in geval van schaarse beddencapaciteit veel strikter moet worden gekeken.

⁹ Er zijn signalen dat vaccinatie van zorgpersoneel wellicht landelijk wordt verplicht.



4. Uitstroom

Dit hoofdstuk beschrijft de maatregelen die betrekking hebben op het beheersen van de uitstroom van patiënten vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie en de verpleging en verzorging.

4.1 Dilemma's

De afgelopen jaren is er veel veranderd in de wijk- en thuiszorg en bij de verpleeg- en verzorgingshuizen. Financiering en toezicht ondergingen ingrijpende wijzigingen. Ouderen en gehandicapten moeten zoveel mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven en patiënten gaan alleen voor medische interventie naar het ziekenhuis en moeten thuis herstellen. Hierdoor, maar ook door de voortschrijdende vergrijzing, groeit het aantal cliënten voor de wijk- en thuiszorg terwijl de rol van verzorgingshuizen sterk verandert. Waar de overheid het netwerk van de cliënt een grotere rol wil geven in de verzorging, zien professionele zorgverleners hun taaklast toenemen zonder dat het beschikbare budget groeit.

Onvoldoende uitstroom naar verpleeg- en verzorgingshuizen

Door de beperkte beschikbaarheid bij verpleeg- en verzorgingshuizen voor patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, blijven patiënten vaak langer in het ziekenhuis dan medisch noodzakelijk. Daardoor komen bedden later beschikbaar voor nieuwe patiënten.

Gebrek aan mantelzorg en ondersteuning

Doordat er onvoldoende capaciteit is in de thuiszorg en er vaak geen of beperkt beroep gedaan kan worden op mantelzorg kunnen patiënten niet tijdig terugkeren naar huis.

4.2 Getroffen maatregelen

Afspraken in de keten

De afspraak binnen de regio is dat patiënten na 17:00 uur niet meer verplaatst worden. Gedurende de griepperiode is bij de ambulancediensten gevraagd tijdelijk wel over te plaatsen, als er een geschikte plek voor een patiënt gevonden werd. Hiervan is incidenteel gebruik gemaakt.

Met de verpleeg- en verzorgingssector (V&V) zijn door ziekenhuizen afspraken gemaakt voor het beschikbaar stellen van verblijfsbedden. Hier werden mensen opgevangen die na ontslag niet naar huis konden, vanwege gebrek aan thuiszorg of mantelzorg, maar voor wie verblijf in het ziekenhuis ook niet langer noodzakelijk was. Hiervoor is gebruik gemaakt van al lopende afspraken, een pilot en/of de transferverpleegkundige. Ook is bij een ziekenhuis met de V&V-sector afgesproken dat patiënten direct vanuit de SEH konden doorstromen naar de V&V-sector, wanneer opname in een ziekenhuis niet noodzakelijk was. Dit gebeurde met behulp van een transferverpleegkundige die inzicht had in de beschikbare opvang/verblijfsbedden in de V&V. Door een ziekenhuis zijn ook het zorgkantoor en de zorgverzekeraar ingezet voor het vinden van passende opvang en ondersteuningsmogelijkheden bij ontslag uit het ziekenhuis.

Op verzoek van de ziekenhuizen heeft de regionale beheersorganisatie in overleg met de VVT-sector en de zorgverzekeraars een transferium ingesteld voor ziekenhuispatiënten in afwachting van een plaats in een verplegings- of verzorgingshuis. De maatregel is in januari voorgesteld door het ROAZ. Het Strategisch Team heeft de opdracht ertoe gegeven. Dit transferium werd uitgevoerd door zorgorganisatie Aafje bij een leegstaande afdeling van het Havenziekenhuis.

Afspraken in het werkproces

In meerdere ziekenhuizen hebben artsen gedurende het griepseizoen vaker visite gelopen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld 2 of 3 keer in plaats van 1 keer per dag. Hierdoor konden er op meerdere momenten op de dag patiënten uit het ziekenhuis worden ontslagen, zodat bedden sneller vrij kwamen.

Inzet Rode Kruis

Meerdere ziekenhuizen hebben gebruik gemaakt van ondersteuning door vrijwilligers van het Rode Kruis om de uitstroom te bevorderen. Deze vrijwilligers begeleidden uit het ziekenhuis ontslagen kwetsbare grieppatiënten (m.n. ouderen) terug naar de thuissituatie, als er geen familie of mantelzorg beschikbaar was. Deze patiënten werd vervoer aangeboden en bij thuiskomst werd gezorgd voor eerste ondersteuning, zoals het licht aan doen, glaasje water en koffie zetten. Ook maakten de vrijwilligers een eerste beoordeling van de thuissituatie en eventuele ondersteuningsbehoeften. Aafje was op de achtergrond beschikbaar. De maatregel is voorbereid door het Rode Kruis met een van de ziekenhuizen, maar na overleg met de beheersorganisatie ROAZ ter beschikking gesteld aan alle ziekenhuizen.

4.3 Bevindingen

De maatschappelijke ontwikkelingen hebben grote impact op de mogelijkheden van de ziekenhuizen om bij piekdrukke patiënten op te nemen. Patiënten die voldoende hersteld zijn om naar huis te kunnen, zouden dit herstel zoveel als mogelijk ook in de thuissituatie moeten kunnen doen. Er is echter te weinig capaciteit om de noodzakelijke ondersteuning in de thuissituatie te kunnen garanderen. Hierdoor blijven patiënten soms langer in het ziekenhuis dan gewenst. Ook is de kans groter dat mensen die onvoldoende begeleid worden bij hun terugkeer naar huis zich niet lang daarna opnieuw als patiënt melden.

Het gebruik van ambulances voor overplaatsingen na 17:00 uur is zinvol wanneer de SEH's 's nachts vol liggen, als patiënten niet in het eigen beddenhuis kunnen worden opgenomen terwijl deze wel elders kunnen worden ondergebracht. De maatregel heeft echter impact op de bedrijfsvoering van de ambulancedienst. Neveneffecten zijn de extra verhuisbewegingen van patiënten.

De ziekenhuizen hebben in de griepperiode maatregelen getroffen om mensen zoveel als mogelijk naar een goede opvanglocatie te begeleiden, waarbij gebruik is gemaakt van diverse ketenpartners als V&V, thuiszorg en vrijwilligers van het Rode Kruis. De getroffen maatregelen zijn overwegend succesvol. Oneigenlijke opnames zijn voorkomen, doordat de patiënt binnen een etmaal in het verpleeghuis wordt opgenomen, in plaats van na ca. een week als het via de reguliere weg loopt door een aanvraag van het Transferbureau aan het CIZ voor een indicatiestelling. Hierdoor werd geen onnodig beslag gelegd op de bedden capaciteit en het ziekenhuispersoneel. Ook voor de patiënt is directe overplaatsing naar een verpleeghuis beter dan onnodige ziekenhuisopname. De maatregel is bovendien voor de zorgsector als geheel kosteneffectief, omdat een verpleeghuisbed goedkoper is dan een ziekenhuisbed.

Het lopen van extra doktersrondes heeft gezorgd voor een snellere doorloop. Het is daarbij vooral van belang dat vroeg op de dag ronde wordt gelopen, zodat familie en mantelzorgers de tijd hebben om in de loop van de dag de opvang thuis te organiseren. Ontslag laat in de middag leidt vaak tot een extra overnachting in het ziekenhuis.

De inzet van Rode Kruis vrijwilligers voor het thuisbrengen van patiënten heeft goed gewerkt en voorzien in een duidelijke behoefte. De inzet heeft de druk op de ambulancezorg verkleind (minder extra besteld vervoer ritten) en de doorstroom in de ziekenhuizen geholpen. Het valt te verwachten dat deze inzet ook door de cliënten is gewaardeerd, maar dit is niet onderzocht. De maatregel is met name zinvol als er een relatief grote groep patiënten is met een low-care behoefte en gebrek

aan ondersteuning. Voorkomen moet worden dat de maatregel een te gemakkelijk alternatief wordt voor opvang door familie/mantelzorgers.



5. Continuïteitsmanagement

In dit hoofdstuk worden de algemene beheersingsmaatregelen beschreven die door individuele zorgaanbieders en regionaal door het ROAZ zijn genomen om de situatie tijdens het griepseizoen te managen. Dit omvat de wijze van coördinatie en de informatievoorziening.

5.1 Dilemma's

Het griepseizoen 2017-2018 heeft een dusdanige druk gelegd op alle ziekenhuizen en ambulance-diensten in de agglomeratie Rotterdam en omstreken, dat niet langer sprake kon zijn van conventioneel capaciteitsmanagement. Een grote toeloop van patiënten, vaak met zeer ernstige klachten. Gaten in de organisatie omdat de griep ook toeslaat onder medewerkers. Plus patiënten die wel naar huis kunnen, maar moeten blijven omdat het ook de thuiszorg over de schoenen loopt.

Het heeft zich allemaal opgehoopt in het ziekenhuis. Bij deze drukte in de kliniek kan de spoedeisende hulp mensen niet doorplaatsen en liggen patiënten soms in de gang op bed, terwijl het in bijna alle gevallen ging om mensen van zeventig jaar en ouder met toch al ernstige aandoeningen, zoals COPD en andere longklachten. En heeft ook effecten op patiënten met andere aandoeningen waar geen geschikt bed voor beschikbaar is in het ziekenhuis, maar ook niet bij de ziekenhuizen binnen of zelfs buiten de regio. Deze drukte vraagt om een andere manier van aansturing en informatievoorziening dan een reguliere situatie.

5.2 Getroffen maatregelen

Coördinatie

In het kader van de risicogerichte benadering heeft het ROAZ het eerdergenoemde ASC-model ontwikkeld.¹⁰ De C in dit model staat voor drie vormen van management van zorgcontinuïteit door individuele zorginstellingen en door de keten als geheel:

- **Conventioneel:** dagelijks capaciteitsmanagement en buffervermogen om planbare pieken (toename van het patiëntenaanbod, uitval van personeel of de combinatie van beide) in de reguliere situatie te kunnen opvangen. Dit betreft bijvoorbeeld flexibele personeelsplanningen die rekening houden met dagelijkse, wekelijkse en seizoensfluctuaties of geplande vrije capaciteit in het electieve programma.
- **Contingentie:** aanpassingsvermogen om een overbelasting die het reguliere buffervermogen overstijgt het hoofd te bieden, met behoud van kwaliteit van zorg.¹¹ Dit betreft bijvoorbeeld inzet van extra personeel, een andere werkverdeling of cohortverpleging.
- **Crisis:** noodmaatregelen wanneer het aanpassingsvermogen wordt overschreden, met gevolgen voor de toegankelijkheid of kwaliteit van zorg. Het karakter van dergelijke noodmaatregelen is dat niet alleen de organisatie van de zorgverlening wordt aangepast, maar ook de feitelijke zorgverlening zelf op onderdelen verandert. De afweging verschuift hierbij van het individuele patiëntbelang naar het collectief, verwoord in het credo “doing the best for the most”.

¹⁰ Presentatie ASC-methode, 2017.

https://www.erasmusmc.nl/tczwn/roaz/opgeschaalde_zorg/risicogerichte-benadering/aanvullende-info/

¹¹ De Engelse term ‘contingency’ kent in het Nederlands geen gelijkwaardig equivalent. Het is vrij te vertalen als onvoorzien of eventualiteit.

Veel van de in de vorige hoofdstukken beschreven maatregelen zijn een voorbeeld van het aanpassingsvermogen dat hoort bij contingentie management. De wijze van inzet van personeel, toedeling van beddencapaciteit en verscherpte beoordeling van medische noodzaak van opname laten zien dat de reguliere werkwijze niet meer volledig te handhaven was. 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. Dit kan wellicht ook de kwaliteit van individuele patiëntenzorg onder druk hebben gezet, maar op basis van de gevoerde gesprekken zijn er geen harde signalen dat de patiëntveiligheid acuut in het geding is gekomen.

Voor de beoordeling achteraf is het niet van heel groot belang of instellingen individueel of de keten als geheel die drempel van contingentie naar crisis daadwerkelijk heeft overschreden. Terugkijkend gaat het immers om de effectiviteit van de getroffen maatregelen, ongeacht of deze nu moeten worden gekwalificeerd als aanpassingsvermogen of als noodmaatregelen. Toch heeft het gebruik van het woord 'crisis' wel degelijk een significantie en wel als het erop aan komt om de urgentie van de problematiek te erkennen. Bij het activeren van de crisisorganisatie wordt aan de hele organisatie de urgentie duidelijk gemaakt.

Interne informatievoorziening

Voor de organisatie was de interne informatievoorziening van groot belang. In eerste instantie was vaak niet in het hele ziekenhuis de problematiek zichtbaar en voelbaar. Met het instellen van een coördinatiestructuur werd een plaatselijk knelpunt een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De interne informatievoorziening speelde hierbij een cruciale rol.

In alle ziekenhuizen zijn er overleggen waarbij de beddencapaciteit werd besproken. In de griepperiodes kregen deze reguliere overleggen vaak een bredere rol en werd de informatie binnen het hele huis verspreid en gedeeld.

Externe informatievoorziening

Enkele ziekenhuizen hebben er voor gekozen om patiënten breed te informeren over de drukte in de ziekenhuizen, bijvoorbeeld via de media of door patiënten vooraf te informeren over mogelijk uitstel van het niet-acute electieve programma. Doel was om begrip te krijgen van familie en patiënten voor de situatie.

De regionale monitor

In het griepseizoen heeft het ROAZ een operationele monitor ingezet om de regionale zorgcontinuïteit inzichtelijk te maken. De monitor zorgde in eerste instantie bij de zorgketen een positieve reactie, omdat deze inzicht gaf in de regionale situatie. Ziekenhuizen voelden zich gesteund, zo bleek uit de interviews, en niet langer alleen staan met hun dilemma's. Tegelijkertijd schiep de monitor ook verwachtingen. Ziekenhuizen hadden de indruk dat ze op steun en ondersteuning vanuit het ROAZ konden rekenen, en deze verwachting werd niet altijd waargemaakt. Ook weerspiegelde de monitor niet altijd het beeld zoals dat in de ziekenhuizen op dat moment werd beleefd. Dat is soms als frustrerend ervaren, waardoor de monitor gedurende het griepseizoen aan kracht inboette en niet altijd serieus werd genomen.

Door de monitor ontstond organisch de rol van informatievoorzieningscoördinator, als de schakel tussen het ROAZ en de zorginstelling. Deze coördinator was de spil in het duiden van relevante informatie voor de organisatie zelf en de keten van acute zorg tijdens een crisis. De informatievoorzieningscoördinator kan een cruciale rol in het bijhouden van het gemeenschappelijk beeld en het uitwisselen van informatie spelen binnen de eigen organisatie en de keten van acute zorg.

5.3 Bevindingen

Sommige ziekenhuizen hebben er nadrukkelijk voor gekozen gebruik te maken van hun crisisorganisatie, zonder het onderliggende crisisplan formeel te activeren. Voor het management van de situatie bracht dit direct voordelen met zich mee, omdat de crisisorganisatie hele duidelijke besluitvormings- en informatielijnen met zich meebrengt. Hoewel hier veel voor valt te zeggen, was het gebruiken van de crisisorganisatie niet noodzakelijkerwijs beter dan het blijven gebruiken van de reguliere organisatiestructuren, mits de wijze van coördinatie in termen van besluitvorming en informatie-uitwisseling maar helder is. De keuze voor het een of het ander is situationeel bepaald en zal verschillen per instelling. Er is echter één duidelijk voordeel van het gebruik van de crisisorganisatie en dat is het inherente gevoel dat ermee wordt uitgestraald. Door een expliciet besluit van de Raad van Bestuur om de crisisorganisatie te activeren, wordt in één keer naar de hele organisatie de urgentie uitgedragen. Ook helpt het om duidelijk te maken dat de Raad van Bestuur de problematiek serieus neemt.

Bij de keuze om de crisisorganisatie al of niet te activeren, speelt nog een ander aspect mee, te weten de gestage verslechtering van de situatie. Personeelskrapte is immers een structureel probleem in de zorg.

De informatievoorziening is van groot belang voor de uitvoering van de getroffen maatregelen. Hierdoor wordt de urgentie duidelijk gemaakt en ontstaat er een gedeelde verantwoordelijkheid. Wanneer iedereen over de juiste informatie beschikt kunnen op basis daarvan de juiste maatregelen getroffen worden. De regionale monitor zou zich met name moeten richten op die informatie die nodig is om de besluiten over maatregelen te onderbouwen. Daarmee wordt het een informatie- én sturingsinstrument. Monitoringresultaten horen leidend te zijn voor de bepaling van de escalatieniveaus, maar dat was niet het geval. Dat kon ook niet, want er waren geen operationele definities van een bedreigde of verstoring van de regionale zorgcontinuïteit. Richting toekomst zijn er rekenregels nodig voor de vertaling van de uitvraag naar de regionale situatie, oftewel van de zorgcontinuïteit op bedrijfsniveau naar die op regioniveau. De bestuurlijke procedure voor vaststelling van het escalatieniveau moet daar nauw aan gekoppeld zijn.¹²

¹² Evaluatie winter/griepseizoen '17/18 ROAZ ZWN.



6. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden algemene conclusies getrokken over het functioneren van de acute zorgketen tijdens het afgelopen griepseizoen en aanbevelingen gedaan voor verbetering van de zorgcontinuïteit voor aankomende seizoenen.

Structurele crisis

In het griepseizoen hebben vele factoren tezamen geleid tot een enorme druk op de acute zorg. Door uitval van personeel door griepbesmetting, een verhoogd patiëntenaanbod en gebrekkige uitstroom naar de thuissituatie en Verpleging & Verzorging, stokte de doorstroom in het beddenhuis en kwam uiteindelijk de toegankelijkheid van de acute zorg onder druk te staan. Aan de basis ligt echter het structurele personeelstekort in de zorg. Het tekort aan medisch specialisten leidt tot problemen bij de SEH en diverse andere afdelingen, maar in het griepseizoen bleek met name het tekort aan verplegend personeel doorslaggevend, omdat de verhoogde zorgvraag met name zat in verpleging en verzorging. De afgelopen decennia is de overcapaciteit gereduceerd in ziekenhuizen. Daarnaast is er structurele arbeidsmarktkrapte en overbelasting van personeel. Het gevolg hiervan is dat ziekenhuizen piekdrukte minder goed aankunnen en minder flexibel kunnen inspelen op piekdrukte. Er is sprake van een structureel verstopte (acute) zorgketen. Daarnaast is sprake van vergrijzing en een maatschappelijke en politieke ontwikkeling gericht op langer thuiswonen. Dit leidt tot een complexere case-mix (participatiemaatschappij).

“De griep was niet de crisis”

In- en uitstroom

De ziekenhuizen geven aan bovenal belast te zijn geraakt door teveel 'onterechte' opnames en onvoldoende uitstroom. Het ontbreekt in het stelsel aan een zorgniveau tussen ziekenhuis en VVT met langdurige care voor ouderen (met griep). De meeste winst valt te behalen in verbetering van in- en uitstroom. In de griepperiode 2017/2018 zijn er maatregelen getroffen als het instellen van een observatorium/transferium of met directe uitstroom naar VVT vanuit de SEH. Deze maatregelen zouden kunnen worden uitgewerkt in structurele oplossingen waarbij ook de zorgverzekeraar een belangrijke samenwerkingspartner is.

Coördinatie en regie

Bij de interviews kwam naar voren dat de maatregelen grotendeels op het lokale en operationeel/tactisch niveau zijn ontwikkeld, besloten en uitgevoerd. Daar waar een coördinatieteam is ingesteld werd ook aansluiting gevonden met het strategisch niveau. Deze aansluiting zou moeten worden versterkt om de maatregelen beter te laten landen in de organisatie en het draagvlak en de betrokkenheid te vergroten. Regionale monitoring en coördinatie tijdens het griepseizoen moeten hun meerwaarde voor individuele instellingen nog bewijzen. Er was duidelijk een verschil tussen de ervaren impact en het bestuurlijk opschalingsniveau.

Wees zuinig op personeel

Het personeel heeft echt keihard gewerkt om van dag tot dag verantwoorde zorg te kunnen blijven leveren, maar diverse keren is het systeem (doorstroom en uitstroom) zodanig verstopt geraakt dat de wachttijden voor de SEH (instroom) te ver opliepen. De werkdruk bij het personeel, op de SEH en in het gehele ziekenhuis, was extreem groot en dit kwam bij de interviews soms zichtbaar naar boven.

Zoals een van de respondenten het verwoordde: “het elastiekje is tot de limiet uitgerekt geweest, maar heeft weer kunnen terugveren.” De vraag is of het ‘elastiekje’ zonder nadere maatregelen na een volgend griepseizoen weer kan terugveren, of dat het knapt.

Door enkele ziekenhuizen is er extra aandacht besteed aan de waardering van het personeel in de vorm van bijvoorbeeld kleine attenties, zoals bioscoopbonnen, gratis fruit, maar ook aan het creëren van een gezamenlijk urgentiegevoel waarbij ‘we samen de klus klaren’. Hierbij is ook gebruik gemaakt van interne communicatiekanalen, ‘sta-sessies’ en social media. Deze maatregelen hebben een positief effect gehad op de motivatie en betrokkenheid van het eigen personeel.

“Het elastiekje is tot de limiet uitgerekt, maar heeft weer kunnen terugveren”

Leren met en van elkaar

Door kennis en ervaring te delen worden nieuwe ideeën opgedaan. Hiervoor is het van belang elkaar te kennen en te vertrouwen zodat leerervaringen en ‘good practises’ met elkaar worden gedeeld. Zo had één van de ziekenhuizen kort voor de griep epidemie een ketenoefening met een griepscenario. De lessons learnt uit deze ketenoefening zijn gebruikt in de daadwerkelijke griepperiode en ook de partners die elkaar bij de oefening hebben leren kennen wisten elkaar tijdens de griep goed te vinden.

Instellingen treffen al diverse verbetermaatregelen, maar deze zijn grotendeels versnipperd uitgevoerd. Hier en daar worden pilots versneld ingevoerd of ad hoc noodverbanden gelegd. De maatregelen zijn veelal breder dan voorbereiding op griep, zoals capaciteitsmanagement. Het is wenselijk dit verbeterproces vanuit het ROAZ te structureren voor de hele keten en innovatiebudget te organiseren.

Escalatiematrix

Er is een bestuurlijke escalatieladder (met kleurcodes) overeengekomen in het regionaal beheersplan, maar zonder dat daar al maatregelen in zijn geplaatst. Op basis van deze evaluatie is geen 1-op-1 relatie naar voren gekomen tussen enerzijds typen maatregelen op bedrijfsniveau en regionaal niveau en anderzijds het regionale bestuurlijke escalatieniveau.

Het merendeel van de maatregelen heeft een lokaal karakter. Elke organisatie maakt hierin de keuzes die passen bij de lokale situatie. De ervaringen en lessen van 2017-2018 kunnen hierbij ondersteunen. Vanuit dat oogpunt omvat deze evaluatie een separate maatregelencatalogus, aan de hand waarvan ziekenhuizen hun voorbereiding op het griepseizoen verder kunnen verbeteren. Ook kan deze worden gebruikt om tijdens het griepseizoen aanvullende (niet-voorbereide) maatregelen te treffen.

Veel maatregelen zijn bij meerdere escalatieniveaus mogelijk. Het escalatieniveau geeft vooral aan op welke wijze regionaal wordt samengewerkt: door regionaal te informeren, te adviseren, te coördineren of in ultimo te besluiten. De eerste stap is om de geïnventariseerde regionale maatregelen (tezamen met de adviezen die in de catalogus worden gegeven over eventuele aanvullende regionale maatregelen) regionaal in concrete ketenafspraken uit te werken. Het aantal maatregelen dat regionaal kan worden getroffen is beperkt. Dit betreft met name afspraken in de keten met huisartsen en VVT, zoals het instellen van een regionaal transferium en het organiseren van regionale regie op (tijdelijk) uitstellen van electieve zorg. Deze maatregelen vragen gestructureerde voorbereiding vóór het griepseizoen. Per voorbereide maatregel moet vooraf helder zijn wie, wanneer ertoe kan beslissen en met welk mandaat. Pas zodra een regionale maatregel op deze manier is voorbereid, kan deze goed worden ingezet en worden gerelateerd aan de escalatieniveaus. Zoveel mogelijk van deze regionale maatregelen en keuzes zijn nog voor het griepseizoen van 2018-2019 nodig (en ook

reeds in voorbereiding), want de verwachting is dat door de afnemende beddencapaciteit in de regio het knelpunt dan mogelijk nog nijpender zal zijn.



Bijlage 1: Afkortingen

CCU	Coronary Care Unit
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HAP	Huisartsenpost
IC	Intensive Care
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
SEH	Spoedeisende Hulp
ZiROP	Ziekenhuis Rampenopvangplan
ZWN	Zuidwest-Nederland



Bijlage 2: Respondenten

Bok, dhr. A.	Albert Schweitzer Ziekenhuis
Dam, mw. P. van	Ikazia Ziekenhuis
Garnier, mw. K.	IJsselland Ziekenhuis
Geene, dhr. R.	Traumacentrum Zuidwest-Nederland
Goudswaard, dhr. W.	Admiraal de Ruyter Ziekenhuis
Hoogenboom, mw. A.	Ikazia Ziekenhuis
Jong, mw. I de	IJsselland Ziekenhuis
Kraakman, mw. I	IJsselland Ziekenhuis
Niessen, dhr. A.	Sint Franciscus Gasthuis
Piena, dhr. R.	Beatrix Ziekenhuis Gorinchem
Ratten, mw. M.	Beatrix Ziekenhuis Gorinchem
Schendel, dhr. J. van	Erasmus Medisch Centrum
Splunter, mw. M. van	Van Weel Bethesda Ziekenhuis & Spijkenisse Medisch Centrum
Stel, mw. J. van der	Maasstad Ziekenhuis
Stukart, mw. J.	Ikazia Ziekenhuis
Verduijn, dhr. P.	RAV Rotterdam-Rijnmond
Vogel, dhr. R. de	Maasstad Ziekenhuis
Weegen, dhr. P. van der	Maasstad Ziekenhuis
Wingerden, dhr. J.	RAV Zuid-Holland Zuid



Itineris
health & safety

Onze contactgegevens

Algemeen
info@itineris.nl

Thérèse Claassen
+31 (0)651 513 165
therese@itineris.nl

Ruud Houdijk
+31 (0)614 316 483
ruud@itineris.nl

“Wie zijn **bestemming** kent

vindt de **weg.**”

www.itineris.nl