

Samenvatting geleerde lessen op basis van de inbreng van V&VN, LHV, FMS, NFU, NVZ, ROAZ ZW.

Twee keer paar maand spreekt VWS met de V&VN, LHV, FMS, NFU, NVZ en het LNAZ in het 'Overleg monitoring COVID-19 in de eerste lijn en de MSZ'. In dit overleg worden onder meer de ontwikkelingen van de COVID-19 besmettingen, ziekenhuisopnames en IC opnames besproken.

Aan deze partijen is gevraagd de eerste golf te evalueren, omdat het belangrijk is om na te gaan wat we meenemen voor een eventuele volgende golf. Deze uitvraag heeft veel reacties opgeleverd, waar onderstaand een gecategoriseerde opsomming van is. Deze samenvatting geeft een momentopname en kan gaande weg worden aangevuld. In het 'monitoring COVID-19' overleg wordt de dynamische lijst door eerdergenoemde partijen gehanteerd als werkagenda voor aan te pakken knel- en aandachtspunten.

A. Voorbereiding, samenwerking, netwerkmanagement, organisatie in de regio.	
De voorbereiding op en het oefenen met crisissen heeft veel opgeleverd. Het gaat om het hebben van een netwerk vóór de crisis. Goede relaties hebben zich in crisistijd uitbetaald. Vertrouwen in elkaar is daarbij essentieel.	Actie: Alle partijen, voortdurend.
<p>De rol van het ROAZ ten opzichte van rol GGD GHOR was onduidelijk en niet in alle regio's gelijk.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Huisartsen hebben samenwerkingsafspraken met de GGDGHOR in tijden van crisis. GGDGHOR is in het HAROP (het huisartsen rampen opvangplan) de partij die de kloof tussen bestuurders (VWS) en medische professionals moet dichten. ○ Het besluit over de plotselinge inzet van het ROAZ in de regionale crisis-uitvoering heeft de LHV gemist. ○ Gevolg is dat zorgprofessionals niet goed geïnformeerd waren, dat er minder goede samenwerking met andere partijen zoals ziekenhuizen was en dat sommige acties van de ROAZ'en (bijvoorbeeld het ophalen van alle mondkapjes bij de huisartsenposten) niet gecoördineerd en gecommuniceerd waren en tot onrust hebben geleid. ○ Oprichting van RONAZ (regionaal overleg niet acute zorg) via de GHOR heeft onnodige verwarring opgeleverd. Onduidelijk was waarom de GHOR deze opdracht kreeg, terwijl de VVT-sector al veelal bij ROAZ'en aangesloten is. Dit kan efficiënter. VVT is volgens de concept AmvB acute zorg partner van het ROAZ, en daar vindt integrale afstemming in de keten plaats. Oproep is om geen nieuwe gremia op te richten voor ketenafstemming, omdat er dan risico is op minder integrale blik. 	<p>Actie: indien gewenst organiseert VWS gesprek tussen LNAZ, LHV en GGD GHOR over mogelijke onduidelijkheden.</p> <p>Actie alle partijen: duidelijke afspraken over welke gremia waarvoor het voortouw hebben bij een tweede golf met als randvoorwaarde daarbij zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande structuren.</p> <p>Actie LNAZ: ROAZ'en verzoeken om VVT sector actief te benaderen om aan te sluiten bij ROAZ</p>

<p>Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) is in de crisisperiode van waarde gebleken voor het landelijke overzicht en de aansturing die onder druk van bijzondere omstandigheden nodig was. Normaal blijft echter de eerste verantwoordelijkheid bottom-up bij de instellingen die wanneer nodig binnen iedere ROAZ nadere coördinatie overeen kunnen komen teneinde met inzet van de bestaande infrastructuur voor acute zorg (Huisarts, SEH, Acute zorg, IC, Traumacentra) de beschikbaarheid optimaal te borgen. Dit heeft zowel met het oog op de effectiviteit als vanuit het gegeven van het huidige financieringssysteem de voorkeur boven een top-down aansturing.</p>	<p>Actie afgehandeld: op pagina 18, 20 t/m 25 van het IC-opschalingsplan staan de rollen en verantwoordelijkheden mbt aansturing en coördinatie beschreven.</p>
<p>Ziekenhuizen, categorale instellingen, zorgpartijen en organisaties daarbuiten hebben de afgelopen maanden vanuit het collectieve, maatschappelijke belang intensief en solidair samen gewerkt, samen gezorgd en samen georganiseerd. Het is mede dankzij deze inspanningen dat het zwartste scenario niet is uitgekomen.</p>	<p>Actie: Alle partijen, voortdurend.</p>
<p>Samenwerking met andere netwerken was essentieel om alle expertise over diverse onderwerpen aan tafel te brengen; capaciteit, personeel, geboortezorg etc.</p>	<p>Actie: Alle partijen, voortdurend.</p>
<p>Crisismanagement in regio met verschillende geografische eenheden (ROAZ, IC-regio, ambulancetransport) is (door intensivisten) als belangrijk probleem ervaren.</p>	<p>Actie afgehandeld: er gaat geen herindeling van regio's plaatsvinden. Een werkwijze beschreven op pagina 18, en 20 t/m 25 van het IC-opschalingsplan helderheid scheppen in coördinatie op verschillende niveaus.</p>
<p>Voor een volgende crisis is het verstandig een systeem van risicomanagement in te richten, waarbij logistiek en inkoop als onderdelen worden meegenomen. Het organiseren van periodieke stress tests kan hierbij belangrijke informatie opleveren.</p>	<p>Actie: Alle zorgorganisaties dienen dit zelf op te pakken en eventueel in ROAZ verband te bespreken.</p>

B. Besluitvorming

Hier wordt door partijen onderscheid gemaakt in de interne besluitvorming in de zorginstellingen en de externe besluitvorming over de landelijke crisis-aanpak.

Landelijke (externe) besluitvorming:

<p>Het vertrouwen op en in experts met kennis van infectieziekten en de bestrijding daarvan was groot. Dit werd ook blijvend gesteund in de persconferenties. Het is van belang dat deze experts onafhankelijk kunnen blijven</p>	<p>Actie: VWS is zich hiervan zeer bewust wanneer een advies vraag wordt</p>
---	---

<p>adviseren en dat van hen geen adviezen worden gevraagd of verwacht over aspecten die buiten hun expertise domein liggen.</p>	<p><i>ingediend bij het OMT. Mochten experts vragen krijgen die buiten hun expertise liggen zullen zij dit ook zelf aangeven.</i></p>
<p>Koepelorganisaties hebben behoefte aan 1 contactpersoon/aanspreekpunt bij cruciale organisaties in de crisisstructuur die het overzicht hebben en waarmee snel geschakeld kan worden. Denk aan VWS, het RIVM, GGD GHOR, en het ROAZ.</p>	<p>Actie: <i>VWS zet de (koepel)overleggen met cure en care partijen voort. Als zorgpartijen (nog) geen overleggen gekoppeld aan de crisisstructuur hebben, dan kunnen ze dit bij VWS (directie CZ) aangeven, zodat wij dit kunnen faciliteren.</i></p>
<p>Er ontbrak (voor de huisartsen) een structureel overleg op besluitvormend niveau over de uitvoering en communicatie tussen VWS, huisartsen en GGDGHOR. Daardoor was er in het beleid te weinig aandacht voor de (on-)mogelijkheden van de praktische uitvoering. Ook was er te weinig aandacht voor signalen uit het veld. Het koepeloverleg dat er was, was te veel informerend en te weinig op actie gericht. Daarvoor zijn het ook teveel partijen. De daar wel uitgesproken zorg voor kwetsbare ouderen kwam daardoor hier onvoldoende in beeld.</p>	<p>Actie: <i>het monitoring COVID-19 overleg kan hiertoe dienen, daar waar het gaat om landelijk beleid. Verder het nu goede contact tussen LHV en directie Publieke Gezondheid aanhouden.</i></p>
<p>Betrek zowel regionaal als landelijk alle zorgpartijen goed bij besluitvorming. Heb daarbij ook specifiek aandacht voor de huisartsen, de eerstelijns (incl. de wijkverpleegkundige, verloskundige zorg en kraamzorg) en de VVT-sector (intramuraal, ambulante en woonvormen). De driehoek VVT, ziekenhuizen, huisartsen en de onderlinge rolverdeling is cruciaal.</p>	<p>Actie: <i>zie voorgaande.</i></p>
<p>Het Bestuurlijk Advies Orgaan (BAO) werd voornamelijk <i>geïnformeerd</i> over de Outbreak Management Team (OMT) adviezen, en kreeg niet de gelegenheid om hier bestuurlijk wat van te vinden. Besluitvorming stond ook vaak onder maatschappelijke en politieke druk. Voor de kwaliteit van besluitvorming en uitvoering is het beter meer tijd te nemen om goed af te wegen en relevante partners te betrekken. Wat hierbij ook niet hielp is dat de informatie van het OMT regelmatig al naar buiten kwam voordat het besluit was genomen.</p>	<p>Actie: <i>het OMT geeft adviezen op basis van wetenschappelijke inzichten. Het is dan ook logisch dat het BAO door het OMT werd geïnformeerd over die adviezen. Het BAO mag haar visie geven, maar het kabinet besluit. Maatschappelijke en politieke druk zullen ook in een eventuele tweede golf aan de orde zijn. De uitdaging zit hem</i></p>

	<i>erin voor alle partijen om zoveel mogelijk de tijd te nemen voor weloverwogen besluiten en tegelijkertijd de maatschappelijke en politieke druk wel in acht te nemen.</i>
<i>Interne besluitvorming (binnen de zorginstellingen):</i>	
Zorg dat verpleegkundigen en verzorgenden een plek hebben in crisisteams in de instellingen. Nu is dit doorgaans niet het geval. Organiseer dat meteen, in de 'koude' fase, zodat dit goed geregeld is bij een eventuele tweede piek. De inzet van verpleegkundigen en verzorgenden is cruciaal in de (corona-)zorg. Betrek verpleegkundigen en verzorgenden op alle niveaus. Dit geldt niet alleen bij bijzondere uitbraken, maar ook in de reguliere zorgverlening.	Actie: <i>Zorgorganisaties pakken dit op. Er volgt een advies van CNO over zeggenschap en positionering van de beroepsgroep. Na verschijnen van het advies verneemt VWS graag van de zorgorganisaties hoe zij dit gaan implementeren.</i>
In de ziekenhuizen is volgens de FMS heel veel goed gegaan met betrekking tot de interne besluitvorming: <ul style="list-style-type: none"> o Snelle opstart crisisorganisatie (crisisbeleidsteam, coronaplanbureau, logistiek) o Grote participatie van de medische staf in crisisorganisatie o Goede onderlinge samenwerking zowel binnen medische staf als met ziekenhuismanagement, maar ook regionaal (bijvoorbeeld met huisartsen/inrichting COVID-19 hotel) o Medisch leiderschap o Snelle en duidelijke beslissingen o Duidelijk overleg en communicatie 	Actie: <i>ziekenhuizen houden dit vast</i>
C.	
D. Voorlichting en Communicatie	
Het is belangrijk om de communicatie op inhoud en timing goed af te stemmen en elkaar te informeren als iets naar buiten komt (landelijk beleid met de koepels).	Actie: <i>communicatie als vast agendapunt in voortgangsoverleg covid opnemen?</i>
Draagvlak voor maatregelen kan worden vergroot door meer contact met koepels en hun woordvoerders.	Actie: <i>Dit overleg is een belangrijk</i>

	<i>moment van contact.</i>
Er moet meer aandacht zijn voor de angst van burgers bij ziekenhuisbezoek (beeldvorming).	Actie: NVZ pakt dit samen met Patiënten Federatie op. Half oktober resultaat.
Publiceer dagelijks of wekelijks de besmettingscijfers van de sectoren: het aantal besmettingen, sterfgevallen en besmette locaties. Voor verpleeghuizen kwamen deze cijfers laat en onvolledig. Voor de andere sectoren buiten het ziekenhuis waren de cijfers er niet. Zorg voor goed te vergelijken cijfers (CBS-cijfers en Verenso-cijfers waren appels en peren).	Actie: verpleeghuissector is toegevoegd aan dashboard, dashboard is in ontwikkeling: https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/
Door partijen wordt expliciet de voorlichting en communicatie vanuit het RIVM richting de koepels/zorginstellingen/zorgverleners benoemd. Deze informatie vanuit het RIVM hangt samen met de communicatie over nieuwe richtlijnen en richtlijn ontwikkeling. <ul style="list-style-type: none"> o Waar de LHV aangaf dat het RIVM 24/7 bereikbaar was, de problemen in de uitvoering serieus nam en het inhoudelijk overleg met RIVM vanaf het begin goed liep, geeft V&VN aan dat de communicatie van het RIVM gericht op zorgprofessionals moet worden verbeterd en dat dit samen met de beroepsverenigingen moet gebeuren. Advies is om hierbij voort te bouwen op de samenwerking die tegen het einde van de eerste piek tot stand kwam. Wees transparant in het 'waarom' van beleidskeuzes. o Bied zorgprofessionals duidelijke, actuele en eenduidige informatie over testbeleid, soorten testen en gebruik van beschermende middelen. Zorg dat straks ook goed staat bij informatie over de ontwikkeling, toegang tot en beschikbaarheid van vaccins. Dit belangrijk voor zorgprofessionals zelf en voor hun patiënten en naasten. 	Actie: LHV en V&VN evalueren dit zelf met het RIVM.
Neem in richtlijnen de juiste kwaliteitsnorm op. Laat schaarste hierbij geen rol spelen. Daar prikken professionals doorheen. Een richtlijn die voortkomt uit schaarste geeft onrust en is onveilig.	
Omdat er sprake is van een nieuw virus en nieuw ziektebeeld is het van belang dat inhoudelijke richtlijnen snel kunnen worden ontwikkeld en herzien (op basis van nieuwe inzichten) door het RIVM, de NHG en de FMS als dat nodig is, bijvoorbeeld ten aanzien van behandelmethodes, persoonlijke beschermingsmiddelen, testbeleid, en andere maatregelen. Het RIVM, NHG en de FMS hebben goede resultaten geboekt met deze snelle kort cyclische ontwikkeling en herziening van richtlijnen en standpunten. De door urgentie gedreven snelle	Actie: RIVM, NHG, V&VN en FMS maken afspraken over ontwikkelen en onderhoud (incl prioritering).

<p>herziening vraagt ook inzet van andere partijen en brengt uitdagingen met zich mee. Vraag is of iedereen zich altijd voldoende bewust is van de urgenties en capaciteit kan vrijmaken voor een bijdrage als dat nodig is. De wijze waarop deze snelle cyclus van ontwikkelen en onderhoud naar de toekomst toe adequaat geborgd is (inclusief afspraken over prioritering) zal de komende periode verder worden uitgewerkt.</p>	
<p>Zorg dat je bij de ontwikkeling van richtlijnen en ander beleid oog hebt voor onvoorspelbaar gedrag bij patiënten. Kijk niet alleen naar feitelijke besmettingsrisico's van handelingen.</p>	<p>Actie: NHG, V&VN en FMS nemen dit mee bij de richtlijnontwikkeling.</p>
<p>Zorg voor gerichte, vaak praktische trainingen en instructies over praktijkonderwerpen als cohortverpleging, herkennen van symptomen en zorg op afstand. Daarmee zorg je voor eenduidigheid in zorghandelingen.</p>	<p>Actie loopt, zie ook OMT advies van 27 augustus en bijbehorende Kamerbrief, de aanbevelingen uit het advies over beperking van transmissie in verpleeghuizen zullen worden opgepakt.</p>
<p>Het RIVM werd nadrukkelijk gepositioneerd. Daardoor werden de adviezen in de praktijk als verplichtend en een-op-een gebruikt voor de organisatie van zorg (bijvoorbeeld bij inkoop van PBM). Verpleegkundigen en verzorgenden hebben weinig ruimte ervaren om daarvan af te wijken, in het bijzonder ten aanzien van beschermende middelen. Kritiek werd niet altijd geduld. Dat is niet wenselijk en moet een volgende keer anders. Zorgprofessionals verdienen meer ruimte om te handelen naar hun professionele inzichten, passend bij de specifieke context waarin zij zorg verlenen. Zij verdienen het vertrouwen dat ze persoonlijke beschermingsmiddelen correct kunnen gebruiken. Zij moeten altijd kunnen beschikken over voldoende beschermende middelen. V&VN zal hiertoe strekkende adviezen formuleren wanneer de RIVM richtlijnen in de praktijk onvoldoende bescherming bieden en/of niet bij de specifieke context passen.</p>	<p>Actie afgerond: De huidige RIVM richtlijnen over het gepast gebruik van beschermingsmiddelen binnen en buiten de zorg, gaan uit het van het <u>risico van bepaalde medische handelingen</u>. Aan de hand van dat risico wordt geadviseerd of in een bepaalde situatie wel/niet beschermingsmiddelen dienen te worden gebruikt, en zo ja, welk beschermingsmiddel dan gepast is. In de langdurige zorg (zowel intramuraal als extramuraal) is in de uitgangspunten bovendien expliciet opgenomen dat een zorgverlener, op</p>

	<p>basis van <u>zijn eigen professionele inschatting</u>, in specifieke situaties beredeneerd kan afwijken van de RIVM-richtlijnen en PBM gebruiken. Hierbij wel de oproep aan partijen, dat op andere vlakken waar in richtlijnen vrijheid wordt geboden juist weer invulling wordt gevraagd van het RIVM (zie discussie monitoring covid overleg 24 augustus).</p>
--	--

F.

<p>G. Uitvoering; de zorgverlening tijdens de piek en tijdens een eventuele volgende piek.</p>	
<p>De werkelijke impact op de gehele gezondheidszorg kwam laat in beeld.</p>	
<p>De focus lag veel op ziekenhuizen en IC's. De eerstelijns kwam moeilijk in beeld en werd in communicatie nog wel eens vergeten (bijvoorbeeld bij pbm-regeling, personeelsbeloning).</p>	
<p>Opschaling landelijke inkoop, IC coördinatie en beschikbaarheid medicijnen ging goed.</p>	
<p>Enkele uitvoeringsregels op het gebied van mededinging zijn tijdens de pandemie tijdelijk versoepeld om optimale samenwerking en uitwisseling van patiënten mogelijk te maken.</p>	
<p>Nu al voorbereiden: hoe moeten de griep en pneumokokken vaccinaties gaan verlopen (Ruimten van de gemeenten? Portocabins? Wie betaalt dat? Vergunningen?). Ook ziekenhuizen moeten rekening houden met de griep die een behoorlijk beslag op kan gaan leggen op de capaciteit.</p>	<p>Actie: GGD'en en directie Publieke gezondheid. Actie: Werkgevers in de zorg zetten zich in om de vaccinatiegraad te verhogen, organiseren aandacht voor de vaccinatie van het zorgpersoneel en bieden vaccinatie laagdrempelig aan in de eigen zorginstelling.</p>
<p><i>Sneller en gericht testen:</i></p>	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Om een tweede golf te voorkomen zal er meer accent op de nulde en eerste lijn moeten liggen (testen, isoleren en thuis verzorgen). ○ Bij testbeleid en uitvoering waren er regionaal grote verschillen in rol ROAZ en rol GGD. ○ Er was te weinig testcapaciteit (FMS) en er was een duidelijk verschil in beleid tussen de regio's bij het gebruik van schaarse materialen (zo veel mogelijk testen in het Noorden, elders niet). Bij schaarste zou juist de meest getroffen regio voorrang moeten krijgen (LHV). ○ Wijzig niet om de paar dagen het landelijke beleid. Dit gebeurde bijvoorbeeld met het testbeleid, wat duidelijke communicatie bemoeilijkt en ervoor zorgt dat het voor professionals niet meer te volgen is. ○ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actie: het testbeleid is ten opzichte van de eerste golf anders ingericht, zie ook Kamerbrief over testen en traceren van 28 augustus jl. en we kunnen hierover met elkaar in gesprek in het monitoring Covid-19 overleg.
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, overige tekorten:</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Er waren te weinig persoonlijke beschermingsmiddelen. ○ Al voor de eerste COVID patiënt in Nederland werd gediagnosticeerd waren er in de ziekenhuizen problemen met de beschikbaarheid van bepaalde medische hulpmiddelen en signalen van een potentieel groter probleem (beademingsapparatuur en PBM). De aandacht voor deze signalen is initieel onvoldoende geweest. Hierdoor hebben zorginstellingen elkaar (onbewust) beconcurrereerd bij de aanschaf van materialen, met als gevolg een prijsopdrijvend effect. Ook werd duidelijk dat zorginstellingen te weinig slagkracht hebben om op de internationale markt te opereren. ○ Afhankelijkheid van het buitenland bleek een groot probleem. De op gang gekomen eigen productiecapaciteit moet behouden blijven. Hetzelfde geldt voor de grondstoffen voor medicijnen. Ook daar stonden we op de rand van tekorten. ○ We moeten in de EU maatregelen nemen voor de kwetsbaarheid. Meer Europese productie van beschermingsmiddelen en geneesmiddelen is noodzakelijk. 	
<p>Een grote voorraad van beschermingsmiddelen en medicatie is aan te bevelen. Heb niet alleen aandacht voor mondmaskers, maar ook voor de beschikbaarheid van andere zaken zoals schorten, handschoenen, zuurstoftanks en medicatie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 	<p>Actie: er is nationale productie van PBM opgestart. VWS is zich aan het oriënteren op de aanleg van een ijzeren voorraad. De opdracht aan LCH blijft om maximaal te voorzien in de aanvullende vraag naar</p>

	<p><i>beschermingsmiddelen in de zorg, als gevolg van het Coronavirus.</i></p> <p><i>Zorgpartijen zijn hiervan ook via een nieuwsbrief op de hoogte gebracht. Het LCH blijft als noodlijn beschikbaar en is nu voorbereid op een piekverbruik zoals in de periode maart/april gedurende 10 weken, ervan uitgaande dat zorgorganisaties zelf een voorraad aanleggen gebaseerd op het eigen piekverbruik.</i></p>
<p>Zorg dat er voldoende beschermende middelen zijn én zorg dat ze op de juiste plekken terechtkomen. Let op de sectoren buiten het ziekenhuis. Let op de mate van besmetting in instellingen en regio's. Zorg dat er voldoende beschermende middelen terechtkomen bij kleine aanbieders en zzp'ers.</p>	<p>Actie: zie voorgaande actie en aangepast beleid in verpleeghuissector nav OMT advies van 27 augustus en Kamerbrief.</p>
<p>Samenwerking met LCH verliep moeizaam. Omgooien van bestel structuur (via Mediq en QRS) tijdens de crisis werd niet door alle partijen begrepen. Communicatie vanuit LCH en Mediq was niet goed.</p>	
<p>Het was voor partijen onduidelijk wat de rol van de nieuwe landelijke coördinatiepartijen was. Vb LCH was van inkoop. Regionale uitlevering via ROAZ en GHOR. Vaak verwarring over dat ROAZ / GHOR spullen niet kon leveren, terwijl dit te maken had met spullen die er gewoonweg niet waren of ROAZ die niet kreeg van LCH door grotere tekorten bij andere regio's.</p>	
<p>Het is onduidelijkheid over wat nu van het veld verwacht wordt qua inkoop en voorraadbeheer van PBM ten behoeve van een eventuele tweede golf. Wie is aan zet om ervoor te zorgen dat de beroepsgroepen voldoende beschermingsmiddelen hebben? Wat is de rol van het LCH? We wachten op landelijke helderheid. De overheid moet duidelijk communiceren over deze verantwoordelijkheden. Voorkomen moet worden dat iedereen eigen grote voorraden gaat aanleggen, dat zou erg inefficiënt zijn.</p>	<p>Actie: beleid is als volgt en eerder in het monitoring Covid-19 overleg gedeeld: zorg dat je obv je ervaring tijdens de eerste golf nu zelf voldoende inkoopt om gedurende een tweede golf zelf over voldoende middelen te beschikken. Mocht u desondanks niet over voldoende middelen beschikken</p>

	<i>dan is er het LCH (als noodlijn) om aan te vullen. Het LCH heeft voldoende voorraad en is voorbereid op een piekverbruik zoals in maart/april gedurende 10 weken. VWS kijkt of er nog nadere richtlijnen moeten worden ontwikkeld.</i>
Coördinatie van capaciteit en PBM ligt zolang het kan regionaal. Waar nodig opschalen naar landelijk. Van centraal/ landelijk is duidelijkheid nodig over randvoorwaarden (geld) en structuur (ROAZ ZW).	Actie: <i>de gehanteerde lijn is hierboven geschetst, dus lokaal – landelijk en niet regionaal.</i>
Het werkt goed om bij de verdeling van beschermingsmiddelen de regio te verdelen in kleinere deelregio's. In die kleinere deelregio's liggen de contacten tussen de verschillende partijen er vaak van nature al.	Actie: <i>de gehanteerde lijn is hierboven geschetst, dus lokaal – landelijk en niet regionaal. Iedereen zorgt zelf voor zijn eigen voorraad en LCH is de directe noodlijn.</i>
Anticipeer als instelling op een volgende piek door in de RI&E-bepalingen (risico-inventarisatie & -evaluatie) op te nemen over de bescherming van kwetsbare groepen en in de arbeidshygiënische strategie aan te geven hoe om te gaan met beschermende middelen	Actie: <i>zorginstellingen dienen dit zelf op te pakken.</i>
Gegevensuitwisseling:	
Tijdens de coronacrisis is nogmaals gebleken hoe belangrijk het is dat huisartsenposten (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) huisartsgegevens kunnen raadplegen. Ongeveer de helft van de Nederlanders heeft die expliciete toestemming niet geregistreerd. Met de tijdelijke “corona-opt-in” is geregeld dat HAP en SEH ook een samenvatting van huisartsgegevens kunnen zien van patiënten die geen voorkeur hebben opgegeven. Voor de toekomst moet het kunnen raadplegen van patiëntgegevens ten behoeve van veilige en tijdige patiëntenzorg eenvoudiger en sneller worden gemaakt. Het is urgent daarvoor eenduidige en praktisch uitvoerbare toestemmingsvereisten overeen te komen.	Actie: <i>er wordt gewerkt aan een amvb, die doorgang kan vinden indien de AP het proportioneel vindt. Zie ook Kamerbrief gegevensgebruik in de zorg van 3 september jl.</i>
Realtime inzicht in beschikbare capaciteit moet snel beter. Handmatige uitvraag bij ziekenhuizen, verwerking door bureau ROAZ en LCPS kost veel tijd.	Actie is al belegd: <i>dit wordt als actie in het IC-opstalingsplan opgepakt.</i>
Er waren/zijn te veel registraties voor verschillende organisaties en dubbele registraties rondom	Actie: <i>zie voorgaand.</i>

bedden capaciteit (FMS)	
Er moet een faciliteit beschikbaar zijn om makkelijk digitaal patiëntgegevens van Covid-19 patiënten uit te wisselen tussen verschillende zorgverleners. Uitgangspunt daarbij is dat gegevens zoveel mogelijk eenmalig aan de bron dienen te worden geregistreerd, dubbele handmatige invoer wordt voorkomen en geen sprake mag zijn van een toename van administratieve lasten.	Actie: NFU is een project gestart met als doel genoemde faciliteit in oktober 2020 beschikbaar te hebben voor de zorg.
<i>Afschalen, coördineren en weer opschalen van zorg:</i>	
Afschalen van reguliere zorg is goed verlopen; partijen hebben elkaar laagdrempelig geïnformeerd. Idem voor opschalen. FMS geeft aan: Regionale afspraken over herstart van reguliere zorg waren goed, evenals versoepeling van regelgeving ten behoeve van snelle opschalen.	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Er waren (opstart-)problemen bij de landelijke coördinatie van patiënten. Moeizame samenwerking/communicatie met ROAZ en LNAZ. Dit neemt niet weg dat RCPS en LCPS meerwaarde heeft. Spreiding van patiënten is nodig om te zorgen dat iedereen best mogelijke zorg krijgt. Aandachtspunt hierbij is dat medici ook moeten handelen om spreiding te bevorderen. FMS geeft ook aan: Regionale en landelijke coördinatie van spreiding/uitplaatsing van patiënten is goed gegaan. Er was sprake van snelle uitplaatsing. Er was ook sprake van grote hoeveelheden interregionale patiënten verplaatsingen, idealiter wordt vóór opname bepaald waar de patiënt heen gaat (FMS). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actie afgerond: op pagina 18, 20 t/m 25 van het IC-opuschalingsplan staan de rollen en verantwoordelijkheden mbt aansturing en coördinatie beschreven.
<p>Intern in de ziekenhuizen is heel veel goed gegaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grote bereidheid om taken over te nemen / grote flexibiliteit ○ Flexibel inzetten van het beschikbare personeel ○ Zelfregie op afschaling, triage en opschaling ○ Snel opstarten gescheiden stromen SEH, cohortverpleging en uitbreiding IC ○ Inzet van e-health ○ Goede opleiding en begeleiding van medewerkers die buiten eigen werkterrein werden ingezet ○ Goede mentale zorg voor medewerkers 	○
<ul style="list-style-type: none"> ○ Terugkijkend naar de uiteindelijk benodigde capaciteit voor COVID-19 zorg is er te fors afgeschaald, ten koste van reguliere zorg. Volgende keer moet er meer aandacht zijn voor continuering van de reguliere zorg. Hierbij is het volgende behulpzaam: 	○
<ul style="list-style-type: none"> ○ Zorg voor eenduidige criteria (afwegingskader) voor afschalen en opschalen van zorg. Op- en afschaling mede op basis van die urgentielijst die door de wetenschappelijke verenigingen van medisch professionals is 	Actie loopt: urgentielijst is

gemaakt, helpt bij het toekennen van prioriteit aan zorgvragen en borgt dat zij die zorg echt nodig hebben die zorg ook echt krijgen.	<i>beschikbaar, opschaling IC is bedoeld om reguliere zorg zo veel mogelijk doorgang te laten vinden, NZa monitort reguliere zorg.</i>
o Zorg voor betere triage ten behoeve van reguliere zorg toe te passen en betere (strengere) triage ten behoeve van COVID-19 zorg op IC-afdeling.	o Actie afgerond: er zijn triage-richtlijnen van NVIC en NHG.
o Meer (integrale) aandacht voor beschikbaarheid van capaciteit (bedden en bemensing) van en bemensing van de kliniek te hebben	o Actie: zorginstellingen
o Meer hulp in leveren COVID-19 zorg vanuit “minder getroffen” ziekenhuizen, transparantie in COVID opname beleid, betere landelijke spreiding, meer transparantie in beschikbare capaciteit. Gelijke toegang tot zorg voor patiënten met een vergelijkbare zorgvraag, ongeacht de regio waar zij wonen.	o Actie loopt: IC-ophaalingsplan voorziet hierin.
o Voorbereid zijn door) uitgebreidere inzet van e-health toepassingen. Blijf inzetten op vernieuwing/digitalisering, waar kansen zich voordoen. Meer digitale zorg kan een bijdrage leveren aan de continuering van de reguliere zorg bij een nieuwe golf.	o
o Voorbereid zijn door vormen pool en opleiden/voorbereiden van medewerkers voor COVID-19 zorg	o Actie: Ziekenhuizen zijn (via ROAZ'en) gevraagd opleidingsplannen in te dienen
o Capaciteit inclusief recovery- en anesthesiepersoneel behouden voor OK proces.	o Actie: zorginstellingen
o Bekijk de kwaliteit van zorg niet alleen vanuit het perspectief mensen te willen ‘genezen/behandelen’. Heb oog voor de kwaliteit van leven. Voer het gesprek over Advance Care Planning, palliatieve zorg. Bespreek eerder met familie en naasten de ‘zin en onzin’ van (medisch) handelen.	o Actie: van zorgaanbieders. Er is een richtlijn van NHG.
o Deel goede voorbeelden van gepast gebruik om te leren en te ontwikkelen bij de regionale opschaling.	o
o In het geval van een tweede golf: beschouw de organisatie van zorg niet enkel kwantitatief (bijvoorbeeld het aantal IC-bedden). Kijk ook naar wat dit betekent voor de kwaliteit die geleverd wordt, wat dit betekent voor de mensen die daar werken en de mensen die daar behandeld worden. Wees eerlijk in verwachtingen en beoordeel of dit wenselijk is.	o Actie loopt: IC-ophaalingsplan voorziet erin dat er niet wordt ingeleverd op de geleverde kwaliteit van zorg bij een tweede golf.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Zorg dat de huisartsenzorg zoveel mogelijk doorgang kan vinden bij een volgende piek. Om gezondheidsschade te voorkomen, is van belang dat de huisarts te allen tijde toegankelijk is, fysiek en/of virtueel. ○ 	<p>Actie: LHV draagt samen met NHG uit dat reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang moet vinden, rekening houdend met de beperkingen die er zijn (1,5 m samenleving). LHV biedt samen met NHG op de website praktische tips en instrumenten om dit zo goed mogelijk te kunnen doen en regelt de benodigde randvoorwaarden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ De samenwerking aan de voorkant met de huisartsen is belangrijk voor de juiste sturing naar de ziekenhuizen. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actie: LHV en NVZ.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nazorg van coronapatiënten. Een deel van de patiënten die genezen van corona houden vaak restklachten. Inzichten zijn we met z'n allen aan het opbouwen. Wat betekent dit voor het werk van verpleegkundigen en verzorgenden? Wat verbindt ons op dit onderwerp. Hoe kunnen we hierin samenwerken met elkaar? ○ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actie loopt vanuit VWS: Q-support heeft een plan van aanpak ontwikkeld gericht op de nazorg van COVID-19 patiënten (gericht op het bieden laagdrempelige ondersteuning aan COVID-19 patiënten op verschillende terreinen; niet alleen rondom (medische) zorg, maar ook voor zorgen rondom werk- en inkomen en psychosociale zorg). Deze maand (september) wordt hier meer over bekend.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Denk nu al na over capaciteitsuitbreiding (en de financiering daarvan) voor extra opvang, nazorg of hospicezorg. Dat liep nu chaotisch, daar is veel tijd in gaan zitten van oa huisartsen die dit mee hebben opgezet en deze extra bedden capaciteit is voor een deel amper of niet gebruikt. Heroverweeg het advies van de DPG'en van 300 beschikbare plekken tot uiteindelijk eventueel een capaciteit van 2000 bedden (in zorghotels, verpleeg- en verzorgingshuizen, binnen twee weken opschaalbaar). 	<ul style="list-style-type: none"> ○
<ul style="list-style-type: none"> ○ Landelijke en regionale monitoring van de opstart is belangrijk voor inzicht in toegankelijkheid. Dit kan door 	<p>Actie: NZa onderzoekt hoe</p>

<p>het monitoren van: verwijzingen, beschikbare capaciteit, productiegegevens, wachttijden en klantsignalen. Dit zijn data die niet standaard publiek beschikbaar zijn.</p>	<p><i>datapositie structureel verbeterd kan worden.</i></p>
<p>o Communiceer duidelijk richting patiënten. Verwachtingen managen bij patiënten is cruciaal voor het creëren van begrip. Wat kan iemand verwachten van de zorgverlener, en waarom? Waar kan hij met welke zorgvraag terecht? Hoe voorkom je dat patiënten ten onrechte te terughoudend zijn om een arts te bezoeken.</p>	<p>o Actie: LHV, FMS pakken dit met de <i>Patienten Federatie op. Half oktober resultaat.</i></p> <p>o</p>
<p><i>Financieel comfort voor continuïteit:</i></p>	
<p>Er was snel overleg LHV met verzekeraars over kosten en omzetzijde met goede afspraak. Er waren snelle maatregelen voor ondernemers en zzp-ers die in de problemen kwamen (maar voor waarnemend huisartsen niet adequaat helaas).</p>	<p>o</p>
<p>Zorginstellingen zien zich geconfronteerd met een grote onzekerheid omtrent de combinatie van inkomstenderving en meerkosten. Na drie maanden onderhandelen is een modelbenadering gerealiseerd waarvan het effect per instelling nog niet volledig inzichtelijk is en er is nog niet uitgewerkt hoe de niet-ZVW kosten worden overbrugd. Het is van belang dat er sneller met elkaar wordt gewerkt aan duidelijkheid, zodat de periode van onzekerheid bij zorginstellingen wordt geminimaliseerd.</p>	<p>Actie: <i>overleg tussen VWS, NVZ, NFU en ZN loopt.</i></p> <p>o</p>
<p>In beginsel was er onduidelijkheid over de financiering van meerkosten, wat heeft geleid tot veel vragen aan het ROAZ. Er is uiteenlopende ervaringen inzake afstemming met zorgverzekeraars daarover. ROAZ bureaus krijgen steeds meer taken, snel passende financiering voor deze nieuwe taken is noodzakelijk.</p>	<p>Actie: <i>overleg tussen VWS en LNAZ.</i></p>
<p>Voor het meer overeind houden van de reguliere zorg tijdens de tweede golf is tijdig financiële zekerheid nodig, onder andere over de IC- opschaling en de hiermee verbonden extra klinische capaciteit. De extra kosten voor de extra IC-bedden (en mensen en apparatuur) kunnen niet uit het beschikbare macrokader Medisch-specialistische zorg opgebracht worden, dus dat moet structureel worden opgehoogd.</p>	<p>Actie: <i>overleg tussen VWS, NVZ, NFU en ZN loopt.</i></p>
<p>H. effect van de aanpak/ verantwoording/ nazorg:</p>	
<p>Er is heel hard gewerkt door velen. Niet alleen in de zorg maar ook in de bestuurlijke en adviserende gremia. Iedereen gaf blijk van een groot verantwoordelijkheidsgevoel en stond er.</p>	
<p>De doelstelling van het beleid was in het begin onduidelijk. Groepsimmunitet versus indammen. Er is uiteindelijk doortastend opgetreden, maar de start was aarzelend.</p>	

<p>De veerkracht en weerbaarheid in de eerste lijn en ziekenhuiszorg zijn enorm. Er is veel improvisatievermogen en doelgerichtheid. Dat is belangrijk om te behouden en te bevorderen. Zorgprofessionals moeten de ruimte hebben om de beste oplossingen te vinden.</p>	<p>Actie: zorgorganisaties</p>
<p>o Werk aan het gemotiveerd houden van alle medewerkers in de zorg voor de komende 2e, 3e of 4e golf. Maak hiervoor de beloning en erkenning voor het werk tijdens de coronacrisis concreet en zichtbaar. Dit vraagt ook om behoudt van rust aan het zorgfront. Op iedereen rust de verantwoordelijkheid om die rust niet onnodig te verstoren.</p>	<p>Actie: alle deelnemers monitor overleg en VWS.</p>
<p>o Heb oog voor de angst en onzekerheid onder zorgverleners dat zij besmet kunnen raken en daarmee hun kwetsbare patiënten in gevaar kunnen brengen.</p>	<p>Actie: zorginstellingen en VWS</p>
<p>o Zorg voor ondersteuning van zorgprofessionals die last hebben van de psychische effecten van de coronacrisis. Neem maatregelen tijdens het werk, zorg voor opvang en behandeling en zorg voor inkomensondersteuning als professionals uitvallen. Heb oog voor de mentale gevolgen op de korte en langere termijn. Bied actief mogelijkheden voor nazorg aan. Extra aandacht voor de wijk en het verpleeghuis ten aanzien van het opzetten van goede buddysystemen. Zorg dat op korte en langere termijn het onderwerp op de agenda blijft staan.</p>	<p>Actie: oproep aan alle zorginstellingen dit zelf te borgen. Maak hierbij gebruik van reeds opgezette mogelijkheden: Goede laagdrempelig mentale ondersteuning via Sterk in je Werk/extra-coaching. Waar nodig verwijzen we voor zwaardere psychische hulp door naar ARQ-IVP van het Nationaal Psychotrauma Centrum. Vanaf 20 mei zijn beide initiatieven ook te vinden bij het digitale Informatie- en Verwijscentrum (IVC) dat is ingericht voor vragen van mensen over de psychosociale gevolgen van Covid-19.</p>
<p>o Tijdens de crisis is voor de geleverde kwaliteit van zorg noodgedwongen geschoven van 'het heel goed doen' naar 'het goede doen'. Dit brengt een aantal vragen met zich mee. Konden de kwaliteit en veiligheid voldoende gewaarborgd worden? Wat was de mortaliteit ten opzichte van IC-zorg buiten de crisis? Rechtvaardigt het de gevraagde inspanningen? Of moet onderzocht worden of er ook andere scenario's zijn behalve het opschalen van de IC-capaciteit? En gaat de IGJ akkoord met de kwaliteit en veiligheid die geboden kan worden? De antwoorden op voornoemde vragen hebben mogelijk consequenties voor een</p>	<p>Actie: IC-opstalingsplan voorziet erin dat er niet wordt ingeleverd op de geleverde kwaliteit van zorg bij een tweede golf. De IGJ heeft onderzoek gedaan naar de zorgverlening tijdens de eerste COVID-crisis.</p>

eventuele volgende golf.	
o	
o De impact van de Covid-crisis op het reguliere onderzoek en onderwijsdeel van de umc's is zeer groot.	

1. Toekomstige organisatie van het zorgstelsel - onderstaande punten kunnen worden besproken in de reguliere po's en BO's, in de discussie over de houtskoolschets acute zorg en de contourennota. Hier worden nu geen acties aan gekoppeld.

- Het snel kunnen opschalen op de IC, maar ook in andere delen van de acute zorgketen in de eerste en tweede lijn, is in tijden van crisis van groot belang gebleken. Pre crisis is te veel aandacht aan het zo kostenefficiënt als mogelijk inrichten van de acute as. De acute as leent zich niet voor (gereguleerde) concurrentie. De fysieke en personele infrastructuur moet immers op orde en voldoende gespreid beschikbaar zijn.
- De focus en energie waren tijdens de coronacrisis gericht op één specifieke patiëntgroep, de covid-patiënten, in de hele keten van zorg, integraal, van het begin tot het eind. Dat is een interessante les die je ook op andere vormen van zorg kan toepassen. Wat werkt er nou zo goed? Dat zijn korte lijnen, weinig bureaucratie, snelle besluitvorming, goed mandaat, gericht op specifieke patiëntgroep, dokters en verpleegkundigen in multidisciplinair team met een duidelijke focus.
- Flexibele inzet van personeel: In de crisis zijn professionals ingezet op de IC die daar normaal niet werken. Dan ontdekken we dat andere professionals, b.v. anesthesiemedewerkers die zelfs niet in de BIG zitten, zeer goed en snel inzetbaar zijn. We moeten in de zorg dus veel meer kijken, over welke actuele bekwaamheden een professional beschikt niet of hij of zij in een hokje van de BIG zit en misschien al lang geleden een opleiding heeft gedaan. Eind vorig jaar heeft de RVS een rapport uitgebracht onder de titel. 'De B van bekwaam – Naar een toekomstbestendige Wet BIG'.
- Er is een poule van mensen die bijvoorbeeld vroeger in de zorg hebben gewerkt. Maak het makkelijker om deze groep in de toekomst weer te betrekken bij de zorg.
- Flexibel opleiden van personeel: het realiseren van een flexibel en modulair opleidingsstelsel (CZO Flex Level), inclusief een daarbij passende bekostigingssystematiek, moet op korte termijn worden ingevoerd. Het draait om integraliteit, continuïteit en flexibiliteit. Van belang is dat CZO Flex Level over de volle breedte wordt uitgerold en geïmplementeerd en dat gekeken wordt naar een passende bekostiging voor modulair opleiden in plaats van de huidige FZO-bekostiging.
- Meer nieuw personeel opleiden: nu wordt slechts de helft opgeleid van het personeel dat volgens het Capaciteitsorgaan nodig is aan gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. De schaarste zit met name op IC, OK en Anesthesie. Er is bij VWS, samen met NVZ, een verzoek gedaan om voor een periode van vijf jaar subsidie te verstrekken voor onafhankelijke programmacoördinatoren en aanjagers voor onderwijsvernieuwing in de negen FZO-regio's om zo vraag en aanbod meer in evenwicht te brengen.
- Het netwerk van antibiotica resistentie kan worden ingezet voor scholing van verpleegkundigen

- Zorg dat het vak aantrekkelijk wordt en blijft. Bied loopbaanperspectief en doorgroeimogelijkheden. Verbeter de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden van zorgprofessionals structureel. Denk hierbij aan kinderopvang, maaltijdondersteuning etc. De NFU heeft eerder gepleit voor structurele erkenning en waardering van verpleegkundigen en medisch ondersteuners, waaronder een passende beloning. Zorg voor goed werkgeverschap. Sluit aan bij programma's als excellente zorg van V&VN.
- Digitale zorg: digitalisering vond in rap tempo plaats. Twijfel en obstakels hebben plaatsgemaakt voor mogelijkheden. De reguliere zorg wordt nu weer opgestart. De tendens om weer "fysiek" te gaan groeit, terwijl de ambitie moet zijn: "digitaal tenzij". Het is nu relevant om samen met veldpartijen te onderzoeken wat de ervaringen zijn met de digitalisering van polikliniekbezoeken. Wat zijn de ervaringen, kwaliteit, uitdagingen, welk deel zou structureel meer digitaal kunnen? En hoe kan zorg op afstand technisch, organisatorisch, juridisch en financieel versneld en geborgd kan worden? Zorg ook voor het doorontwikkelen van de digitale vaardigheden van zorgprofessionals. Dit kan hen ondersteunen in huidige werkzaamheden en bij een eventuele volgende piek.
- Meer samenwerking, minder marktwerking - op die golf willen wij verder. Dat is de energie van de zorg van de toekomst. Daar waar de marktwerking en het bekostigingsmodel in de weg staat van gewenste samenwerking heeft het stelsel vernieuwing nodig. Er is voldoende capaciteit nodig in deze cruciale zorginfrastructuur, inclusief ruimte dit soort pieken op te vangen. Dat verhoudt zich niet tot het alleen sturen op kostenefficiëntie.
- Kijk kritisch naar de registraties die de afgelopen maanden zijn geschrapt. Onderzoek of deze definitief geschrapt kunnen worden.