

Samenvatting lessons learned op basis van de inbreng van V&VN, LHV, FMS, NFU, NVZ, ROAZ Zuid-West Nederland.

Oproep DGCZ aan partijen om te komen tot de geleerde lessen: belangrijk om na te gaan wat we meenemen voor een eventuele volgende golf; wat hebben we nu geleerd waar we straks wat aan hebben.

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.
- De rol van het ROAZ ten opzichte van rol GGD GHOR was onduidelijk en niet in alle regio's gelijk.
 - 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 geïntegreerd en gecommuniceerd waren en tot veel onrust hebben geleid.
- Oprichting van RONAZ (regionaal overleg niet acute zorg) via de GHOR heeft veel 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 nieuwe AmvB 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.
- 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.
- 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 dankzij deze inspanningen dat het zwartste scenario niet is uitgekomen.
- Samenwerking met andere netwerken waren essentieel om alle expertise over diverse onderwerpen aan tafel te brengen; capaciteit, personeel, geboortezorg etc.
- Crisismanagement in regio met verschillende geografische eenheden (ROAZ, IC-regio, ambulancetransport) is (door intensivisten) als groot probleem ervaren.

- 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.

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:

- Het vertrouwen op en in experts met verstand van infectieziekten en de bestrijding daarvan was groot. Dit werd ook blijvend gesteund in de persconferenties.
- 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.
- 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 teveel informierend en te weinig op actie gericht. Daarvoor zijn het ook teveel partijen. De daar wel uitgesproken zorg voor kwetsbare ouderen kwam daardoor hier niet in beeld.
- 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, ambulant en woonvormen). De driehoek VVT, ziekenhuizen, huisartsen en de onderlinge rolverdeling is cruciaal.
- Het Bestuurlijk Advies Orgaan (BAO) werd voornamelijk *geinformeerd* 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 altijd beter 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 kwam al naar buiten voordat het besluit was genomen.

Interne besluitvorming (binnen de zorginstellingen):

- 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.
- In de ziekenhuizen is volgens de FMS heel veel goed gegaan met betrekking tot de interne besluitvorming:
 - Snelle opstart crisisorganisatie (crisisbeleidsteam, coronaplanbureau, logistiek)
 - Grote participatie van de medische staf in crisisorganisatie
 - Goede onderlinge samenwerking zowel binnen medische staf als met ziekenhuismanagement, maar ook regionaal (bijvoorbeeld met huisartsen/inrichting COVID-19 hotel)
 - Medisch leiderschap
 - Snelle en duidelijke beslissingen

- Duidelijk overleg en communicatie

C. 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).
- Draagvlak voor maatregelen kan worden vergroot door meer contact met koepels en hun woordvoerders.
- Er moet meer aandacht zijn voor de angst van burgers bij ziekenhuisbezoek (beeldvorming)
- 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).

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.

- 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.
- 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.
- 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.
- Een aantal inhoudelijke richtlijnen moet snel kunnen worden herzien (op basis van nieuwe inzichten) door RIVM/NHG en andere wetenschappelijke verenigingen als dat nodig is, bijvoorbeeld ten aanzien van beschermende middelen, testbeleid, en andere maatregelen. Vraag is of iedereen zich daarvan voldoende bewust is, daar capaciteit voor kan vrijmaken als dat nodig is en of deze cyclus van ontwikkelen en onderhoud voldoende geborgd is (inclusief afspraken over prioritering).
- 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.
- 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.
- 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.

D. Uitvoering; de zorgverlening tijdens de piek en tijdens een eventuele volgende piek.

- De werkelijke impact kwam pas laat in beeld.
- 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).
- Opschaling landelijke inkoop, IC coördinatie en beschikbaarheid medicijnen ging goed.
- Enkele uitvoeringsregels op het gebied van mededinging zijn tijdens de pandemie tijdelijk versoepeld om optimale samenwerking en uitwisseling van patiënten mogelijk te maken.
- 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.

Sneller en gericht testen:

- 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.

Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, overige tekorten:

- 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) beconcurrerd 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.

- Een grote voorraad van beschermingsmiddelen en medicatie is aan te bevelen. Heb niet alleen aandacht voor mondkmaskers, maar ook voor de beschikbaarheid van andere zaken zoals schorten, handschoenen, zuurstoftanks en medicatie.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- 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.

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.
- Realtime inzicht in beschikbare capaciteit moet snel beter. Handmatige uitvraag bij ziekenhuizen, verwerking door bureau ROAZ en LCPS kost veel tijd.
- Er waren/zijn te veel registraties voor verschillende organisaties en dubbele registraties rondom bedden capaciteit (FMS)

- Er moet een faciliteit beschikbaar zijn om makkelijk digitaal patiëntgegevens van Covid-19 patiënten uit te wisselen tussen verschillende zorgverleners. De NFU is een project gestart met als doel genoemde faciliteit in oktober 2020 beschikbaar te hebben voor de zorg.

Afschalen, coördineren en weer opschalen van zorg:

- 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.
- 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 patiëntenverplaatsingen, idealiter wordt vóór opname bepaalt waar de patiënt heen gaat (FMS)
- Intern in de ziekenhuizen is heel veel goed gegaan:
 - 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
- 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 (FMS). Hierbij is het volgende behulpzaam:
 - 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 gemaakt, helpt bij het toekennen van prioriteit aan zorgvragen en borgt dat zij die zorg echt nodig hebben die zorg ook echt krijgen.
 - 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.
 - Meer (integrale) aandacht voor beschikbaarheid van capaciteit (bedden en bemensing) van en bemensing van de kliniek te hebben.
 - 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.
 - (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.

- Voorbereid zijn door vormen pool en opleiden/voorbereiden van medewerkers voor COVID-19 zorg
- Capaciteit inclusief recovery- en anesthesiepersoneel behouden voor OK proces
- 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.
- Hanteer gepast gebruik als leidend principe.
- Deel goede voorbeelden van zinnige zorg en gepast gebruik om te leren en te ontwikkelen bij de regionale opschaling.
- 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.
- 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.
- De samenwerking aan de voorkant met de huisartsen is belangrijk voor de juiste sturing naar de ziekenhuizen
- Nazorg van coronapatiënten. 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?
- Denk nu al na over capaciteitsuitbreiding (en de financiering daarvan) voor extra opvang, nazorg of hospice. Dat liep nu chaotisch, daar is veel tijd in gaan zitten van oa huisartsen die dit mee hebben opgezet en is voor een deel amper of niet gebruikt. Heroverweeg het advies van de DPG's van 300 beschikbare plekken tot uiteindelijk eventueel een capaciteit van 200 bedden, binnen twee weken opschaalbaar.
- Landelijke en regionale monitoring van de opstart is belangrijk voor inzicht in toegankelijkheid. Dit kan door het monitoren van: verwijzingen, beschikbare capaciteit, productiegegevens, wachttijden en klantsignalen. Dit zijn data die niet standaard publiek beschikbaar zijn. NZa onderzoekt hoe datapositie structureel verbeterd kan worden.
- 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.

Financieel comfort voor continuïteit:

- Er was snel overleg LHV met verzekeraars over kosten en omzetsdaling met goede afspraak.
- Er waren snelle maatregelen voor ondernemers en zzp-ers die in de problemen kwamen (maar voor waarnemend huisartsen niet adequaat helaas).
- Zorginstellingen zien zich geconfronteerd met grote onzekerheid omtrent combinatie van inkomstenderving en meerkosten; drie maanden van onderhandelen hebben tot een modelbenadering geleid waarvan de effecten per instelling pas later zullen blijken. Bovendien

moeten niet ZVW kosten worden overbrugd; de hiertoe door VWS aangegane inspanningsverplichting moet nog worden geconcretiseerd.

- In beginsel was er onduidelijkheid over de financiering van meerkosten, wat heeft geleid tot veel vragen aan ROAZ. Uiteenlopende ervaringen inzake afstemming met zorgverzekeraars daarover. ROAZ bureaus krijgen steeds meer taken, snel passende financiering voor deze nieuwe taken is noodzakelijk.
- Voor het meer overeind houden van de reguliere zorg tijdens de tweede golf is 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.

E. effect van de aanpak/ verantwoording/ nazorg:

- 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.
- De doelstelling van het beleid was in het begin onduidelijk. Groepsimmunitet versus indammen. Er is uiteindelijk doortastend opgetreden, maar de start was aarzelend.
- De veerkracht en weerbaarheid in de 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.
- Maak de beloning en erkenning voor het werk tijdens de coronacrisis concreet en zichtbaar.
- Heb oog voor de angst en onzekerheid onder zorgverleners dat zij besmet kunnen raken en daarmee hun kwetsbare patiënten in gevaar kunnen brengen.
- 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.
- Tijdens de crisis is voor de geleverde kwaliteit van zorg noodgedwongen geschoven van 'het heel goed doe' 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 eventuele volgende golf.
- De impact van de Covid-crisis op het reguliere onderzoek en onderwijsdeel van de umc's is zeer groot.

F. Toekomstige organisatie van het zorgstelsel

- 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 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 doorgroei mogelijkheden. 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. We hebben voldoende capaciteit nodig in deze cruciale zorginfrastructuur, inclusief ruimte voor 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.
- Hoe kan in de toekomst expertise vanuit de NFU ingezet kan worden bij VWS-programma's die via ZonMw worden uitgezet.