

Organisatorische veerkracht van ziekenhuizen in crisistijden

Lessen uit de COVID-19 pandemie

Laura Muns
Caroline Schlinkert
Lilian van Tuyl
Cordula Wagner



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Januari 2022

ISBN 9789461227256

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2022 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit rapport beschrijft de uitdagingen en ervaringen van negen bestuursleden van Nederlandse ziekenhuizen tijdens de COVID-19 crisis aan de hand van dertien vragen uit de Benchmark Resilience Tool (BRT) die de organisatorische veerkracht van ziekenhuizen in kaart brengen. Bij de beschrijving van de resultaten is, waar nodig, onderscheid gemaakt tussen veerkrachtig gedrag ten tijde van de acute crisissituaties en situaties die ontstonden door het langdurige karakter van de pandemie.

Graag willen we alle deelnemers bedanken voor hun inzet bij dit onderzoek.

Utrecht, februari 2022

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
1 Samenvatting	5
2 Inleiding	7
2.1. Leeswijzer onderzoeksrapport	8
3 Literatuurbespreking	9
3.1. Wat is een crisis?	9
3.2. Organisatorische veerkracht	10
4 Methode	11
4.1. Participanten en procedure	11
4.2. Interviewleidraad en vertaling	11
5 Resultaten	13
5.1. Uitkomsten Brief Resilience Tool (BRT)	13
5.2. Samenvatting van de interviews	13
6 Conclusie, beschouwing en aanbevelingen	31
6.1. Beschouwing: Geleerde lessen	31
6.2. Methodologische beschouwing: Het meten van veerkracht	33
6.3. Kracht en beperkingen van deze studie	34
6.4. Vooruitkijkend	34
6.5. Aanbevelingen	35
Literatuur	37
Bijlage A Interviewleidraad	39
Bijlage B BRT-indicatoren	44
Bijlage C Stappen van analyse	47
Bijlage D Codeboom	48

1 Samenvatting

De COVID-19 pandemie ontwikkelde zich tot een ongekennde, wereldwijde zorgcrisis die ook in Nederland de zorg in extreme mate heeft geraakt. Het virus heeft een enorme druk gelegd op het gezondheidssysteem, met name de ziekenhuizen. Twee jaar nadat de eerste besmetting in Nederland geïdentificeerd werd, lijkt het einde van de crisis langzaam in zicht. Crises en rampen destabiliseren organisaties en individuen vaak voor langere tijd op persoonlijke, sociale en organisatorische aspecten (Kuntz, 2021). Aan de andere kant kunnen deze gebeurtenissen ook werken als katalysator voor verbeterde organisatorische veerkracht, het opnieuw inrichten van processen en her-evalueren van organisatie-inrichting, het ontdekken van nieuwe mogelijkheden, doelen en strategieën (Seville, 2016, Kuntz, 2021). De lange duur en omvang van deze crisis biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de complexiteit van crisismanagement en de organisatorische veerkracht van Nederlandse ziekenhuizen. De voorliggende interviewstudie had tot doel de sterke en zwakke punten van organisatorische veerkracht van Nederlandse ziekenhuizen tijdens de COVID-19 crisis te exploreren. Concreet werd onderzocht hoe bestuurders de organisatorische veerkracht binnen ziekenhuizen ervaren en wat er is veranderd in organisatieprocessen tijdens de COVID-19 crisis.

Gebruik van een gevalideerde vragenlijst in combinatie met een diepte-interview

Om een beeld te krijgen van de organisatorische veerkracht hebben wij negen semigestructureerde interviews afgenomen met bestuursleden van negen Nederlandse ziekenhuizen. De structuur van het interview werd ontleend aan de Benchmark Resilience Tool (BRT; Whitman et al., 2013). Deze maakt door middel van dertien indicatoren de sterke en zwakke punten van de veerkracht van organisaties identificeerbaar en meetbaar. De indicatoren zijn onderverdeeld in drie thema's: 1) Leiderschap en cultuur, 2) Netwerk en relaties en 3) Klaar zijn voor verandering. Aan geïnterviewden werd bij iedere indicator een corresponderende stelling voorgelegd en vervolgens gevraagd om hun antwoord toe te lichten. De antwoorden werden thematisch geanalyseerd en samengevat.

Ziekenhuizen veerkrachtig georganiseerd in een acute crisis

De gemiddelde score op de BRT-vragenlijst (schaalrange 1-5) is over het algemeen hoog ($M = 4.2$, $SD = 0.41$). Uit alle drie de thema's "Leiderschap" ($M = 4.3$, $SD = 0.21$), "Netwerken" ($M = 4.2$, $SD = 0.65$) en "Klaar zijn voor verandering" ($M=4.0$, $SD = 0.33$) bleek dat de ziekenhuizen hoog scoorden op de BRT-schaal, wat betekent dat volgens de bestuursleden de ziekenhuizen goed voorbereid waren op een acute crisis en hier veerkrachtig mee konden omgaan.

Verschillende crises vragen om verschillende benaderingen van veerkracht binnen organisaties

Organisatorische veerkracht in tijden van acute crises zoals een aardbeving of ramp is niet hetzelfde is als organisatorische veerkracht ten tijde van een langdurige crisis met reguliere 'uitbarstingen', zoals COVID-19. Het is bij het in kaart brengen van organisatorische veerkracht daarom belangrijk om te begrijpen met welk type crisis de organisatie geconfronteerd wordt of in welke fase van de crisis een organisatie zich bevindt.

Geleerde lessen gedurende de coronacrisis: veerkracht tijdens een acute crisis

De belangrijkste veerkracht capaciteiten tijdens een acute crisis zoals het zich voordeed in de eerste golf van de pandemie bleken: 1) Het loslaten van controle; 2) Improvisatievermogen van medewerkers te stimuleren door het vergroten van hun autonomie en verantwoordelijkheid, en gelijktijdig daarvoor een duidelijk kader schetsen; 3) Transparante communicatie over beslissingen en intenties. Dit zorgde ervoor dat zorgpersoneel zich gezien en serieus genomen voelde, waardoor vertrouwen, collectiviteit en samenhang ontstond.

Deze uitkomsten bevestigen bevindingen uit eerdere studies dat veerkracht van organisaties afhangt van de mate waarin de organisatie toegang heeft tot de benodigde middelen en materialen, waarvan goed getraind, gemotiveerd en goed ondersteund personeel de belangrijkste zijn. Ook is het implementeren van geleerde lessen tijdens een crisis afhankelijk van de beschikbare hulpbronnen binnen een organisatie.

Geleerde lessen gedurende de coronacrisis: veerkracht tijdens een langdurige crisis

De belangrijkste capaciteiten en belemmeringen om veerkracht tijdens een lang aanhoudende crisis te behouden, bleken:

1. Bewustzijn over wat belangrijk en urgent is. Omdat reguliere processen toch doorgang moesten vinden werd het crisisbedrijf waar mogelijk op een gegeven moment afgeschaald. Hierdoor werden organisaties soms gedwongen om twee bedrijven naast elkaar te voeren.
2. Monitoren en het begrijpen van de ervaringen van zorgpersoneel was belangrijk om vroegtijdig te signaleren wat wel en niet mogelijk was, bijvoorbeeld met betrekking tot bezetting van de IC.
3. Leren van wat goed ging en wat beter kon. Tussen de besmettingsgolven werd gereflecteerd op de werkprocessen, waardoor de op elkaar volgende golven steeds soepeler gereageerd kon worden.
4. Flexibiliteit en improvisatievermogen nam af naarmate de crisis langer duurde. Veerkrachtige capaciteiten maakten plaats voor angst, uitputting, individuele zorgen en verhoogd ziekteverzuim.

Geleerde lessen gedurende de coronacrisis: post-crisis transformatie

Uit het derde thema “Klaar zijn voor verandering” kwam naar voren dat nog niet alle ziekenhuizen bezig waren met de toekomst, omdat de crisis nog steeds gaande was ten tijde van het interview (zomer 2021). De geïnterviewden die wel bezig waren met een langetermijnvisie gaven aan dat een toekomstvisie stimulerend werkte voor het personeel, omdat het veelal uitgeputte personeel baat had bij een “lichtje aan de horizon”. Het grootste deel van de geïnterviewden vond het belangrijk om de crisisprotocollen en -plannen te testen binnen de organisatie, maar niet iedere organisatie had dit ook daadwerkelijk gedaan. Organisaties die crisissituaties hadden geoefend lieten weten dat door deze oefeningen medewerkers goed op elkaar ingespeeld waren. Naarmate de crisis vorderde hielden sommige ziekenhuizen de lange termijn doelen in het oog. Benadrukt werd dat iedere crisis zich anders manifesteert, waardoor echt anticiperen op een toekomstige gebeurtenis lastig blijft. Wel konden ziekenhuizen, naarmate de crisis voortduurde, steeds makkelijker anticiperen op de volgende besmettingsgolf.

2 Inleiding

Het is begin maart 2020 als het nieuwe coronavirus zich begint te verspreiden in Nederland. De IC's stromen vol met COVID-19-patiënten en de besmettingen lopen zo hoog op dat de ziekenhuizen de reguliere zorg moeten uitstellen. Een tekort aan beschermende middelen zoals mondkapjes, veiligheidsbrillen en beschermingspakken voor zorgpersoneel dreigt. In de avond van 17 maart 2020 applaudisseerden veel Nederlanders vanaf balkons, tuinen en stoepen voor de zorgmedewerkers en alle andere medewerkers met essentiële beroepen die het land draaiende houden. Bij de ziekenhuizen worden bloemen en pizza's voor IC-personeel bezorgd, als blijken van steun. Zes dagen later gaat Nederland in een "intelligente lockdown"; vanwege oplopende besmettingen worden contactberoepen verboden en sluiten scholen, kinderopvang, sportscholen en de horeca de deuren en blijven essentiële winkels open.

Rond het begin van de zomer worden er minder besmettingen gemeld. In de periode die volgt gaat Nederland langzaam weer open. In het najaar verslechtert de situatie en in maart 2021, een jaar nadat de eerste besmetting in Nederland ontdekt werd, dreigt de situatie in Nederlandse ziekenhuizen onhoudbaar te worden als gevolg van een derde golf coronabesmettingen. Er wordt gesproken van "code zwart". Nederland zit inmiddels in volledige lockdown; de straten zijn verlaten en er geldt een avondklok¹. De reguliere zorg staat deze keer niet geheel stil, waardoor de druk in sommige ziekenhuizen hoog oploopt.

De COVID-19 pandemie ontwikkelde zich tot een ongekennde, wereldwijde crisis die ook in Nederland de zorg langdurig raakt. Het virus kroop langzaam over de grens ons land binnen en het kostte maanden om het beleid op de nieuwe situatie aan te passen. In ziekenhuizen zijn de reacties op acute crises, zoals bijvoorbeeld een overstroming, vliegtuigramp of aardbeving, vastgelegd in protocollen. In geval van een crisis of ramp zal de organisatie zijn manier van werken aanpassen en in staat zijn om op een andere manier de organisatie te besturen. Dit is vaak mogelijk voor een beperkte duur, omdat na verloop van tijd ook weer de reguliere manier van werken aangenomen moet worden.

Twee jaar nadat de eerste besmetting in Nederland geïdentificeerd werd, komt het einde van de crisis in zicht. Omdat het virus niet meer weggaat, moeten manieren gevonden worden om er blijvend mee om te gaan. De pandemie bleek een grote uitdaging op het gebied van crisismanagement en de duur en omvang van deze crisis biedt de mogelijkheid inzichten te krijgen in de complexiteit van organisatorische veerkracht van Nederlandse ziekenhuizen.

De voorliggende interviewstudie had daarom tot doel de sterke en zwakke punten van de organisatorische veerkracht van een groep Nederlandse ziekenhuizen tijdens de COVID-19 crisis kwalitatief te exploreren. In de loop der jaren heeft onderzoek een theoretische basis gelegd om gemene delers onder veerkrachtige organisaties te identificeren. Op basis van dertien indicatoren die veerkrachtige organisaties delen is de Benchmark Resilience Tool (BRT) ontwikkeld (Whitman et al, 2013). De structuur van het interview werd ontleend aan de BRT (zie bijlage A). Concreet werd onderzocht hoe het staat met de organisatorische veerkracht binnen negen Nederlandse ziekenhuizen en wat er veranderd is in organisatieprocessen tijdens de COVID-19 crisis.

2.1. Leeswijzer onderzoeksrapport

Hoofdstuk 3 schetst het theoretische kader waarbinnen de analyse werd uitgevoerd. Hoofdstuk 4 beschrijft de onderzoeksmethode. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de BRT-vragenlijst en de toelichtingen van de geïnterviewden in een kwalitatieve beschrijving uiteengezet. Hoofdstuk 6 geeft een beschouwing op de resultaten van de interviewstudie en de methode die daarvoor gebruikt werd. Ook worden aanbevelingen gedaan voor praktijk en verder onderzoek.

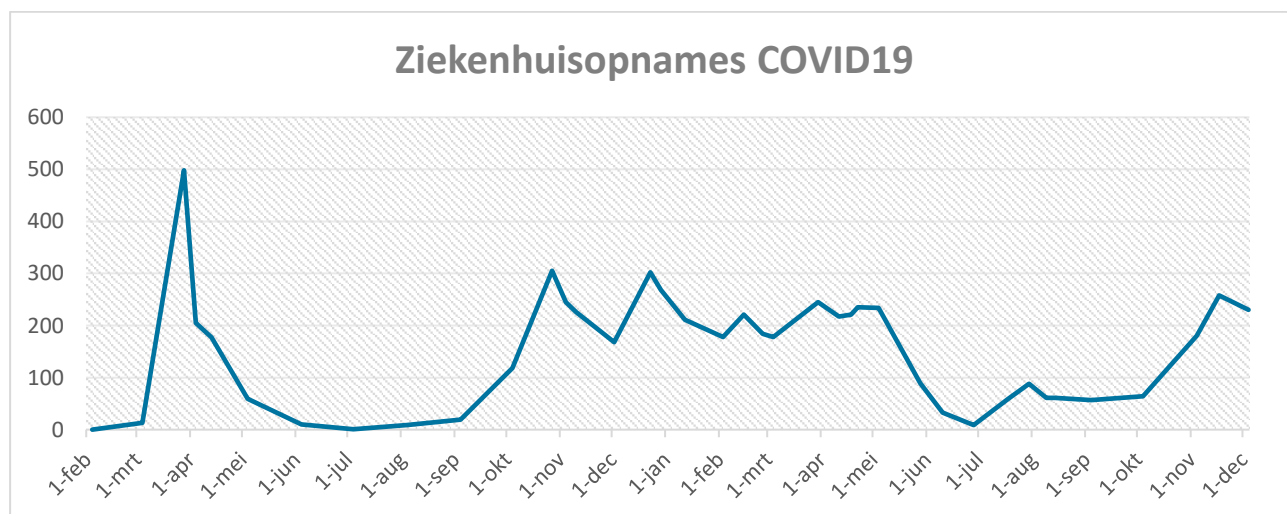
3 Literatuurbespreking

3.1. Wat is een crisis?

Bij onderzoek naar crises en rampen wordt onderscheid gemaakt tussen twee typen crises; de acute en de sluimerende, de zogenoemde *creeping crisis*. Verreweg de meeste onderzoeken zijn gedaan naar acute crises. Een acute crisis is een direct empirisch fenomeen dat de kernwaarden van de samenleving bedreigt en directe actie vereist (Boin, Ekengren & Rhinard, 2020:120). Voorbeelden hiervan zijn overstromingen, aardbevingen en een vliegtuigramp. Waar acute crises duidelijk te herkennen en te classificeren zijn als crisis, is dit bij een sluimerende crisis complexer; vaak begint de *creeping crisis* als een dreiging in een ver land of ongerelateerde sector, lang voordat een acute lokale gebeurtenis de crisissituatie kenbaar maakt. De *creeping crisis* sluimert op de achtergrond, heeft een onduidelijk begin en einde, een langdurig karakter en wordt gekenmerkt door reguliere “uitbarstingen” (Boin, Ekengren & Rhinard, 2020:120). Voorbeelden zijn aardbevingen door gaswinning in Groningen (Dückers, van Hoof, Jacobs, & Holsappel, 2017), bosbranden door klimaatverandering (Ekstrom, 2016) of ziekmakende bodemvervuiling (IJzermans & Duckers, 2017).

Bovengenoemde aspecten zijn ook terug te zien bij de COVID-19 crisis. Voordat COVID-19 in Nederland voor meer ziekenhuisopnames zorgde, had het zich in China en delen van Europa al ontwikkeld als een serieuze dreiging. Nadat China in volledige *lockdown* ging om het virus te bedwingen, werden er in Europa geen echte maatregelen genomen om te voorkomen dat het virus de Europese landen zou bereiken. Een reactie liet op zich wachten en ondanks dat we konden leren van onze buurlanden, werden er pas maatregelen genomen toen de ziekenhuizen al vol lagen met COVID-19 patiënten. Als zodanig werd de COVID-19 crisis pas geïdentificeerd als een crisis toen deze zich manifesteerde als een herkenbare situatie die een directe bedreiging vormde voor de Nederlandse samenleving (Boin, Ekengren & Rhinard, 2020:121). Het virus was vervolgens over een lange periode aanwezig, met plotselinge “golven” of “uitbarstingen” waarin de besmettingen en de ziekenhuisopnames piekten (zie figuur 1).

Figuur 1 De COVID-19 besmettingen van februari 2020 tot december 2021



3.2. Organisatorische veerkracht

Organisaties krijgen regelmatig met kleine en grote crises te maken. Een van de belangrijkste eigenschappen van veerkrachtige organisaties is de manier waarop de organisatie zich kan aanpassen aan wisselende en onverwachte omstandigheden. Dit kan op twee manieren; reactief en proactief (Hollnagel, 2015). In geval van een crisis of ramp zal de organisatie de manier van werken aanpassen en in staat zijn om voor een korte duur op een andere manier de organisatie te besturen. Voor veiligheid en duurzame overleving van een organisatie op de lange termijn zijn alleen reactieve aanpassingen vaak niet voldoende en zijn proactieve aanpassingen noodzakelijk (Hollnagel, 2015). Proactieve aanpassingen zijn gebaseerd op berekeningen en voorspellingen over wat er mogelijk kan en gaat gebeuren in de toekomst. Een veerkrachtig presterende organisatie beschikt daarom over de interne flexibiliteit en capaciteit om het functioneren aan te passen voor, tijdens of nadat er veranderingen en verstoringen optreden. Op deze manier kan de organisatie goed blijven functioneren tijdens verwachte en onverwachte omstandigheden (Hollnagel, 2010, 2011). Crises en rampen destabiliseren organisaties en hun werknemers vaak voor een langere tijd op persoonlijke, sociale en organisatorische aspecten (Kuntz, 2021). Aan de andere kant kunnen ingrijpende gebeurtenissen ook werken als katalysator voor verbeterde organisatorische veerkracht; leren van een crisis kan processen verbeteren en leiden tot het her-evalueren van organisatie-inrichting, het ontdekken van nieuwe mogelijkheden en doelen (Seville, 2016; Kuntz, 2020:). Veerkrachtige organisaties zijn daarom niet alleen ingericht om een crisis te overleven, maar leren hier ook actief van, kunnen risico's en zwakke plekken identificeren en investeren in het voorbereiden voor een toekomst waarin ongeplande dingen kunnen voorkomen.

Benchmark Resilience Tool

Voor deze interviewstudie is de leidraad voor het interview ontleend aan dertien indicatoren behorend bij de Benchmark Resilience Tool (BRT; zie bijlage A). De BRT-tool is ontwikkeld om de sterke en zwakke punten van een organisatie met betrekking tot veerkracht inzichtelijk en meetbaar te maken. De vragenlijst gaat uit van vijf centrale ingrediënten die nodig zijn voor een veerkrachtige organisatie: 1) leiderschap 2) betrokkenheid van werknemers 3) effectieve en betrouwbare partnerschappen en netwerken 4) bewustzijn van de situatie 5) innovatie en creativiteit (Whitman et al, 2013). Dertien indicatoren met bijhorende stellingen zijn onderverdeeld in drie thema's: 1) Leiderschap en cultuur, 2) Netwerk en relaties en 3) Klaar zijn voor verandering.

4 Methode

4.1. Participanten en procedure

Om een beeld te krijgen van de organisatorische veerkracht hebben wij 20 ziekenhuizen benaderd die ook meededen aan de vijfde Monitor Zorggerelateerde Schade (Schoten et al., 2022). Binnen deze groep zijn negen diepte-interviews afgenomen met bestuursleden van negen ziekenhuizen in de periode april – december 2021. Vanwege de coronamaatregelen hebben wij participanten gevraagd deel te nemen aan een digitaal interview via beeldbellen.

De deelnemers werden geïnformeerd over het onderzoek en er werd aangegeven dat de resultaten van het onderzoek zouden worden geanonimiseerd. Tijdens het interview werden zij aangemoedigd om eerlijke en kritische antwoorden te geven. De interviews duurden tussen de 45 en 60 minuten. Met toestemming van de deelnemers werden de interviews opgenomen op video en getranscribeerd. Om te voorkomen dat de gegevens door de onderzoeker verkeerd zouden worden geïnterpreteerd, hebben deelnemers de uitwerking van het interview toegestuurd gekregen, waarop zij binnen twee weken konden reageren.

De leeftijd van de geïnterviewden lag tussen de 54-65 jaar (M=58). Daarvan waren er vier vrouw en vijf man. De bestuurlijke functies waren voorzitter raad van bestuur (n=6), lid raad van bestuur (n=1), voorzitter raadscommissie (n=1) en voorzitter crisisbeleidsteam (n=1). De geïnterviewden zijn werkzaam in het bestuurssector tussen de 15 en 40 jaar (M= 27). En zijn werkzaam bij de huidige organisatie tussen de 5 maanden en de 32 jaar (M=8 jaar). Van de ziekenhuizen die deelnamen aan dit onderzoek waren er twee academisch, vier topklinisch en drie algemeen.

4.2. Interviewleidraad en vertaling

Dit onderzoek is uitgevoerd door middel van het afnemen van semigestructureerde interviews. Tijdens de interviews hebben wij de participanten de dertien vooropgestelde stellingen behorende bij de BRT voorgelegd, waarin iedere stelling 1 indicator representeert (zie Bijlage A). Per BRT - stelling hebben de deelnemers eerst mondeling een beoordeling op een schaal van 1 tot 5 (helemaal mee eens, mee eens, niet mee eens/niet mee oneens, oneens, helemaal mee oneens) gegeven. Vervolgens hebben zij via deze stelling gereflecteerd op hun ervaringen tijdens de COVID-19 pandemie in hun eigen ziekenhuis. Ook is hen gevraagd te kijken naar de toekomst van hun organisatie post-COVID-19. De reflecties werden kwalitatief geanalyseerd en samengevat. Hiervoor werd het programma MaxQDA gebruikt. In de bijlage C en D staan de stappen van analyse (C) en de codeboom (D).

Voor de vertaling van de dertien BRT-indicatoren en corresponderende stellingen hebben wij gebruik gemaakt van de “forward-backwards” methode. Deze methode begint met een versie van de BRT-vragenlijst waarin deze oorspronkelijk is ontwikkeld (Engels). Vervolgens is de vragenlijst naar het Nederlands vertaald door Nivel-onderzoekers. Deze vertaalde vragenlijst werd vervolgens door een onafhankelijke *native speaker* van de Engelse taal, weer terugvertaald. Vervolgens werd de

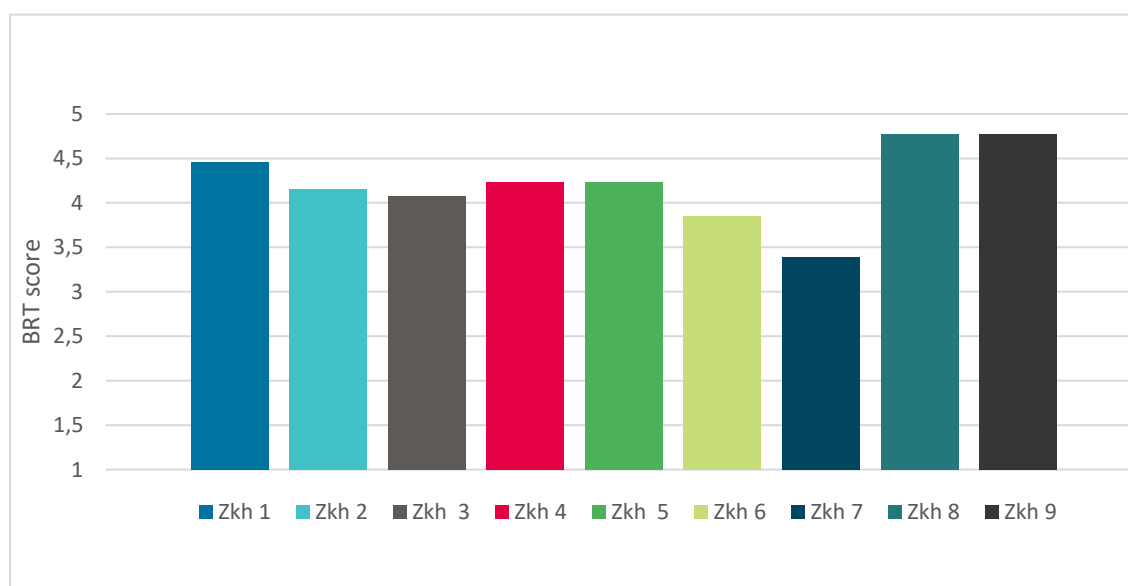
Engelstalige vragenlijst weer terugvertaald naar het Nederlands door Nivel-onderzoekers. Deze versie is uiteindelijk gebruikt als leidraad voor het interview.

5 Resultaten

5.1. Uitkomsten Brief Resilience Tool (BRT)

De gemiddelde score op de BRT-vragenlijst (schaalrange 1-5) is over het algemeen hoog ($M = 4.2$, $SD = 0.41$). Uit alle drie de thema's "Leiderschap" ($M = 4.3$, $SD = 0.21$), "Netwerken" ($M = 4.2$, $SD = 0.65$) en "Klaar zijn voor verandering" ($M = 4.0$, $SD = 0.33$) bleek dat de ziekenhuizen hoog scoorden op de BRT, wat betekent dat de bestuursleden over het algemeen hun ziekenhuis als veerkrachtig beoordeelden.

Figuur 2 De gemiddelde score op de BRT-vragenlijst per ziekenhuisbestuurder (Zkh)



5.2. Samenvatting van de interviews

Hieronder volgt de samenvatting van de antwoorden die tijdens de interviews zijn gegeven door de deelnemers per thema en veerkracht indicator. Waar dit toepasbaar was, is de samenvatting aangevuld met praktijkvoorbeelden. Bij de beschrijving van de resultaten is soms onderscheid gemaakt tussen de acute crisissituatie en situaties die ontstonden door het langdurige karakter van de pandemie.

5.2.1. Thema: Leiderschap en cultuur

Indicator 1: Leiderschap

Stelling 1: Managers in onze organisatie geven het goede voorbeeld.

Geïnterviewden waren het eens ($n=6$) en helemaal eens ($n=3$) met bovenstaande stelling. Uit de interviews kwam naar voren dat alle organisaties aan het begin van de COVID-19 crisis een Crisis (Beleids) Team (CBT) hadden opgezet onder voorzitterschap van een lid van de raad van bestuur.

Hierdoor werd leiderschap herkenbaar en geïnterviewden benadrukten het belang van duidelijkheid en transparantie met betrekking tot wie nodige beslissingen nam en wie daar verantwoordelijk voor was. Dit zorgde ervoor dat niet iedereen zich bezig hoefde te houden met COVID-19 en verder kon gaan met de reguliere werkzaamheden. Omdat het duidelijk was waar het gezag lag in deze specifieke situatie, werden genomen beslissingen daarom door werknemers vaak direct geaccepteerd. Om overbelasting te voorkomen en omdat mensen niet voor een langere periode van hun werk gehouden konden worden, werden taken soms herverdeeld. Verder kwam er bij de meeste interviews ook naar voren dat naast een CBT ook een operationeel team opgezet was (OT). Dit team droeg verantwoordelijkheid voor de praktische uitvoering en implementatie van besluiten.

Transparantie en vertrouwen

Over het algemeen werd het leiderschap vanuit de divisie managers, het bestuur en teamleiders door de geïnterviewden erg goed beoordeeld. Er werd gesproken over consistentie van beleid, het bewaren van rust in stressvolle tijden, het ondersteunen van medewerkers en het correct prioriteren van wat belangrijk en urgent is. Ook organisatie breed verantwoordelijkheid en/of besluiten nemen was belangrijk, zodat niet alleen bepaalde afdelingen problemen moesten oplossen met betrekking tot de pandemie, maar dat de organisatie daar als geheel verantwoordelijk voor was.

Het uitvoeren van interventies die voortvloeien uit besluiten op het moment dat deze ook echt nodig waren, leidde ertoe dat werknemers het vertrouwen hadden dat er op hen en op de situatie werd gelet en dat ze op hun leidinggevendenden konden terugvallen. Een geïnterviewde gaf aan dat de structuur van het crisisbeleidsteam en het operationeel beleidsteam ook in grote mate bijgedragen heeft aan het transparanter maken van de lijnen en verantwoordelijkheden binnen de organisatie en daarmee het vergroten van vertrouwen onder het zorgpersoneel.

De langdurige crisis

Tijdens de eerste besmettingsgolf waarin er sprake was van een acute crisis, was alle focus op COVID-19 gericht. Tijdens de tweede besmettingsgolf en de periode daarna werd besloten om voor zover mogelijk de reguliere zorg ook door te laten gaan. Hierdoor werd het organiseren en leiden van de organisatie ingewikkelder. Er werd door geïnterviewden gesproken over een tweedeling in de organisatie, voornamelijk tijdens de tweede golf en de periode daarna. Met tweedeling werd bedoeld het voeren van twee bedrijven naast elkaar: een crisisbedrijf met bijhorend leiderschap in de vorm van een CBT en OT en daarnaast ook het voeren van een regulier bedrijf, zodat andere processen binnen de organisatie ook doorgang konden vinden.

Leiderschap tijdens de langdurige crisis

“Op een gegeven moment duurt het enorm lang. Dat doet wat met mensen en de organisatie en je hebt daarop te organiseren. We hebben ook bewust heel erg vroeg dat crisisbeleid gestopt, ik denk half mei al. En dat hebben we over laten gaan in een taakgroep. Met het idee van: het is weer normaal en er zijn ook weer andere dingen. Je kunt niet maand in maand uit dat ziekenhuis in zo’n crisisregime laten functioneren. Het CBT is gericht op werk waarbij de samenstelling en dynamiek een crisis is. Bijvoorbeeld een vrachtwagen met gif of met onbekende chemicaliën die kantelt op een kruispunt op het moment dat allerlei ouders hun kleintje van de kleuterschool halen. Dus dan piekt de crisis en reageer je daarop, en daarna bouw je weer af. Dus alles wat je doet leidt tot een verkleining van die crisis; het maakt het overzichtelijker, lost het op, et cetera. Wat we met COVID natuurlijk gezien

hebben is dat vanaf één maart de crisis groter, groter en groter wordt en heel lang op een heel hoog niveau bleef zitten. En wat wij ook wel gemerkt hebben is dat zo'n CBT een werkwijze heeft die daar helemaal niet voor geschikt is. Dus dat houdt een keer op, dat begint te wringen, dat werkt niet meer. En vandaar dat wij dus ook heel snel naar een andere manier van werken zijn overgegaan. Dat was heel bewust."

Indicator 2: Betrokkenheid van het personeel

Stelling 2: Mensen in onze organisatie nemen de verantwoordelijkheid over een probleem tot dat het is opgelost.

Geïnterviewden waren het met deze stelling eens (n=6) of helemaal eens (n=2). Geïnterviewden brachten naar voren dat personeel vaak problemen zelf signaleerde en oppakte tijdens de crisis, en ook oplossingen hiervoor bedachten zonder dat daar aansturing nodig was vanuit het bestuur. Dit ging min of meer "*vanzelf*". Een geïnterviewde gaf hierbij de toelichting dat er soms een duwtje in de rug nodig was vanuit het bestuur in de vorm van een aanmoediging.

Een organisatie was het eens noch oneens met deze stelling en vormt daarmee een uitzondering. De toelichting daarbij was dat het probleem van de COVID-19 pandemie nog niet opgelost was, en de geïnterviewde gaf aan dat de organisatie nog erg bezig was met het oplossen van problemen behorende bij de pandemie en dat daarom de vraag "neutraal" beantwoord moest worden.

Nieuw leiderschap

Voornamelijk in de beginperiode van de crisis, toen er nog veel onzekerheid was omtrent het coronavirus, zagen organisaties naast goed leiderschap vanuit management ook nieuw leiderschap ontstaan binnen verschillende lagen van de organisatie. Uit de interviews kwam naar voren dat tijdens de crisis meer autonomie aan zorgmedewerkers werd gegeven. Ook werd er zelfstandig en uit eigen initiatief verantwoordelijkheid genomen. Mensen die zich normaal niet zo presenteerden, hebben leiderschap getoond en de afdeling "*op sleeptouw*" genomen. Geïnterviewden gaven aan dat het verantwoordelijkheidsgevoel van de zorgmedewerkers groter was dan in niet-crisistijd en dat medewerkers moesten omgaan met onverwachte situaties; op verpleegafdelingen die COVID-19 afdelingen werden, namen verpleegkundigen het voortouw en zelfstandig besluiten omtrent het veilig inrichten van de afdeling en bij de receptie moesten medewerkers snel een oplossing vinden voor agressie van bezoekers vanwege een bezoekverbod tijdens de eerste besmettingsgolf.

Betrekken van personeel bij de crisissituatie

"Wat we geleerd hebben in deze crisis, is dat eigenlijk permanente communicatie vanuit het CBT-OT naar alle medewerkers in de organisatie... of ze nu bij de crisis betrokken zijn, of niet. Dit is van doorslaggevend belang om mensen te motiveren voor de job waarvoor ze zitten. Ook als ze er niets mee te maken hebben, hebben ook die mensen een thuisfront waarin gevraagd wordt: hoe is het in het ziekenhuis? Hoe gaat het met COVID-19? Ook als je niet op een COVID-19-afdeling werkt, wil je eigenlijk thuis vertellen hoe het gaat. En wil je je in die zin betrokken voelen bij die COVID-19-zorg, ook als je daar geen directe verantwoordelijkheid in hebt."

Indicator 3: Sitatiebewustzijn

Stelling 3: Managers luisteren actief naar problemen

Geïnterviewden waren het met bovenstaande stelling eens (n=7) of helemaal eens (n=2). Bij meerdere organisaties werd er verwezen naar een al bestaande organisatiestructuur waarin de managers en teamleiders gewend waren om signalen bespreekbaar te maken, te luisteren en probleemoplossend te werk te gaan, bijvoorbeeld door te werken met een dag- en weekstart. Ook kwam naar voren dat er gebruik gemaakt werd van SAFETY II-benadering door niet alleen te leren en te signaleren wat niet goed gaat, maar ook wat wel goed gaat. Deze structuren zijn overeind gebleven in crisistijd, wat hielp om reactie op COVID-19 soepeler te maken. Daarin was het ook belangrijk om te blijven reflecteren en te leren van signalen die gegeven werden vanuit verschillende lagen van de organisatie en deze probleemoplossend te benaderen.

Een geïnterviewde keek terug op de afgelopen crisistijd en verklaarde dat haar medewerkers niet in een “volledige handelsdwaasheid” waren vervallen, waarin er niet meer gereflecteerd werd. Het beleid en de medewerkers hebben steeds goed in de gaten gehouden waar zij mee bezig waren, of het veilig was en of het goed ging. Processen en zorgverlening kon daardoor veelal ook op hetzelfde niveau blijven als voor de pandemie. Zo gaf een geïnterviewde aan dat bijvoorbeeld de Veilig Incident Melding (VIM) ook doorging in crisistijd. Daarmee bleef de acceptatiegrens van zorg hetzelfde. Er werd binnen de organisaties ook continue gereflecteerd op wat wel en niet goed ging, en nagedacht over eventuele aanpassingen om processen te verbeteren. Een voorbeeld hiervan werd gegeven door een geïnterviewde met betrekking tot het opleiden van ‘buddy’s op de IC, om het IC-personeel te ondersteunen. Eerst werden deze buddy’s “klakkeloos” ingezet, en na evaluatie kregen zij specifieke taken toebedeeld omdat bleek dat zij op sommige terreinen toch geen meerwaarde hadden.

Luisteren naar IC-personeel

“Ik herinner me een periode waarin er wel, nou... genoeg personeel wil ik niet zeggen, maar ook niet te weinig om die corona zorg ook aan te kunnen. Het was een situatie waar dan de emoties toch echt iets anders zeggen dan hoe het op papier staat. Daar hebben we heel uitgebreid over gesproken met het personeel van de IC, om te luisteren naar waarom denk je dat het kan met die mensen en aantallen, waarom, waar zit dat dan. Dat heeft geleid tot de inzet van verpleegkundige uit huis naar de IC toe. Dus een sterk verhoogde inzet van personeel op de IC.”

Het operationeel team

Een belangrijk verschil tussen de crisistijd en de reguliere bedrijfsvoering met betrekking tot het signaleren en oppakken van waarschuwingssignalen was dat tijdens de pandemie een acute oplossing en actie vaak vereist was. Een geïnterviewde reflecteerde op de beperking van een top-down model van besluitvorming, en benadrukte dat juist het operationeel beleidsteam “de oren en de ogen van de organisatie” zeer belangrijk waren. Zij signaleerden veelal problemen en droegen dan ook praktijkoplossingen aan bij het crisisbeleidsteam.

Indicator 4: Besluitvorming

Stelling 4: Onze organisatie kan snel moeilijke beslissingen nemen

Geïnterviewden waren het geheel eens (n=7) of eens (n=2) met deze stelling. Voornamelijk in de eerste fase van de crisis was er sprake van frequente besluitvorming, en kwam dagelijks het Crisis Beleids Team samen. Er deden zich in deze periode veel situaties voor die om een acuut besluit vroegen.

Er bestond een nauwe samenwerking tussen het Crisis Beleid Team en het Operationeel Team, waarin ook een duidelijke taakverdeling was. Zo maakte over het algemeen het CBT geen operationele besluiten, omdat deze verantwoordelijkheid lag bij het OT. Juist om dat een besluit snel concreet gemaakt werd was ook snelle terugkoppeling belangrijk. Dit was ook belangrijk voor evaluatie en monitoring over gemaakte besluiten zodat hiervan geleerd kon worden. Als er afgeweken moest worden van oorspronkelijke besluiten, of er aanpassingen nodig waren, kregen besluitvormende organen direct feedback over welke besluiten wel of niet werden aangepast, en waarom.

Een (1) geïnterviewde was het eens noch oneens met deze stelling. Waarbij toelichting werd gegeven dat de focus niet teveel moet verschuiven naar COVID-19. De geïnterviewde verklaarde dat er een gevaar ontstaat als iedereen zich met de crisis gaat bezighouden, omdat werknemers dan dingen gaan doen die ze niet als rol en verantwoordelijkheid hebben.

Versnelde besluitvorming

“Waar normaal een hele vergadertoestand aan vooraf ging, kon nu in twee dagen besproken worden. Zowel tussen de interne als externe partners. Wat intern betreft kan ik een voorbeeld geven over het huisvesten van interne geneeskunde en longgeneeskunde op de afdeling met de meeste isolatiekamers. Daar wordt al jaren over gesproken en nu zitten ze er en ze gaan ook niet meer weg. Of bijvoorbeeld het inrichten van het centraal loket met één telefoon en de regio met het aanmelden van bepaalde zorg. Daar zaten echt een paar blokkades in. En die blokkades zijn niet weggenomen, dat had ook nog gekund, maar daar zijn we overheen gestapt met elkaar. Daar hadden we op dat moment niks mee te maken. Het was van... dit moeten we gewoon doen en kijken we wel hoe we eruit komen.”

Multidisciplinaire besluitvorming.

De inbreng van personeel werd tijdens crisis op waarde geschat omdat zij vanuit hun expertise de meeste kennis hadden. Hoewel het definitieve besluit bij de voorzitter van het crisisteam plaatsvond, was dit besluit veelal genomen met kennis en inbreng van alle belanghebbenden. Er werd daarmee een grotere autonomie gegeven aan zorgpersoneel wat ervoor zorgde dat zij ook zelf opstonden en initiatief namen om probleemoplossend aan de slag te gaan op het niveau van hun professie/expertise. Voor besluitvorming zaten meerdere belanghebbenden aan tafel, bijvoorbeeld de verpleegkundigen, de medische staf, de facilitaire organisatie, ICT, het management en P&O. De samenstelling daarvan wisselde en was afhankelijk van de besluiten die genomen moesten worden. Ook werd er gereflecteerd op de manier waarop besluitvorming in de eerste golf tot stand was gekomen en of hier aanpassingen nodig waren. Een geïnterviewde vertelde dat er na de eerste golf een evaluatie in haar organisatie had plaatsgevonden. Hieruit kwam dat er te weinig aandacht was gegeven aan de positionering van de verpleegkundigen. Op basis van deze bevindingen hebben zij dit actief veranderd tijdens de tweede golf besmettingen, en de verpleegkundigen een grotere rol

gegeven. Ze stelde dat dit hen tot de dag in staat stelt veel beter belangrijke signalen op te pikken van de verpleegkundigen.

Daarbij werd het bestuur met regelmaat geïnformeerd over de psychische omstandigheden van medewerkers, en waar dit nodig was werden mensen uitgenodigd aan de crisisbeleidstafel, om te komen praten over hun ervaringen en bevindingen. Op deze manier werd de situatie binnen het ziekenhuis gemonitord, en zo nodig besluitvorming daarop aangepast.

Indicator 5: Innovatie en creativiteit

Stelling 5: Medewerkers worden beloond voor 'out of the box' denken

Geïnterviewden waren het eens (n=7) en geheel eens (n=2) met deze stelling. Tijdens de coronapandemie is er door het bestuur veel vrijheid gegeven aan het personeel voor innovatie en creativiteit. De medewerkers aanmoedigen om creativiteit te laten stromen gebeurde door middel van het stellen van open vragen en het stimuleren van creatief denken. Als er innovatieve oplossingen en interventies aangedragen of uitgevoerd werden door medewerkers, werd er actief waardering uitgesproken door leidinggevenden en collega's.

Voornamelijk tijdens de eerste golf besmettingen deden zich situaties voor waarvoor direct actie vereist was. Dit uitte zich vaak in creatieve oplossingen. Afdelingen werden "COVID-19-proof" gemaakt door het ophangen van perplex-schermen. Een organisatie had een systeem bedacht van doorgeefluikjes op afdelingen die niet geschikt waren voor COVID-19, met daarachter een functionaris die dingen aanpakte en weer doorgaf. Er werden creatieve oplossingen gevonden voor het tekort aan beschermingsmiddelen. Zo had een organisatie bijvoorbeeld duikbrillen gekocht bij een sportwinkel; een idee geopperd vanuit de internisten en ondersteund door het beleid. Uit meerdere interviews kwam naar voren dat vormen van innovatie en oplossingsgerichtheid in de vorm van creativiteit ook veelal buiten het bestuur om plaatsvonden en op het operationele niveau werden bedacht en geïmplementeerd. Anderzijds kwam naar voren dat de creativiteit ook geremd werd en er een duidelijk kader gegeven werd vanuit bestuur en management. Het was belangrijk om de controle te blijven houden op alle vindingrijkheid en in lijn te blijven met de afstemmingen binnen de regio of landelijke richtlijnen.

Zorg en onderwijs op afstand

Voor de pandemie werd zorg op afstand nauwelijks toegepast. De COVID-19 crisis heeft dit proces gedwongen enorm versneld en zijn er creatieve oplossingen bedacht om digitale middelen in te zetten zodat processen toch doorgang konden vinden. Omdat, vooral in de eerste besmettingsgolf, patiënten nauwelijks meer in het ziekenhuis konden komen voor de reguliere zorg moesten er veel consulten op afstand gehouden worden. Zorg kon op afstand in sommige gevallen blijven plaatsvinden, bijvoorbeeld door middel van beeldbellen of het gebruik van eHealth-apps. Ook werd het ingezet voor onderwijs. Door meerdere geïnterviewden werd aangegeven dat de transitie naar digitale zorg in de COVID-19 crisis een vlucht had genomen, en dat dit naar alle waarschijnlijkheid ook een permanente verandering is.

5.2.2. Thema: Netwerken

Indicator 6: Effectieve partnerschappen.

Stelling 6: We bouwen relaties op met organisaties waarmee we in een crisis eventueel moeten samenwerken.

Geïnterviewden waren het met deze stelling eens (n=2) of helemaal eens (n=7). Tijdens interviews kwam naar voren dat organisaties tijdens de crisis voornamelijk bestaande netwerken geïntensiveerd

hebben. Het op orde hebben van goede netwerken en partnerschappen voor de crisis heeft ertoe geleid dat men elkaar beter kon vinden. Geïnterviewden vonden de versterkte samenwerking prettig, en hoopten dat de geïntensiveerde relaties ook na de COVID-19 crisis in stand zouden blijven.

Landelijk Netwerk Acute Zorg

Opvallend was dat een geïnterviewde benadrukte dat er in mindere mate gebruik werd gemaakt van de formele lijn via de veiligheidsregio (GGD) maar er voornamelijk was samengewerkt met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), waaronder samenwerkende Regionale Organen Acute Zorg (ROAZ). De belangrijke rol van de LNAZ tijdens de crisis kwam bij meerdere ziekenhuizen naar voren. Sommige geïnterviewden vertelden dat aan dit bestaande netwerk een aantal nieuwe partners waren toegevoegd in het kader van de crisis, bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg en zorgbehandelcentra.

In reguliere tijden vinden overleggen tussen het ziekenhuis en de LNAZ drie keer per jaar plaats. In crisis hoogtepunten hebben betrokken partners dagelijks overlegd. Later is dit afgeschaald naar 1 keer per week en vervolgens naar 1 keer per twee weken. Een geïnterviewde beschreef dit als een bestaand overleg dat werd *“opgetuned”* om netwerken te bouwen en gezamenlijk de crisis aan te pakken.

Ziekenhuizen

Tussen regionale ziekenhuizen werd overlegd over het beddenniveau, de IC-bezetting, instroom vanuit huisartsen en naar VVT-instellingen. Ook werd er informatie uitgewisseld met betrekking tot beschikbaarheid van beschermende middelen en werden samen oplossingen gezocht voor tekorten hieraan. Ziekenhuizen hebben de coördinatie met betrekking tot beschermingsmiddelen ook voor andere zorginstellingen opgepakt.

Huisartsen

Een geïnterviewde gaf aan dat er al voor de crisis een goede relatie bestond met de huisartsen. Het werd benadrukt dat deze relatie zeer belangrijk is geweest tijdens de crisis, vanwege het beperkte aantal bedden. Er werd samengewerkt met huisartsen om zoveel mogelijk de ziekenhuisbezetting te ontlasten. Er is samen afgestemd welke patiënten wel en welke beter niet naar het ziekenhuis doorverwezen konden worden, wie beter thuis behandeld kon worden, of juist naar de VVT doorverwezen kon worden. Er werd ook een voorbeeld gegeven van een samenwerking met huisartsen die in de eerste piek een centrale triagetent hebben neergezet waar patiënten uit de regio centraal getrieerd werden. Een geïnterviewde gaf daarbij aan dat dit veel druk had weggehaald voor het ziekenhuis.

Huisartsen

“En aan het eind van de crisis, toen we natuurlijk veel meer wisten van corona, hebben we ook samen met de huisartsen en de longartsen geregeld dat mensen veel sneller weer naar huis konden met een bepaald zuurstofpompje, waardoor we het ziekenhuis weer ontlasten, maar ook hebben voorkomen dat mensen, vooral ouderen, naar het ziekenhuis moesten. Die huisartsen moesten dat bewaken en dat hebben we heel erg intensief samen met hen gedaan.”

Samenwerking en besluitvorming

Relaties die niet zo warm waren werden meer aangehaald tijdens de crisis, bijvoorbeeld met partners die voor de crisis minder in beeld waren. Er werd gesproken over soepeler en flexibeler contact en betere onderlinge afstemming met partners waar dit voorheen minder goed mogelijk was. Een geïnterviewde gaf aan dat samenwerking nu beter mogelijk was, omdat de problemen waarin anderen zaten herkenbaar waren en iedereen “*hetzelfde probleem*” had. Ook werd er gesproken over toegenomen “*sociale controle*” op het naleven van afspraken, wat wil zeggen dat de mogelijkheid om ‘ja’ te zeggen en ‘nee’ te doen minder werd.

Er bestond een grote bereidheid elkaar te helpen. Tijdens een van de interviews werd er gereflecteerd op het overplaatsen van patiënten naar andere ziekenhuizen of instellingen. Ziekenhuizen hebben aan elkaar materialen geleverd om beter door de crisis heen te komen, bijvoorbeeld persoonlijke beschermingsmiddelen of zuurstofpompjes (Optiflow). De samenwerking werd geëvalueerd na de eerste besmettingsgolf. Er is gekeken naar wat er eventueel anders zou moeten, mocht er weer een besmettingspiek komen. Een geïnterviewde benadrukte dat dit ervoor gezorgd heeft dat, toen de tweede besmettingsgolf eraan kwam, de organisatie alle netwerken weer soepel en snel op kon zetten.

Nieuwe processen voor de toekomst

Er werden tijdens de crisis nieuwe processen opgezet en ingericht, waarvan sommige ook na de crisis behouden zullen worden. Een voorbeeld hiervan is een nieuw informatiesysteem om informatie-uitwisseling over de patiënt tussen huisarts en specialist te bevorderen. Ook de mogelijkheid voor het thuis behandelen van andere groepen patiënten (naast COVID-19-patiënten) werd door organisaties bekeken. In samenwerking met huisartsen, zoals dit ook tijdens de COVID-19 crisis plaatsvond, kan de zorg in de toekomst eventueel anders georganiseerd worden om patiënten buiten het ziekenhuis te houden.

Indicator 7: Benutten van kennis

Stelling 7: Medewerkers hebben de informatie en kennis die ze nodig hebben om op onverwachte problemen te reageren.

Geïnterviewden waren het eens (n=6) of helemaal eens (n=3) met deze stelling. In de eerste besmettingsgolf was er veel nog onduidelijk over de besmettelijkheid van het virus en welke maatregelen wel en niet genomen moesten worden met betrekking tot de beschermingsmiddelen. Geïnterviewden gaven verder aan dat de informatievoorziening over het algemeen goed was. Zo vertelde een geïnterviewde, dat de dokters die ook in het crisisbeleidsteam zaten regelmatig vanuit de Federatie Medisch Specialisten betrokken werden bij webinars en bijpraatsessies. Op deze manier hadden zij toegang tot de laatste informatie, en daarmee ook kennis van alle richtlijnen. Veel informatie was op deze manier ook snel beschikbaar binnen de organisatie.

Aan de andere kant kwam uit twee interviews ook naar voren dat er sprake was van informatiesaturatie of een “informatie overload”. Een geïnterviewde merkte op dat zij niet zeker wist of alle medewerkers altijd alle informatie goed hebben meegekregen omdat het “teveel” was. Ook werd informatie snel openbaar gemaakt door bijvoorbeeld het RIVM, en waren mensen op de hoogte van nieuwe regels of protocollen voordat het ziekenhuis intern het besluit kon nemen om het beleid hierop aan te passen.

Digitale middelen en communicatie

Vanwege de enorme toestroom van informatie met betrekking tot het coronavirus en de maatregelen daaromtrent hebben ziekenhuizen ervoor gekozen om informatie digitaal aan het

zorgpersoneel te communiceren. Er werd bijvoorbeeld een video opgenomen waarin besluiten en nieuwe protocollen uitgelegd werden. Het gebruik van de video's werd door personeel zeer goed ontvangen. Daarom gaven meerdere geïnterviewden aan dat communicatie via video wellicht iets is wat in de toekomst, zij het veel minder intensief als de crisisperiode voorbij is, ook behouden zal worden voor het delen van belangrijke informatie.

Ook het bestaande intranet is intensief gebruikt voor het verspreiden van informatie. Bijvoorbeeld voor het verwijzen naar protocollen met linkjes, om dingen te publiceren en om *casenews*, blogs van crisisbeleid vanuit de raad van bestuur aan het personeel over te brengen. Een geïnterviewde vertelde dat er tijdens de crisis iedere dag een corona-update verscheen op het intranet, bedoeld voor al het personeel. Hierin stond de laatste informatie met betrekking tot bijvoorbeeld vaccinatie, welke soorten beschermingsmiddelen voor wie nodig was en informatie voor patiënten. Toen het weer wat rustiger werd, hebben ziekenhuizen dit afgeschaald naar twee keer per week en vervolgens naar een keer per week. Na de derde golf gaven zij alleen nog een update als er belangrijke veranderingen waren.

Het terugkoppelen van informatie en antwoorden op vragen door middel van digitale communicatie werd door werknemers als zeer positief ervaren. Een geïnterviewde gaf aan dat het in reguliere tijden weer moeilijker werd deze korte lijnen te behouden omdat bureaucratie de overhand nam. Tijdens de acute fase van de crisis in de eerste golf en tijdens de "oplevingen" van de pandemie kon deze structuur goed overeind gehouden worden, omdat *"alles om Covid draaide en de rest er niet meer toe deed"*.

Digitale communicatie

"Wij namen na ieder crisisteam"-overleg een video op en vertelden als raad van bestuur hoe de situatie in huis was, wat de besluiten waren vanuit het crisisteam en waarom we dat gedaan hadden. Dat leidde tot een hele grote betrokkenheid ook van medewerkers. En medewerkers wisten daardoor op welke plekken ze terecht konden met vragen. Op deze manier merkten zij ook dat er vaak snel op vragen werd gereageerd doordat zij bijvoorbeeld aan het begin van de week een vraag stelden en er halverwege de week of eind van de week vaak in die video ook wel op die vragen teruggegrepen werd die zij hadden gesteld. We hebben vaak terug gehad van medewerkers dat zij dit fijn vonden. Zij gaven iets aan, en via die crisisorganisatie werd daar dan heel snel een besluit op genomen en werd dat snel teruggekoppeld. Al dan niet positief, maar dat maakte dan op zich ook niet uit. Want mensen merkten wel dus dat er wat met hun signaal of vraag gedaan werd."

Anticiperen op onverwachte veranderingen

Anticiperend op veranderingen of onverwachte uitval in verband met ziekte werden er vanuit het bestuur "back up personen" aangewezen zodat belangrijke kennis met betrekking tot het managen van de crisis altijd voldoende binnen de organisatie verdeeld was. Zo gaf een geïnterviewde aan dat de vervanger van de voorzitter van het crisisbeleidsteam altijd bij de crisis-bijeenkomsten aanwezig moest zijn en daarom ook kennis had van de inhoud. Mocht de voorzitter onverwacht uitvallen, dan was hij of zij direct in staat om de functie over te nemen zonder zich eerst nog informatie eigen te hoeven maken. Ook hadden alle medewerkers toegang tot de protocollen en vastgelegde plannen met betrekking tot de crisisorganisaties en de scenario's daaromtrent.

Trainingen

Er werd door twee geïnterviewden aangegeven dat er vóór COVID-19 al veel geoefend was op mogelijke crisissituaties. Er werden bijvoorbeeld middagen georganiseerd waarin crisisbeleidsteam en operationeel beleidsteam oefenden wat er moest gebeuren, mocht een crisis zich voordoen. Het uitvoerend personeel werd daar ook bij betrokken; zij moesten uitvoeren hoe een crisisrespons in de praktijk zou gaan. Hierdoor hadden veel medewerkers al kennis over hoe te handelen binnen een crisissituatie.

Daarnaast vertelde een geïnterviewde dat in de organisatie tijdens de crisis het kennisniveau ook snel naar boven was gehaald, door medewerkers te voorzien van informatie, digitale cursussen, en eventueel extra vaardigheidstrainingen. Zoals bij de indicator 'situatie bewustzijn' genoemd, zijn er in korte tijd versneld buddy's opgeleid die het IC-personeel konden ondersteunen in hun taken, omdat corona-patiënten een veel zwaardere IC-bezetting hebben dan reguliere IC-patiënten. Dit was nodig zodat IC-personeel ontlast werd in hun taken en er frequenter afwisseling van de wacht kon plaatsvinden.

Indicator 8: Silo's doorbreken

Stelling 8: Er is een gevoel van teamwork en kameraadschap in onze organisatie.

Alle geïnterviewden waren het zeer eens (n=6) of eens (n=2) met bovenstaande stelling (zie figuur 11). Door meerdere geïnterviewden werd daarbij toegelicht dat hun antwoord voornamelijk gebaseerd was op de ervaringen tijdens de eerste besmettingsgolf aan het begin van 2020. Zoals ook al uiteengezet in de introductie is de COVID-19 pandemie een bijzondere crisis, omdat deze zeer langdurig is en gekenmerkt wordt door reguliere 'uitbarstingen' of 'golven' van besmettingen. Het kwam zeer duidelijk uit de interviews naar voren dat het gevoel van teamwork en kameraadschap onder de medewerkers, sterk met deze fases mee veranderde.

De acute crisis

Geïnterviewden gaven aan dat het groepsgevoel tijdens de eerste periode van de pandemie het grootst was. Er was in grote mate sprake van kameraadschap en teamspirit. Een van de geïnterviewden beschreef het gevoel tijdens de eerste fase onder personeel en bestuur als een "*acute euforie fase*", waarin door het vrijkomen van adrenaline iedereen zeer snel dingen oppakte. Ook beschreef hij een groot collectiviteitsgevoel wat voortkwam uit het gevoel er als team en organisatie samen voor te staan. Dit collectiviteitsgevoel bestond in deze periode niet alleen in de ziekenhuizen, maar was ook maatschappelijk breed op te merken. Ziekenhuispersoneel merkten dit door de steunbetuigingen, bloemen en cadeautjes die toegestuurd werden. Door deze samenhang werd deze periode als erg bijzonder ervaren.

Vanuit het bestuur en management was er aandacht voor het stimuleren van dit collectiviteitsgevoel. Er werd door meerdere geïnterviewden aangegeven dat het personeel trots was op wat zij in de afgelopen periodes, en dan voornamelijk tijdens de eerste en tweede golf, hadden gepresteerd. Een geïnterviewde benadrukte dat zij tijdens de tweede en de derde golf bewust met haar organisatie naar buiten is getreden en het nieuws heeft opgezocht. Dit zorgde er ook voor dat de medewerkers trots konden zijn op de organisatie waarvoor zij werkten.

Door meerdere geïnterviewden werd aangegeven dat zorgmedewerkers elkaar hielpen en bij sprongen op andere afdelingen als dat nodig was. Er werd aangegeven dat dit niet alleen

problemen heeft opgelost, maar ook tot verbetering en kwaliteitsverhoging van de zorg heeft geleid. Voorbeelden hiervan zijn dokters die actief zijn geweest als IC-verpleegkundigen, verpleegkundigen die hebben gewerkt op de spoedeisende hulp, en medewerkers van de OK die bij sprongen op de IC of de AOA (COVID-19) omdat ze het anders vervelend vonden dat hun collega's er alleen voor stonden.

Er was vanuit het bestuur oog voor de impact van de crisis op de zorgmedewerkers. In een ziekenhuis was er bijvoorbeeld een mogelijkheid georganiseerd om na de dienst even als groep na te praten en heftige belevenissen te kunnen bespreken, en was er mogelijkheid tot diverse trainingen en cursussen.

Inhaalzorg

“Iedereen staat met zijn focus steeds op situaties met betrekking tot COVID-19, wat leidt tot een groot groepsgevoel en gedeelde focus. Waar ik wat minder enthousiast over ben is de zaken die dan blijven liggen, en dat daar wat minder op gelet wordt. Het heeft wel een keerzijde. Want toename van wachtlijsten leidt ook gewoon tot problemen. Wachtlijstbeheer, wat normaal eigenlijk altijd gewoon routinematig gebeurde en nooit uit de hand liep loopt nu wel uit de hand. Dan kan je voorstellen dat er bijvoorbeeld mensen op de wachtlijst staan die eigenlijk veel sneller teruggezien hadden moeten worden dan nu gebeurt, waar uiteindelijk een vertraging in behandeling ook nadelige gevolgen voor een patiënt heeft. De focus is allemaal COVID-19 en beperking van capaciteit, maar de keerzijde is dat andere zorg iets te weinig aandacht krijgt.”

De langdurige crisis

Geïnterviewden gaven allemaal aan dat het ziekteverzuim onder personeel zeer groot was en nog steeds toe neemt. Een geïnterviewde schatte het algemene ziekteverzuim op zes procent. Er werd aangegeven dat dit een erg hoog percentage was; het streven is minder dan vier procent. Op de IC lag het ziekenverzuim hoger, rond de 15 procent. Dit werd gezien als een groot probleem, ook vanwege de inhaal zorg die nog moest komen.

Een langdurige crisis zoals de COVID-19 pandemie heeft zijn keerpunt wat betreft het collectieve groepsgevoel en samenwerking. Volgens een geïnterviewde was er naarmate de crisis voortduurde, steeds minder een gevoel van *“wir schaffen das”*. Op het moment dat de COVID-19-besmettingen minder werden, gingen zorgmedewerkers nadenken over hoe het met hun eigen patiënten en afdeling verder moesten. Sommige maakten zich zorgen of zij bijvoorbeeld weer op de COVID-19-afdeling moesten werken als de besmettingen weer zouden oplopen, en zagen hier tegenop. Ook ontstond er na verloop van tijd frictie tussen het voeren van een crisisbedrijf en een regulier bedrijf naast elkaar, en weerstand om problemen van anderen, bijvoorbeeld andere afdelingen of ziekenhuizen, op te lossen. Er werd een voorbeeld gegeven van defensief gedrag in het overnemen of overplaatsen van patiënten naar andere ziekenhuizen, iets wat tijdens de eerste besmettingsgolf juist zeer soepel ging. Ook ontstond er frictie op het gebied van het uitstellen van andere zorg voor het verzorgen en opnemen van COVID-19-patiënten. Artsen vroegen zich af waarom zij nog steeds niet mochten opereren, en afdelingen gaven aan dat ze minder COVID-19-bedden wilden. Een geïnterviewde benadrukte hierbij dat het afnemende collectiviteitsgevoel gezien moet worden in de context van toenemende vermoeidheid van het personeel, en dus niet als onwil. Een andere

geïnterviewde gaf aan dat haar organisatie actief bezig is om het personeel gezond en fit te houden met energieprogramma's, psychologen en fitnessprogramma.

Belasting van het personeel

“Er zijn natuurlijk op meerdere plekken waarschuwingen geweest, met name als het gaat over de belastbaarheid van medewerkers op het moment dat er weer om nieuwe opschaling werd gevraagd. Deze signalen hebben we meegewogen. En medewerkers hebben ook het idee dat we ook echt naar hen hebben geluisterd op dat gebied. En zo hebben we het ook gecommuniceerd: “er zijn signalen gekomen vanuit de werkvloer...”. En dat naar aanleiding daarvan de volgende actie is ondernomen. Dus de feedback is organisatie breed uitgezet, en niet alleen naar de medewerker die het daadwerkelijk betrof. Een goed voorbeeld daarvan is, ik kan me herinneren dat rond de periode van kerstdagen, toen het echt heel krap was, er ook weer vraag was om toch weer wat meer op te schalen. Met name OK-capaciteit. Dat we ook daadwerkelijk toen hebben besloten en ook gecommuniceerd naar alle medewerkers, dat op grond van signalen van collega's, dat wij toch hebben besloten om nog wat extra rust in te bouwen en restcapaciteit niet te benutten.”

Indicator 9: Interne middelen

Stelling 9: Onze organisatie beschikt over voldoende middelen om onverwachte veranderingen Vangen.

Deze stelling werd wisselend beoordeeld. Sommige geïnterviewden (n=3) vonden dat hun organisatie over onvoldoende middelen beschikte om onverwachte veranderingen op te vangen. Twee anderen waren het eens noch oneens met deze stelling. Er werd daarbij ook benadrukt dat het onzeker is hoe de volgende crisis eruit zal zien, en of er dan voldoende middelen voorhanden zijn omdat COVID-19 tenslotte ook niet te voorspellen was. Naast de wisselende beoordelingen gaven geïnterviewden ook verschillende toelichtingen bij deze vraag. Sommige geïnterviewden gaven aan dat zij juist krap hadden gezeten in beschermingsmiddelen en personeel maar financieel in orde waren. Andere organisaties brachten juist de precaire financiële situatie naar voren en benadrukten dat gebrek aan financiën het grootste probleem is. Andere middelen waaraan tekort was geweest, waren ziekenhuis en dan voornamelijk IC-capaciteit, informatie en personeel.

Beschermingsmiddelen

Ziekenhuizen zaten vooral tijdens de eerste golf krap in de persoonlijke beschermingsmiddelen. Er was een tekort aan schorten, brillen en mondkapjes. Een andere organisatie had voor het managen van dergelijke middelen een speciaal team aangewezen. Naarmate de crisis voortduurde konden organisaties beter aan beschermingsmiddelen komen. Ook werd er aangegeven geleerd te hebben van de eerste golf.

Personeel

Een geïnterviewde was het geheel oneens met deze stelling. Hij lichtte toe dat zijn ziekenhuis door gebrek aan personeel de voordeur een aantal keren heeft moeten sluiten. Dit was nodig omdat er zonder voldoende personeel geen kwalitatieve zorg geleverd kon worden. Hij gaf ook aan dat er momenten waren dat er op de spoedeisende hulp overnacht moest worden omdat er onvoldoende plek was in het ziekenhuis.

Vergelijkbaar legde een andere geïnterviewde uit dat kortdurend opschalen geen enkel probleem was, maar dat het door gebrek aan personeel zeer moeilijk was om voor lange duur in capaciteit op te schalen. Over het oplossen van dit probleem waren de meningen verdeeld. Sommige geïnterviewden stelden dat er ook voor de COVID-19 crisis al sprake was van een tekort aan personeel en pleitte voor minder Lean organiseren van ziekenhuizen. Dit zou flexibiliteit binnen de organisatie vergroten. Om op een volgende pandemische crisis te anticiperen en dit soort situaties het hoofd te kunnen bieden, is het nodig om minder “overspannen” gebruik te maken van het zorgsysteem omdat dit tot uitval en ziekteverzuim leidt. Geïnterviewden benadrukten dat er in het huidige Nederlandse zorgsysteem sprake is van te weinig capaciteit om patiënten nog op te nemen. Het gat dat vertrekkend of ziek personeel achterlaat is moeilijk te vullen want *“dat personeel is er gewoon niet”*.

Een andere geïnterviewde erkende wel de problematiek die tijdens de COVID-19 pandemie naar voren kwam met betrekking tot langdurige capaciteit en personeelstekorten, maar zag permanente opschaling niet als oplossing.

Capaciteit

Meerdere geïnterviewden benadrukten hun organisatie niet klaar waren voor een crisis van deze omvang omdat de zorg afgeschaald was naar een operationeel minimum zonder veel reservecapaciteit.

Capaciteit

“Er is massaal afgeschaald in ons ziekenhuis. En dat is ten koste gegaan van non-COVID-zorg. Dus ja, die capaciteit hebben we niet voor handen. Om acute zorg, of niet direct acuut maar wel binnen 24 uur of binnen 48 uur of binnen 6 weken doorgang te laten gaan, die capaciteit is georganiseerd. Wij weten nu heel goed dat we in staat zijn om te schalen op kritieke functies waar het die acute, urgente en semi urgente zorg betreft. Maar vanuit het perspectief van de chronische ziekenhuiszorg. We zijn zo Lean georganiseerd, met zo weinig restcapaciteit. Opschalen van chronische zorg is door personele en fysieke beperkingen niet mogelijk. We hebben nu eigenlijk 20% meer capaciteit nodig gedurende een jaar of twee of anderhalf jaar om de uitgestelde zorg en vooruitgeschoven zorg om die te kunnen doen. Daar is geen geld voor, daar is geen personeel voor en er zijn geen fysieke ruimtes voor.”

5.2.3. Thema: klaar zijn voor verandering

Indicator 10: Eenheid van doel

Stelling 10: Onze prioriteiten voor herstel zullen in een crisis richting geven aan het personeel.

Uit de interviews kwam naar voren dat geïnterviewden deze stelling moeilijk vonden om te beantwoorden. Dit was voornamelijk omdat zij aangaven dat de crisis nog niet voorbij was en zij nog erg bezig waren met in het hier en nu managen en oplossen van crisis gerelateerde dingen. Ook werd er aangegeven dat de COVID-19 piek misschien wel voorbij was, maar dat de druk op de zorg onverminderd hoog bleef en dat er daarbij nog geen sprake was van prioriteit voor herstel. Een geïnterviewde lichtte hierbij toe dat de COVID-19 zorg maar tien procent van het patiëntenaanbod in Nederland beslaat. De rest van de zorg bleef erg hoog en de druk op het zorgstelsel wordt door inhaalzorg waarschijnlijk alleen maar hoger.

Er werd aangegeven dat het personeel niet bezig was met prioriteiten in de toekomst wat betreft het ziekenhuis en dat er vooral rust verlangd werd. De geïnterviewde legde uit dat zij daarom haar medewerkers nog niet wilde belasten met prioriteiten voor herstel. Haaks daarop stonden twee andere geïnterviewden die juist aangaven dat een toekomstvisie erg belangrijk was om personeel richting en positieve prikkels te geven.

Stimuleren van personeel door planningsstrategie en visie voor toekomst.

“We zijn in september van 2020 begonnen met een traject om een nieuw strategisch beleidsplan op te stellen. Ik heb van tevoren gezegd: dat moet 1 april klaar zijn. Dat is een heel korte periode. We hebben ook nog gezegd dat doen we zonder hulp van buitenaf. En dat moet klaar zijn zodat mensen dit mee kunnen nemen in de nieuwe plannen en de begroting voor 2022. Dat is gelukt, dat is een heel mooi plan geworden. We hebben dus het geluk gehad om in het tweede deel van die crisisperiode met elkaar te kunnen werken aan dat nieuwe strategisch plan. En dat heeft heel veel binding gegeven, de gerichtheid, eenduidigheid in wat we te doen hebben met de elementen die in dat plan bovendrijven die is heel erg groot. Ja ik beschouw dat nu als geluk bij een ongeluk, ik ben blij dat we dat traject hebben doorgezet in die periode omdat ik gewoon merk dat dat ons heel erg verbindt met de mensen. Mensen zijn er enthousiast over, het geeft ook energie.

Aan de andere kant is het zo dat als je alleen maar daarmee bezig bent dan raak je het perspectief van de organisatie kwijt, dus ondanks de crisis, ondanks de continue dreigingen van overbelasting moet je toch aandacht blijven vragen, tijd besteden aan lange termijnplannen, een wenkend perspectief... Dat geeft mensen energie. Ondanks het feit dat je een halve dag meer gewerkt hebt. Dan denk je: nu moet ik even stoppen met vragen stellen anders worden ze gek van me, en toch moet je dat doen. Dat dat stipje op de horizon, die zon die weer een beetje gaat schijnen, dat licht aan het eind van de tunnel, de nieuwe plannen, de nieuwe energie. Je kunt niet zonder.”

Indicator 11: Proactieve houding

Stelling 11: We kunnen snel overschakelen van 'business as usual' naar het reageren op crisissituaties.

Geïnterviewden waren het eens (n=3) of helemaal eens (n=4) met deze stelling. Er werd aangegeven dat snel kunnen reageren op onverwachte gebeurtenissen bij uitstek iets is waar ziekenhuizen goed in zijn. Een geïnterviewde vergeleek een academisch ziekenhuis met een groot en log cruiseschip wat langzaam beweegt, maar benadrukte daarbij dat er in crisistijden juist zeer snel geschakeld kon worden. Dit kwam mede doordat er onder personeel en bestuur al een zekere basistraining bestond met betrekking tot crisisrespons en omdat ziekenhuizen dagelijks gewend zijn om met veel variatie om te gaan, vanwege de complexiteit van zorg. Er werd ook aangegeven dat het personeel en de organisatie tijdens de eerste golf op zijn “allerbest” was. Sommige geïnterviewden benadrukten dat deze proactieve houding en vermogen om snel te kunnen schakelen een gevolg was van het frequent oefenen van crisis scenario's. Aan de andere kant kwam ook naar voren dat onder zorgpersoneel de rek er steeds meer uit was vanwege de langdurigheid van de crisis.

Complexiteit van zorg

“Ziekenhuizen zijn natuurlijk gewend om met heel veel variatie om te gaan. Als je kijkt wat er in het ziekenhuis binnenkomt en hoe dat door het ziekenhuis heengaat; dat is totaal niet uniform. Er zijn natuurlijk wel patiënten die erg op elkaar lijken...Het vervangen van een heup mag allemaal niet zo spannend zijn misschien, maar heel veel acute zaken gaan totaal verschillend door het ziekenhuis heen. De één is met drie dagen totaal fit en is weer thuis, een ander is binnen twee dagen dood. En alle varianten en langere duur daar tussenin. Dus wij zijn permanent bezig om ons ook te anticiperen op veranderingen bij het individu. En daardoor maakt het ons ook in principe wendbaar in het reageren op veranderingen op systeemniveau.”

Indicator 12: Planning van strategieën

Stelling 12: We zijn ons ervan bewust hoe een volgende crisis ons zou kunnen raken.

Geïnterviewden (n=7) gaven aan dat bij de beoordeling van deze stelling vooral de onvoorspelbaarheid van crises en rampen een grote rol speelde. Geïnterviewden vonden het daarom moeilijk om deze stelling te beantwoorden. Twee geïnterviewden waren het helemaal eens met deze stelling. Daarbij werd wel aangegeven dat voor de COVID-19 crisis er niet berekend was op een crisis van de omvang en duur van COVID-19 en dat er op voorhand vooral geoefend was voor korte-termijn crises en rampen. Een geïnterviewde gaf aan dat zij als organisatie geleerd hadden van de COVID-19 crisis en daarmee ook hun crisis-respons-strategie hadden aangepast. Plannen werden op basis van evaluatie herschreven en zaken die minder goed hadden gewerkt zijn aangepast. Ook werd er opnieuw getraind en werden nieuwe trainingen ontwikkeld op basis van nieuwe kennis.

Monitoren van risico's

Uit de interviews kwam naar voren dat het monitoren van risico's van vergelijkbare pandemieën en virusuitbraken is toegenomen. Ook werd er aangegeven dat de organisatie bij de prospectieve risico-inventarisatie geen rekening had gehouden met een langdurige crisis zoals COVID-19. Een geïnterviewde gaf aan dat zij in 2019 nog de risico's in kaart hadden gebracht maar daar een pandemie niet bij meegerekend werd, en zeker niet een die anderhalf jaar (nu twee jaar) duurt. Er werd door meerdere geïnterviewden direct en indirect duidelijk gemaakt dat er door de COVID-19 crisis meer rekening gehouden met virusuitbraken en pandemieën in de toekomst, en dat daarover ook steeds meer bewustwording bestond.

Monitoren van risico's: tekort aan personeel

“Een van onze risico's is het onvoldoende beschikken over personeel in kritische functies. In de risicomatrix staat dit momenteel op verhoogd, ook doordat er relatief veel verloop is tussen personeel. We hebben daar goed zicht op. Aan de ene kant in het strategische personeelsplan; dus we weten welke mensen op welk moment uitstappen vanwege pensionering of anderszins. We weten de behoefte aan instroom, hebben we goed in kaart gebracht. En we hebben corrigerende maatregelen als het gaat om verhoogde uitstroom. We hebben altijd exitgesprekken. Dat houdt in dat we periodiek mensen bevragen of ze in dit geval er wel eens over nadenken om in een andere organisatie te gaan werken. Zodat we daar een beetje voeling voor krijgen.”

Van Crisis-COVID naar COVID als reguliere ziekte

Door geïnterviewden werd nagedacht over hoe de transitie gemaakt kon worden van COVID-19 als crisis naar COVID-19 als reguliere ziekte. Het runnen van een crisisbeleidsteam, en daarmee zaken binnen de organisatie inrichten als ware een acute crisis, bleek voor een langere tijd onhoudbaar. Een geïnterviewde legde uit dat het bestuur zich nu begon te buigen over de vraag hoe op de lange termijn de organisatie het best bestuurd kon worden. Geïnterviewden gaven aan dat in de toekomst steeds meer reguliere zaken weer opgepakt zullen worden en dat er een moment komt dat COVID-19 “een beetje normaal” wordt, ook al beïnvloedt het nog steeds de organisatie. Uiteindelijk moet COVID-19 dan beschouwd worden als een reguliere ziekte.

Daarbij werd wel aangegeven dat, als er weer een nieuwe piek van COVID-19-besmettingen komt, de organisatie weer moet opschalen en de reguliere zorg voor een deel niet meer geleverd kan worden.

Daarbij werd ook aangegeven dat dit geen onverwachte gebeurtenis meer zal zijn voor de organisatie omdat ze nu beter weten wat er gedaan moet worden.

Monitoren van risico's: nog een pandemie

“We hebben met de interne geneeskunde en longgeneeskunde afspraken gemaakt over welk niveau van COVID zorg gewoon binnen de RVE's, de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden kunnen worden opgelost zonder dat het de rest van het ziekenhuis raakt. Dat gaat volgende week ook gewoon in. We denken dat die Covid problematiek nog jaren bij ons blijft en ook nieuwe uitingsvormen gaat kennen. Dus een infectieziekte expertisecentrum voor de regio infectieziekten is één van de focuspunten voor in het nieuwe strategisch plan. Kijk, dit gaat gewoon komende jaren niet weg. En ik denk als we nu terugkijken hebben we gewoon geluk gehad met SARS en de Vogelgriep en weet ik veel wat. Dit greep direct aan op de mens. Laten we hopen dat het niet nog een keer deze schaal voor doet. Maar ja, er gaan meerdere virusuitbraken komen, meer infectieziekten. Ik denk dat het klimaat ermee te maken heeft, en de mobiliteit van de moderne mens. Wij hebben natuurlijk een niveau van hygiëne en bewustzijn, dat is nog niet overal. En als je dan per dag over de wereld 100 duizend vliegbewegingen hebt met ieder vliegtuig minimaal 150 mensen, dan loop je hele hoge risico's dat dat nog een keer gebeurt.”

Indicator 13: Plannen voor stresstests

Stelling 13: Wij geloven dat noodplannen geoefend en getest moeten worden om effectief te zijn

De geïnterviewden waren het eens (n=5) of helemaal eens (n=3) met deze stelling. Er werd door een geïnterviewde uitgelegd dat het ziekenhuis standaard gebruikt maakt van OTO (Opleiding Training Oefenen), waardoor er een aantal medewerkers specifiek getraind zijn in rollen zoals crisiscoördinator. Ook leden van de raad van bestuur doorlopen deze OTO-cyclus. Uit de toelichtingen van de geïnterviewden bleek dat sommigen van hen het wel met de stelling eens waren, maar dit niet in praktijk brachten bij hun organisatie. Er werd uitgelegd dat er wel protocollen en scenario's klaarliggen voor bepaalde crises, maar dat deze niet altijd echt geoefend worden met het personeel.

Een (1) geïnterviewde was het oneens met deze stelling. Hij stelde dat crisisscenario's oefenen en gebruiken in tijden van crisis niet werkt, omdat de realiteit te veel verschilt van het protocol. Een andere geïnterviewde bracht dit ook naar voren, maar voegde daaraan toe dat realiteit en scenario altijd verschillen en dat iedere crisis anders en onvoorspelbaar is. Zij benadrukte juist dat door het oefenen de medewerkers binnen de organisatie heel erg op elkaar ingespeeld waren en dat iedereen precies wist wat hij moest doen. Het was bijvoorbeeld duidelijk wie de communicatie deed, wie de aantekeningen moest maken, wie verantwoordelijk was voor het opzetten van het crisisbeleidsteam. Dit gold zowel voor het bestuur als het operationeel team.

Realiteit vs protocol

“Eén wijze les is dat niet iedere crisis op dezelfde manier komt. Planners willen planningszekerheid en kijken gewoon naar de vorige crisis, en gaan dan heel veel dingen doen om eenzelfde soort crisis weer te beheersen, terwijl de volgende crisis een andere wordt. Dat heeft weinig zin. Wij zoeken naar controle en zekerheid in onze samenleving op alles wat er mis kan gaan. En dat wordt allemaal gevat in plannen en dat moet je allemaal afstemmen met elkaar. Tijdens een crisis worden de plannen die altijd gemaakt zijn echt niet uit de kast gehaald. En vaak werken die ook gewoon niet meer. Want dan staat er ‘de communicatiemiddelen zijn dit en dit en dat moet je daar en daarvoor gebruiken en dat zit in die en die doos’. En dan pak je ze en dan werken ze niet. Dan pak je toch gewoon weer je mobiele telefoon en is het weer allemaal netjes geregeld. Ik wil maar zeggen: je kunt het ook op dat moment zelf gewoon goed met elkaar regelen.”

Frequent oefenen zorgt voor snel schakelen

“Zelfs voor corona waren wij echt een organisatie waar heel erg regelmatig, goed en reëel geoefend werd voor het geval dat crisissituaties zich voordoen. En wij schakelen daardoor erg snel het crisisbeleidsteam in. Dan heb je alle disciplines bij elkaar en kun je het meteen snel overzien, en kun je ook snel schakelen. Doe je dat niet dan merk je dat je denkt dat het probleem kleiner is, terwijl de breedte dan vergeten wordt. Dus we hebben geleerd dat je beter meteen snel het hele crisisteam bij elkaar kunt roepen en even alle aspecten goed kunt beoordelen of die aan de orde zijn of niet, en dan ook weer snel schakelen, dan andersom, dan dat je te laat opschaalt. Wij waren door het oefenen heel erg op elkaar ingespeeld. Iedereen wist precies wat hij moest doen, dus het operationeel team ook. We hebben van die bladen waarop staat: wat is precies het probleem, wat is de situatie, wie doet de communicatie...Dat hebben we allemaal klaarliggen. Niemand draait daar meer zijn hand voor om. Iedereen weet dan wie de aantekeningen moet maken bijvoorbeeld dus dan hoef je daar niet over na te denken. Dat gaat bijna vanzelf.”

6 Conclusie, beschouwing en aanbevelingen

In dit rapport werd de organisatorische veerkracht binnen negen Nederlandse ziekenhuizen ten tijde van de COVID-19 pandemie in kaart gebracht. Als we kijken naar de scores op de Benchmark Resilience Tool, beoordeelden de geïnterviewden de veerkracht van hun organisatie over het algemeen als veerkrachtig. Er was binnen de organisaties voornamelijk getraind met en voorbereid op “acute” korte termijn crises. Hoewel geïnterviewden lieten weten dat het frequent oefenen van crisis scenario’s ervoor had gezorgd dat de organisatie snel kon schakelen en effectief kon reageren tijdens COVID-19, bracht dit onderzoek ook naar voren dat de langdurige aard van deze pandemie grote invloed had op de veerkracht van de organisatie en de werknemers.

Het is helaas niet mogelijk om een eenduidig antwoord te geven op het tweede deel van de onderzoeksvraag *hoe staat het met de organisatorische veerkracht binnen ziekenhuizen in Nederland en wat is er veranderd na de COVID-19 crisis met betrekking tot organisatieprocessen*. Dit omdat de COVID-19 crisis nog steeds gaande was tijdens de interviews (zomer 2021) en niet alle organisaties al bezig waren met de toekomst. Wel kan er geleerd worden van de complexe realiteit die COVID-19 met zich mee heeft gebracht en de interdependenties die daarin te herkennen zijn.

6.1. Beschouwing: Geleerde lessen

Veerkrachtige capaciteiten tijdens acute crises

Dit onderzoek bevestigt dat, in tegenstelling tot de instinctieve reactie om de controle aan te scherpen ten tijde van crisis en onzekerheid, een veerkrachtige crisisrespons juist gebaat is bij het gestructureerd loslaten van controle (Lloyd-Smith, 2020; Lombardi, Cunha, Giustiano, 2021). Ondanks dat organisaties goed voorbereid waren op een acute crisissituatie, bleek improvisatie een belangrijk aspect om veerkrachtig te reageren op onverwachte gebeurtenissen en problemen. Zorgmedewerkers moesten zelfstandig, creatief en innovatief reageren om problemen op te lossen. De meeste van deze improvisaties hadden te maken met organisatorische uitdagingen, zoals het reorganiseren van ruimtes en eenheden en het tijdig en efficiënt omgaan met situaties zoals agressie wegens een bezoekverbod.

Verschillende studies wijzen op het belang van het vergroten van de autonomie onder personeel tijdens een crisis (Lloyd-Smith, 2020; Seville, 2016). Tijdens de COVID-19 crisis werd improvisatie gestimuleerd vanuit het bestuur door het vergroten van de autonomie van zorgmedewerkers in termen van besluitvorming. Dit gebeurde door te vertrouwen op expertise, intuïtie en het op waarde schatten van specifieke en unieke kennis van de omstandigheden. Veel verantwoordelijkheid werd gemigreerd naar de medewerkers met de beste kennis van de situatie, ongeacht hun functie binnen de organisatie. Daarin was het belangrijk om enige structuur te blijven behouden en een kader te bieden waarbinnen innovatie en beslissingen konden plaatsvinden om chaos te voorkomen. Verder bevestigt deze interviewstudie dat een veerkrachtige reactie op een crisissituatie gebaat is bij een gevoel van saamhorigheid en onderling vertrouwen binnen de organisatie (Lloyd-Smith, 2020, Seville, 2016). Dit leidde tot collectief gedrag, vertrouwen en versterkte samenwerking. Om dit gevoel binnen de organisatie te versterken, handhaafden de geïnterviewden de structuur en toonden ze transparantie over beslissingen die werden genomen. Als communicatiemiddel is veel gebruik gemaakt van digitale technologie, waardoor medewerkers op de hoogte waren van de laatste

informatie en zich betrokken bleven voelen bij de organisatie. Door tijdige en volledige communicatie van bestuur naar medewerkers toe en het terugkoppelen van antwoorden op vragen werd het duidelijk dat er vanuit het bestuur op de medewerkers gelet werd en dat zij gezien werden in hun vragen en onzekerheden.

Langdurige veerkracht ten tijde van COVID-19

De mogelijkheid om om te gaan met onverwachte omstandigheden, daaraan aan te passen, hiervan te leren en te herstellen zijn belangrijke capaciteiten van veerkrachtige organisaties (Seville, 2016). Daarbij hoort ook een effectieve reactie op onverwachte gebeurtenissen terwijl de essentiële basisprocessen van de organisatie en functies doorgaan (Hollnagel, 2010 en 2011). Een van de conclusies die getrokken kan worden is dat organisatorische veerkracht tijdens een acute crisis niet hetzelfde is als organisatorische veerkracht ten tijde van een langdurige crisis met reguliere 'uitbarstingen', zoals COVID-19 zich manifesteerde. Er was door de aard van de COVID-19 crisis veel onduidelijkheid over het einde van de crisis. Omdat reguliere processen toch door moesten gaan, werd het crisisbedrijf waar mogelijk op gegeven moment afgeschaald. Hierdoor werden de ziekenhuizen soms gedwongen om twee bedrijven naast elkaar te voeren. Bovengenoemde capaciteiten zoals autonomie, improvisatie, collectiviteitsgevoel, onderling vertrouwen verdwenen daarmee noodgedwongen wat meer naar de achtergrond en maakten plaats voor bureaucratie, individuele zorgen, uitputting en angst.

Tijdens de crisis hielden ziekenhuizen in de gaten wat er mogelijk kon gebeuren in de toekomst, maar ook wat er gebeurde binnen de organisatie. Zo werd bijvoorbeeld binnen een organisatie het tekort aan personeel in kritische functies aangeduid als risicofactor. Monitoring van de geestelijke en lichamelijke gesteldheid van de medewerkers vond ook plaats. Op basis van deze monitoring werden ook beslissingen genomen; zo werd er bijvoorbeeld niet enkel gekeken naar de cijfers, maar ook naar de situatie op de werkvloer. Om zorgmedewerkers te ondersteunen zijn er in sommige ziekenhuizen trainingen, psychologische hulp, praatgroepen en cursussen.

Organisatorische veerkracht is niet alleen het vermogen om te reageren op een crisis en deze te overleven, maar ook het vermogen om van de situatie te leren. In deze zin 'veren' organisaties dus niet terug naar de vorige staat van zijn, maar "stuiten" zij eerder vooruit (Manyena et al., 2011:1). Uit de interviews blijkt bijvoorbeeld dat er door de crisis heen constant geleerd werd van wat goed ging en wat beter kon, de 'rustmomenten' tussen de besmettingsgolven werden veelal gebruikt om te reflecteren, waardoor ook op de golven van besmetting die volgden steeds soepeler gereageerd kon worden. Aan de andere kant kwam ook naar voren dat naarmate de crisis voortduurde de flexibiliteit in de reactie op de gebeurtenissen steeds stroever werd. Ook het herkennen en onderscheiden van wat belangrijk en urgent is werd naarmate de crisis vorderde lastiger; niet alle focus kon meer op COVID-19 gericht zijn. Het was voor alle organisaties passen en meten waar de crisis-reactie begon en weer moest stoppen, omdat, in tegenstelling tot een acute crisis, COVID-19 geen duidelijk eindpunt heeft. Er moest daarom voortdurend flexibel geschakeld worden, en tijdens besmettingsgolven snel weer aanspraak gemaakt worden op crisis netwerken, improvisatievermogen en nieuwe informatie.

Naarmate de crisis vorderde hielden de organisaties de lange termijndoelen in het oog. Er kwam een wisselend beeld naar voren in de manier waarop organisaties al bezig waren met toekomst van de organisatie; een aantal geïnterviewden gaf aan dat hun organisatie nog diep in de crisis zat, terwijl anderen al langere tijd bezig waren met de langetermijnvisie van de organisatie en lijnen voor de toekomst.

In diverse studies naar de impact van de COVID-19 pandemie op zorgsystemen werd de lichamelijke en psychische gezondheid van zorgmedewerkers aangewezen als een van de belangrijke factoren met betrekking tot organisatorische veerkracht (Rogers, 2021, Kuntz, 2021). Deze studie bevestigt dit, en laat zien dat veerkracht van organisaties sterk afhangt van de mate waarin de organisatie toegang heeft tot de benodigde bronnen en materialen, waarvan goed getraind, gemotiveerd en goed ondersteund personeel een van de belangrijkste is (Rogers, 2021, Seville, 2016).

6.2. Methodologische beschouwing: Het meten van veerkracht

Ondanks veel theoretisch werk over het concept van veerkracht in gezondheidssystemen, toont een recente literatuurstudie aan dat het grootste deel van de studies naar dit onderwerp zich voornamelijk richt op aspecten die verband houden met aanpassende capaciteiten (Biddle et al, 2020). Bij een benadering waarbij enkel naar het reactie- en aanpassingsvermogen van de systemen en organisatiecapaciteit wordt gekeken, worden belangrijke factoren over het hoofd gezien. Om de organisatorische veerkracht van gezondheidssystemen in hun unieke context te begrijpen, moeten factoren zoals machtsverschillen, fysieke en psychische gezondheid van zorgmedewerkers, beschikbare (financiële) middelen, onvoorspelbaar bestuur, mate van vertrouwen binnen de organisatie, distributie en toegang tot informatie en onderlinge afhankelijkheid van andere organisaties meegenomen worden (Blanchet et al, 2017; Biddle et al., 2020; Barasa et al, 2017; Seville, 2016).

Daarbij is het ook van groot belang om te begrijpen aan wat voor type crisis de organisatie gewaagd is of in welke fase de crisis zich bevindt. De BRT is oorspronkelijk bedoeld als een kwantitatief meetinstrument, en de indicatoren zijn veelal gebaseerd op onderzoek naar acute crises (Whitman et al, 2013; Seville, 2016). Door de uitgebreide toelichtingen van de geïnterviewden werd het duidelijk dat, zeker bij een complexe en langdurige crisis als COVID-19, enkel het “meten” van veerkracht door middel van de BRT niet voldoende was geweest om volledig inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende aspecten met betrekking tot veerkracht van de ziekenhuizen. Organisaties kunnen daarom gebaat zijn bij het toepassen van meerdere benaderingen bij het in kaart brengen van de organisatorische veerkracht.

Een aanvullend instrument is de Resilience Analysis Grid. De Resilience Analysis Grid focust op wat organisaties praktisch doen om veerkrachtig te presteren door 1) te *reageren* op het actuele, 2) te *leren* van het feitelijke, 3) het kritische te *monitoren* en 4) op het potentiele te *anticiperen* (Hollnagel, 2010). De vier capaciteiten van de RAG zijn sterk met elkaar verbonden en bijna niet onafhankelijk van elkaar te beoordelen. Zo is het onmogelijk te reageren en te anticiperen zonder te leren, en onmogelijk te leren zonder te monitoren en te reageren (Hollnagel, 2011). In plaats van een stelling of vraag voor te leggen met betrekking tot hoe “goed” de organisatie presteert met betrekking tot veerkrachtige indicatoren, zoals bijvoorbeeld de BRT, is de RAG niet bedoeld als een kant en klaar meetinstrument voor veerkracht maar eerder een startpunt voor het ontwikkelen van unieke, context gebonden vragen met betrekking tot het veerkrachtig presteren van een organisatie (Hollnagel, 2015).

De BRT is ontwikkeld voor acute crisissituaties en kan gebruikt worden om de veerkracht tijdens deze situaties in kaart te brengen. De RAG kan gebruikt worden om de interdependenties tussen factoren en capaciteiten die zorgen voor een veerkrachtige organisatie in kaart te brengen en organisatie specifieke vragen te ontwikkelen waarmee er inzicht verkregen kan worden in de langdurige veerkracht van de organisatie.

6.3. Kracht en beperkingen van deze studie

De kracht van dit onderzoek ligt in het mixed-method-karakter; het gebruik van een gevalideerde vragenlijst in combinatie met een diepte-interview. Het aantal participanten is echter beperkt en we hebben geen objectieve andere graadmeters dan de perspectieven van de geïnterviewden. De punten die wij uit dit onderzoek hebben gehaald kwamen min of meer uit ieder interview als vraagstuk of les terug. Daarin zou gezegd kunnen worden dat er in zekere mate verzadiging is opgetreden tijdens de analyse, omdat er geen nieuwe punten naar voren zijn gekomen in de interviews die andere participanten niet ook hadden ervaren. Dit onderzoek heeft zich gericht op de ervaringen en perspectieven van bestuursleden van negen Nederlandse ziekenhuizen. Omdat deze interviewstudie niet uitging van een representatieve steekproef, is het geenszins mogelijk te generaliseren naar andere soortgelijke organisaties. Hiervoor is verder onderzoek nodig onder een grotere onderzoekspopulatie, waarin naast bestuursleden ook ander zorgpersoneel betrokken wordt. Geïnterviewden gaven tijdens de interviews zelf ook aan dat de beoordelingen die zij gaven met betrekking tot bijvoorbeeld leiderschapskwaliteiten, waarschijnlijk te rooskleurig zijn.

6.4. Vooruitkijkend

Als dreiging heeft de sluimerende crisis vaak wel de aandacht van wetenschappers en politiek, zoals bijvoorbeeld de klimaatcrisis, antibioticaresistentie en de migratiecrisis, maar het ontbreekt aan urgentie in de praktijk en er wordt vaak vooral aan symptoombestrijding gedaan (Boin et al, 2020). Zo werd in Nederland na de Ebola-uitbraak in 2015 herhaaldelijk gewaarschuwd beleid aan te passen op de risico's van wereldwijde pandemieën (Zie: Steenbergen, 2018; Kirsten & de Nooijer, 2016; Van Schaik, van de Pas, van Weezenbeek, van Meeteren, & Cobelens, 2017). Toch was niemand echt voorbereid op de COVID-19 crisis.

Langdurige "sluimerende" crises hebben het potentieel, ook nadat het piekmoment van de crisis voorbij is, nog lang na te 'sudder'. Dit is meestal het gevolg van een kortetermijnvisie in reactie op de crisis, die ervoor zorgt dat de situatie verergerd of enkel verplaatst wordt (Boin et al, 2020). Dit aspect is ook te herkennen bij de COVID-19 pandemie; door de uitgestelde reguliere niet-essentiële zorg hebben ziekenhuizen nu te maken met een inhaalzorgcrisis. In september 2021 werd er vastgesteld dat in de komende maanden nog tussen 170.000 en 200.000 inhaaloperaties moeten worden uitgevoerdⁱⁱ. Dit is niet te wijten aan het ziekenhuisbeleid tijdens de crisis. Het blijft aftasten hoe dit in de toekomst, tijdens een langdurige zorgcrisis, voorkómen kan worden.

Benadrukt werd dat iedere crisis zich anders manifesteert, waardoor geïnterviewden aangaven dat anticiperen op een toekomstige gebeurtenis lastig is. Sommige geïnterviewden gaven aan dat zij al actief bezig zijn met het langetermijnperspectief van de organisatie, ook om de oververmoeide medewerkers een 'lichtje aan de horizon' te geven. Anderen waren hier nog niet mee bezig. De meningen waren verdeeld over het anders inrichten van de zorg om toekomstige pandemieën beter het hoofd te kunnen bieden, bijvoorbeeld in de vorm van een permanente opschaling. Sommige ziekenhuizen waren al bezig met het anticiperen op de mogelijkheid dat COVID-19 niet meer weg zal gaan en we het virus moeten gaan beschouwen als reguliere ziekte. Organisaties waren voor de langere termijn ook bezig met het behouden van bepaalde processen die tijdens de crisisperiodes opgetuigd werden. Bijvoorbeeld de mogelijkheid om eHealth breder toe te passen, meer patiënten uit het ziekenhuis te houden, de nauwe samenwerking met huisartsen vast te houden door middel van een verwijzingsstelsel.

Hoewel het einde van de COVID-19 pandemie langzaam in zicht komt, bestaan er nog veel onzekerheden. De COVID-19 crisis heeft bijgedragen aan bewustwording van de manier waarop crises zich kunnen manifesteren. Tijdens interviews reflecteerden bestuursleden op het belang van het monitoren van externe invloeden en de risico's daarvan, zoals nieuwe crises en dreigingen in de toekomst. Sommige geïnterviewden lieten weten dat zij een nieuwe virusuitbraak, in bijzonder de zoönosen, als toenemende dreigingen voor de toekomst zagen. Omdat organisaties zich ontwikkelen in een macro-omgeving waarin zij beïnvloed worden door economische, financiële en politieke ontwikkelingen, zal het implementeren van geleerde lessen afhangen van verschillende factoren en structuren in de samenleving. Binnen deze context hebben wij voorzichtig een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deze kunnen helpen om te leren van opgedane ervaringen en daarmee ziekenhuizen nog beter voor te bereiden op toekomstige zorgcrises.

6.5. Aanbevelingen

- **Zet meerdere tools in om een volledig inzicht te krijgen in de basis van organisatorische veerkracht binnen een organisatie**
Acute en langdurige crises hebben andere eisen en een andere uitputtingslag. Hier moet uiteindelijk een balans in gevonden worden; bijvoorbeeld de BRT en de RAG zijn tools die kunnen ondersteunen om ziekenhuizen bij het in kaart brengen van de eigen veerkracht voor toekomstige zorgcrises.
- **Reflecteer en leer van goede en slechte ervaringen**
Neem tijd om te reflecteren op de periode van COVID-19. Denk tijdens de post-crisis fase na over of het nodig is om aan de basis een aantal andere keuzes te maken: is het nodig om het zorgsysteem anders in te richten om eenzelfde beter het hoofd te kunnen bieden?
- **Begrijp en erken de dreigingen en impact van sluimerende crises op het zorgsysteem**
De handelingsperspectieven, verwachtingen en behoeften veranderen naarmate de crisis voortduurt of van fase veranderen. Het is daarom belangrijk bewustwording te creëren wanneer een acute crisis verandert in een langdurige crisis en de crisisrespons daarop aan te passen. Op basis van deze inzichten kunnen indicatoren voor risico-monitoring worden aangepast.
- **Monitor en begrijp de ervaringen en gezondheid van zorgpersoneel**
Het is belangrijk om zowel in reguliere tijden als in crisistijden te investeren in het veerkrachtig en gezond houden van personeel. Schat de ervaringen van personeel op waarde en vraag wat zij nodig hebben om tot een groter werkplezier te komen, bijvoorbeeld door middel van reguliere signaleringsgesprekken.
- **Verbindt medewerkers en bestuur**
Door naar elkaar te blijven luisteren, te zoeken naar datgene wat verbindt en over gemeenschappelijke doelen en visies dialoog te voeren, kunnen relaties verdiept worden. Het is belangrijk duidelijk te maken dat iedere medewerker onderdeel is van de organisatie en daarbij ook kan bijdragen aan nieuwe ontwikkelingen en veranderingen. Geef personeel de ruimte om een bijdrage te leveren vanuit hun specifieke expertise. Hierbij moet wel een duidelijk handelingskader gegeven worden.
- **Zorg voor vertrouwen binnen de organisatie**
Gemeenschappelijk gevoel van identiteit en collectiviteit ontstaat uit onderling vertrouwen. Vertrouwen werd in de acute crisis gecreëerd door transparant te zijn in wie welke taken en

gezag heeft, het nakomen van beloftes en helder te zijn over intenties en gemaakte beslissingen. Het creëren van vertrouwen scheidt bovendien ruimte om autonoom te handelen en stimuleert creativiteit en innovatie.

- **Biedt perspectief (ook in crisistijd)**

Met name tijdens de langdurige crisis is communicatie over een duidelijke richting, voor bijvoorbeeld herstel of de toekomst, belangrijk evenals het creëren van de mogelijkheid om gemeenschappelijke doelen en prioriteiten gezamenlijk vorm te geven.

Literatuur

- Barasa EW, Cloete K, Gilson, L. 2017. From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy and Planning* 32: iii91–4.
- Barasa E, Mbau R, Gilson L. 2018. What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International Journal of Health Policy and Management* 7: 491–503.
- Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin, F. 2017. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management* 6:431–5.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Boin, A., Ekengren, M., & Rhinard, M. (2020). Hiding in plain sight: Conceptualizing the creeping crisis. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 11(2), 116-138.
- Clarke, V. & Braun, V. (2013) Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123.
- Dücker, M., van Hoof, W., Jacobs, J., & Holsappel, J. (2017). Het belang van een veerkrachtige gemeenschap: Gezondheidsbevordering bij flitsrampen en 'creeping crises'.
- Ekström, A. 2016. "When Is the Now? Monitoring Disaster in the Expansion of Time." *International Journal of Communication*. 10: 5342–61
- Hollnagel, E. (2015). RAG-Resilience analysis grid. Introduction to the Resilience Analysis Grid (RAG).
- Hollnagel, Erik. (2010). How Resilient Is Your Organisation? An Introduction to the Resilience Analysis Grid (RAG). Available: http://www.ipac.ca/documents/RAG%20discussion_APR05.pdf
- Hollnagel, Erik. (2011). Epilogue: RAG - the resilience analysis grid. *Resilience Engineering in Practice: A Guidebook*. 275-296.
- IJzermans, J., & Dücker, M. (2015). Ziekmakende bodemsanering in Olst: de zaak Olasfa. M. van Duin & V. Wijkhuijs (red.), *Lessen uit crises en mini-crisis*, 265-279.
- Kuntz, J. C. (2021). Resilience in times of global pandemic: Steering recovery and thriving trajectories. *Applied Psychology*, 70(1), 188-215.
- Lombardi, S., e Cunha, M. P., & Giustiniano, L. (2021). Improvising resilience: The unfolding of resilient leadership in COVID-19 times. *International Journal of Hospitality Management*, 95, 102904.
- Lloyd-Smith, M. (2020). The COVID-19 pandemic: resilient organisational response to a low-chance, high-impact event. *BMJ Leader*.

- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Higher Education*, 9(3).
- Mastwijk, Kirsten & de Nooijer, Paul. (2016). Voorkomen is beter dan genezen. Evaluatie over Nederland en de WHO (2011-2015).
- Rogers, H. L. (2021). The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic—A critical review. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3), ckab164-323.
- Van Schaik, L., van de Pas, R., van Weezenbeek, K., van Meeteren, N., & Cobelens, F. (2017). Why the Netherlands should step up its ambitions on global health. Clingendael Institute.
- Schoten, S. van, Eikenhorst, L. van, Schouten, B., Baartmans, M., Bruijne, M. de, Jong, L. de, Waals, M., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorg gerelateerde Schade 2019: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel, 2022.
- Seville, E. (2016). *Resilient organizations: how to survive, thrive and create opportunities through crisis and change*. Kogan Page Publishers.
- Whitman, Z. R., Kachali, H., Roger, D., Vargo, J., & Seville, E. (2013). Short-form version of the Benchmark Resilience Tool (BRT-53). *Measuring Business Excellence*.
- ADVIES GLOBAL HEALTH NL - 2018 Verkenning van het draagvlak voor beleidsformulering Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport/ Internationale Zaken (VWS/IZ) Opsteller: Ger Steenbergen MD MPH, MinBuZa gedetacheerd.

Bijlage A Interviewleidraad

Interviewleidraad gebruikt tijdens de diepte-interviews gebaseerd op de 13 indicatoren van organisatorische veerkracht van de Benchmark Resilience Tool.

1. Leiderschap en Cultuur.

In het eerste deel van dit interview wordt gevraagd naar het aanpassingsvermogen van de organisatie, gecreëerd door haar leiderschap en cultuur. Er zijn vijf indicatoren van organisatorische veerkracht die onder het Leiderschap en Cultuurattribuut vallen - dit zijn:

Leiderschap
Betrokkenheid van het personeel
Situatiebewustzijn
Besluitvorming
Innovatie en creativiteit

De eerste indicator is Leiderschap. Dit betekent sterk crisisleiderschap om goed management en goede besluitvorming te bieden in tijden van crisis, evenals continue evaluatie van strategieën en werkprogramma's ten opzichte van de organisatiedoelen.

De bijhorende stelling is: Managers in onze organisatie geven het goede voorbeeld "helemaal mee eens", "mee eens", "niet mee eens/niet mee oneens", "oneens", "helemaal mee oneens" "Ik weet het niet"

(Dan wil ik u vragen om te reflecteren op de coronapandemie met name als het gaat om crisis)

*Open vragen: Op welk terrein wordt het goede voorbeeld gegeven?
Geldt dit voor alle lagen? Heeft u nog een concreet voorbeeld?*

Zijn er bijvoorbeeld tijdens de coronacrisis in uw organisatie dingen anders geweest dan voorheen?

Oke, bedankt voor uw toelichting. Dan ga ik door naar de volgende indicator (dat is) Betrokkenheid van het personeel betekent betrokkenheid van medewerkers die het verband begrijpen tussen hun eigen werk, de veerkracht van de organisatie en het succes op lange termijn. Medewerkers zijn bevoegd en gebruiken hun vaardigheden om problemen op te lossen.

*En de bijhorende stelling is: Mensen in onze organisatie nemen de verantwoordelijkheid over een probleem tot dat het is opgelost.
"helemaal mee eens", "mee eens", "niet mee eens/niet mee oneens", "oneens", "helemaal mee oneens", "Ik weet het niet".*

*Open vragen: Waar baseert u uw antwoord op?
Heeft u hier een concreet voorbeeld van?
Kunt u uw mening toelichten?*

Situatiebewustzijn betekent dat medewerkers worden aangemoedigd waakzaam te zijn over de organisatie, haar prestaties en mogelijke problemen. Medewerkers worden beloond voor het delen van goed en slecht nieuws over de organisatie, inclusief vroege waarschuwingssignalen, en deze worden snel gemeld aan organisatieleiders.

De bijhorende stelling is: Managers luisteren actief naar problemen

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”.

Open vraag: Heeft u voorbeelden uit de covid periode?

Besluitvorming betekent dat het personeel de juiste autoriteit heeft om beslissingen te nemen met betrekking tot hun werk, en de bevoegdheid is duidelijk gedelegeerd om een crisisrespons mogelijk te maken. Hooggeschoold personeel is betrokken, of is in staat om beslissingen te nemen waarbij hun specifieke kennis een aanzienlijke meerwaarde oplevert, of waar hun betrokkenheid de implementatie bevordert.

De bijhorende stelling is: Onze organisatie kan snel moeilijke beslissingen nemen

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”.

Open vraag: Waar blijkt dit uit in de afgelopen periode?

Innovatie en creativiteit betekent dat medewerkers worden aangemoedigd en beloond voor het gebruik van hun kennis op nieuwe manieren, om nieuwe en bestaande problemen op te lossen, en voor het gebruik van innovatieve en creatieve benaderingen om oplossingen te ontwikkelen.

De bijhorende stelling is: Medewerkers worden beloond voor 'out of the box' denken

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”

Open vraag: Hoe dan? Kunt u een concreet voorbeeld geven van afgelopen periode?

2. Netwerken

In het tweede deel van dit interview gaan we in op de interne en externe relaties die uw organisatie heeft gestimuleerd en ontwikkeld en die de organisatie, indien nodig, kan gebruiken. Er zijn vier indicatoren van organisatorische veerkracht die onder het kenmerk Netwerk vallen - dit zijn:

Effectieve partnerschappen

Benutten van kennis

Silo's doorbreken

Interne middelen

Effectieve partnerschappen betekent inzicht hebben in de relaties en middelen die de organisatie mogelijk nodig heeft om ondersteuning te krijgen van andere organisaties tijdens een crisis, en planning en beheer om deze ondersteuning te garanderen.

De bijhorende stelling is: We bouwen relaties op met organisaties waarmee we in een crisis eventueel moeten samenwerken

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”

In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende uitspraak voor uw organisatie?

Open vraag: Hoe uit zich dit in de coronacrisis? Zijn eventueel veranderde processen/relaties (bijv organiseren van zorg) ook blijvend voor na de crisis?

Benutten van kennis betekent dat kritieke informatie wordt opgeslagen in een aantal formaten en locaties en het personeel heeft toegang tot deskundige meningen wanneer dat nodig is. Rollen worden gedeeld en personeel wordt getraind zodat iemand altijd sleutelrollen kan vervullen.

De bijhorende stelling is: Medewerkers hebben de informatie en kennis die ze nodig hebben om op onverwachte problemen te reageren

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”

Open vraag: Hoe is dit bij u geregeld tijdens de coronacrisis?

Silo's doorbreken is een minimalisering van verdeelde sociale, culturele en gedragsbarrières, die zich meestal manifesteren als communicatiebarrières die onsamenhangende, losgekoppelde en schadelijke manieren van werken creëren.

In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende uitspraak voor uw organisatie?

De bijhorende stelling is: Er is een gevoel van teamwork en kameraadschap in onze organisatie

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”

Open vraag: Hoe uit zich dit? Was dit anders aan het begin en aan het einde van de coronacrisis

Interne middelen is het beheer en de mobilisatie van organisatiemiddelen om ervoor te zorgen dat de organisatie normaal kan blijven functioneren en om de extra capaciteit te bieden die nodig is tijdens een crisis.

De bijhorende stelling is : Onze organisatie beschikt over voldoende middelen om onverwachte veranderingen op te vangen.

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”.

Open vraag: Wat zijn dat voor middelen? Kunt u een concreet voorbeeld geven? Heeft u ideeën hoe dit opgelost zou kunnen worden?

3. Klaar zijn voor verandering (post-corona).

In het derde en laatste deel van dit interview wordt gevraagd naar de planning die is gemaakt en de richting die is opgesteld om uw organisatie klaar te maken voor verandering. We vragen u hierop te reflecteren met inachtneming van de post-coronatijd. Er zijn vier indicatoren van organisatorische veerkracht die onder het kenmerk klaar zijn voor verandering vallen - deze zijn:

Eenheid van doel
Proactieve houding
Planning van strategieën
Plannen voor stresstests

Eenheid van doel is een organisatie-breed besef van wat de prioriteiten van de organisatie zouden zijn na een crisis, duidelijk gedefinieerd op organisatieniveau, evenals een begrip van de minimale operationele vereisten van de organisatie.

De bijhorende stelling is: Onze prioriteiten voor herstel zullen in een crisis richting geven aan het personeel

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”

Open vraag: Hoe is dit in uw organisatie geregeld?

Proactieve houding is een strategische en gedragsmatige bereidheid om te reageren op vroege waarschuwingssignalen van veranderingen in de interne en externe omgeving van de organisatie voordat deze escaleren tot een crisis.

In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende uitspraak voor uw organisatie?

De bijhorende stelling is: We kunnen snel overschakelen van 'business as usual' naar het reageren op crisissituaties

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”.

Open vraag: Heeft u een concreet voorbeeld hoe uw ziekenhuis dit regelt? Was dit anders tijdens (de eerste of tweede golf) coronacrisis?

Planningsstrategieën is de ontwikkeling en evaluatie van plannen en strategieën om kwetsbaarheden in relatie tot de zakelijke omgeving en haar belanghebbenden te beheren.

De bijhorende stelling is: We zijn ons ervan bewust hoe een volgende crisis ons zou kunnen raken
“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”

Open vraag: Hoe uit zich dit in uw organisatie? Is dit bewustzijn veranderd na de coronacrisis?

Stresstests is de deelname van personeel aan simulaties of scenario's die zijn ontworpen om responsregelingen te oefenen en plannen te valideren.

De bijhorende stelling is: Wij geloven dat noodplannen geoefend en getest moeten worden om effectief te zijn.

“helemaal mee eens”, “mee eens”, “niet mee eens/niet mee oneens”, “oneens”, “helemaal mee oneens”, “Ik weet het niet”

Open vraag: Hoe is dit in uw organisatie geregeld? Heeft u voorbeelden?

Achtergrondvragen

Dan zijn we alweer aangekomen bij het einde van het interview. Tot slot hebben we nog een paar vragen betreffend uw achtergrond en uw organisatie.

Wat is de naam van uw organisatie?

Wat is uw geslacht?

Mag ik uw leeftijd vragen?

Wat is uw baan binnen de organisatie?

Hoe lang werkt u al binnen deze sector?

Hoe lang werkt u al voor deze organisatie?

Vanuit het Nivel willen we graag een zorgbestuurderspanel opzetten. Mogen wij u een hierover opnieuw benaderen? Ja/Nee
(een mening geven, vragenlijst invullen, op lange termijn)

Dan zijn we aan het einde van het interview. Zijn er nog dingen waar we niet aan toe zijn gekomen en wat u graag wilt delen? Is er iets niet aan bod gekomen?

Heel erg bedankt voor het interview. Ik zal u binnenkort nog een terugkoppeling sturen van het interview, en in de loop van het einde van het jaar zal het verslag gepubliceerd worden, daar zal u ook bericht van krijgen.

Bijlage B BRT-indicatoren

De dertien indicatoren van de BRT binnen de drie thema's. Vertaald in het Nederlands en in bovenstaande volgorde gebruikt voor het interviewscript

Thema	Definitie	Stelling
Leiderschap en Cultuur		
Indicator: Leiderschap	Leiderschap betekent sterk crisisleiderschap om goed management en goede besluitvorming te bieden in tijden van crisis, evenals continue evaluatie van strategieën en werkprogramma's ten opzichte van de organisatiedoelen.	Managers in onze organisatie geven het goede voorbeeld
Indicator: Betrokkenheid van het personeel	Betrokkenheid van het personeel betekent betrokkenheid van medewerkers die het verband begrijpen tussen hun eigen werk, de veerkracht van de organisatie en het succes op lange termijn. Medewerkers zijn bevoegd en gebruiken hun vaardigheden om problemen op te lossen.	Mensen in onze organisatie nemen de verantwoordelijkheid over een probleem tot dat het is opgelost
Indicator: Situatiebewustzijn	Situatiebewustzijn betekent dat medewerkers worden aangemoedigd waakzaam te zijn over de organisatie, haar prestaties en mogelijke problemen. Medewerkers worden beloond voor het delen van goed en slecht nieuws over de organisatie, inclusief vroege waarschuwingssignalen, en deze worden snel gemeld aan organisatieleiders.	Managers luisteren actief naar problemen

Indicator: Besluitvorming	Besluitvorming betekent dat het personeel de juiste autoriteit heeft om beslissingen te nemen met betrekking tot hun werk, en de bevoegdheid is duidelijk gedelegeerd om een crisisrespons mogelijk te maken. Hooggeschoold personeel is betrokken, of is in staat om beslissingen te nemen waarbij hun specifieke kennis een aanzienlijke meerwaarde oplevert, of waar hun betrokkenheid de implementatie bevordert.	Onze organisatie kan snel moeilijke beslissingen nemen
Indicator: Innovatie en Creativiteit	Innovatie en creativiteit betekent dat medewerkers worden aangemoedigd en beloond voor het gebruik van hun kennis op nieuwe manieren, om nieuwe en bestaande problemen op te lossen, en voor het gebruik van innovatieve en creatieve benaderingen om oplossingen te ontwikkelen.	Medewerkers worden beloond voor 'out of the box' denken
Netwerken		
Indicator: Effectieve partnerschappen	Effectieve partnerschappen betekent inzicht te hebben in de relaties en middelen die de organisatie mogelijk nodig heeft om ondersteuning te krijgen van andere organisaties tijdens een crisis, en planning en beheer om deze ondersteuning te garanderen.	We bouwen relaties op met organisaties waarmee we in een crisis eventueel moeten samenwerken
Indicator: Benutten van kennis	Benutten van kennis betekent dat kritieke informatie wordt opgeslagen in een aantal formaten en locaties en het personeel heeft toegang tot deskundige meningen wanneer dat nodig is. Rollen worden gedeeld en personeel wordt getraind zodat iemand altijd sleutelrollen kan vervullen.	Medewerkers hebben de informatie en kennis die ze nodig hebben om op onverwachte problemen te reageren

Indicator: Silo's doorbreken	Silo's doorbreken is een minimalisering van verdeelde sociale, culturele en gedragsbarrières, die zich meestal manifesteren als communicatiebarrières die onsamenhangende, losgekoppelde en schadelijke manieren van werken creëren.	Er is een gevoel van teamwork en kameraadschap in onze organisatie
Indicator: Interne middelen	Interne middelen is het beheer en de mobilisatie van organisatiemiddelen om ervoor te zorgen dat de organisatie normaal kan blijven functioneren en om de extra capaciteit te bieden die nodig is tijdens een crisis.	Onze organisatie beschikt over voldoende middelen om onverwachte veranderingen op te vangen
Thema: Klaar zijn voor verandering		
Indicator: Eenheid van doel	Eenheid van doel is een organisatie-breed besef van wat de prioriteiten van de organisatie zouden zijn na een crisis, duidelijk gedefinieerd op organisatieniveau, evenals een begrip van de minimale operationele vereisten van de organisatie.	Onze prioriteiten voor herstel zullen in een crisis richting geven aan het personeel
Indicator: Proactieve houding	Proactieve houding is een strategische en gedragsmatige bereidheid om te reageren op vroege waarschuwingssignalen van veranderingen in de interne en externe omgeving van de organisatie voordat deze escaleren tot een crisis.	We kunnen snel overschakelen van 'business as usual' naar het reageren op crisissituaties
Indicator: Planning strategieën	Planningsstrategieën is de ontwikkeling en evaluatie van plannen en strategieën om kwetsbaarheden in relatie tot de zakelijke omgeving en haar belanghebbenden te beheren.	We zijn ons ervan bewust hoe een volgende crisis ons zou kunnen raken
Indicator: Stresstests	Stresstests is de deelname van personeel aan simulaties of scenario's die zijn ontworpen om responsregelingen te oefenen en plannen te valideren.	Wij geloven dat noodplannen geoefend en getest moeten worden om effectief te zijn

Bijlage C Stappen van analyse

De stappen van de thematische analyse zoals uitgevoerd tijdens dit onderzoek.

Stap	Definitie	Auteur	Werkzaamheden
Stap 1	Lezen en herlezen van interviewtranscripten	I	Noteren van eerste gedachten over de data en opvallend heden
Stap 2	Eerste ronde coderen in MaxQDA	I	Coderen van de data vanuit de opvallend heden in stap 1 Coderen van de data langs de BRT indicatoren Het schrijven van memo's bij de data
Stap 3	Toetsen en falsificeren van bevindingen	I en IIII	Coderingen organiseren en presenteren Samen met tweede onderzoeker de bevindingen toetsen, per thema/module: <ul style="list-style-type: none"> Ondersteund de data de gevonden thema's? Zijn er overlappende thema's? Zijn er subthema's? Corresponderen de thema's met de indicatoren?
Stap 4	Definiëren en interpreteren van thema's	I	Zoeken van voorbeelden/quotes die representatief zijn voor de thema's. De overkoepelende thema's die daarin geïdentificeerd werden, zijn vervolgens geïnterpreteerd in het licht van bestaande literatuur in het veld van crisis en rampen onderzoek, post-crisis
Stap 6	Schrijven	I, II, III en IIII	

Bijlage D Codeboom

Codeboom zoals gebruikt tijdens het coderen van de interviewtranscripten in MaxQDA

Parent code	Sub Code
Eerste analyse: Indicatoren BRT	Klaar zijn voor verandering
Eerste analyse: Indicatoren BRT	Netwerken
Eerste analyse: Indicatoren BRT	Leiderschap en cultuur
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Klaar zijn voor verandering	Stresstests
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Klaar zijn voor verandering	Planning strategieën
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Klaar zijn voor verandering	Proactieve houding
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Klaar zijn voor verandering	Eenheid van doel
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Klaar zijn voor verandering\Stresstests	Oefenen scenario's
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Klaar zijn voor verandering\Stresstests\Oefenen scenario's	realiteit vs planning
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur	Leiderschap
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur	Betrokkenheid personeel
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur	Situatiebewustzijn
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur	Besluitvorming
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur	Innovatie en creativiteit
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur\Besluitvorming	Korte lijntjes
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur\Leiderschap	Multidisciplinair
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur\Leiderschap	Herkenbaar crisis leiderschap
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Leiderschap en cultuur\Leiderschap	Tweedeling bedrijf
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Netwerken	Interne middelen
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Netwerken	Silos doorbreken
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Netwerken	Benutten van kennis
Eerste analyse: Indicatoren BRT\Netwerken	Effectieve partnerschappen
Open codes	Digitale middelen
Open codes	Mogelijk voorbeeld rapport
Open codes	Resources
Open codes	Emotie
Open codes	Crisis

Open codes\Crisis	Langdurig
Open codes\Crisis	Tweede golf
Open codes\Crisis	Eerste golf
Open codes\Crisis	Creeping
Open codes\Crisis	Acute
Open codes\Crisis	Inhaalzorg
Open codes\Digitale middelen	E-health
Open codes\Emotie	Uitputting
Open codes\Emotie	onzekerheid
Open codes\Emotie	Saamhorigheid
Open codes\Emotie	Trots
Open codes\Resources	Nieuwe externe samenwerking
Open codes\Resources	Beschermingsmiddelen
Open codes\Resources	Personeel
Open codes\Resources	Financieel
Open codes\Resources	Informatie
Open codes\Resources\Personeel	Herstel
Open codes\Resources\Personeel	Verzuim
Open codes\Resources\Personeel	Samenwerking
Open codes\Resources\Personeel\Samenwerking	Verschillende disciplines
Open codes\Resources\Personeel\Samenwerking\Verschillende disciplines	Expertise
Tweede analyse: RAG	Leren
Tweede analyse: RAG	Anticiperen
Tweede analyse: RAG	Monitoren
Tweede analyse: RAG	Reageren
Tweede analyse: RAG\Anticiperen	Risico's identificeren
Tweede analyse: RAG\Leren	reflecteren
Tweede analyse: RAG\Leren	Blijvende verandering
Tweede analyse: RAG\Leren	Safety II
Tweede analyse: RAG\Monitoren	Indicatoren dreiging
Tweede analyse: RAG\Reageren	crisisparaatheid
Tweede analyse: RAG\Reageren	Begin-eind
Tweede analyse: RAG\Reageren	protocollen
Tweede analyse: RAG\Reageren	Flexibiliteit (reageren zonder andere processen te stoppen)
Tweede analyse: RAG\Reageren	onderscheiding belangrijk en urgent

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/02/08/avondklok-verlengd-vanwege-mogelijke-nieuwe-golf-van-besmettingen>

Zie: Oplegger Monitor Toegankelijkheid van Zorg; gevolgen van Covid-19 - 26 augustus 2021. Nederlandse Zorgautoriteit. Het betreft vooral planbare zorg zoals knie en heupvervingen.