



SYSTEEMEVALUATIE CORONACRISIS

HUISARTSENZORG MAASTRICHT-HEUVELLAND

AANSPREEKPUNT HUISARTSENZORG RHZ:

N. (Nathalie) Broens

AANSPREEKPUNT HET NETWERKCENTRUM:

J. (Jelle) Meijer

EVALUATIEPERIODE:

16 juni t/m 16 juli 2020

DATUM

28 augustus 2020

AUTEUR:

J. (Jelle) Meijer

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	3
1.1 AANLEIDING	3
1.2 DOELSTELLING VAN DE EVALUATIE	3
1.3 WERKWIJZE	3
1.4 LEESWIJZER	3
2. RESULTATEN	4
2.1 MELDING, ALARMERING EN OPSCHALING	4
2.2 LEIDING EN COÖRDINATIE	5
2.3 INFORMATIEMANAGEMENT	7
2.4 CRISISCOMMUNICATIE	8
2.5 AFSCHALING EN NAFASE	9
3. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	10
3.1 PLANVORMING	10
3.2 MELDING, ALARMERING EN OPSCHALING	10
3.3 LEIDING EN COÖRDINATIE	10
3.4 INFORMATIEMANAGEMENT	11
3.5 CRISISCOMMUNICATIE	12
3.6 AFSCHALING	12

1. INLEIDING

1.1 AANLEIDING

De druk op de zorgketen door het coronavirus heeft in het voorjaar 2020 geleid tot opschaling van de crisisorganisatie van de huisartsenzorg regio Maastricht en Heuvelland. De situatie vroeg om intensieve samenwerking, zowel binnen de huisartsenzorgorganisatie als met ketenpartners daarbuiten. Het is belangrijk niet voorbij te gaan aan alles wat geleerd is de afgelopen periode en op basis daarvan vooruit te kijken: wat willen we behouden, waar zien we verbeterkansen? Een 'interne evaluatie' van de eigen crisisorganisatie op procesniveau is van groot belang. Als daar aanleiding voor is, kunnen procedures en afspraken worden verbeterd en het crisisplan bijgesteld. Het voorbereiden van de crisisorganisatie is immers een continu lerend proces, volgens het principe van de PDCA-cyclus (plan-do-check-act).

1.2 DOELSTELLING VAN DE EVALUATIE

Het belangrijkste doel van deze interne evaluatie is om te onderzoeken op welke wijze de crisis is aangepakt door het crisisteam RHZ. Dit structureren we aan de hand van de basisvereisten crisismanagement. Evaluaties van recente incidenten worden vaak middels deze kritische succesfactoren¹ beschreven. Aspecten die hierbij aan de orde komen zijn:

- Melding, alarmering en opschaling: *de wijze waarop de eerste meldingen en opschaling is verlopen;*
- Leiding en coördinatie: *hoe de coördinatie, sturing en advisering heeft plaatsgevonden;*
- Informatiemanagement: *hoe de verschillende betrokkenen zijn geïnformeerd;*
- Crisiscommunicatie: *hoe de crisiscommunicatie is verlopen.*
- Afschaling: *hoe de afschaling, na-/herstelzorg wordt georganiseerd.*

1.3 WERKWIJZE

Op twee manieren is informatie verzameld: enerzijds via een enquête en anderzijds via een reflectieve sessie met het crisisteam. De enquête is ingevuld door negen crisisteamleden (N = 9) en honderdnegenveertig huisartsen en ondersteunend personeel (N = 149). De resultaten werden anoniem verwerkt. De enquêtevragen voor crisisteamleden waren grotendeels gesloten geformuleerd in de vorm van stellingen. Er kon gekozen worden tussen vijf antwoorden: variërend van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens'. Ieder onderdeel eindigde met een open vraag, zodat aanvullende opmerkingen kenbaar gemaakt konden worden. De enquêtevragen voor huisartsen en ondersteunend personeel hadden een gesloten karakter in de vorm van waardering middels cijfers (1 t/m 10), met de mogelijkheid voor eventuele toelichting. Daarna is op basis van een interactieve en reflectieve sessie met het crisisteam het totale proces geëvalueerd. Opvallende resultaten uit de vragenlijsten worden meegenomen in dit onderdeel. Belangrijke succesfactoren en verbeterpunten werden plenair besproken.

1.4 LEESWIJZER

De evaluatierapportage is opgebouwd uit drie hoofdstukken. Na deze inleiding in hoofdstuk 1, geeft hoofdstuk 2 de resultaten op beknopte wijze weer. Bevindingen zijn gestructureerd aan de hand van de zes basisvereisten crisismanagement. Het perspectief van de betrokkenen worden in dit hoofdstuk verhalend ondersteund middels citaten. Het voordeel van deze analyse is dat volledig inzicht wordt gegeven in de perceptie van betrokkenen en daardoor inzicht wordt gecreëerd zonder interpretatieve interferentie van de evaluator/onderzoeker. Daarna volgen in hoofdstuk 3 de belangrijkste conclusies en worden aanbevelingen geformuleerd.

¹Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO versie 2.0

2. RESULTATEN

2.1 MELDING, ALARMERING EN OPSCHALING

De eerste signalen

Alle crisisteamleden zijn van mening dat effectief gehandeld is bij aanvang. Signalen werden snel opgepikt door de organisatie. Op 26 februari 2020 werd het crisisteam RHZ gevormd, de eerste fysieke bijeenkomst vond plaats op 2 maart. Eén teamlid vertelt hierover: *“Er was niet echt sprake van alarmering, aangezien we e.e.a. zagen aankomen. Er is wel heel snel geschakeld en we zijn snel opgeschaald.”*

Timing qua opschaling

Terugblikkend komt het erop neer dat crisisteamleden van mening zijn dat het crisisteam tijdig is opgeschaald, daardoor werd de crisisorganisatie tijdig geactiveerd. Daarbij zijn betrokken crisisteamleden tevreden over de manier waarop het opschalingsbesluit tot stand is gekomen. Vanaf het begin van de coronacrisis was het voor de achterban duidelijk dat een crisisteam actief was. Zo startte op 26 februari 2020 de berichtgeving richting de achterban, zelfs voordat het crisisteam daadwerkelijk fysiek bij elkaar was geweest..

Mobilisering crisisfunctionarissen

Alarmeringsschema's en bijbehorende lijsten van huisartsen, medewerkers en bijbehorende telefoonnummers waren *up-to-date* en ingevoerd in de HaROP app.

Langdurige opschaling en delegeren van taken

De langdurige opschaling en belasting was kenmerkend voor de coronacrisis. Op de vraag of er in het crisisteam voldoende aandacht was voor de consequenties van een mogelijke langdurige inzet wordt wisselend gereageerd. Eén derde (33% van de crisisteamleden) scoort 'neutraal' op dit item. Volgens een aantal crisisteamleden mag meer aandacht zijn voor langdurige opschaling, vermoeidheid en de ervaren belasting van crisisteamleden. Daarbij zijn teamleden van mening dat er meer gedelegeerd mag worden: *“Coördinatie van werkzaamheden naar de juiste personen vanaf de beginperiode zou een goed leerpunt kunnen zijn voor een volgende crisis. Door de snel veranderende ontwikkelingen waren we geneigd om alle acties zelf meteen op te pakken”*. Aan de andere kant kwam in de sessie met het crisisteam naar voren dat het zelf uitvoeren van taken voor veel daadkracht, slagvaardigheid en betrokkenheid heeft gezorgd.

De resultaten van de achterban wijzen ook op de langdurige belasting van het crisisteam: *“Werk zelf geen 80 uur per week als een nieuwe golf komt”* en *“Denk ook aan jullie eigen gezondheid”*. Enkele bevindingen wijzen op de negatieve effecten van deze hoge werkdruk, zoals een vertraagde terugkoppeling of het ontbreken van persoonlijke beantwoording: *“Waarschijnlijk door de hoge werkdruk van het crisisteam werd er soms laat met ons besproken wat de bedoeling was”* en *“Geen direct persoonlijk antwoord terug; geeft geen motivatie om vervolgens andere inbreng te geven”*. Een andere respondent geeft aan dat het soms lang duurde dat zaken werden opgepakt: *“Er waren geen formulieren voor beeldvorming aanwezig een aantal keer dat ik op de COVID poli werkte. Ondanks dat het werd aangegeven duurde het lang voordat de formulieren ter plekke waren”*.

Een aantal crisisteamleden zijn van mening dat de crisisorganisatie en de reguliere organisatie niet goed op elkaar aansloten: *“De taakafbakening van de crisisorganisatie t.o.v. de reguliere organisatie sloten niet op elkaar aan. Achteraf gezien is het beter om medewerkers in de reguliere organisatie een duidelijke rol geven bij de ondersteuning van taakuitvoering van besluiten die genomen worden door de crisisorganisatie. Dit voorkomt overbelasting van het crisisteam en geeft de reguliere medewerkers ook een zinvolle bijdrage.”*

Escalatie en bijbehorende maatregelen

Het crisisteam is van mening dat bij een eventuele escalatie de mogelijke gevolgen op de huisartsenzorg adequaat werden ingeschat op basis van de beschikbare informatie. Ook is vanuit deze gedachtegang het besluit

tot stopzetten van de reguliere zorg genomen door de crisisorganisatie. Aan de andere kant had oordeelsvorming volgens een crisisteamlid bij dit besluit en de consequenties daarvan uitgebreider gekund, zoals blijkt uit het volgende citaat: *"Het weloverwegen van de mogelijke consequenties ervan had achteraf gezien meer aandacht mogen krijgen. Aandacht ging na stopzetten reguliere meer uit naar spoedzorg COVID en non-COVID"*.

Daarop aansluitend is een gedeelte van de achterban (n = 7) van mening dat het stopzetten van zorg en te drastische maatregel was. Veel mensen zijn blijven lopen met klachten. Doorverwijzen was immers ook niet meer mogelijk: *"De onmogelijkheid om te kunnen verwijzen naar wat dan ook heeft veel kwaad bloed gezet"*. Men is van mening dat noodzakelijke chronische en acute zorg geleverd moet kunnen blijven worden.

Het was fijn dat praktijkondersteuning werd gecontinueerd met behulp van andere mogelijkheden: *"Voor ons als POH GGZ is de zorg voor onze patiënten blijven bestaan, weliswaar op alternatieve manieren, maar dat ging helemaal prima! Fijn om die mogelijkheden te krijgen vanuit ZIO, middels een beeldbelprogramma!"*

De achterban oordeelt positief over de genomen maatregelen (gemiddelde score **8,4**). Een huisarts verwoordt dit als volgt: *"De genomen maatregelen leken soms meer uit angst genomen dan rationeel. Echter, uiteindelijk heeft 't wel tot resultaten geleid"*. De maatregelen waren volgens een groot gedeelte van de achterban (n = 49) een adequate en proactieve reactie op de ontwikkelingen: *"Proactief gewerkt, snelle en goedlopende maatregelen getroffen. Eigenlijk niets dan lof"*. Het scheiden van patiëntenstromen werd gewaardeerd door de achterban. Het merendeel van de achterban is van mening dat de huisartsenpoli een goede maatregel was. Deze locatie was tevens snel opgezet en goed georganiseerd: *"Huisartsenpoli vond ik een zeer dikke 10 waard, was een goede oplossing. Hoop dat bij een volgende golf er opnieuw een poli komt"*.

Er worden enkele kanttekeningen geplaatst qua planning en participatie omtrent de huisartsenpoli. Allereerst kan er meer rekening gehouden worden met de dienstbelasting van solisten (is immers niet mogelijk om praktisch te draaien en op huisartsenpoli werkzaam te zijn). Daarnaast was aanvankelijk onduidelijkheid over vrijwilligheid van deelname en soms was er wat verwarring over de planning: *"Betere communicatie op het moment dat de huisartsenpoli zelf werd ingepland door RHZ. Het heeft er bij mij voor gezorgd dat ik pas na sms (een dag van te voren) wist dat ik ingepland was. Verbeter tip: een mailtje met de mededeling van aanpassing"*. Een andere huisarts geeft een tip om de huisartsenpoli niet meer te verdelen onder praktijkhouders: *"Diensten op de huisartsenpoli niet meer onder praktijkhouders verdelen maar 'open' laten: gaf veel onrust en gedoe in de dag praktijken"*.

Vanuit de achterban wordt aangegeven om meer gebruik te maken van de expertise en flexibiliteit van waarnemers: *"Maak actief gebruik van de waarnemers die vaak flexibel kunnen inspringen en kunnen bijvoorbeeld ook de huisartsenpoli bemannen"*. Indien nodig kan de POH (met verpleegkundige achtergrond) ook breder ingezet worden tijdens crises: *"Gebruik maken van de expertise van de verpleegkundige die werkzaam zijn als POH. Werkzaamheden in de praktijk waren minder, waardoor inzetbaarheid mogelijk in COVID hotel of op de care."* Al met al was dit ook de intentie vanuit het crisisteam RHZ. Echter, door de landelijke richtlijnen en regelgeving werden gevestigde huisartsen verplicht om dienst te doen.

2.2 LEIDING EN COÖRDINATIE

Crisiscoördinatiestructuur

De gehanteerde crisiscoördinatiestructuur was grotendeels conform planvorming: het crisisteam gaf sturing aan de huisartsenzorg (dagzorg en ANW-uren). Voor de dagzorg is een nieuwe structuur ingericht, voor de ANW-zorg was een aanpassing van de bestaande structuren al voldoende. Hierdoor was binnen het crisisteam meer aandacht voor de processen in de dagzorg in vergelijking met de ANW-zorg. Verder week de crisisorganisatie af van de planvorming, omdat de 'meerlagenstructuur' ontmanteld werd. Hierdoor stonden de 52 huisartsenpraktijken direct in verbinding met het crisisteam, in plaats van een indirecte verbinding middels een zestal coördinatoren (bestuursgroep voorzitters) die als 'linking pin' fungeren tussen het crisisteam en de huisartsen. Deze aangepaste coördinatiestructuur zorgde volgens crisisteamleden en de achterban voor

slagvaardigheid, snelle besluitvorming en daadkrachtig optreden. De achterban oordeelt positief over de werkwijze van het crisisteam (gemiddelde score **8,3**). Daarnaast was de organisatie door de cisisstructuur flexibel en kon pragmatisch geanticipeerd worden op de turbulente- en steeds wisselende situatie. Juist het adequaat handelen op nieuwe ontwikkelingen wordt door de achterban (n = 42) als succesfactor beschouwd, zoals blijkt uit het volgende citaat: *"Snel alles opgepakt, op korte termijn veel kunnen regelen en meteen actie en info bij nieuwe ontwikkelingen en problemen waar huisartsen tegen aanliepen"*.

Samenstelling van crisisteam

De rolverdeling in het crisisteam helder: *"Taken en rollen binnen het crisisteam waren goed verdeeld en rol voor iedereen was duidelijk"*. Het multidisciplinaire karakter zorgde voor kennis, expertise en dat eenieder verantwoordelijkheid nam vanuit zijn/haar rol. Vanwege de hoge werkdruk is het team uitgebreid met twee functionarissen: de bestuurssecretaris en de medisch directeur. De laatste sloot tevens vanuit zijn rol aan in de bovenregionale overleggen. Overigens waren niet alle crisisteamleden opgeleid en getraind in de crisis(overleg)structuur. Al met al heeft dit niet geleid tot negatieve effecten. Deze teamleden werden in de structuur 'meegenomen' door andere teamleden.

Crisisoverleg en de vergaderstructuur

Alle crisisteamleden zijn positief over de gehanteerde vergaderstructuur en de vergaderfrequentie. Crisisvergaderingen werden gestructureerd en de actiepunten waren helder. Hierdoor werd veelal efficiënt vergaderd: *"Het doel van elk overleg is niet telkens expliciet benoemt, maar is niet gemist. Er was duidelijke vergaderstructuur"*. Tijdens crisisvergaderingen was ruimte voor meningsverschillen. Eén teamlid vertelt dat er voldoende ruimte was voor debat, maar met behoud van structuur. Een crisisteamlid vertelt in de sessie: *"Besluiten zijn unaniem genomen. Tijdens vergadering was er wel eens verschil van mening"*. Wel duurde vergaderingen soms wat te lang. Het was immers geen flitsramp met een intens hoge druk. Al met al deden deze kanttekeningen geen afbreuk op het resultaat. Alle crisisfunctionarissen zijn immers unaniem van mening dat het crisisteam bezig is geweest met relevante inhoudelijke thema's en aan de hand daarvan zijn teamleden van mening dat inhoudelijk de juiste besluiten en maatregelen zijn genomen. Deze visie wordt ondersteunt door de bevindingen van de achterban.

Een kritische noot hierbij is dat onrust ontstond, doordat een besluit teruggetrokken werd. Eén huisarts verwoordt dit als volgt: *"Het heeft wel onrust gebracht toen halverwege de pandemie opgeroepen werd de ketenzorg weer op te starten en enkele uren later werd dit terug getrokken."*

Samenwerking binnen de (crisis)organisatie

Alle crisisteamleden geven aan dat de bereidwilligheid zeer groot was. De samenwerking was goed en er was een gevoel van saamhorigheid en samen 'de schouders eronder te zetten'. Het resulteerde in veel daadkracht, energie, snelheid, veel flexibiliteit en snelle resultaten. Een belangrijke factor is een gezamenlijk belang en een collectief gevoel van urgentie. De resultaten tonen aan dat crisisfunctionarissen deze graag willen behouden. Ook sommige medewerkers (n = 6) geven dezelfde soort 'bevlogenheid' aan in de vragenlijst: *"Fijne samenwerking, snel geholpen, top geregeld allemaal"*.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

Een paar medewerkers (n = 2) zijn van mening dat bij aanvang van de crisis het personeel beter beschermd had moeten worden: *"Op de huisartsenpost had men wel vanaf het begin mondklappers ter beschikking moeten stellen"*. Echter, het is belangrijk om deze kritische noten in perspectief te plaatsen. Het crisisteam was juist in deze premature fase zeer afhankelijk van de medisch inhoudelijke adviezen van gezaghebbende instanties en experts (RIVM, GGD). Vanaf de start heeft het crisisteam alle adviezen van het RIVM, GGD en ROAZ opgevolgd en meegenomen in het besluitvormingsproces omtrent PBM. Bovendien oordeelt het grootste gedeelte van de achterban juist positief over PBM (n = 7) en beschouwd dit thema als succesfactor. Betrokkenen zijn positief over PBM. Met name de centrale inkoop en distributie maakte het mogelijk dat de achterban beschermd en veilig kon werken.

Actief ophalen praktijkervaringen

De achterban (n = 10) is van mening dat er veel terugkoppeling uit de praktijk werd gevraagd. Het telefonisch bellen na een dienst om te vragen naar ervaringen werd gewaardeerd door de achterban. Hierdoor kreeg men het gevoel dat er goed geluisterd werd naar de werkvloer en daarnaast gaf het een signaal van continue verbetering en reflectie, zoals blijkt uit het volgende citaat: *"Fijne mogelijkheid tot terugkoppeling/evaluatie van een dienst op de poli om telkens kleine dingen snel te kunnen verbeteren."*

Anderzijds is een gedeelte van de achterban (n = 16) van mening dat de werkvloer meer persoonlijk betrokken moet worden, bijvoorbeeld voor het in kaart brengen van knelpunten en het vaststellen stukken, protocollen of plannen: *"(nog) Beter communiceren met de aangesloten huisartsen waar de behoeftes/knelpunten liggen. De behoeftes van de aangesloten huisartsen en manier van praktijkvoering zijn dermate verschillend dat het opnieuw aanbieden van een 'one-size fits all'- aanpak genuanceerder kan"*.

2.3 INFORMATIEMANAGEMENT

Externe informatie-uitwisseling in de witte kolom

Volgens crisisteamleden is optimale informatie-uitwisseling met ketenpartners binnen de witte kolom geen vanzelfsprekendheid. Een derde van de teamleden scoort 'neutraal' op dit item. Vanuit de achterban is men kritisch op het testbeleid en het bron- en contactonderzoek van de GGD: *"Grootste flater, vrijwel geen contact opsporing"*. Al met al heeft het crisisteam wel knelpunten kunnen delen in de keten en is informatie uit de keten ontvangen die voor de huisartsenorganisatie relevant was. Een kanttekening hierbij is dat de informatieverstrekking van de keten laat op gang kwam en daarnaast zijn meerdere crisisteamleden van mening dat informatie uit de keten niet automatisch werd gedeeld. Informatie moest veelal actief worden opgevraagd bij externe partijen: *"Wij hebben telkens initiatief genomen voor afstemming in de keten."*

Het crisisteam is ontevreden over de samenwerking met het MUMC. Het ziekenhuis paste besluitvorming toe (zoals de tent bij de SEH en MECC) met (on)bedoelde gevolgen voor de huisartsenzorg. De huisartsenzorg werd niet meegenomen in het besluitvormingsproces door het ziekenhuis. Besluiten werden zonder overleg gemaakt en vervolgens op verzoek van de huisartsenzorg gedeeld.

Interne informatie-uitwisseling

In het algemeen oordeelt zowel het crisisteam als de achterban positief over de interne informatie-uitwisseling. De achterban beoordeelt de informatievoorziening van het crisisteam met een gemiddelde met een **8,4**. Bijna 70 huisartsen en medewerkers benoemen de goede informatievoorziening expliciet in de vragenlijst (zoals de nieuwsbrieven, mails, crisispagina, website): *"Heel fijn zo snel alle informatie te krijgen; en wijzigingen/aanpassingen werden ook snel gecommuniceerd, top"*. Al met al werd men goed op de hoogte gehouden. De achterban oordeelt zodoende ook positief over de richtlijnen, adviezen en protocollen: *"Zeer gedegen adviezen, snelle aanpassingen bij veranderingen in protocollen, regels etc. De richtlijnen waren naar mijn idee en voor onze functie duidelijk en passend in de situatie"*. De achterban (n = 8) is zeer positief over de vertaling van de RIVM richtlijnen naar de praktijk: *"Richtlijnen voor POH'ers en vertaling van RIVM richtlijnen naar onze praktijk"*. Daarbij werden protocollen indien nodig ook snel aangepast op basis van feedback. Het crisisteam was eenvoudig toegankelijk voor de achterban: *"Er is vanuit ZIO veel telefonisch contact geweest met de dienstdoende huisartsen op de huisartsenpoli, waardoor huisartsen altijd de mogelijkheid hebben gehad om knelpunten in te brengen. Dit werkte prima"*. De rechtstreekse berichtgeving richting de achterban was overzichtelijk en volledig.

In eerste instantie werd berichtgeving gemist bij de POH'ers en doktersassistenten. Ondersteunend personeel (POH en doktersassistent) werd zodoende later rechtstreeks benaderd door het crisisteam. Feitelijk is deze rol belegd bij de huisartsen (vanuit werkgeverschap). Dit bleek niet in alle praktijken optimaal te functioneren: *"De 'interne' informatie-uitwisseling is adequaat verlopen naar eigen personeel en naar huisartsen. Maar niet naar*

POH en doktersassistenten. Zij zijn in het begin, niet direct geïnformeerd door het crisisteam door middel van de berichtgeving. Dit is pas na enkele weken opgepakt door het crisisteam. Het crisisteam is er van uitgegaan dat het de verantwoordelijkheid is van de huisarts om zijn/haar eigen personeel te informeren. De vraag is: wiens taak is dit, is dit een taak van de huisarts waarvoor het personeel werkt of van het Crisisteam?" Later in de crisis werden berichten voor doktersassistenten en POH dubbel gecommuniceerd. Uit de resultaten blijkt dat dit juist gewaardeerd werd: *"Ik heb het ook heel prettig gevonden dat er niet alleen naar ons, maar ook naar de huisartsen duidelijk werd gecommuniceerd m.b.t. de maatregelen voor onze functie. Hierdoor waren deze voor mij makkelijk bespreekbaar en werden zaken ook vanuit de huisartsenpraktijk snel genoeg gefaciliteerd."*

Waarnemers die rechtstreeks de berichtgeving wilden ontvangen, konden zich vanaf berichtgeving 4 aanmelden. Daarnaast werd alle informatie met het bestuur van de Waarneemgroep gedeeld. Deze deelden de informatie dan weer met hun achterban. Desondanks benoemen een aantal leden van de achterban (n = 5) expliciet dat waarnemers ook tijdig meegenomen moeten worden in de informatiestroom. Eén van hen verwoordt dit als volgt: *"Bij aanvang waarnemend huisartsen beter informeren zodat zij dezelfde informatie ontvangen als de gevestigde huisartsen."*

Stortvloed aan informatie

Wijzigingen werden snel gecommuniceerd door het crisisteam. Enerzijds is er veel waardering voor de snelle communicatie vanuit het crisisteam. Anderzijds zijn medewerkers kritisch op informatievoorziening. De velen wijzigingen zorgde voor een stortvloed aan informatie en dat zorgde soms voor verwarring (n = 20): *"Soms zag men door de bomen het bos niet meer"* waardoor sommige huisartsen het niet meer bij konden houden. Een gevolg hiervan was dat sommige huisartsen de informatie niet meer lazen: *"Naar verloop van tijd werden de berichten langer en gezien de vele veranderingen te uitgebreid en betrapte ik mezelf erop dat ik ze deels las. Dat vond ik jammer. Misschien splitsen in acuut en subacuut, welke laatste je kunt zoeken op trefwoord indien je dit nodig hebt"*. Een huisarts denkt dat het zinvol is om oude en verouderde berichten in het grijs weer te geven, en actuele nieuwe informatie in het rood weer te geven. Daarnaast mag de berichtgeving volgens sommigen (n = 6) lager qua frequentie en korter en bondiger: *"Probeer kort en bondig te zijn, volledig willen zijn kan juist vertragend werken"*.

Een aantal huisartsen (n = 5) vonden de informatievoorziening soms (te) traag: *"Duidelijkheid kon er wat mij betreft niet snel genoeg zijn en liet voor mijn gevoel soms even op zich wachten, maar ik begrijp heel goed dat dit soort situaties om geduld en zorgvuldigheid vragen!"* Evenals de laatste zin van het citaat is het goed om deze kanttekening in perspectief te plaatsen. Een crisis zorgt immers voor veel onzekerheid vanwege ontbrekende informatie. Het vergt flexibiliteit en aanpassingsvermogen om daar adequaat mee om te gaan.

2.4 CRISISCOMMUNICATIE

RIVM en GGD waren 'in the lead'

Qua crisiscommunicatie was het voor het crisisteam duidelijk dat het RIVM en de GGD verantwoordelijk waren voor de landelijke en regionale communicatie over de coronacrisis naar het publiek. Een kritische noot hierbij is de communicatie over het testbeleid vanuit de GGD: *"Met betrekking tot het testen van patiënten in de huisartsenpraktijken hadden we graag gezien dat de GGD dit beter had gecommuniceerd met het publiek: wie kan er wel en niet getest worden in de huisartsenpraktijk"* en *"Ik vond het erg jammer dat er steeds in de media gezegd werd dat testen kon, terwijl dat niet zo makkelijk was. Ook niet als je het gehad had en weer een test wilde voor te kijken of het negatief was i.v.m. hervatten werk"*.

Verder was het crisisteam qua crisiscommunicatie goed aangehaakt bij andere betrokken externe (keten)partners in het eigen/veiligheidsdomein. Er is vanuit communicatie veel initiatief genomen om bijvoorbeeld aangehaakt te zijn bij het MUMC. Al met al heeft RHZ de landelijke richtlijnen van het RIVM gevolgd. De crisisorganisatie heeft bewust niet gecommuniceerd naar patiënten met als doel verwarring en

onduidelijkheid te voorkomen. Eén crisisteamlid verwoordt dit doeltreffend: *“In de communicatie van het Crisisteam is besloten om te verwijzen naar de landelijke communicatie over Corona voor de burger (RIVM/VWS/GGD). Er vonden namelijk dagelijkse updates plaats. Dit is een goed besluit geweest.”*

Crisiscommunicatiestrategie

Het crisisteam heeft bij de opening van de huisartsenpoli weloverwogen besloten om niet te breed te communiceren: *“Er is bewust nagedacht over het niet breed communiceren van de opening van de Centrale Huisartsenpoli bij het publiek, omdat dit er toe kon leiden dat er een enorme toeloop zou kunnen ontstaan. Er was immers geen beeld bij het aantal patiënten dat zou komen en mogelijk dachten mensen dat er getest zou worden.* In de sessie met het crisisteam oordeelt het crisisteam unaniem dat de gehanteerde strategie zinvol was. Het resultaat was goed: iedereen die het moest weten, was op de hoogte. Ook de werkwijze was adequaat: de crisisorganisatie had volledige controle over het proces patiënten zouden dit immers niet goed zelf kunnen bepalen), huisarts maakte afspraak op de poli nadat er gebeld was.

Communicatie over eigen zorgverlening

Uit de vragenlijsten komt naar voren dat het voor patiënten duidelijk was op welke wijze de huisartsenzorg georganiseerd was tijdens de coronacrisis, zoals blijkt uit het volgende citaat: *Het crisisteam heeft tijdig en begrijpelijke informatie beschikbaar gemaakt voor patiënten via de websites van de huisartsen en t.b.v. de telefoonbeantwoorder”. Desondanks geeft een crisisteamlid aan dat crisiscommunicatie mogelijk gebruikt zou kunnen worden om patiënten (extra) te informeren over werkwijze van de huisartsenpost tijdens de coronacrisis: “Wellicht kunnen we om mensen (niet huisartsen) beter te bereiken en te instrueren volgende keer actiever zijn op nieuwe media kanalen zoals social media”. Uit de resultaten van de achterban komt dezelfde opmerking naar voren: “De huisarts mag zich meer prominent profileren naar de samenleving toe. De rol die de huisarts heeft gespeeld en de zorg die is en nog steeds wordt geleverd mag meer aandacht krijgen”.*

2.5 AFSCHALING EN NAFASE

Afschaling

Crisisteamleden zijn van mening dat het besluit tot afschalen zorgvuldig is afgewogen. Een aandachtspunt in de afschaling is om dit tijdig af te stemmen met de achterban, zoals blijkt uit het volgende citaat: *“Eerdere afstemming met achterban is mijn inziens gewenst”.* Vanuit de achterban zijn een respondenten (n = 5) van mening dat de maatregelen eerder konden worden gestopt, zoals blijkt uit de volgende citaten: *“Huisartsenpoli had mijn inziens eerder gestopt kunnen worden”* en *“Corona poli nog wat lang door laten gaan terwijl de vraag al sterk was afgenomen”.* Een ander aandachtspunt is gelijkwaardige aandacht voor de dagzorg en ANW-zorg. Qua afschaling blijkt dat de ANW-zorg zwaarder belast wordt dan voorheen. Er is hoge druk op het callcentrum door dubbele triage (COVID en andere zorg). De patiënten beginnen na een periode van zorgmijding weer te komen, terwijl sommige dagpraktijken nog niet optimaal draaien, dit resulteert in meer consulten op de HAP.

Er is reeds een bovenregionaal visie-document omtrent hervatten zorg geschreven. Dit is ook goedgekeurd door de Vereniging RHZ. Het draaiboek zorgt er voor dat in de ‘koude fase’ op voorhand kritieke besluiten genomen zijn, zodat bij een eventuele nieuwe golf minder besluiten onder tijdsdruk moeten nemen.

Nazorg en begeleiding medewerkers

Meer dan de helft van de crisisteamleden (56%) scoort ‘neutraal’ op de vraag of er voldoende aandacht is geweest voor de nazorg/begeleiding van medewerkers. 44% vindt dat er wel voldoende aandacht is geweest hiervoor. De vraag is niet gesteld aan de achterban. Desondanks bieden sommige uitkomsten aanknopingspunten. Zo benoemen een aantal medewerkers (n = 6) expliciet de goede zorg voor het personeel. Met name de ondersteuning en evaluatie na de dienst. Het crisisteam daagt het gevoel uit te willen en kunnen ondersteunen: *“Het crisisteam stond 24/7 voor ons klaar”* en *“Uitdragen van gevoel te kunnen/willen ondersteunen”.*

3. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

3.1 PLANVORMING

Van te voren bedachte structuren (beschreven in planvorming) gaven sturing aan de te nemen maatregelen (evt. disbalans zorgvraag en zorgaanbod). Echter, planvorming is verouderd en veelal gebaseerd op griep. Daarnaast werd door RHZ soms juist bewust afgeweken van de planvorming. Op basis daarvan worden t.a.v. planvorming de volgende aanbevelingen gedaan:

- Actualiseer en update planvorming n.a.v. de ervaringen van de coronacrisis. Het hoofdstuk infectieziektebestrijding is bijvoorbeeld erg gericht op verzuimcijfers (door eenzijdige focus op griep/influenza). Mogelijk is het raadzaam om dit hoofdstuk aan te vullen.
- Overweeg om de tussenlaag (begro coördinatoren) definitief te 'schrappen' en dit zodoende ook in de planvorming aan te passen en vast te leggen. Directe communicatie tussen het crisisteam en de achterban zorgde immers voor korte lijntjes en snelle besluitvorming.
- Daarnaast is er veel ervaring opgedaan met PBM, bevoorrading en distributie. Dit proces is pragmatisch, flexibel en inventief tot stand gekomen. Het is raadzaam om een aantal processen vast te leggen: leveranciers, distributie, werkwijze et cetera.

3.2 MELDING, ALARMERING EN OPSCHALING

RHZ heeft effectief gehandeld en gereageerd na de eerste signalen die duiden op een (beginnende) crisis. In een vroeg stadium is adequaat gereageerd op de situatie. De crisisorganisatie werd op 26 februari geactiveerd. Dit was voordat de eerste COVID-19 patiënt (27 februari) in Nederland was vastgesteld. Deze bevindingen doen vermoeden dat het crisisteam tijdig is opgeschaald. De langdurige opschaling en bijbehorende belasting (en werkzaamheden) was kenmerkend voor deze crisis. Enerzijds had meer aandacht had mogen zijn voor de belasting en de *span of control* van crisisfunctionarissen. Anderzijds kan meer geleund worden op de reguliere organisatie in het delegeren van werkzaamheden. Op basis van deze conclusies worden t.a.v. melding, alarmering en opschaling de volgende aanbevelingen gedaan:

Op basis van deze conclusies worden t.a.v. melding en alarmering de volgende aanbevelingen gedaan:

- De bevindingen benadrukken het belang van vroegtijdige signalering en op basis daarvan proactief opschalen. Hou dit vast. Continueer tijdige opschaling, ook in de toekomst bij andere crisistypen.
- Vanwege langdurige opschaling en belasting is het zinvol voor crisisteamleden om werkzaamheden tijdig te delegeren. Exploreer of ondersteuning vanuit de reguliere- of bestaande organisatie te realiseren is. De *span of control* van crisisfunctionarissen heeft immers limieten. Door meer taken te delegeren krijgt de reguliere organisatie tevens het gevoel 'meer aangehaakt' te zijn bij de crisisorganisatie.

3.3 LEIDING EN COÖRDINATIE

Terugblikkend kan qua crisiscoördinatiestructuur geconcludeerd worden dat de directe verbinding (zonder interferentie begro coördinatoren) tussen het crisisteam en de achterban effectief was. Daarnaast was de samenstelling van het crisisteam in orde en was de vergaderstructuur adequaat. Binnen het crisisteam is ruimte voor meningsverschillen en debat. Hiermee wordt de kans op groupthink (groepsdenken), defensieve vermindering en norm van eensgezindheid geminimaliseerd. Al met al worden daardoor betere besluiten gemaakt. Desondanks konden vergaderingen soms wat uitlopen. Al met al heeft dat niet direct negatieve consequenties en kan dat ook tijdens een pandemie. Er is immers meer tijd beschikbaar in vergelijking met bijvoorbeeld een flitsramp.

Op basis van deze bevindingen zijn t.a.v. leiding en coördinatie de volgende aanbevelingen gedaan:

- Houd vast aan de huidige samenstelling van het crisisteam bij een pandemie. Echter, kijk bij andere crisistypen kritisch naar de samenstelling van het crisisteam: is het bij een flitsramp echt zinvol en efficiënt om 'zoveel' teamleden zitting te laten nemen in het crisisteam? Een groot team vertraagd immers de besluitvorming.
- Continueer dialoogvorming en stimuleer meningsverschillen in het crisisteam. Al met al worden daardoor betere besluiten gemaakt.
- Blijf voldoende aandacht besteden aan oordeelsvorming. Dit is (en blijft) het meeste lastige van crisisbesluitvorming. Adequate oordeelsvorming voorkomt dat besluiten teruggedraaid moeten worden.
- Exploreer enerzijds nut en noodzaak om (meer) gebruik te maken van waarnemers en verpleegkundig POH'ers op bijvoorbeeld de huisartsenpoli en anderzijds in hoeverre dit wrijft met landelijke richtlijnen en regelgeving waardoor gevestigde huisartsen dienst moeten doen (i.p.v. waarnemers).
- Blijf de werkvloer betrekken in de beeldvorming. Echter, als het gaat om meedenken, overleg in het kader van plannen, protocollen et cetera moet wel een kanttekening gemaakt worden. Vanzelfsprekend draagt inspraak van de werkvloer bij aan betrokkenheid en draagvlak. Echter, crisisbesluitvorming verschilt nogal in vergelijking met reguliere besluitvorming en is complexer. Er is immers sprake van een ernstige bedreiging van de basisstructuren, welke bij een geringe beslissingstijd en bij hoge mate van onzekerheid noopt tot het nemen van kritieke beslissingen. Wanneer het crisisteam de werkvloer meer mee wilt laten denken over bepaalde beslissingen, zal dit hypothetisch bijdragen tot een weloverwogen keuze met veel draagvlak. Echter, deze tijd is er simpelweg niet. Tijdens crises moeten beslissingen immers snel genomen worden.

3.4 INFORMATIEMANAGEMENT

De bevindingen tonen aan dat de interne-informatievoorziening zonder twijfel zeer adequaat en snel is uitgevoerd. Het belangrijk om te benoemen dat het crisisteam sterk afhankelijk is van de (steeds veranderende) medisch inhoudelijke adviezen van infectieziekte-experts (RIVM, GGD). Vanaf de start heeft het crisisteam alle adviezen van het RIVM/GGD opgevolgd en meegenomen in het besluitvormingsproces. De werkwijze, protocollen en richtlijnen werden steeds tijdig kenbaar gemaakt bij belanghebbenden. Een kritische noot is de zeer grote hoeveelheid geüpdatete informatie richting de achterban. Deze kanttekening moet wel in perspectief geplaatst worden. Het bevestigt het idee dat tijdens een crisis veel flexibiliteit een aanpassingsvermogen van de achterban nodig is om adequaat om te gaan met de snel veranderende (werk)omgeving. Met enige voorzichtigheid kan worden gesteld dat het een utopie is dat iedereen dat daadwerkelijk kan. Het blijkt immers dat niet iedereen adequaat kon omgaan met veel wisselende berichten en sommigen (n = 3) zichzelf erop betrapten dat ze niet alle info meer lazen. Feitelijk komt het erop neer dat het crisisteam veelvuldig interne- en externe informatie verzamelde en op basis daarvan werd steeds het crisisbeleid gemaakt. Besluiten waren zodoende altijd gebaseerd op een actueel en juist situatiebeeld. Kortom: het is juist complimentswaardig dat het crisisteam alle mutaties/wijzingen snel heeft communiceren richting de medewerkers.

Qua externe informatie-uitwisseling kan geconcludeerd worden dat RHZ proactief was binnen de witte kolom, veelal kwam het initiatief immers vanuit RHZ. Daarnaast kan gezegd worden dat de samenwerking met het MUMC niet optimaal was, er blijkt weinig sprake te zijn van wederkerigheid.

Op basis van de conclusies worden t.a.v. informatiemanagement de volgende aanbevelingen gedaan:

- Investeer in de 'koude fase' in de relatie met het MUMC. Geef signaal af en maak concreet wat er gemist werd in de samenwerking en wat de gevolgen daarvan waren. Maak verdere samenwerkingsafspraken. Al met al is het zinvol om in de toekomst vaker gezamenlijk te trainen/oefenen. De ervaring leert dat dit de samenwerking versoepelt.
- Exploreer participatie van RHZ in de crisisorganisatie van het MUMC. Bijvoorbeeld door middel van liaisons in diverse crisisteams. Hierdoor is het mogelijk om de belangen van de huisartsenzorg te

behartigen in het besluitvormingsproces van het ziekenhuis. Train en oefen deze systematiek en neem het op in planvorming.

- Bestendig de huidige wijze van interne informatievoorziening.
- Blijf wel kritisch en reflectief qua interne informatievoorziening: pas indien nodig de wijze of de vorm van communiceren aan. Is het bijvoorbeeld mogelijk om 'nieuwe' info in het rood weer te geven, kan het wellicht meer gedoseerd of moet het gesplitst worden acuut *versus* niet-acuut of kan het korter en bondiger?
- Blijf POH'ers, assistentes en andere betrokkenen meenemen qua interne informatievoorziening.
- Attendeer praktijkhouders op hun verantwoordelijkheid om personeel van informatie te voorzien.

3.5 CRISISCOMMUNICATIE

Gesteld kan worden dat het qua crisiscommunicatie duidelijk was dat het RIVM en de GGD verantwoordelijk waren voor de communicatie naar het publiek over de coronacrisis. Het was voor RHZ helder wie aan zet was qua crisiscommunicatie. RHZ heeft zodoende doorverwezen naar het RIVM/GGD en niet gecommuniceerd over de coronacrisis. Daar staat tegenover dat RHZ wel *kán* communiceren over de eigen zorgverlening tijdens crises. Wat dat betreft kan geconcludeerd worden dat het crisisteam weloverwogen na heeft gedacht over de meest effectieve communicatiestrategie bij bepaalde besluiten en maatregelen. In één geval werd bijvoorbeeld niet breed gecommuniceerd (bijvoorbeeld coronapoli), vanwege de verwachte gevolgen. Al met al blijkt dat het voor patiënten in de regio duidelijk was op welke wijze de huisartsenzorg georganiseerd was tijdens de coronacrisis. Desondanks wijzen de bevindingen erop dat meer gebruik gemaakt kan worden van nieuwe kanalen zoals social media om patiënten extra te informeren over de werkwijze van de huisartsenzorg tijdens crisissomstandigheden. Daarbij mag de huisartsenzorg wellicht meer geprofileerd worden richting de samenleving toe.

Op basis van de conclusies worden t.a.v. crisiscommunicatie de volgende aanbevelingen gedaan:

- Blijf bij iedere crisis bewust stilstaan bij de vraag wie aan zet is qua crisiscommunicatie (dit verschilt immers per crisistype).
- Blijf bij ieder besluit met elkaar nadenken welke strategie qua crisiscommunicatie het meest zinvol is.
- Exploreer nut en noodzaak om meer te communiceren middels nieuwe kanalen / social media over de eigen zorgverlening tijdens crises.

3.6 AFSCHALING

Deze bevindingen geven aanleiding om te veronderstellen dat de crisisorganisatie op adequate wijze is afgeschaald: het afschalingsbesluit is zorgvuldig afgewogen. Een kanttekening hierbij is dat de huisartsenpoli mogelijk (op basis van eerdere afstemming met de achterban) eerder afgeschaald had kunnen worden. Daarnaast oogt het crisisteam proactief in de nafase, omdat men voortvarend bezig is met een draaiboek voor deze (na)fase.

Op basis van de conclusies worden t.a.v. afschaling en nazorg de volgende aanbevelingen gedaan:

- Blijf waakzaam en zorg ervoor dat de crisisorganisatie snel geactiveerd kan worden.
- Blijf de achterban en medewerkers actief persoonlijke aandacht geven. Inventariseer de noodzaak van nazorg.
- Overweg bij een volgende uitbraak om een andere locatie als Centrale Huisartsenpoli te gebruiken. Bijvoorbeeld bij het MUMC of in een deel van het MUMC of bij de HAP, zodat de stadspoli kan openblijven

Het Netwerkcentrum is een dynamisch samenwerkingsverband van ervaren professionals dat staat voor betrouwbaarheid, innovatie en oplossingsgerichtheid. Het Netwerkcentrum is gespecialiseerd in de inrichting van crisisorganisaties en de competentieontwikkeling van teams en functionarissen in die crisisorganisatie. Wij combineren professionaliteit met een pragmatische en flexibele aanpak, afgestemd op de behoeften van de opdrachtgever. Onze opdrachtgevers zijn onder andere veiligheidsregio's, gemeenten, GGD'en, GHOR-bureaus, huisartsen, ziekenhuizen, overige zorginstellingen en andere organisaties die maatregelen treffen om mogelijke crises te beheersen. Naast elf vaste medewerkers beschikt Het Netwerkcentrum over een enthousiast team van circa 75 freelance trainer/adviseurs met uiteenlopende specialismen en achtergronden. Zij worden geselecteerd op de vereiste vaardigheden en ervaring en hebben een uitstekende reputatie verworven door het gebruik van moderne leermethoden, in combinatie met een gezonde pragmatische instelling.

Het Netwerkcentrum is erkend door het CRKBO en is ISO 9001: 2015 gecertificeerd.

