



Twee jaar covid

Aanbevelingen van de Vlaamse ziekenhuizen voor 'pandemic preparedness'

COLOFON

Redactie:

Hilde De Nutte en Vera De Troyer

Eindredactie:

Filip Decruynaere en Lieve Dhaene

Deelnemers aan de werkgroep Zorgnet-Icuro “Structurele maatregelen Covid”:

Dirk Avonts, Erwin Bormans, Alex Breugelmans, Mauro Convalle, Christine Cuyt, Kristiaan Deckers, Fritz Defloor, Eveline Depreter, Jan Flament, Sabine Gerniers, Marc Gevels, Stefaan Gouwy, Guy Hans, Micheline Lefevre, Liesbet Lombaerts, Inge Luts, Ludo Marcelis, Geert Meyfroidt, Marc Naert, Marc Noppen, Jos Opheide, Veerle Peelman, Peter Peeters, Sam Proesmans, Steven Rimbaut, Kaat Siebens, Kurt Surmont, Frank Staelens, Rudy Van Ballaer, Kristof Van den Hauwe, Jo Vandeurzen, Wim Van de Waeter, Koen Vandewoude, Roel Van Giel, Sally Van Hege, Peter Van Thienen, Annabell Verhaegen, Dieter Verheyen, Frank Vermassen, Ann Vermeire, Hendrik Verroken, Joan Vlayen.

Medewerkers Zorgnet-Icuro: Tom Balthazar, Margot Cloet, Myriam De Bruyn, Kris De Koker, Hilde De Nutte, Vera De Troyer, Stephanie Devisscher, Lieve Dhaene, Lore Geukens, Peter Raeymaekers, Sylvie Slangen, Klaartje Theunis, Bernadette Van den Heuvel, Stefaan Van Roey, Veerle Van Roey, Bob Van Santbergen, Annelies Verburgt, Katrien Verschoren

D/2022/12067/2

ISBN: 9789491323423

©2022 Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als:

De Nutte Hilde & De Troyer Vera, red. *Twee jaar covid. Aanbevelingen van de Vlaamse ziekenhuizen voor ‘pandemic preparedness’.*

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be



Twee jaar covid

Aanbevelingen van de Vlaamse ziekenhuizen voor 'pandemic preparedness'

INHOUD

1. INLEIDING	5
2. AANBEVELINGEN VOOR DE CAPACITEITSPANNING.....	12
3. AANBEVELINGEN VOOR EEN GOEDE DATAVERZAMELING	14
4. AANBEVELINGEN VOOR EEN BETERE SAMENWERKING OP HET TERREIN	16
5. AANBEVELINGEN VOOR DE NOODPLANNING.....	17
6. AANBEVELINGEN VOOR ETHISCH-JURIDISCHE RICHTLIJNEN	18
7. AANBEVELINGEN VOOR DE INZET VAN MEDEWERKERS	20
8. CONCLUSIE	23



1. INLEIDING

Begin 2020 werd duidelijk dat ook ons land niet gespaard zou blijven van de covidpandemie. Eerst was het plan om alle covidpatiënten in België te centraliseren in twee referentieziekenhuizen. Heel snel bleek dat een veel te optimistische inschatting te zijn. Toen de ernst van de pandemie echt duidelijk doordrong, werd begin maart 2020 in allerijl het comité *Hospital & Transport Surge capacity* (HTSC) opgericht, als adviesorgaan van de Risk Management Group (RMG). Later werd het mandaat van dit comité door het Belgische parlement wettelijk verankerd.

De opdracht van het comité HTSC was het adviseren over adequate en effectieve beheersmaatregelen op het niveau van de ziekenhuizen, met inbegrip van het transportvanpatiëntentussenziekenhuizen. In het comité zitten vertegenwoordigers van de verschillende gefedereerde overheden, de ziekenhuiskoepels, de federale gezondheidsinspectie, defensie en wetenschappelijke experts. Het HTSC speelde een cruciale rol tijdens alle golven van de covidcrisis. Willen we de werking van de ziekenhuizen evalueren om er lessen uit te trekken voor volgende pandemieën, dan is het goed om kort even terug te blikken op het parcours dat gelopen is.

Wat is surge capacity?

“Zowel in de literatuur als in beleidsdocumenten worden diverse definities en vertalingen gebruikt voor ‘surge capacity’. In dit rapport gebruiken we de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). ‘Surge capacity is het vermogen van een gezondheidssysteem om een plotselinge en onverwachte instroom van patiënten te beheren bij een ramp of noodsituatie. Het creëren van surge capacity omvat een alomvattende aanpak op vier domeinen: ruimte (of structuur), personeel, voorraden en systemen.’ In het Engels spreekt men over de 4 S’en: *space, staff, supplies en systems.*”

Dataverzameling

Een eerste realisatie van het HTSC was het opzetten van een systeem van datacollectie. Dat was nodig, want tot dan was er geen *realtime* monitoring voorhanden van de hospitalisatiebedden en in het bijzonder de bezetting van de diensten intensieve zorgen (IZ) in de ziekenhuizen. Het ICMS (*Incident & Crisis Management System*) – een online platform voor hulpdiensten en overheden voor noodsituaties – bleek niet klaar voor een pandemie.

Op advies van de HTSC en in opdracht van de Risk Management Groep (RMG) en de federale overheid registreerden de ziekenhuizen in het *Incident and Crisis Management System* (ICMS) vanaf maart 2020 dagelijks de vrije bedcapaciteit voor covidpatiënten, de vrije capaciteit op IZ, het aantal vrije beademingstoestellen en het aantal vrije toestellen voor extracorporale membraanoxygenatie (ECMO). Daarnaast werd de HTSC-enquête ingevoerd, met data over het aantal gehospitaliseerde covidpatiënten en de aard van de medische zorg (al dan niet op IZ, met of zonder beademingstoestel of ECMO). Met die data volgde het HTSC de beschikbare bedden capaciteit in de ziekenhuizen – IZ en niet-IZ – van nabij op. Waar nodig adviseerde het om extra capaciteit te creëren en/of om (in sommige regio's) transfers van patiënten tussen ziekenhuizen te organiseren.

Naast correcte en *realtime* data ontbrak het aanvankelijk ook aan betrouwbare predictiemodellen. Hiervoor deed het HTSC een beroep op biostatistici van verschillende universiteiten.



Eerste ingrepen in capaciteit

Een eerste capaciteitsbeslissing van het HTSC werd op 13 maart 2020 gecommuniceerd. Let wel, de HTSC adviseert, de RMG bekrachtigt. Alle ziekenhuizen – algemene, universitaire, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen – kregen op 14 maart de opdracht om hun ziekenhuisnoodplan op te starten. Alle electieve (planbare) consultaties, onderzoeken en ingrepen werden (van overheidswege) geannuleerd. Bezoekers mochten de ziekenhuizen niet meer binnen, met uitzondering van ouders op de materniteit en de pediatrie en naasten van personen in kritieke toestand of eindelevensfase.

Op 25 maart 2020 – we telden ondertussen 2.721 covidpatiënten in de Belgische ziekenhuizen van wie 612 op een dienst IZ – kregen de ziekenhuizen voor het eerst de opdracht om capaciteit voor te behouden voor covidpatiënten. 60% van de erkende IZ-bedden moest worden vrijgehouden. Bovendien werden ziekenhuizen aangemoedigd om extra ‘surge’-bedden met een intensief karakter te creëren, om zo de capaciteit op te drijven. Belangrijk hierbij: voor elk erkend IZ-bed moest het ziekenhuis ook vier niet-intensieve bedden vrijhouden voor covidpatiënten. Voor de extra surge-bedden werd dezelfde ratio aanbevolen. Tegelijk gaf de HTSC de eerste richtlijnen voor verwijzing van patiënten naar universitaire centra of naar ziekenhuizen binnen het eigen netwerk. Bij een overbezetting rekende men in eerste instantie op afspraken in het eigen ziekenhuisnetwerk of de provincie. Volstond dat niet, dan waren de federale gezondheidsinspecteurs aan zet.

In een nog latere fase en omwille van de personeelsuitval, werd aan de ziekenhuizen gevraagd om eveneens te registreren hoeveel bedden (IZ en niet-IZ) dag per dag gesloten waren. Dit om het effectief aantal beschikbare bedden in beeld te hebben en voldoende realisme aan de dag te leggen bij de planning.

Ethische vragen

Rond diezelfde tijd formuleerde de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde (BVG) op eigen initiatief een advies over de gelijkwaardigheid van intensieve zorg tijdens de covidpandemie. Niemand kon immers voorspellen welke impact de crisis op onze gezondheidszorg zou hebben. De beelden uit Italië van overvolle ziekenhuizen en radeloze patiënten stonden vers op ons netvlies gebrand. De BVG adviseerde om alle beslissingen over prioritering te nemen op basis van een individueel assessment en op basis van dezelfde medische criteria als in niet-covidtijden. Verder adviseerde de BVG om geen groepen of categorieën systematisch uit te sluiten. Daar is achteraf gezien ook nooit aanleiding toe geweest, aangezien er tijdens de hele crisis op elk moment voldoende capaciteit was.

De BVG had geen mandaat om een nationaal ethisch protocol voor triage in het ziekenhuis op te stellen. Daarom raadde de vereniging elk ziekenhuis aan om zelf eigen ethische richtlijnen op te stellen, “om te voorkomen dat klinici moeilijke beslissingen moeten nemen zonder voorschriften, wat zou kunnen leiden tot willekeurige beslissingen.” Ter vergelijking: in Nederland kwamen er in juni 2020 op initiatief van de Federatie Medisch Specialisten wel landelijke richtlijnen voor artsen en ziekenhuizen. Daar keurde de overheid (het parlement) een draaiboek goed met een heldere triage-beslisboom voor opname op IZ op basis van medische én in tweede instantie ook niet-medische overwegingen.



Opschalen en afschalen

Vanaf eind maart 2020 begon het aantal dagelijkse ziekenhuisopnames af te nemen. De piek van het totaal aantal patiënten in de eerste golf werd bereikt op 7 april, op intensieve zorgen was dat op 9 april 2020. Op 24 april 2020 besliste de HTSC om de extra capaciteit af te bouwen. De ziekenhuizen konden vanaf begin mei geleidelijk geplande, niet-dringende zorg hervatten.

Terwijl de exit uit de eerste golf vorm kreeg, werd de tweede golf voorbereid. Het was toen al duidelijk dat die er zou komen. Het COVID-19 *surge capacity* plan voorzag voor de tweede golf drie fases. In een eerste fase, de fase van de zogenaamde “reflexcapaciteit” moesten de ziekenhuizen permanent minimaal 25% van de erkende IZ-bedden reserveren voor covidpatiënten. Bovendien moesten ze permanent 25% bijkomende IZ-bedden (boven op de erkende IZ-bedden) activeerbaar houden binnen de 48 uur. Voor elk IZ-bed moesten permanent minstens 4 niet-IZ bedden gereserveerd worden voor covidpatiënten. In een tweede fase moesten de ziekenhuizen paraat staan om de bovenvermelde gereserveerde capaciteit binnen de 7 dagen te verdubbelen. In een derde fase moesten de ziekenhuizen in staat zijn om de inspanningen uit de eerste fase te verdrievoudigen.

De analyses van de eerste golf toonden dat 14% van de gehospitaliseerde patiënten op IZ belandde. Van deze IZ-patiënten overleed 36,2%. Van de 86% niet-IZ patiënten in het ziekenhuis overleed 17,7%.

Eerste evaluatie door KCE

In juni 2020, toen de eerste golf van de pandemie op zijn laatste benen liep, vroeg de HTSC aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) om zijn werking en de respons van de ziekenhuizen te evalueren. In december 2020 stelde het KCE zijn rapport *Het beheer van de ziekenhuiscapaciteit in België tijdens de eerste golf van de Covid-19 pandemie* voor. Het KCE schrijft in zijn rapport onder meer: “De belangrijkste opdracht van het comité was om maatregelen te nemen rond de *surge capacity* van ziekenhuizen. Ondanks bepaalde groeipijnen (bv. wisselende samenstelling, onduidelijk mandaat, te theoretische richtlijnen, onduidelijkheden i.v.m. de opgevraagde data, communicatie op onaangename momenten) is de algemene perceptie dat het tijdens de eerste golf deze opdracht met succes heeft vervuld. Enkele zwakkere punten tijdens de eerste golf (niet transparante samenstelling, vermenging van operationele en strategische kwesties, enz.) werden al (gedeeltelijk) aangepakt.”

Toch stipte het KCE enkele pijnpunten aan. Een aantal van deze pijnpunten komt terug in de besprekingen van de ‘Werkgroep structurele aanpak bij covid’ van Zorgnet-Icuro. Zo zegt het KCE-rapport: “De ziekenhuizen vonden de maatregelen niet altijd haalbaar. Zo stond bv. in een van de brieven dat ‘personeel voor extra intensieve zorgbedden hetzelfde moet zijn als personeel voor erkende intensieve zorgbedden’. Dat vonden 37 van de 53 ziekenhuizen (70%) niet haalbaar. Ook maatregelen voor de transfer van patiënten binnen het locoregionale netwerk waren moeilijk uit te voeren. Een van de redenen die ziekenhuizen hiervoor gaven, was dat, zeker in gebieden met hoge prevalentiecijfers, de ziekenhuizen uit hetzelfde locoregionale netwerk zeer snel allemaal te maken kregen met capaciteitsproblemen door een tekort aan bekwaam medisch en verpleegkundig personeel. Een grote meerderheid van de respondenten (van 78% tot 86%) vond de maatregelen over het vrijmaken van ziekenhuisbedden wel haalbaar.”

En verder: “De COVID-19-crisis toonde eens te meer aan dat het zorgpersoneel (d.w.z. artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici) de ruggengraat van elk zorgsysteem is. Tegelijkertijd is het echter ook de achilleshiel. Het creëren van extra ziekenhuiscapaciteit vraagt immers in de eerste plaats om extra verpleegkundigen en artsen. Deze hoogopgeleide professionals zijn in normale tijden al schaars en tijdens een crisis zijn ze nog moeilijker te vinden.”





Structurele aanpak nodig

Op het ogenblik dat het KCE zijn rapport maakte, trof een tweede covidgolf in het najaar van 2020 ons land. Tijdens die tweede golf werden meer patiënten getransporteerd. Gaandeweg speelden ook de ziekenhuisnetwerken een grotere rol. De HTSC bleef de maanden daarna de toestand dag na dag opvolgen. Na de tweede volgden een derde en een vierde golf. Het capaciteitsplan met de fasen van opschaling werd verschillende keren bijgestuurd. De HTSC drukte ontegensprekelijk een grote stempel op de aanpak van de covidpandemie in België. De verzamelde data werden dagelijks aan de samenleving bekend gemaakt op een persconferentie. De cijfers, en zeker wat de opname van covidpatiënten op IZ betrof, werden een maatstaf voor het al dan niet nemen van maatregelen in de samenleving.

Een aantal pijnpunten uit het KCE-rapport van december 2020 bleef evenwel aanhouden. Bijkomende verzuchtingen en punten van kritiek staken de kop op. Hoe langer de crisis duurde, hoe minder evident het was om proactief bedden voor covidpatiënten vrij te houden en

hiervoor planbare en niet-dringende zorg uit te stellen. Hoelang blijft niet-dringende zorg niet dringend? Hoelang kan je planbare zorg uitstellen voor ze acuut wordt?

Daarom nam Zorgnet-Icuro het initiatief voor een interne ‘Werkgroep structurele aanpak bij covid’, samengesteld uit directies, hoofdartsen en verpleegkundige directeurs van de Vlaamse ziekenhuizen. Doel was om het afgelegde parcours te evalueren, maar vooral om de pandemic preparedness te verhogen. Vroeg of laat worden we immers weer met een pandemie geconfronteerd. Uit de covidcrisis moeten we de juiste lessen trekken om beter voorbereid te zijn.

De werkgroep kwam begin 2022 twee keer online samen. Enkele experts die de beheersing van de covidcrisis van op de eerste rij meemaakten, gaven een voorzet voor een aantal aanbevelingen: prof. Geert Meyfroidt (intensivist UZ Leuven en voormalig voorzitter van de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde), prof. Marc Noppen (CEO UZ Brussel), dr. Stefaan Gouwy (hoofdarts AZ Alma) en Kurt Surmont (verpleegkundig paramedisch directeur ZOL). De werkgroep discussieerde vervolgens grondig over een aantal thema’s: de capaciteitsplanning, noodplannen, dataverzameling, ethisch-juridische richtlijnen en de inzet van medewerkers, en kwam tot een reeks aanbevelingen. Die aanbevelingen bevatten zowel elementen voor de korte als voor de langere termijn. Ze vertonen vaak onderling een grote samenhang. Ze moeten dan ook als één geheel beschouwd worden. Een aantal aanbevelingen vergt acties op overheidsniveau , andere kunnen de ziekenhuizen  zelf opnemen, nog andere moeten beide partijen ter harte nemen , .

 = aanbeveling voor de overheid

 = aanbeveling voor het ziekenhuis



2. AANBEVELINGEN VOOR DE CAPACITEITSPANNING

Hoe langer de crisis duurde, hoe duidelijker het werd dat het vrijhouden van bedden niet te verantwoorden is. Bedden reserveren verhindert immers dat een ziekenhuis zijn bedcapaciteit optimaal kan benutten. Aan lege bedden heeft niemand iets. Omdat aan die gereserveerde bedden ook personeel gekoppeld wordt dat paraat moet zijn, staan ze tegelijk een optimale personeelsinzet in de weg. Een beter alternatief zou zijn om afspraken te maken over het snel (binnen de 24 uur) beschikbaar maken van plaatsen. Dat vergt een capaciteitsplanning op basis van predicties die rekening houden met evoluties op korte, middellange en lange termijn.



Tijdens een pandemie is solidariteit op alle echelons belangrijk. Dat geldt ook tussen ziekenhuizen onderling. Er is nood aan een systeem dat de belasting egaal verdeelt. Dat systeem moet een aantal parameters integreren: de tertiaire functie van het ziekenhuis, de supraregionale functie, de grootte van het ziekenhuis, de mix aan bedden (C, D, G...), de nood aan dringende niet-covidzorg...



De richtlijnen van de HTSC waren directief. Dat had het voordeel van de duidelijkheid, maar het nadeel van de ongenueanceerdheid. In tijden van crisis zijn geen twee ziekenhuizen gelijk. Daarom moeten ziekenhuizen meer autonomie hebben. Een flexibel en dynamisch beheersysteem moet toelaten om zelf de covid en niet-covidzorg op IZ in te schatten en hiervoor de nodige capaciteit te vrijwaren. Ook de gezondheidsinspecteurs kennen de situatie op het terrein heel goed. Dat is meermaals gebleken tijdens de crisis. Geef de gezondheidsinspecteurs erkenning voor hun cruciale rol in de verdeling van de capaciteit en een mandaat in de distributie van patiënten.

De HTSC koppelde aan het aantal vrij te houden bedden op IZ lineair het aantal vrij te houden niet-IZ bedden. Die koppeling houdt geen rekening met de diversiteit aan bedden in een specifiek ziekenhuis of met het verloop van de pandemie. Laat die koppeling daarom weg of voorzie een meer genuanceerd (niet-lineair) systeem dat rekening houdt met de realiteit in de ziekenhuizen.



Er is ook meer nuance nodig als het over IZ-bedden gaat. Er is een differentiatie (of echelonnering) nodig in het type IZ-bed. Dat moet toelaten meer rekening te houden met de complexiteit van de zorg, en daaraan gekoppeld ook de vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering. Er zijn *midcare* en *highcare* IZ-bedden, IZ-bedden voor covid en voor niet-covidpatiënten. Sommige ziekenhuizen hebben bovendien een tertiaire functie, waarmee eveneens rekening moet worden gehouden.



Er is nood aan uniforme opname- en ontslagcriteria, die nationaal uitgewerkt en gevalideerd zijn.



Er is meer flexibiliteit in normering en regelgeving nodig om de beschikbare bedden zo optimaal mogelijk in te zetten. Niet het aanbod of de zorgcontext mag het uitgangspunt zijn, wel de zorgnoden en -behoeften. Zo moet het eenvoudiger worden om te switchen van hospitalisatie naar dagziekenhuis en/of ambulante zorg, zonder negatieve financiële repercussies. Tijdens een pandemie is die noodzaak nog dwingender dan in gewone tijden.



De covidpandemie heeft gezorgd voor een doorbraak op het gebied van telegeneeskunde, teleconsultatie en telemonitoring. Wat lange tijd op weerstand botste, kwam onder druk van de crisis in een stroomversnelling. Dat gebeurde zo snel, dat er op diverse vlakken geïmproviseerd moest worden. Vandaag is er nood aan een helder juridisch en financieel kader hiervoor. Hoe kunnen we telegeneeskunde faciliteren? Ook de impact op de personeelsomkadering moet in rekening gebracht worden.



3. AANBEVELINGEN VOOR GOEDE DATAVERZAMELING



Goede *realtime* en relevante data, en betrouwbare predictiemodellen, zijn een *conditio sine qua non* voor het managen van een crisis. Daarom moeten we investeren in een kwaliteitsvolle en efficiënte dataverzameling met heldere en correcte definities. Die informatie moet transparant gedeeld worden met alle belanghebbenden, zodat het beleid hierop echt kan sturen. Een correcte inschatting van de relevantie blijft op elk moment noodzakelijk om redundante registratielast te vermijden. Afspraken tussen alle beleidsniveaus moeten het *only once* principe garanderen, zodat informatie geen twee keer (met minieme verschillen) geregistreerd hoeft te worden. In een crisissituatie is het nodig om uit te maken welke registraties op welk moment nuttig of noodzakelijk zijn. Evalueer nu welk predictiemodel het meest accurate was en werk daarop verder om volgende golven correct in te schatten.



Een nationale verplichting om deel te nemen aan het MICA-programma (*Monitoring Intensive Care Activities*) is aan te bevelen. Dit datasysteem monitort in *realtime* de operationele beschikbaarheid en het gebruik van intensieve zorgcapaciteit, met ook data over patiëntenkenmerken (bv. diagnoses) en uitkomsten. De monitoring gebeurt op continue basis, zonder extra hoge werkbelasting. MICA laat een gerichte planning van het op- en afschalen van zorg mogelijk. De gegevens kunnen gedeeld worden, uiteraard rekening houdend met de proportionaliteit en de GDPR-regelgeving.



Investeer in goede datasystemen voor *realtime* informatie over de capaciteit en de bezetting in ziekenhuizen en op diensten IZ, over de personeelsomkadering enz. Streef hierbij maximaal naar semi-automatische transfers van de nodige gegevens vanuit bestaande systemen als het patiëntendossier en personeelssystemen. Zo beperken we de registratiebelasting tot een minimum. Een sluitend juridisch kader voor het verzamelen, verwerken en delen van deze gegevens is essentieel.



Leg vooraf, in onverdachte tijden, een registratiebarometer vast. Welke registraties kunnen in bepaalde omstandigheden tijdelijk worden stopgezet? Welke registraties kunnen worden uitgesteld? Welke registraties kunnen worden vereenvoudigd? En welke registraties moeten absoluut plaatsvinden?



Deel relevante data en informatie tussen de verschillende zorgactoren en integreer alle informatie in één overkoepelend datasysteem. Het faciliteert een inschatting te maken over het verloop van een epidemie, zodat een sneller ingrijpen mogelijk wordt en de nodige maatregelen genomen en gecommuniceerd kunnen worden. De verschillende golven hebben bijvoorbeeld geleerd dat een grote druk bij de huisartsen een goede voorspeller was voor de latere druk in de ziekenhuizen.



Een beslissing om reguliere zorg uit te stellen en proactief bedden en capaciteit te reserveren, neem je niet zomaar. Hiervoor zijn goede data en predictiemodellen over de reële zorgnoden onontbeerlijk. Die data moeten op alle niveaus bekeken worden: per ziekenhuis, per netwerk, provinciaal en federaal. Ziekenhuizen moeten inzicht hebben in deze data om snel en gericht door te verwijzen indien nodig. Met de nodige data voorhanden moeten ziekenhuizen meer autonomie krijgen voor beslissingen over het op- of afschalen van bedden, binnen een vooraf gedefinieerd kader van solidariteit en rechtvaardigheid.

4. AANBEVELINGEN VOOR EEN BETERE SAMENWERKING OP HET TERREIN



Wanneer mag ziekenhuis A een patiënt tijdens een pandemie naar ziekenhuis B overbrengen? Wanneer moet ziekenhuis B een patiënt van ziekenhuis A overnemen? In tijden van crisis is dat niet altijd duidelijk. Dat kan leiden tot discussies, stress en tijdverlies. Bepaal daarom vooraf heldere doorverwijscriteria (in twee richtingen) voor het interziekenhuistransport. Centraliseer de coördinatie van die transfers op nationaal niveau. Geef de federale gezondheidsinspecteurs een stevig mandaat om op basis van de vooropgestelde criteria en in dialoog met de ziekenhuizen (rekening houdend met contextfactoren) over transfers te kunnen beslissen. Om die praktijk in te oefenen, kan de jaarlijkse influenzaperiode als *dry run* voor echte crisissituaties worden gebruikt.



Tijdens de covidcrisis is gebleken hoe cruciaal de samenwerking tussen ziekenhuizen, woonzorgcentra, de eerste lijn en andere zorg- en welzijnsactoren is. Met veel *goodwill* is verder gebouwd op bestaande connecties en samenwerkingsverbanden. Die transmurale samenwerking moet nu structureel worden gefaciliteerd, ondersteund en ingebed. Deze samenwerking is tegelijk een hefboom voor geïntegreerde zorg en essentieel voor een vlotte doorstroom van patiënten uit het ziekenhuis. Goede afspraken maken goede vrienden. Denk aan het inzetten van liaisonfuncties (o.a. HOST-teams, outreachteams) en aan telemonitoring. Ook een helder financieel kader, dat financiële gevolgen voor zorgvragers uitsluit, moet de samenwerking verankeren.



Aansluitend bij de vorige aanbeveling: de richtlijnen voor de verschillende sectoren – ziekenhuizen, eerste lijn, woonzorgcentra, welzijnsorganisaties... – moeten coherent zijn met elkaar en samenwerking stimuleren. Faciliteer die samenwerking op interfederaal niveau.



Creëer een platform waarop ziekenhuizen en andere instanties concrete informatie en *best practices* (procedures, werkwijzen, afspraken...) met elkaar kunnen delen.

5. AANBEVELINGEN VOOR DE NOODPLANNING



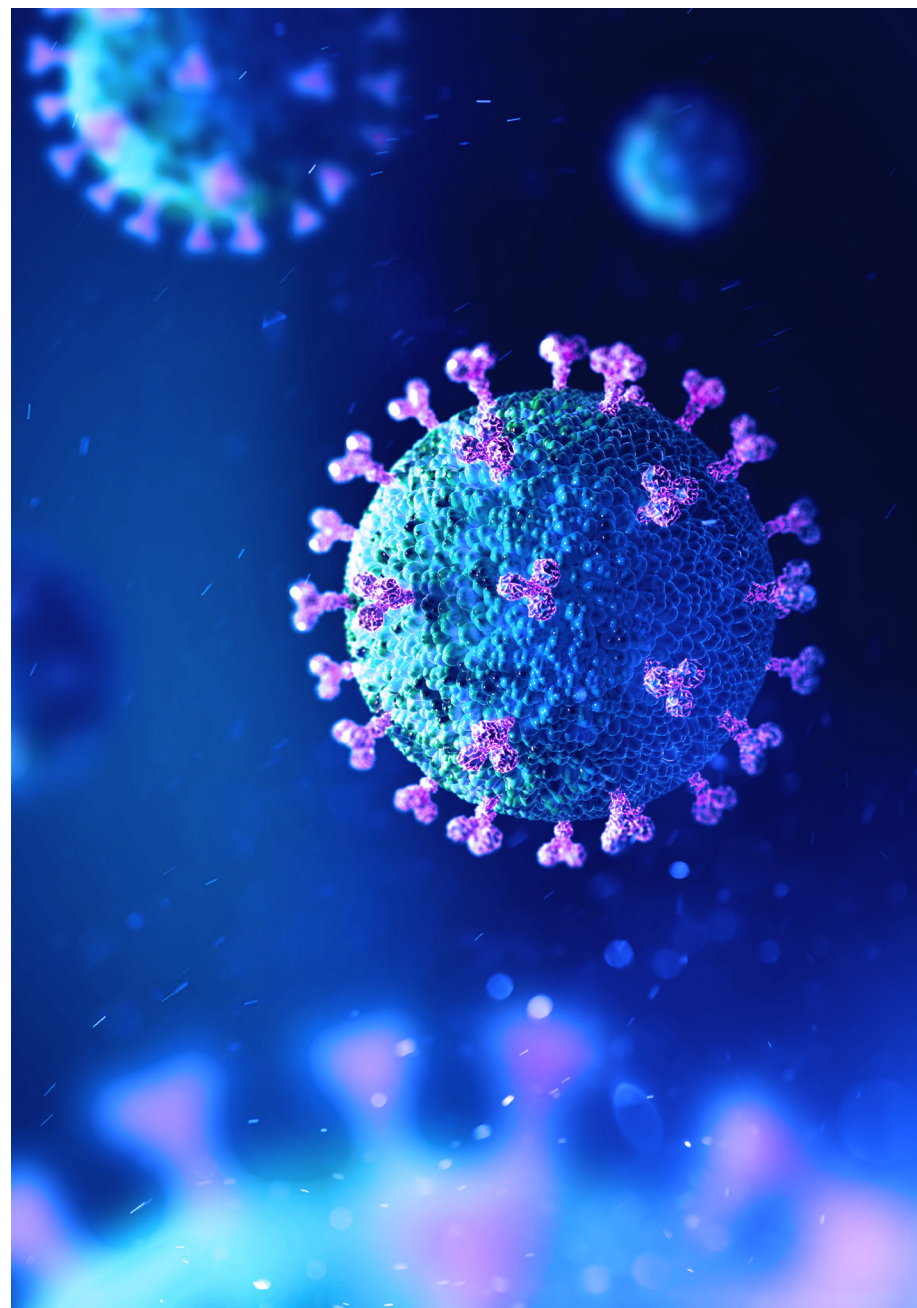
De ziekenhuizen hebben hun noodplannen op vraag van het HTSC begin maart 2020 geactiveerd. Hoewel de noodplannen op veel situaties voorzien zijn, is het specifieke pandemieluik niet in alle ziekenhuizen even goed uitgewerkt. Dat werd als een gemis ervaren. Zo'n pandemieluik moet worden uitgewerkt op een moment dat er geen crisis woedt. Belangrijk is om hierbij de verschillende niveaus te betrekken en te benoemen: het individuele ziekenhuis, het netwerk en de hogere niveaus. De noodplannen moeten geregeld worden geactualiseerd en ingeoefend.



Het noodplan van de ziekenhuizen moet een afzonderlijk en vooraf afgestemd luik bevatten over de samenwerking en interactie met alle spelers van de eerste lijn: de huisartsen, de apothekers, de thuisverpleegkunde enzovoort. Hoe meer de partners uit de eerste lijn en de ziekenhuizen vooraf gezamenlijke afspraken maken, hoe sneller tijdens een crisis alles in stelling gebracht kan worden.



De ziekenhuizen zijn over het algemeen zeer positief over de rol die de gezondheidsinspecteurs van de federale overheid hebben vervuld in de handhaving van de covidcrisis. De gezondheidsinspecteurs kennen het terrein en onderhouden nauwe banden met de ziekenhuizen in hun provincie(s). Wel waren er regionale verschillen in betrokkenheid en rol. Daarom vragen we dat de overheid de gezondheidsinspecteurs ondersteunt en basisrichtlijnen geeft over hun takenpakket. Die richtlijnen moeten de gezondheidsinspecteurs de nodige ruimte laten om in te spelen op specifieke situaties. Tegelijk moeten ze ervoor zorgen dat er over de regio's heen een uniform beleid is.



6. AANBEVELINGEN VOOR ETHISCH- JURIDISCHE RICHTLIJNEN

Tijdens een pandemie staan zorgvoorzieningen en hulpverleners onder grote druk. Op piekmomenten komt daar de dreiging bij dat de beschikbare hulpverleners de grote toevloed aan patiënten met de beschikbare middelen niet meer aankunnen. Als de zorgvraag groter is dan het zorgaanbod, moeten keuzes gemaakt worden. Welke patiënt krijgt op dat moment voorrang? Aan de hand van welke criteria wordt dat beslist? Wie neemt die beslissing?



Beslissingen over prioritering van zorg en behandelkeuzes worden bij voorkeur genomen in overleg met het team. Medische criteria krijgen daarbij de voorrang. Die richtlijnen volstaan echter niet in alle situaties. Als hierover vooraf geen heldere – en maatschappelijk gedragen – afspraken bestaan, legt dat extra druk op de zorgverleners en de voorzieningen. Om te beginnen is er het ethische aspect. Daarnaast zijn er de mogelijke juridische implicaties. Wat als een zorgverlener door de situatie gedwongen wordt om een keuze te maken tussen twee (groepen van) patiënten? Niet kiezen is in dat geval ook een keuze. En wat als die keuze achteraf voor de rechtbank aangevochten wordt, bijvoorbeeld door een familielid? Tijdens de covidcrisis is het gelukkig nooit zover gekomen. Maar het gevaar bestond wel degelijk. Die mogelijkheid alleen al zorgde voor *moral distress* bij hulpverleners, ziekenhuizen en andere zorgvoorzieningen.





Het is geen goed idee om ethische en juridische vraagstukken op te lossen in volle crisis. Het is ook geen goed idee om die beslissingen in handen te leggen van individuen of enkelingen. Daarom moet vooraf, in rustig vaarwater, een ethisch-juridisch kader gemaakt worden. Hieraan moet een objectief en maatschappelijk debat voorafgaan. Een debat dat rekening houdt met alle aspecten: medische, ethische, sociologische, economische, financiële en andere. Het resultaat moet een waardenkader zijn met richtlijnen die de zorgverlener voldoende autonomie geeft om rekening te houden met alle aspecten van een specifieke situatie, maar die tegelijk duidelijk genoeg zijn om als juridisch kader te fungeren.



Goede zorg vindt plaats in overleg met de patiënt en zijn omgeving. Ook tijdens een crisis is het belangrijk om de stem van de patiënt en zijn omgeving te horen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg wees er in zijn rapport al op dat de stem van de patiënt nauwelijks of niet aan bod kwam in de HTSC. Daar is enerzijds begrip voor, maar anderzijds blijft het een werkpunt, zeker “bij onderwerpen waarbij het standpunt van de patiënt nuttig is, zoals het hervatten van de reguliere zorg, bezoekersbeperkingen, en de transfer van patiënten.” In die context past ook het faciliteren en stimuleren van vroegtijdige zorgplanning. Zowel vanuit het perspectief van de patiënt en de familie als voor de professionals is het belangrijk om regelmatig en herhaaldelijk in dialoog te treden over de gewenste zorg bij het levenseinde.

7. AANBEVELINGEN VOOR DE INZET VAN MEDEWERKERS

Het KCE merkte terecht op: het zorgpersoneel is de ruggengraat én de achilleshiel tijdens een gezondheidscrisis. Veilige en goede zorg realiseer je niet door bedden bij te creëren. Een bed zonder de juiste personeelsomkadering is een lege doos. Het personeel moet voldoende in aantal zijn én over de juiste competenties beschikken. Tijdens de covidcrisis botsten beslissingen over capaciteitsuitbreiding van het comité HTSC om die reden af en toe op onbegrip. De capaciteit opschalen door extra 'IZ-bedden' in te zetten, is op papier nog mogelijk. Maar elk extra IZ-bed voorzien van voldoende personeel met de juiste kwalificaties, is niet altijd en overal haalbaar. Zeker niet in een crisis, wanneer het zorgpersoneel op de tippen van zijn tenen loopt en de pandemie voor uitval zorgt. En al helemaal niet voor een gespecialiseerde functie als intensieve zorg.

Al lang voor de covidcrisis woog het tekort aan personeel op de zorgsector. De crisis drukte ons nog eens in veelvoud met de neus op de feiten. Bovendien worden de zorgnoden in de toekomst alleen nog groter en dreigt het beschikbare personeel op een globaal steeds krappere arbeidsmarkt alleen nog schaarser te worden. Daarom zijn dringende ingrepen nodig, specifiek in tijden van crisis, maar ook structureel.

Medewerkersinitiatieven in tijden van pandemie



De covidcrisis haalde veel hulpverleners uit hun comfortzone. Nood breekt wet en daarom werden artsen, verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers plots ingezet op plaatsen en in situaties waar ze doorgaans niet werken. In volle crisis gebeurde die herallocatie van medewerkers niet altijd na zorgvuldig overleg. Toch mag dit geen zuivere top-downbeslissing zijn. Medewerkers moeten zowel individueel als in team proactief betrokken worden bij dergelijke beslissingen. Transparante en herhaaldelijke communicatie is noodzakelijk. De eerste stappen in die dialoog moeten plaatsvinden vóór het nodig is, zodat elke medewerker een weloverwogen keuze kan maken en niet (mentaal) onvoorbereid 'gedropt' wordt.



De herallocatie van zorgpersoneel gebeurde tijdens de covidcrisis vooral om de diensten IZ te versterken. De betrokken zorgmedewerkers kregen een korte opleiding om hun *skills*, vaardigheden en inzichten aan te scherpen, zodat ze zo voorbereid mogelijk aan de slag konden. Uit die ervaringen moeten we lessen trekken. Elk ziekenhuis zou een outreachteam moeten hebben, dat regelmatig een periode ingezet wordt op IZ. Zo kunnen die outreachmedewerkers de nodige *skills*, vaardigheden en inzichten op voldoende regelmatige basis – en niet enkel in tijden van crisis – in de praktijk brengen. Op die manier zijn ze altijd voorbereid om bij te springen als de nood zich voordoet. Zo'n systeem kan maar echt werken als de bestaingsratio's opgeschaald worden. Dat maakt tijd en ruimte vrij om medewerkers de juiste competenties te laten verwerven door voldoende opleiding en praktijkervaring.



De coronacrisis haalde zorgmedewerkers uit hun comfortzone, maar liet hen ook boven zichzelf uitstijgen. Meer dan ooit waren leiderschapsskills nodig: leiders (coaches) die een team kunnen motiveren en aansturen, die helder en open communiceren, die medewerkers betrekken, die luisteren en in dialoog gaan, maar ook beslissingen durven nemen. Die leidinggevenden bleken – waar ze opdoken – van goudwaarde te zijn. Daarom moeten we in rustiger tijden meer investeren in het ontwikkelen en aanboren van leiderschapsskills, zodat leidinggevenden met hun capaciteiten ook in (langdurige) crisissituaties het verschil kunnen maken.



Tijdens een crisis is het belangrijk om de verpleegkundige bestaffing voortdurend te monitoren. Alleen zo is een objectief beleid mogelijk. Laat ons werk maken van gebruiksvriendelijke tools en systemen om ziekenhuisbreed, de zorgzwaarte, de personeelsbezetting en de personeelsuitval in kaart te brengen. Het wordt een uitdaging om een uniform systeem te creëren dat voldoende dynamisch is om de grote diversiteit tussen ziekenhuizen, diensten en afdelingen te integreren, maar het is wel nodig. Op basis hiervan kunnen ziekenhuizen dan plannen en krijgen we een beeld van welke bedden echt beschikbaar zijn.



Tijdens de crisis zochten en vonden ziekenhuizen en andere zorgorganisaties bijkomende werkrachten: gepensioneerden, vrijwilligers, studenten... Er werden ook ondersteuners ingezet, bijvoorbeeld als zorgbuddies. Die extra handen waren geen overbodige luxe. Ze maakten mee het verschil. Zoals vaak in een crisis werd ook op dit vlak veel geïmproviseerd. Laat ons hieruit lessen trekken. Maak een juridisch kader hiervoor, dat ruimte geeft voor initiatief, dat niet restrictief werkt, maar dat wel voldoende bescherming biedt aan alle betrokkenen. Laat ons een systeem bouwen dat een vlotte schakeling in arbeidsregimes, arbeidsduur en tussen de verschillende sectoren toelaat. Gezien de structurele nood aan werkrachten in de zorgsector, zouden die systemen ook buiten crisissituaties actief kunnen blijven. Het is noodzakelijk om de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen grondig te herwerken.

Structurele medewerkersinitiatieven

De verpleegkundige bestaffing (*patient to nurse ratio*) moet dringend verhoogd worden. Het is de beste garantie op veilige zorg, ook in crisissituaties. Wat is een veilige ratio? Dat hangt af van context tot context. Een datagedreven systeem kan helpen bij de monitoring. Adequate ratio's leiden niet alleen rechtstreeks tot veiliger zorg, ze scheppen ook de noodzakelijke ruimte voor opleiding en vorming, bijvoorbeeld voor de outreachteams die zich voorbereiden op crisissituaties (zie hoger).

Al vele jaren is sprake van taakherschikking en functiedifferentiatie. Door verpleegkundigen te ondersteunen en bepaalde taken door te schuiven naar andere professionals, krijgen verpleegkundigen meer ruimte voor hun kerntaken en -verantwoordelijkheden. Ook de patiënt heeft enkel te winnen bij zorg vanuit een interdisciplinaire skill-mix. Daarvoor zijn aanpassingen nodig op de Wet op de Gezondheidsberoepen. De weerstand tegen die evolutie kan allicht weggenomen worden door te vertrekken vanuit een gedeelde visie en door alle partijen te betrekken en open te communiceren.



Sowieso moeten we ook de komende jaren investeren in de aantrekkelijkheid van de verpleegkunde in het bijzonder en de zorgberoepen in het algemeen. Niet alleen om nieuwe mensen aan te trekken – studenten en zij-instromers – maar ook om de huidige medewerkers te behouden. Hiervoor is een heel scala aan stimuli en ondersteuningsmaatregelen nodig, met een bijzondere aandacht voor het psychosociaal welzijn, ook tijdens en na crisissen. Ook de werk-privébalans en initiatieven die de werkvreugde stimuleren, verdienen alle aandacht. Ten slotte zijn ook flankerende maatregelen nodig, waaronder voldoende kinderopvang en openbaar vervoer (voldoende ruime uren) om de nodige flexibiliteit bij medewerkers te faciliteren en de continuïteit in de dienstverlening te kunnen garanderen.



8. CONCLUSIE

Uit de terugblik op twee jaar covidpandemie in de Vlaamse ziekenhuizen kwamen enkele duidelijke rode draden naar voor. Alles begint bij een kwaliteitsvolle, uniforme en efficiënte dataverzameling. Samen met goede predictiemodellen is dataverzameling dé basis voor beslissingen en bijstellingen al naargelang de evoluties in de verschillende fases van een pandemie. Sleutelementen in de capaciteitsplanning zijn autonomie, flexibiliteit en solidariteit. Ziekenhuizen moeten meer bewegingsvrijheid krijgen om de beschikbare bedden (zowel IZ als gewone bedden) optimaal in te zetten in functie van de noden, en op het juiste moment op- en af te schalen. Om de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de solidariteit te garanderen zijn duidelijke en heldere criteria nodig voor opname & ontslag, en interhospitaaltransporten.

We hoorden ook een absolute aanbeveling om, in alle rust en los van een crisisperiode, een sereen en grondig debat te voeren over een ethisch-juridisch kader, een draaiboek dat klaarligt voor het ogenblik dat crisissen en de opnamecapaciteit heel kritiek worden.

Tot slot de medewerkers. De covidcrisis toonde dat de medewerkers de ruggengraat én de achilleshiel zijn van de gezondheidszorg. Niets was zo bepalend voor de capaciteitsplanning als de beschikbaarheid van medewerkers met de juiste *skills*. We formuleerden een aantal specifieke aandachtspunten die kunnen helpen om bij een volgende golf medewerkers gemakkelijker te heralloceren en hen ook voldoende te kunnen ondersteunen. Maar personeelsschaarste is een altijd aanwezig probleem in de zorg, ook buiten covid. We moeten dan ook werken aan bredere en structurele maatregelen, met vele partners samen, om aan die allergrootste uitdaging van de toekomst het hoofd te bieden.

We eindigen met de drie belangrijkste en meest algemene vuistregels voor crisisbeheer: eenheid van commando, eenheid van uitvoering, eenheid van communicatie. Het zijn evergreens, er is al overvloedig over geschreven en gepraat, maar toch kwamen ze ook in deze werkgroep van Zorgnet-Icuro voortdurend bovendrijven. Een duidelijk leiderschap vanuit de overheid is essentieel in crisisbeheersing. Problemen moeten systematisch en tijdig aangepakt worden en op een heldere, uniforme en tijdige wijze gecommuniceerd naar de sector en alle andere doelgroepen.



Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08
ondernemingsnr. 417659828

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be