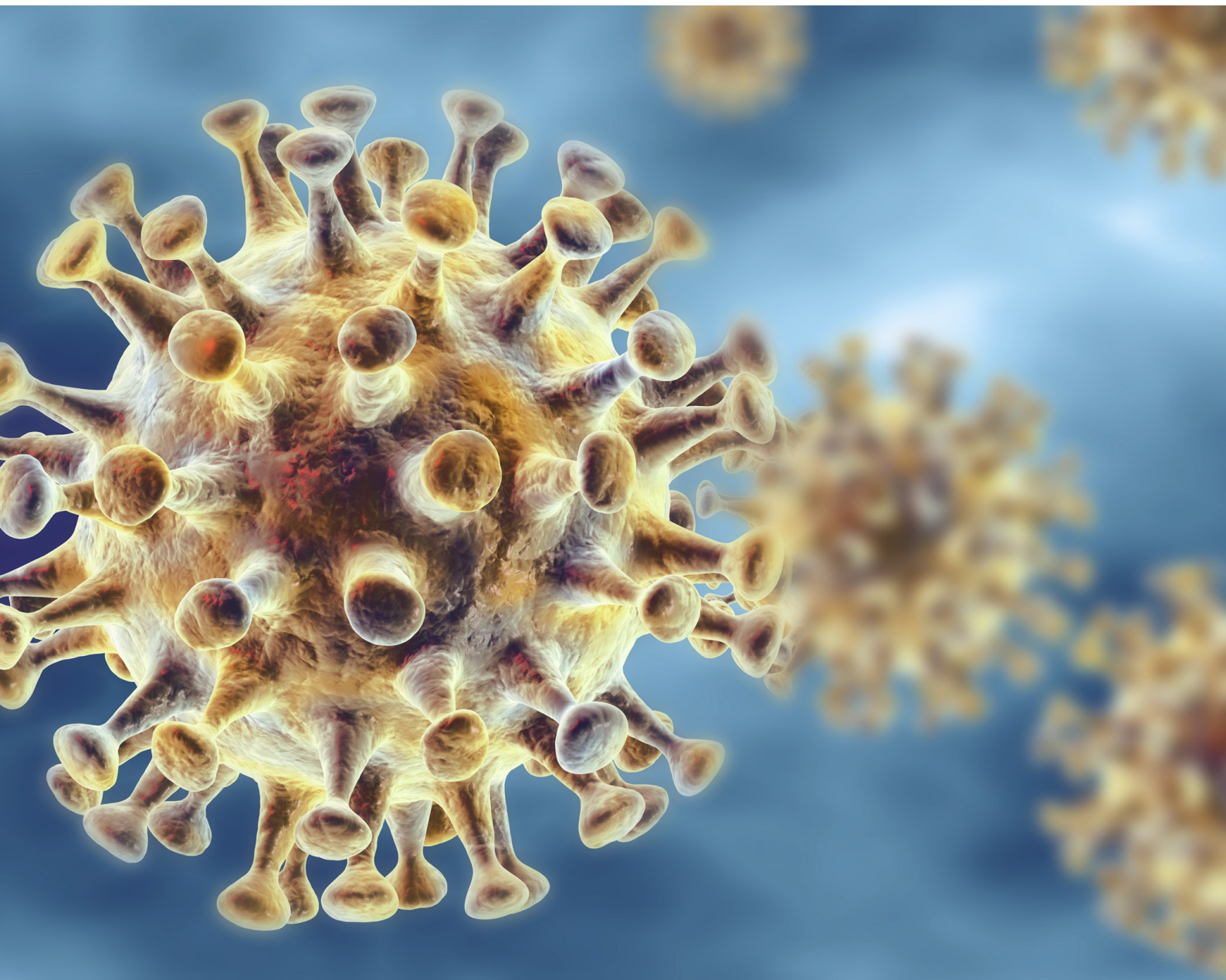


COVID-19: Directeuren Publieke Gezondheid en GHOR over zorgcontinuïteit



Instituut Fysieke Veiligheid
Kennisonwikkeling en onderwijs
Postbus 7010
6801 HA Arnhem
Kemperbergerweg 783, Arnhem
www.ifv.nl
info@ifv.nl
026 355 24 00

Colofon

Instituut Fysieke Veiligheid (2020). *COVID-19: Directeuren Publieke Gezondheid en GHOR over zorgcontinuïteit*. Arnhem: IFV

Opdrachtgever: Instituut Fysieke Veiligheid
Contactpersoon: drs. C. Cools, MPM; M. Kraaij, arts M&G
Titel: COVID-19: Directeuren Publieke Gezondheid en GHOR over zorgcontinuïteit
Datum: 4 juni 2020
Status: Definitief
Versie: 1.0
Auteurs: M. Kraaij, arts M&G, dr. M. van Duin, drs. C. Cools, MPM
Projectleider: drs. C. Cools, MPM
Eindverantwoordelijk: dr. M. van Duin

Samenvatting

In dit rapport staan enkele thema's die de zorgcontinuïteit tijdens infectieziektecrises beïnvloeden centraal.

Een infectieziekte-uitbraak heeft invloed op zowel de zorgvraag als het zorgaanbod in de hele zorgketen: de preventieve en curatieve zorg en de verzorging van mensen in hun thuissituatie en in zorginstellingen.

Om een scala aan redenen stond de zorgcontinuïteit de afgelopen maanden als gevolg van COVID-19 sterk onder druk. In verschillende regio's van ons land drukte de snelle toename van patiënten met COVID-19 de reguliere zorg weg. In andere regio's werd de zorgcontinuïteit vooral bepaald door het afschalen van de reguliere preventieve en curatieve zorg. De zorgvraag nam ook af door de angst voor besmetting in zorginstellingen, de zorg van patiënten om zorgverleners te veel te belasten en wellicht ook door een veranderende zorgvraag als gevolg van een rustiger samenleving of beperkter zorgaanbod. Naast de veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod, speelde schaarste aan menskracht, bedden en middelen een cruciale rol in de zorgverlening.

Tijdens een uitbraak bepaalt het samenspel van veel publieke en private organisaties de continuïteit van zorg. Uit deze eerste verkenning – nog gedurende de COVID-19-uitbraak zelf – blijkt dat de netwerksamenwerking die ontstaat in de regio's afhankelijk is van veel factoren, waaronder het regionale verloop van de infectieziekte-uitbraak, het aantal zorginstellingen, de mate waarin betrokkenen elkaar kennen, actuele issues die de aandacht vragen van bestuurders en de inbedding van de Directeuren Publieke Gezondheid en GHOR in de veiligheidsregio enerzijds en zorgnetwerken anderzijds. In het rapport worden diverse aanbevelingen gedaan om verdiepend te kijken naar de netwerken die zijn ontstaan in reactie op de gebeurtenissen.

Deze verkenning werd opgepakt door het lectoraat crisisbeheersing van het Instituut Fysieke Veiligheid om te kunnen leren van deze unieke crisis. Het thema 'zorgcontinuïteit bij infectieziektecrises' bleek veelzijdig. Omdat het uitwisselen van perspectieven bijdraagt aan het samen leren, ontvangen we graag reacties op dit rapport via crisisbeheersing@ifv.nl.

Inhoud

	Samenvatting	3
	Inhoud	4
	Inleiding	5
1	Achtergrond	7
1.1	De zorgsector	7
1.2	COVID-19: van signaal tot gecoördineerde aanpak	9
2	Respondenten aan het woord	12
2.1	COVID-19 en de zorg	12
2.2	Regionale samenwerking: verschillende structuren in verschillende regio's	13
2.3	Aansluiten op de veerkracht van de zorgsector	15
2.4	Taken van de GHOR, GGD en DPG'en	16
2.5	Persoonlijke beschermingsmiddelen	17
2.6	Testen	17
2.7	Informatie-uitwisseling	18
2.8	Behoeftte aan bovenregionale samenwerking	19
2.9	Zorgen over de zorgcontinuïteit in de komende periode	19
2.10	Thema's om verdiepend van te leren	20
3	Discussie en aanbevelingen	22
	Bijlage 1 Snelle kennismobilisatie	26
	Bijlage 2 Actoren en hun relatie tot de infectieziektebestrijding, de continuïteit van zorg en het crisismanagement tijdens de coronacrisis	27
	Bijlage 3 Bovenregionale coördinatiestructuren tijdens COVID-19 uitbraak	34
	Bijlage 4 Vragenlijst voor de respondenten	41
	Bijlage 5 Betrokkenen	42
	Bijlage 6 Afkortingenlijst	43
	Bijlage 7 Leervragen	45
	Bijlage 8 Referenties	46

Inleiding

Aanleiding

De COVID-19-uitbraak is alom geduid als 'uniek'. De huidige generatie crisismanagers heeft nooit eerder in Nederland een uitbraak met zulke ingrijpende gevolgen voor het dagelijks leven van mensen gezien. Inherent aan een uitbraak van een nieuw virus zijn onzekerheden over de wijze van overdracht, de verwachte aantallen patiënten en effectieve preventie- en behandelmogelijkheden. Daarnaast veroorzaakt een nieuw virus andere emoties bij de betrokkenen dan een virus 'dat we al kennen'. De snelle toename van patiënten met een nieuw virus, de beelden uit China en wat later uit Italië, de angst en onzekerheid bij veel betrokkenen over de gevolgen voor Nederland, de aanhoudende media-aandacht en de politieke discussies zijn allemaal van invloed op de beleving van de uitbraak en bepalen het gedrag van mensen thuis, van zorgverleners, beleidsmakers en politici.

Een unieke gebeurtenis met zoveel impact vraagt om analyses om te kunnen leren voor de toekomst. Het lectoraat Crisisbeheersing van het Instituut Fysieke Veiligheid wil bijdragen aan het leerproces door te kijken naar de gebeurtenissen vanuit het perspectief van verschillende betrokkenen. Daarom voert het lectoraat sinds de uitbraak verschillende snelle kennismobilisaties uit (zie bijlage 1).

Het doel van de voorliggende snelle kennismobilisatie is om belangrijke thema's te inventariseren die de continuïteit van zorg tijdens infectieziektecrises beïnvloeden. Gekozen is om dit te doen door middel van gesprekken met de directeurs Publieke Gezondheid (DPG'en) en experts bij de GHOR-organisaties. Zij zijn immers – volgens de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) en de Wet Veiligheidsregio's (Wvr) – cruciale actoren die dreigingen voor de zorgcontinuïteit moeten signaleren en, indien nodig, de verschillende partijen bijeen kunnen brengen om de zorgcontinuïteit te borgen. Om te leren van de huidige ervaringen wordt in deze rapportage daarom specifiek stilgestaan bij de uitdagingen die zij hebben ervaren en de wijze waarop zij daarmee zijn omgegaan tijdens deze bijzondere uitbraak.

Aanpak

Op 24 april zijn alle DPG'en en de bureauhoofden GHOR uitgenodigd om deel te nemen aan een telefonisch interview. Zij hebben voorafgaand aan het interview een aantal vragen ontvangen (zie bijlage 3). Tussen 29 april en 8 mei 2020 zijn 28 respondenten in 26 interviews telefonisch geïnterviewd. Vier onderzoekers hebben vervolgens de thema's uit interviews gedestilleerd. De resultaten zijn voorgelegd aan de respondenten om feitelijke onjuistheden te kunnen verbeteren. Deze feedback is vervolgens verwerkt in de definitieve rapportage.

Leeswijzer

In hoofdstuk één wordt kort de achtergrond van de Nederlandse zorgsector geschetst en wordt een aantal keuzes beschreven die de minister van VWS heeft gemaakt gedurende de COVID-19-uitbraak om de zorgcontinuïteit te ondersteunen. Beide onderwerpen zijn bedoeld als achtergrondinformatie om de resultaten uit de interviews die beschreven staan in hoofdstuk twee, beter te kunnen interpreteren. In hoofdstuk drie worden enkele thema's uit de interviews bediscussieerd. De bijlagen bevatten overzichten van betrokken actoren en coördinatiestructuren gedurende de COVID-19-uitbraak. Ook de vragenlijst en de lijst van betrokkenen respondenten, en onderzoekers zijn toegevoegd. Ten slotte zijn in bijlage zeven een aantal onderwerpen opgenomen die tijdens de interviews naar voren zijn gekomen en zich lenen om verdiepend van te kunnen leren voor toekomstige activiteiten.

Uitnodiging voor reactie

Gedurende de interviews hebben we veel enthousiasme ontmoet om ervaringen te delen en zo in gezamenlijkheid te kunnen leren. Wij willen de respondenten hiervoor danken en hopen dat met deze rapportage recht gedaan is aan hun input.

Het onderwerp 'zorgcontinuïteit' bleek veelzijdig en wordt door veel verschillende factoren beïnvloed. We merkten dit zowel tijdens de interviews als bij het samenvatten ervan ten behoeve van het rapport. In dit rapport krijgt de lezer een beeld van de thema's die DPG'en en GHOR-experts bezighouden en hebben genoemd in de gesprekken. Hoewel het onderwerp 'COVID-19 en zorgcontinuïteit' wel vraagt om het verkennen van de ervaringen van andere betrokken zorgverleners, netwerken acute zorg en bestuurders, komen deze in het voorliggende rapport niet aan de orde. We zouden hier in de toekomst graag een bijdrage aan leveren.

Mogelijk zullen ook lezers weer een andere kijk hebben op de gesignaleerde thema's en het thema 'zorgcontinuïteit bij infectieziektecrises'. Omdat het uitwisselen van perspectieven bijdraagt aan het samen leren, ontvangen we graag reacties op dit rapport via crisisbeheersing@ifv.nl.

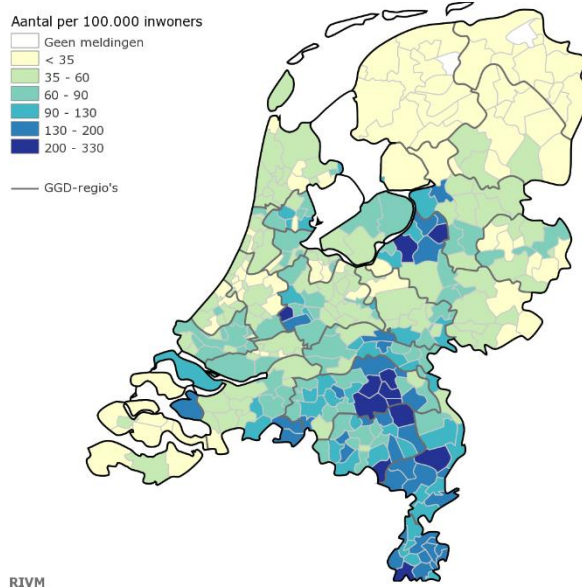
1 Achtergrond

Dit hoofdstuk schetst kort de zorgsector in Nederland en beschrijft enkele ontwikkelingen rondom de (boven)regionale coördinatie in de afgelopen maanden die van invloed zijn op de activiteiten van de DPG'en en de experts werkzaam bij de GHOR. Het hoofdstuk is bedoeld om de resultaten van de interviews te kunnen plaatsen, en zeker niet als een uitputtend overzicht.

We beginnen dit hoofdstuk met een figuur dat het aantal patiënten weergeeft dat met COVID-19 in het ziekenhuis is opgenomen en bij de GGD is gemeld per 28 mei 2020. Het illustreert de verschillen tussen (veiligheids)regio's, een terugkerend onderwerp in deze rapportage.¹

In het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten

Per 100.000 inwoners per gemeente tot en met 28-05-2020



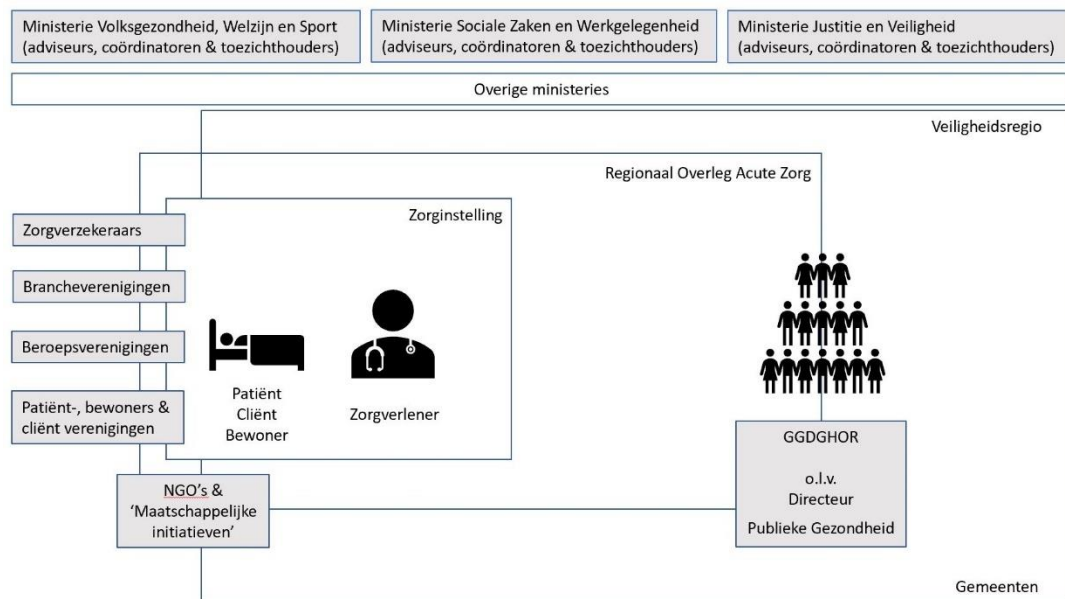
Figuur 1.1 In het ziekenhuis opgenomen COVID-19-patiënten (bron: RIVM)

1.1 De zorgsector

Ruim 1,3 miljoen zorgverleners ondersteunen dagelijks 17 miljoen Nederlanders in duizenden zorginstellingen, waaronder 5000 huisartsenpraktijken, een kleine honderd ziekenhuizen, ruim tweehonderd zelfstandige behandelcentra en grofweg tweeduizend verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, instellingen voor langdurige GGZ-

¹ We verwijzen naar de website van het RIVM voor een omschrijving van aantal gemelde/opgenomen/overleden patiënten per provincie <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken>

zorg en instellingen voor revalidatie- en gehandicaptenzorg en 25 GGD- en GHOR-organisaties (CBS 2020.; Patiëntenfederatie Nederland 2020.; RIVM 2020 b). Zorgprofessionals en zorgorganisaties organiseren zich in allerlei netwerken: in beroepsverenigingen, brancheverenigingen, werkgeversorganisaties en vakbonden, langs ketens van diagnoses, middels het onderscheid tussen planbare en acute zorg, langs de lijnen preventie, cure of care, of op basis van de doelgroep die wordt bediend. Ook cliënten en patiënten bundelen hun krachten in belangenorganisaties en netwerken. Beroepsbeoefenaren, zorginstellingen, gemeenten, veiligheidsregio's en verschillende ministers hebben verantwoordelijkheden en bevoegdheden die bijdragen aan de continuïteit van zorg tijdens infectieziektecrises. Zie hiervoor bijlage 2. Bij een infectieziektecrisis ontstaat derhalve een samenspel van een groot aantal publieke en private organisaties, die staan weergegeven in figuur 1.1.



Figuur 1.2 Een versimpelde weergave van de betrokken partijen bij de continuïteit van zorg in Nederland gedurende de COVID-19-uitbraak.

Infectieziektecrises beïnvloeden zowel de zorgvraag als het zorgaanbod, en daarmee wordt zowel de continuïteit van zorg binnen een zorginstelling als binnen de gehele zorgsector beïnvloed. Het zorgen voor de continuïteit van zorg tijdens een infectieziektecrisis omvat dus een breed scala aan activiteiten: van preventie en crisismangement in de publieke gezondheidszorg, tot preventieve, curatieve en palliatieve zorg in de individuele gezondheidszorg die geleverd wordt in thussituaties of in instellingen. Bij een verstoring van de zorg zoals tijdens de COVID-19-epidemie het geval is, is de continuïteit van al deze vormen van zorg potentieel in het geding.

1.2 COVID-19: van signaal tot gecoördineerde aanpak

Op 9 januari 2020 verschijnt het eerste bericht van het wekelijkse Signaleringsoverleg van het RIVM over wat de COVID-19-uitbraak zou worden.² Aanleiding zijn berichten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) over patiënten met luchtwegklachten in Wuhan, de hoofdstad van de provincie Hubei in China. Op 17 januari verstuurt het RIVM een eerste bericht naar professionals werkzaam in de Nederlandse infectieziektebestrijding.³ Er is voldoende aanleiding om in Nederland zorgprofessionals te gaan voorbereiden op het kunnen herkennen en testen van mensen die het nieuwe coronavirus meebrengen uit het buitenland. Op 24 januari komt het Outbreak Management Team (OMT) voor de eerste maal bijeen om de ontstane situatie in China en de dreiging voor Nederland te bespreken (Bruins, 2020a). Het OMT adviseert om (een verdenking van besmetting met) COVID-19 meldingsplichtig te maken als A-ziekte onder de Wpg, hetgeen door de minister van VWS op 28 januari wordt gedaan na consultatie van het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) (Rijksoverheid, 2020). Daarmee komt de minister van VWS in de positie om leiding te geven aan het bestrijden van de uitbraak, worden de voorzitters van de veiligheidsregio's verantwoordelijk voor de bestrijding van de uitbraak in hun regio en kunnen ingrijpende maatregelen die noodzakelijk zijn voor de bestrijding worden getroffen. Tijdens de COVID-19-uitbraak komt het OMT regelmatig bijeen en geeft uiteenlopende adviezen aan de minister van VWS om infecties te voorkomen, de uitbraak te bestrijden en de zorg in Nederland toegankelijk te houden (RIVM 2020 a).

De minister van VWS zet in op regionale coördinatie door veiligheidsregio's in samenwerking met Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ). In het BAO van 28 februari⁴ wordt afgesproken:

“dat alle veiligheidsregio's de reguliere opschalingsstructuren benutten om zodoende de informatie-uitwisseling goed te laten verlopen. De veiligheidsregio's werken samen met de 11 regionale overleggen acute zorg (ROAZ). Ook de niet-reguliere ROAZ-partijen sluiten zich hierbij aan. De DPG'en zijn verantwoordelijk voor de afstemming tussen de veiligheidsregio en de zorgsector. De koepels nemen op hun beurt verantwoordelijkheid om hun leden erop te wijzen zich aan te sluiten bij de ROAZ. (...) De voorzitter van het ROAZ heeft een coördinerende rol bij de afstemming van maatregelen in de zorgsector. (...) In het BAO is aangedrongen op samenwerking tussen zorgverleners om zo goed mogelijk met de beschermingsmiddelen om te gaan. De DPG brengt in overleg met de deelnemers van het ROAZ in beeld hoe het staat met de beschikbaarheid van

² Iedere donderdag worden infectieziektesignalen uit binnen- en buitenland besproken tijdens het Signaleringsoverleg op het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Signalen kunnen bijvoorbeeld uitbraken zijn, nieuwe of onverwachte infectieziekten of trends. De signalen worden gebruikt om waar nodig bestrijdingsmaatregelen te nemen om verdere verspreiding te voorkomen. Zie: <https://www.rivm.nl/surveillance-van-infectieziekten/signalering-infectieziekten/signaleringsoverleg>.

³ Velen worden door de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) actief voorzien van informatie over actuele ontwikkelingen en wetenschappelijke inzichten bij infectieziektedreigingen en crises: inf@ct voor professionals werkzaam bij GGD'en en betrokken bij de infectiepreventie in instellingen, labinf@ct met specifieke informatie voor professionals werkzaam in laboratoria, arboinf@ct voor bedrijfsgeneeskundige professionals en tenslotte vetinf@ct voor veterinaire geneeskundigen.

⁴ Dit BAO volgt op het OMT van 27 februari dat signaleert dat “continue inzet en versterking van de GGD en extramurale zorg noodzakelijk zal zijn om de ziekenhuizen te ontlasten, zodat enkel de meest zieke patiënten opgenomen hoeven te worden. Ondanks het ontlasten van de zorg in de ziekenhuizen blijven ziekenhuizen een kwetsbare schakel(...) als COVID-19 zich verder verspreidt zal er opschaling nodig zijn in de ziekenhuizen.”

beschermingsmiddelen in de regio en ontwikkelt een gezamenlijk plan hoe om te gaan met eventuele tekorten in de regio.” (Bruins, 2020b)

Op 12 maart informeert de minister van VWS de Tweede Kamer over een overleg op 10 maart met de voorzitters van de elf regionale overleggen acute zorg (ROAZ-regio's). “De ROAZ-regio's zijn verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg en bereiden zich voor op een mogelijk grote belasting van de zorg. Daarbij bekijken zij telkens per regio wat nodig is” (Bruins, 2020c).

Op 31 maart informeert de minister van VWS de Tweede Kamer en schetst uitgangspunten en contouren van de aanpak van de uitbraak in Nederland (De Jonge, 2020a).

“In de fase waarin wij nu verkeren, kan de zorg voor COVID-19-patiënten en de overige medisch noodzakelijke zorg alleen geleverd worden als er ingrijpende veranderingen in de organisatie van de zorg worden doorgevoerd. Verpleegafdelingen worden samengevoegd en zorgverleners worden getraind om op andere afdelingen te worden ingezet. Zo kunnen zoveel mogelijk patiënten goede zorg krijgen, maar toch hebben deze veranderingen gevolgen voor de continuïteit van zorg: bepaalde behandelingen worden uitgesteld of verplaatst. (...) Als gevolg van de COVID-19 uitbraak neemt de druk op de ziekenhuizen flink toe. Het is daarom van belang dat we ook op andere locaties goede en veilige zorg leveren aan mensen die dat nodig hebben. (...) Het uitgangspunt is dat mensen zoveel mogelijk in de regio worden opgevangen. De kern van de benadering is vroegsignalering in de 1e lijn, het regionaal organiseren van tijdelijke zorglocaties (Coronacentra en Corona-units in instellingen) voor het bieden van cohortverpleging van verschillende groepen patiënten en een regionaal coördinatiepunt voor toeleiding van kwetsbare patiënten naar de juiste zorg op de juiste plek. (...) Op 30 maart 2020 heb ik hierover gesproken met de directeuren publieke gezondheid (DPG'en) van de GGD-regio's en met de voorzitters van de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ). In deze gesprekken is geconstateerd dat het nodig is dat de coördinatie van deze zorg goed in alle regio's wordt ingeregeld. Ik heb de DPG'en gevraagd erop toe te zien dat zorgpartijen in de regio zorgen voor een eenduidig samenwerking, dat aanspreekbaar is voor de DPG, zorgkantoor, zorgverzekeraar, ROAZ, alle zorgaanbieders en andere partijen in regio. Ook hebben we afgesproken dat de zorgpartijen in de regio een regionaal coördinatiepunt organiseren voor de toeleiding van kwetsbare patiënten naar een passende plek. Doordat de DPG'en ook zitting nemen in het ROAZ is er een natuurlijke verbinding met het ROAZ, dat verantwoordelijk is voor de gezamenlijke capaciteit van ziekenhuisbedden.”

Diezelfde dag verzoekt de minister van VWS per brief de DPG'en specifieke activiteiten op te pakken (De Jonge, 2020c). Waar nodig kan een beroep worden gedaan op de doorzettingsmacht van de voorzitters van de veiligheidsregio's. Daarnaast informeert de minister van VWS op 31 maart 2020 per brief koepels van zorgverleners⁵ over dit verzoek aan de DPG'en. In de brief erkent de minister de reeds goed lopende samenwerking in sommige regio's en wijst op de ruimte voor verbetering in andere regio's. “Ik verzoek u het

⁵ De Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse federatie van universitair medische centra (NFU), Verenso, de Nederlandse Vereniging voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen, Actiz, Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN), GGZ NL, Valente, ZorgthuisNL, VenVN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

belang van de aanpak en de rol van de Directeuren Publieke Gezondheidszorg bij uw leden onder de aandacht te brengen en hen te ondersteunen met goede voorbeelden en praktische tips voor effectieve samenwerking in deze crisissituatie” (De Jonge, 2020b).

Om de zorg voor COVID-19-patiënten op te schalen, is de niet-acute zorg voor non-COVID-patiënten afgeschaald. Eind maart worden de gevolgen van het stoppen van de niet-acute zorg zichtbaar. Er zijn signalen van ‘stuwmeren’ door het vrijwel stilleggen van onder andere planbare ziekenhuiszorg, routinecontroles in de huisartsenpraktijken, mondzorg, fysiotherapie, geestelijke gezondheidszorg en screeningsprogramma’s. Tegelijkertijd is er een toenemend aantal signalen dat patiënten juist minder zorg vragen dan gewenst en dan er ook daadwerkelijk beschikbaar is. Begin april verzoekt de minister van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de coördinatie van planbare urgente zorg voor mensen zonder corona op te pakken. De NZa richt zich hierbij initieel op de noodzakelijke planbare ziekenhuiszorg. Geleidelijk zal dit worden verbreed in overleg met de overige zorgsectoren. Denk hierbij aan thuiszorg, GGZ, huisartsenzorg, mondzorg, paramedische zorg en langdurige zorg (NZa, 2020).

Schaarste leidt tot oprichting van bovenregionale coördinatiepunten

Al vroeg in de uitbraak wordt (wereldwijde) schaarste gesignaleerd: persoonlijke beschermingsmiddelen, middelen om mensen verdacht van COVID-19 te kunnen testen en IC-bedden. Ook wordt gaandeweg duidelijk dat er tekorten dreigen te ontstaan aan specifieke (grondstoffen voor) medicijnen. Diverse organisaties worden ingericht om te reageren op deze knelpunten in de zorgverlening. Zie bijlage 3 voor een overzicht van nieuw opgerichte structuren en diverse bestaande (crisis)structuren die bijdragen aan de zorgcontinuïteit. Daarnaast ontstaan verschillende initiatieven vanuit de zorgsector in reactie op de tekorten aan personeel en middelen. Deze worden niet beschreven in de voorliggende rapportage, maar verdienen elders wel aandacht om van te leren, zodat er beter kan worden omgegaan met toekomstige infectieziektecrises.

2 Respondenten aan het woord

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten uit de interviews met DPG'en en experts van de GHOR aan de hand van een aantal thema's.

2.1 COVID-19 en de zorg

Zoals bekend, heeft in verschillende regio's de (verwachte) zorg voor COVID-19-patiënten de overige reguliere en uitstelbare zorg weggedrukt. In sommige regio's leidde dit ertoe dat de hele zorgketen onder druk kwam te staan, terwijl in andere regio's de effecten vooral beperkt bleven tot de gevolgen van de afgeschaalde zorg. Afspraken en ingrepen werden door zorginstellingen afgezegd, maar ook patiënten zelf zochten minder zorg. Sommige patiënten vreesden besmetting in een zorginstelling, andere wilden de zorgverleners niet onnodig 'lastigvallen'. Sommige respondenten vermoeden dat daarnaast de zorgvraag is afgenomen door de rustiger wijze van samenleven (minder stress), een mogelijk positief gevolg van de pandemie.

Helder is dat in sommige regio's de zorg op een andere manier is geleverd dan gebruikelijk. Hoe dit zich verhoudt tot de kwaliteit van de geleverde zorg valt te bezien. Zorginstellingen schaalden – soms onder hoogspanning – snel en gezamenlijk op en gingen samenwerken. Er werden hulpstructuren georganiseerd: bij de ingang van verschillende huisartsenposten en ziekenhuizen verschenen triagetenten en werden locaties voor verdachte COVID-19-patiënten gescheiden van locaties waar (spoed)zorg voor overige patiënten werd verzorgd; er werden aparte huisartsenpraktijken en -posten ingericht, evenals cohortlocaties binnen ziekenhuizen, VVT-instellingen en ad hoc opgerichte zorglocaties. Personeelsleden werden ingezet op andere afdelingen dan waar zij primair werkten of toe waren opgeleid. Het aantal patiënten dat aan de zorg van een zorgverlener werd toebedeeld, was soms hoger dan gebruikelijk. De continuïteit in de zorgketen was in sommige regio's één van de grootste issues in de afgelopen weken en leidde tot ongekende (netwerk)samenwerking.

Met lede ogen zagen respondenten hoe de uitbraak toesloeg in verpleeghuizen, juist bij de doelgroep voor wie ingrijpende maatregelen (e.g. geen bezoek) waren getroffen. In een aantal regio's kwamen bedden in verpleeghuizen leeg te staan, zowel door overlijdensgevallen als gevolg van COVID-19, als doordat zij niet werden opgevuld met nieuwe bewoners. Toekomstige bewoners (of hun naasten) waren terughoudend geworden. Zowel de negatieve connotatie van sommige specifieke instellingen, de opvatting dat in deze instellingen het risico te sterven door COVID groot was als het feit dat familie niet op bezoek zou mogen komen, speelden hierbij een rol.

De gedachte achter het opschalen van de zorg voor COVID-19-patiënten en het afschalen van electieve zorg was, dat de toestroom van COVID-19-patiënten extreem drukverhogend zou werken. Ook wilde men de influx van bezoekers in ziekenhuizen beperken om

besmetting van patiënten, bezoekers en personeel te voorkomen. De continuïteit van spoedzorg voor COVID-19-patiënten en overige patiënten zou in het geding kunnen komen. In een paar regio's bleek dit ook daadwerkelijk het geval, maar in de overige regio's bleek het mee te vallen, ook omdat de reguliere zorg wegviel. Na een aantal weken begonnen zorgverleners zich toenemend zorgen te maken over de effecten van de uitgestelde zorg. In media verschenen oproepen om weer contact op te nemen met de (huis)arts bij klachten of als mensen zich zorgen maakten. Deze situatie heeft bij respondenten de vraag opgeroepen waar de mensen zijn gebleven die normaliter zorg zouden hebben gevraagd en wat nu en op langere termijn de gevolgen van het wegblijven van deze mensen zijn.

2.2 Regionale samenwerking: verschillende structuren in verschillende regio's

Vanaf eind februari, begin maart wordt – mede op verzoek van de MCCB – in alle 25 veiligheidsregio's langdurig opgeschaald naar GRIP-4, een novum in Nederland.⁶ Net zoals de mate waarin de regio's worden getroffen door het virus varieert, verschilt ook de wijze waarop in de regio's invulling wordt gegeven aan de aanpak van en de structuur voor samenwerking.

Deze verschillen zijn onder andere het gevolg van onderstaande zaken en omstandigheden.

- > Het aantal besmettingen in de regio en gevolgen voor de zorginstellingen. Terwijl Brabant en Limburg vol in de crisis zaten en er grote zorgen waren of de zorg het aan zou kunnen, ziekenhuizen overspoeld raakten en patiënten naar Duitsland en noordelijke gebieden werden overgebracht, was er in de meeste andere regio's tijd om zaken te organiseren en konden ook ervaringen uit het zuiden worden meegenomen.
- > De inbedding van de GHOR (bij GGD of veiligheidsregio (VR)) en de wijze van koppeling tussen de GGD en de VR (één organisatie of juist niet).
- > De afwijkingen in de schaal van de ROAZ-regio's en de VR's.
- > Samenwerkingsafspraken tussen DPG'en, GHOR-organisaties en de ROAZ-structuren.
- > De reeds bestaande werkwijzen en wijze van organiseren van de acute zorg.
- > De reeds bestaande relaties met de niet-acute zorg (of het ontbreken daarvan).
- > Recente (pandemie)oefeningen (in een flink aantal regio's!) waardoor betrokkenen elkaar kenden en er regionaal op sommige knelpunten was voorbereid.

De respondenten hebben aangegeven dat de regionale samenwerking, soms na aanloopproblemen, over het algemeen goed tot stand is gekomen (ROT, RBT, ROAZ). Verschillende van de structuren die zijn voorbereid op samenwerking tijdens crises (inclusief GHOR en ROAZ), zijn primair ingericht om grote aantallen traumaslachtoffers op basis van triage (T1, T2, et cetera) te verspreiden over zorginstellingen voor acute zorgverlening. In tegenstelling tot 'een flitsramp' door een acute gebeurtenis in de leefomgeving, worden bij de COVID-19-uitbraak allerlei zorgverleners en zorginstellingen geraakt door het virus: de 'acute zorgketen', de 'thuiszorgketen', de 'verzorgingsketen' – kortom: de hele zorgketen. Er is sprake van een langdurige crisis die een lange adem vergt van de 'hele witte wereld'.

Daarnaast heeft zich een maatschappelijke crisis ontwikkeld, niet alleen door de uitbraak zelf, maar ook door de genomen maatregelen om die uitbraak te bestrijden. Noodverorde-

⁶ Zie voor uitgebreide beschrijving van de opschaling IFV rapport [De veiligheidsregio's in de eerste weken van de coronacrisis](#) (1 mei 2020).

ningen op basis van art. 176 van de Gemeentewet en art. 39 lid 1 WvR worden ingezet om collectieve maatregelen te treffen.

In reactie op deze crisis hebben regelmatig aanpassingen plaatsgevonden van de structuur om regionaal samen te werken. Een interregionaal beleidsteam tussen meerdere veiligheidsregio's is opgericht en een Regionaal Overleg Niet Acute Zorg (RONAZ) is ingesteld, net als één crisis-ROAZ. Daarnaast is er juist een expliciet(er) onderscheid gemaakt tussen een strategisch, tactisch en operationeel ROAZ, en zijn onder andere een regionaal crisisteam zorg en een bestuurlijke overleg Care opgericht.

In de reguliere multidisciplinaire crisisstructuur binnen de veiligheidskolom heeft het ROAZ (evenals de niet-acute zorg) geen plek. In deze crisis is het soms zoeken geweest naar de koppelingen tussen de 'witte kolom' (zorgketen) en de crisisstructuur van de veiligheidsregio's. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat er twee samenwerkingsverbanden naast elkaar opereren: dat van de zorg in netwerken binnen of gelieerd aan het ROAZ en dat in het domein van openbaar bestuur en veiligheid binnen het ROT/ RBT. Veelal hebben de DPG en de GHOR de verbinding tussen beide gevormd. In een enkele regio sloot de voorzitter van het ROAZ aan bij het RBT. Complicerend hierbij is het feit dat er elf ROAZ-gebieden zijn en 25 veiligheids- en GGD-regio's, terwijl er ook zorginstellingen verzorgingsgebieden hebben die zich uitspreiden over deze grenzen (bijvoorbeeld VVT-instellingen of samenwerkingsverbanden van huisartsen). Terwijl veel respondenten duidelijk positief zijn over de samenwerking met de ROAZ en menen dat de wetgeving hier voldoende basis voor biedt, ervaren anderen het gebrek aan wettelijke basis wel als een probleem in de samenwerking. Hoe ver reikt nu de verantwoordelijkheid van het ROAZ? Wat mag de minister van VWS vragen aan de regio's?⁷ Wie wijst nu de ad hoc zorglocaties voor (herstellende) coronapatiënten aan?

Het voorkómen van infecties en het goed opvangen van patiënten houdt zich niet aan een onderscheid tussen zorgsectoren (acuut en niet-acuut). Daarbij hebben verschillende veranderingen in het zorglandschap in de afgelopen jaren plaatsgevonden, die van invloed zijn op de zorgvraag en zorgcapaciteit tijdens (infectieziekte)crises. Zo is de zorgcapaciteit in de intramurale sector afgebouwd. Mensen worden aangemoedigd langer thuis te wonen. De behandelcapaciteit op zowel de IC als op verpleegafdelingen is afgenomen in reactie op het streven naar kwaliteit en doelmatigheid. Daardoor is de opnameduur voor veel behandelingen in het ziekenhuis verkort. De beschikbare basiscapaciteit is afdoende voor de reguliere zorg, maar er wordt sneller tegen grenzen opgelopen bij een acute toestroom van patiënten. Overigens is de vermindering van de intramurale capaciteit niet gepaard gegaan met een evenredige vergroting van de extramurale capaciteit. Het zicht op extramurale zorgbehoeften is daarbij verminderd door verschillende hervormingen in de wetgeving die meer verantwoordelijkheden voor zorg en welzijn bij gemeenten hebben gelegd. Tegelijkertijd is het aantal zorgprofessionals en -organisaties gegroeid en diverser geworden.

Bekend maakt bemind. In veel gesprekken spreken respondenten over de breedte van hun (zorg)netwerken. De netwerken van de partners die functioneren in de acute zorg waren over het algemeen aanvankelijk veel hechter dan de samenwerking met partners in de niet-

⁷ Hoewel sommige respondenten kritiek hebben op de brief van de minister aan de DPG'en d.d. 31 maart, zijn zij tegelijkertijd wel tevreden dat juist deze brief (in sommige regio's) bijvoorbeeld tot de vorming van een RONAZ heeft geleid.

acute zorg. De mate waarin partners uit de wereld van verpleeg- en verzorgingshuizen, GGZ, gehandicaptenzorg en thuiszorg aanhaakten bij ROAZ en GHOR verschilde, en ontwikkelde zich bovendien in diverse regio's gedurende de afgelopen weken. In dat verband is regelmatig opgemerkt dat het grote aantal VVT-instellingen (groot en klein) een uitdaging vormt voor de samenwerking tijdens een crisis.

De combinatie van elementen – geen ervaring met een dergelijke crisis, de langdurigheid daarvan, een groot aantal verschillende publieke en private partijen die betrokken zijn, de verschillen in infectiedruk en schaal (gemeenten, veiligheidsregio's, landelijke actoren, GGD-regio's, GHOR-regio's, ROAZ, verzorgingsgebieden van zorginstellingen), en het ontbreken van een eenduidige crisisstructuur voor dit soort situaties – verhoogt de complexiteit van het samenwerken.

2.3 Aansluiten op de veerkracht van de zorgsector

Deze crisis toont veel vormen van kracht en veerkracht van de vele spelers in de zorg en van de zorgsector als geheel. Op uiteenlopende manieren zijn tijdelijke, regionale en soms ook landelijke samenwerkingsverbanden gesmeed om knelpunten in de zorgverlening op te lossen. Respondenten benadrukken dat de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening primair bij de afzonderlijke instellingen zelf ligt. In vrijwel alle interviews wordt beschreven dat het aan de (bestuurlijk) vertegenwoordigers van de verschillende sectoren is om hun achterban te informeren. Tegelijkertijd beschrijven respondenten ook de spanning tussen de grotendeels privaat georganiseerde zorginstellingen en de behoefte aan meer publieke inmenging en sturing tijdens deze crisis.

Verschillende respondenten beschrijven de cultuurverschillen tussen de 'werelden' van de veiligheidsregio en de 'witte sector' (en achterliggend tussen de twee betrokken ministeries). Niet eerder was het nodig om zo lang multidisciplinair samen te werken. De behoefte om rechtstreeks 'te sturen' bij de veiligheidsregio kan botsen met de eigen verantwoordelijkheid van instellingen binnen de zorgsector. Respondenten ervaren dat binnen de veiligheidsregio's soms weinig zicht is op, en begrip is voor, de complexe en gedifferentieerde wereld van de zorgverlening. Binnen de politie en brandweerorganisaties kan direct gestuurd worden op de activiteiten van mensen binnen een duidelijk inzetgebied en vaak met een direct waarneembaar doel (zoals blussen, ontruimen, handhaven van de openbare orde). In de 'witte kolom' blijkt een veelheid aan organisaties, van groot tot klein, betrokken om een in dit geval onzichtbaar organisme te bestrijden. Daarbij is het effect van maatregelen ook nog eens vertraagd zichtbaar. Dit vergt heel wat uitleg over en weer om alle betrokkenen op één lijn te krijgen. Op de momenten dat dit lukt, biedt de 'commandostructuur' van de algemene kolom een meerwaarde voor de zorgsector. Zo heeft de inzet van de brandweer en het Rode Kruis verschillende GHOR-bureaus en GGD'en flink geholpen, bijvoorbeeld bij het inrichten van een teststraat. Een aantal regio's is duidelijk gelukkig met het feit dat zij gebruik hebben kunnen maken van de inzet van Defensie, bijvoorbeeld bij de aanpak van een uitbraak in een zorginstelling. Andere regio's beschrijven dat ze geen gehoor vonden voor hun verzoek om bijstand en dat het leek of er gestreden moest worden om de middelen en inzet van Defensie.

De respondenten hebben in de afgelopen maanden veel contact gehad met burgemeesters. Zoveel als mogelijk hebben zij geprobeerd de bestuurders op de hoogte te houden, hetgeen

over het algemeen ook goed is gelukt.⁸ Wel wilden bestuurders soms meer informatie (bijvoorbeeld hoeveel doden zijn er in mijn verpleeghuizen?) dan die waarover de GGD beschikte of wilde delen, en mengden zich actief in inhoudelijke discussies. Burgemeesters blijken soms sterk te varen op hun informele hulpbronnen en eigen netwerken, hetgeen het voor bijvoorbeeld DPG'en niet altijd even gemakkelijk maakt.

2.4 Taken van de GHOR, GGD en DPG'en

De GHOR en de DPG'en hebben tijdens deze crisis uiteenlopende taken vervuld: van het in beeld brengen van zorgcapaciteit en signaleren van knelpunten, het opzetten van een zorgmeldkamer of callcenter, het uitbreiden van zorgcapaciteit op nieuwe locaties zoals zorghotels of -units, het opstellen van plannen en protocollen om de infectiepreventie, uitbraakbestrijding en zorgverlening te ondersteunen, tot het coördineren van de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen (ondersteund door landelijke coördinatiestructuren), het op gang brengen van de psychosociale hulpverlening, het bieden van projectleiding voor de ondersteuning bij tekorten van personeel en het leveren van ondersteuning met extra vervoerscapaciteit.

Respondenten wijzen op het dynamische verloop van de crisis en de variatie in 'issues' die daardoor gedurende de weken actueel waren en de taken van de DPG'en en GHOR bepaalden.

Aanvankelijk werd ingezet op het indammen van de uitbraak: het tijdig herkennen en testen van individuele patiënten met bijbehorend bron- en contactonderzoek. Tegelijkertijd liepen in sommige regio's de ziekenhuizen (over)vol en moesten aanvullende maatregelen worden getroffen om patiënten op te vangen en te spreiden over de zorginstellingen. Met de kennis uit andere Europese landen en toenemend op eigen bodem, werden scenario's ontwikkeld waarbij het zoeken bleek naar houvast: op hoeveel zieken en doden moeten we anticiperen? Het leidde tot lastige keuzes die met zeer beperkte kennis gemaakt moesten worden om extra zorgcapaciteit in te richten. De meeste regio's richtten aanvullende locaties in voor (herstellende) COVID-19-patiënten in samenwerking met de VVT/GGZ-instellingen in hun regio of met ondernemers (onder andere hotelketens). In Rotterdam/Rijnmond koos men ervoor om ook een groot (nood)hospitaal in te richten in de Ahoy-hallen⁹. Met de weken werden de maatschappelijke gevolgen van deze COVID-19 uitbraak zichtbaarder, met name de vrijheidsbeperkende maatregelen en de economische gevolgen. Dit betekende weer nieuwe andere rollen, taken en partners voor de DPG'en en GHOR.

Uit de interviews komt in al deze fasen vooral de verbindende rol van de GHOR – DPG tussen de 'witte wereld' (faciliterend/ stimulerend) en het openbaar bestuur (adviserend) naar voren. Respondenten wijzen erop dat bij deze crisis de coördinatie bij het Rijk ligt. Dit heeft gevolgen voor de taken van de DPG'en en de GHOR, die bij besluiten veelal een uitvoerende rol toebedeeld krijgen. Daarbij heeft de DPG de aandacht moeten verdelen tussen enerzijds de eigen instelling (GGD) en anderzijds de hele keten, waar de GGD maar één van de vele spelers is.

⁸ Zie de twee IFV-rapporten over de impact van de corona crisis op de gemeenten waarin bestuurders aangeven tevreden te zijn over 'hun GGD'.

⁹ De organisatie van (regionaal georganiseerde) reservecapaciteit is bij uitstek een onderwerp voor verdere evaluatie.

Het samenkomen van verschillende verantwoordelijkheden in de persoon van de DPG en de verwevenheid van de taken en netwerken kenmerken deze crisis.

2.5 Persoonlijke beschermingsmiddelen

Er is geen onderwerp waarover zoveel is opgemerkt door de respondenten als persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM). Als ergens de continuïteit van zorg door knelde, was het wel door de vele problemen met en de langdurige schaarste aan de PBM.

“Wat er niet is, kun je ook niet verdelen.”

“Er waren dagen bij dat ik vijf keer moest vertellen dat er geen schorten waren.”

De schaarste aan beschikbare PBM leidde aanvankelijk tot prioritering van onderdelen van de ziekenhuiszorg, waarbij de verdeling van de schaarse middelen via de ROAZ verliep. Andere zorginstellingen voelden zich onvoldoende betrokken en bediend. Het zette de relaties tussen de DPG, GHOR en de witte sector onder druk.

De grootste frustratie vormden echter de regelmatig in de media geventileerde uitspraken van verschillende personen, onder wie bewindslieden, dat de situatie nu onder controle was en dat de distributie op orde was. Veel respondenten zeiden daarover dat het bij hen in de regio (na weer zo'n uitspraak) in elk geval niet het geval was. Een deel van de frustratie had ook te maken met het feit dat er door de GHOR constant gemonitord werd hoe de situatie bij de diverse instellingen en sectoren was, terwijl er tegelijkertijd geen enkele buffer of voorraad was waarover de DPG kon beschikken. Lacunes werden dus gesignaleerd, maar er kon niets tegen gedaan worden. Later in het proces werd de distributielijns steeds beter georganiseerd.

Toekomstige evaluaties richten zich hopelijk niet alleen op de inkoop en distributie van PBM in alle zorginstellingen (cure en care), maar ook op de informatievoorziening over de richtlijnen PBM in relatie tot de schaarste en bescherming van zorgpersoneel. Richtlijnen leveren controversie en hobbels in de samenwerking op als ze volgens betrokkenen ook toepasbaar zijn op andere disciplines dan waarvoor ze zijn ontwikkeld (denk aan de toepassing van PBM in de ziekenhuizen tegenover hun gebruik in huisartsenpraktijken, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg).

2.6 Testen

Respondenten spraken ook veel over het testbeleid en de testcapaciteit. Ook dit onderwerp zal waarschijnlijk uitgebreid geëvalueerd worden. Respondenten beschrijven de aanhoudende onduidelijkheden en wisselingen in de richtlijnen: wie wel en wie niet te testen? Aanvankelijk was de testcapaciteit beperkt, wat de terughoudendheid om te testen weliswaar verklaarde, maar het toch niet makkelijker uit te leggen maakte aan mensen die zich zorgen maakten over hun gezondheid of de gezondheid van de mensen voor wie zij zorgden. Grote zorginstellingen (met name ziekenhuizen) voerden vaak zelf tests uit voor hun eigen personeel. In Groningen is vanaf het begin door de GGD en het UMCG een afwijkende koers gevaren (veel meer testen). Inmiddels lijkt er een wildgroei te ontstaan van

allerlei soorten van commerciële testaanbieders die op elk moment (ook als de teststraat gesloten zou zijn) hun diensten aanbieden. Respondenten stellen vragen bij het toezicht hierop.

Aan het testbeleid zit bron- en contactonderzoek (BCO) onlosmakelijk verbonden. De GGD heeft voldoende capaciteit nodig om dit goed op te kunnen pakken; in het begin van de uitbraak is dit in verschillende regio's een knelpunt geweest. Ten tijde van het schrijven van deze rapportage zijn de GGD'en bezig met de verdere opschaling van het testbeleid en het bron- en contactonderzoek voor de periode na 1 juni.

2.7 Informatie-uitwisseling

Voor goed crisismanagement is accurate en tijdige informatie cruciaal. Tegelijkertijd geven respondenten aan dat het een uitdaging is om de hoeveelheid en snel wisselende informatie effectief te kanaliseren. De GHOR en DPG'en spelen een sleutelrol in het verzamelen en verspreiden van informatie. Het zich voortdurend ontwikkelende proces van de landelijke informatievergaring heeft echter, zowel bij de zorginstellingen, waar om de informatie werd gevraagd, als bij de GHOR zelf tot de nodige frustraties geleid. Respondenten merken op dat het sturen op cijfers altijd veel duidelijkheid suggereert, maar dat makkelijk voorbij wordt gegaan aan de inspanning die ervoor geleverd moet worden om deze cijfers te achterhalen. Verschillende betrokkenen (gemeenten, de regio's, het LOTC, het Rijk) wilden vaak snel (soms verschillende soorten) informatie van de zorginstellingen. Deels werd informatie gevraagd die regulier in een andere vorm ook moest worden aangeleverd. Sommige data moesten zeer frequent worden aangeleverd.

“En dan komt de GHOR elke dag met de vraag ‘hoeveel bedden hebben jullie nog?’”

“Als je data wilt ontvangen, moet je instellingen ook de tijd geven deze te verzamelen.”

“De GHOR komt alleen maar langs bij de instellingen om iets te halen.”

“Zij [instellingen] lopen op hun tandvlees en wij dringen aan op snel nieuwe data.”

GHOR-medewerkers waren zich er goed van bewust dat zorginstellingen echt meer aan hun hoofd hadden in deze situatie dan het verzamelen van informatie. Daarnaast was soms ook de vraag of dergelijke informatie wel gevraagd mocht of kon worden (“wie monitort eigenlijk de sterftecijfers binnen de VVT?”). Er leek nauwelijks sprake van afstemming tussen degenen die – vaak via de GHOR – informatie vroegen aan de zorginstellingen. Respondenten signaleerden dat zorgverlenende organisaties soms data moesten aanleveren voor ROAZ, VR-GHOR/ GGD en soms per gemeente – een forse belasting, zeker voor instellingen met meerdere locaties of een verzorgingsgebied dat over regiogrenzen heen loopt. Daarbij was ook zeker niet altijd duidelijk waarom bepaalde informatie zo frequent verzameld moest worden en wat er dan met de informatie werd gedaan. Respondenten hebben daarbij profileringsdrang ervaren bij instanties die data willen ontvangen.

Veel respondenten zijn positief over de ontwikkelingen van LCMS gedurende de crisis; andere betwisten de meerwaarde ervan, omdat zij via andere informatiekanalen veelal dezelfde informatie tot zich hebben gekregen. Niet alle regio's maken gebruik van LCMS-GZ en aanvankelijk hadden de nodige zorginstellingen geen aansluiting op LCMS. Trapsgewijs

is een deel daarvan gaandeweg aangesloten op LCMS-GZ. Respondenten wijzen op het verschil tussen netcentrisch werken (de basis van LCMS) en het werken via 'informatielijnen' van het Rijk en het RIVM naar de regio's en vice versa via de landelijke uitvragen.

De ontwikkelingen op het gebied van digitale media beïnvloeden de mogelijkheden van crisisprofessionals en bestuurders. Sociale media en de beschikbaarheid van online-informatie hebben een grote vlucht genomen. Dit heeft voordelen voor de crisisorganisatie: informatie kan snel worden gedeeld en verzameld. Videoconferencing en beeldbellen maakt het gemakkelijker om contact te hebben met verschillende doelgroepen. Nadelen zijn er natuurlijk ook: tegenstrijdige gegevens en ook allerlei pseudo-informatie vinden hun weg. Gezaghebbend communiceren, vanuit een netwerkverband, stelt bijzondere eisen aan de crisisstructuur en -communicatie.

2.8 Behoeftte aan bovenregionale samenwerking

Deze crisis onderstreept de noodzaak tot bovenregionale vormen van samenwerking in de witte keten. Bovenregionale structuren zijn gaandeweg ontwikkeld door de vorming van nieuwe bovenregionale en landelijke teams en netwerken in reactie op gesignaleerde knelpunten (zie bijlage 3). Tegelijkertijd laten de interviews zien dat regio's verschillen in hun behoeften aan (boven)regionale ondersteuning. Dit wordt deels bepaald door de regionale verscheidenheid (onder andere wat betreft het aantal COVID-19-patiënten, de aantallen zorginstellingen, het aantal betrokken bestuurders, de ontwikkelde netwerken en actuele issues) en de mate waarin regio's zelf knelpunten kunnen oplossen (bijvoorbeeld voldoende capaciteit kunnen genereren om de eigen patiënten op te vangen). Anderzijds lijken sommige zaken niet regionaal op te lossen, met name als schaarste daarbij een rol speelt. Het maakt dat veel respondenten een vorm van bovenregionale coördinatie – en een bijbehorende communicatiestrategie – aanmoedigen. Daar worden wel kanttekeningen bij geplaatst, met name ten aanzien van de administratieve lasten die de bovenregionale samenwerking met zich meebrengt. Welke informatie-uitwisseling is cruciaal om effectieve en efficiënte bovenregionale netwerksamenwerking tot stand te brengen? Met welk doel wordt informatie verzameld: ter sturing, ondersteuning of ter verantwoording? Hoe kan voorkomen worden dat instellingen die het al druk hebben tijdens een crisis extra worden belast met uitvragen? Wie heeft welke informatie nodig om tijdig te kunnen handelen? Naast het nadenken over informatiedeling, is er ook de vraag naar doorzettingsmacht: hoe leggen we de herverdeling van middelen en capaciteit tussen regio's vast?

2.9 Zorgen over de zorgcontinuïteit in de komende periode

Het virus is niet weg – we weten het en toch lijkt het soms zo: we vergeten het simpelweg. Uiteraard geldt dit niet voor de respondenten, maar wel voor steeds meer mensen in de samenleving. Dat is dan ook één van de meest geuite zorgen. Wat gebeurt er in de – vast nog lange periode – tussen nu en de aanwezigheid van een vaccin om tenminste de meest kwetsbaren voldoende bescherming te kunnen bieden? De onzekerheden rondom het virus blijven voorlopig bestaan, en daarmee gedurende een lange tijd ook de onzekerheid over de verwachte druk op de zorgketen. Hoe haalbaar is het om flexibel op- en af te schalen? Zeker is dat er een forse inhaalslag gemaakt moet worden de komende maanden, nu de reguliere zorg zoveel weken is uitgesteld en de wachtlijsten zijn opgelopen. Daarbij is

vooral nog onduidelijk wat het effect zal zijn van de grote (fysieke, mentale en emotionele) druk op de zorgverleners gedurende de afgelopen maanden. Maar hoe het ook zij, de continuïteit van zorg zal nog maanden onder druk staan.

“Een groot vraagpunt bij het afschalen van de COVID-zorg en weer opschalen van de reguliere zorg is de onderlinge solidariteit. Ook bij het weer opschalen van de reguliere zorg is solidariteit noodzakelijk.”

Een ander vraagstuk dat nu boven de markt hangt is: wie betaalt alle extra kosten die in de zorginstellingen en GGD'en zijn en nog zullen worden gemaakt? Financiering en zorgverlening zijn inherent aan elkaar gekoppeld: zorg kost geld, evenals maatregelen om patiënten te voorkomen. Vrijwel alle respondenten beschrijven de ongekende solidariteit die in de afgelopen weken – met name tussen ziekenhuizen - tot stand kwam. Terwijl de krachten werden gebundeld, werd financiering zelden genoemd als knelpunt bij het organiseren van de benodigde extra zorgcapaciteit. Tegelijkertijd vragen veel respondenten zich af hoe de extra kosten worden gedekt (door zorgverzekeraars, overheden en uiteindelijk de belastingbetalers), zowel de kosten die zijn gemaakt als de kosten die nog gemaakt gaan worden. Het gaat bijvoorbeeld om het beschikbaar houden van zorghotels of andere extra gecreëerde capaciteit voor een nieuwe piek, om het voorkomen dat zorginstellingen omvallen door gedeerde inkomens of niet opgevulde bedden in instellingen voor langdurige zorg, om de effecten op de gemeentelijke begroting (en daarmee op overige preventieve zorg) van kosten die de GGD maakt voor een langdurige instandhouding van een sterk uitgebreid systeem voor brononderzoek. Het totaal van deze extra kosten moet opgebracht worden door de samenleving, die zoals sommige respondenten opmerken ook geconfronteerd wordt met de te verwachten recessie en met consequenties voor lastendruk, werk en inkomen, die op hun beurt ook innig zijn verweven met gezondheid.

Inmiddels komt de afschaling van GRIP-4 en de daarbij opgetuigde multidisciplinaire crisistructuur dichterbij. In verschillende regio's wordt via een projectachtige structuur vinger aan de pols gehouden. Voor organisaties als de GGD en de GHOR is de crisis echter verre van voorbij. In sommige regio's is zij zelfs misschien pas begonnen nu het beleid zich richt op het uitgebreid testen van mensen en het doen van tijdig bron- en contact onderzoek. Ook zal de GGD net als andere zorginstellingen haar reguliere processen weer – langdurig – moeten opschalen. Het is denkbaar dat een nieuwe lastige tijd zal komen, die grote flexibiliteit van DPG'en en GHOR zal vragen.

2.10 Thema's om verdiepend van te leren

De respondenten hebben in reactie op de vraag naar 'lessons learned' uiteenlopende zaken genoemd, maar hebben tegelijkertijd ook vaak aangegeven dat het nog te vroeg is om te concluderen welke lessen geleerd zijn. Daarom geven wij in onderstaand kader verschillende van de genoemde thema's in de vorm van vragen weer. In bijlage 7 is de meer uitgebreide set aan vragen opgenomen.

Wat beschouwen we – tegen de achtergrond van de lokale/regionale context – als best practices voor de verschillende taken die de afgelopen weken werden uitgevoerd?

Hoe organiseren we de optimale samenwerking (tussen wit en multi, tussen VR en RO(N)AZ, tussen regio's en rijk, met de gemeenten en andere crisispartners) om flexibel te reageren bij (infectieziekte)crises?

Hoe kunnen we het verzamelen en delen van data en informatie optimaal organiseren om de netwerksamenwerking bij infectieziektecrises te ondersteunen?

Hoe kunnen wij – in netwerkbachtige vormen – de structuren in de zorg (nog) meer met elkaar verbonden krijgen?

Hoe kunnen wij ons effectiever voorbereiden op een pandemie?

3 Discussie en aanbevelingen

We hebben de Directeuren Publieke Gezondheid en experts werkzaam bij de GHOR-organisaties geïnterviewd om meer inzicht te krijgen in de praktijk. Mogelijk kunnen deze observaties lessen bieden om beter te kunnen omgaan met een eventuele tweede piek van COVID-19 of met toekomstige uitbraken van nieuwe infectieziekten.

Een uitbraak als deze, die zoveel mensen raakt, is in Nederland ongekend en daarmee voor veel betrokkenen een enorme uitdaging qua crisisbeheersing en zorgcontinuïteit. In dit hoofdstuk reflecteren we op de thema's die we in de interviews zijn tegengekomen en hebben beschreven in hoofdstuk 2. Ook formuleren we enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek om ook vanuit het perspectief van de zorgverleners en zorginstellingen te kunnen leren. Bij een vervolgonderzoek is het belangrijk om expliciet te leren van de huidige netwerksamenwerkingen en de goede ervaringen die daarbij worden opgedaan: wat ging er – in welke context – goed?

Zorgcontinuïteit

Het begrip zorgcontinuïteit is amorf. Traditioneel richten zorgcontinuïteitsplannen zich op het zorgen voor de continuïteit van zorgverlening binnen een instelling, of – bij grootschalige rampen en crisis – op de continuïteit van zorgverlening van veel (trauma)patiënten die zorg nodig hebben. Bij zorgcontinuïteit in het kader van een griepandemie ligt in draaiboeken veelal de nadruk op het borgen van de continuïteit als zorgverleners zélf in grote mate uitvallen vanwege de griep. Bij de COVID-19-uitbraak zien we echter voor het waarborgen van de continuïteit van zorg andere uitdagingen, die om een samenspel vragen *binnen de zorgketen en tussen de zorgketen en openbaar bestuur* om:

- > te voorkómen dat mensen een infectie oplopen: infectiepreventie en -bestrijding binnen en buiten instellingen. Dit vergt een samenspel van het bedenken en implementeren van effectieve en proportionele maatregelen die de overdracht van – in dit geval – een virus tussen mensen voorkomen. Mensen kunnen besmet raken op verschillende (werk)plekken: in huis, in de buitenlucht, in instellingen.
- > te zorgen dat COVID-19-patiënten optimaal worden behandeld. Dat betekent onder andere aandacht voor effectieve diagnostiek en therapie, en voor het verdelen van patiënten, COVID-19 en non-COVID-19: de juiste patiënt op de juiste plek, thuis of in een zorginstelling.
- > de essentiële preventieve en curatieve zorg en verzorging voor non-COVID-patiënten toegankelijk te houden.
- > knelpunten die goede infectiepreventie en/of zorgverlening belemmeren te signaleren en op te lossen.
- > nazorg te kunnen bieden, inclusief psychosociale hulpverlening.
- > tijdig nieuwe zorgbehoeften te signaleren als gevolg van de uitbraak en de genomen maatregelen (en erop te reageren).

- > de gevolgen van de crisis te beperken, inclusief sociaaleconomische effecten die ook een weerslag hebben op de volksgezondheid.
- > reguliere zorg op te starten en de opgelopen achterstanden in te halen.

Tijdens de COVID-19-uitbraak heeft de minister van VWS gekozen voor een gecoördineerd samenspel tussen – niet congruente – ROAZ-regio's en veiligheidsregio's. De DPG heeft hierin een spilfunctie door zijn/haar betrokkenheid bij de infectieziektebestrijding in de regio, bij de GHOR en als adviseur voor het bestuur van de veiligheidsregio met betrekking tot vraagstukken die de openbare orde en veiligheid betreffen (onlosmakelijk gekoppeld aan het bestrijden van grote epidemieën).

De grote uitdaging voor de Nederlandse zorg lijkt nu te zijn om de balans te vinden in een situatie waarbij de reguliere zorg weer opgestart moet worden, terwijl het waarschijnlijk is dat het coronavirus niet op korte termijn, of misschien wel nooit, zal verdwijnen. Zolang er geen vaccin of goede behandeling is, zullen we met bron- en contactopsporing verdere uitbraken moeten voorkomen of indammen. Daarnaast moet de Nederlandse zorg voorbereid zijn op (al dan niet lokale) periodieke toenames van het aantal patiënten met COVID-19 ('golven'), terwijl de reguliere (non-COVID-)zorg ook voor iedereen die daarop aangewezen is, in gelijke mate toegankelijk moet zijn en blijven. Om zowel de reguliere zorg weer goed toegankelijk te maken voor elke inwoner in Nederland, als voorbereid te zijn op volgende golven van COVID-patiënten, is een ongekende regionale en waarschijnlijk zelfs bovenregionale samenwerking in en met de witte sector nodig.

Omgaan met schaarse menskracht en middelen

De COVID-19-crisis kenmerkt zich ook door de schaarsteproblematiek en de solidariteit die nodig is om hiermee om te gaan. Het goed omgaan met schaarste is een terugkerende uitdaging bij crises, en een volgende crisis zal weer nieuwe vormen van schaarste zichtbaar maken. Eerdere oefeningen en draaiboeken anticipeerden op schaarste van zorg door beperkte (IC-)bedden en uitval van personeel, waarvoor de oplossing – ook tijdens eerdere crises – werd gevonden in samenwerking met andere regio's. Dat bleek nu mogelijk voor de spreiding van IC-patiënten en de inzet van extra personeel¹⁰, maar voor de schaarse middelen (medicijnen, diagnostische materialen, PBM) bleek dit geen soelaas te bieden. Deze schaarste heeft de afhankelijkheid van buitenlandse producten blootgelegd. De wereldwijde uitbraak heeft invloed op het mondiale aanbod (minder) en de vraag (meer). Hierdoor zijn dilemma's ontstaan: Wie krijgt wel? Wie krijgt niet? Hoe strategische voorraden en herverdeling te organiseren en tegen welke kosten? Minder kwaliteit (van mondkapjes) of minder gekwalificeerd personeel? Wie bepaalt dat? Welke rol mag emotie spelen bij de prioritering van schaarse middelen? Het goed anticiperen op tekorten is één van de uitdagingen voor de toekomst: op welk niveau willen wij daadwerkelijk voorbereid zijn, en zijn we bereid de capaciteit in bedden, personeel en materialen op dat niveau te organiseren?

De huidige crisis laat zien dat opschalen in het Nederlandse zorgstelsel nodig kan zijn bij

¹⁰ De schaarste aan zorgpersoneel is een lang(er) lopend knelpunt in verschillende delen van de Nederlandse gezondheidszorg. In sommige regio's is er voortdurend sprake van schaarste aan zorgpersoneel: bij ziekenhuizen, huisartsenposten, in instellingen voor langdurige zorg en GGD'en. Gedurende de afgelopen maanden zorgden verschillende initiatieven binnen en tussen beroepsbeoefenaren, instellingen en het ministerie van VWS ervoor dat de schaarste aan mensen kon worden opvangen. Hoe en of dit op de langere termijn standhoudt, laat zich nog bezien, zeker bij de toenemende vermoeidheid van betrokkenen.

een toestroom van (infectieuze) patiënten. Als de (verwachte) zorgvraag de regulier beschikbare capaciteit overtreft, zullen er keuzes moeten worden gemaakt over de wijze van in-, door en uitstroom van patiënten. Dat is nu met heel veel inspanning en extra financiële middelen gedaan. Door van de huidige ervaringen te leren, kan in de toekomst gericht worden opgeschaald met – zo lang mogelijk – behoud van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ook kan, gebruikmakend van de huidige ervaringen, gericht reservecapaciteit worden georganiseerd als deel van de voorbereiding op infectieziektecrises.

Leren van de huidige netwerksamenwerkingen

De samenwerking rondom COVID-19 is ook complex door de grote onzekerheden die samenhangen met de onbekendheid van een nieuw virus. Bij onzekere risico's kijken mensen altijd anders naar de feiten (of het gebrek aan kennis daarvan) en de waarden die op het spel staan. De samenwerking wordt gekleurd door hoe betrokkenen kijken naar de risico's van de ziekteverwekker (het virus) en van de (aanhoudende) maatregelen. Deze variatie in beleving zal blijven, net zoals de uitvergroting van de verschillen door politiek en media. Tegelijkertijd zijn de wederzijdse afhankelijkheden tussen betrokkenen tijdens deze crisis evident. Dat maakt de vraag naar optimale (netwerk)samenwerking relevant.

In de interviews werd geregeld gewezen op het belang van samenwerking en goede en flexibele samenwerkingsstructuren. De gesprekken gingen over de voordelen van (regionaal) maatwerk, passend bij regionale issues, (organisatie)culturen en beschikbare zorgcapaciteit. Tegelijkertijd werd gewezen op de noodzaak voor landelijke sturing rondom de schaarste en herverdelingsvraagstukken en het belang van gelijke toegang tot zorg. Zonder bovenregionale sturing zagen respondenten leegstaande ziekenhuisbedden in één regio en overbelasting van zorg in andere regio's. Naast sturing met betrekking tot de verdeling van (schaarse) middelen, hebben de respondenten ook meermaals de wens geuit om te sturen op uniformiteit van maatregelen die het maatschappelijk verkeer raken, zoals maatregelen voor horeca, de cultuursector en recreatiegebieden.

In alle regio's wordt momenteel in netwerken gewerkt om de uitbraak te bestrijden, de continuïteit van zorg zo goed mogelijk te behouden en de negatieve maatschappelijke effecten te beperken. Tegen de achtergrond van het Nederlandse zorgstelsel lijkt het verenigen van mensen met formele invloed en (informeel) gezag dé weg voorwaarts om goed om te gaan met infectieziektecrises. Door sommige respondenten wordt dit verbinden van 'macht en gezag' gezien als een kerntaak van de DPG'en en de GHOR. Ook andere actoren in het Nederlandse zorgstelsel kunnen deze verbindende rol bij een crisis vervullen. De slagkracht van een netwerk kan worden geanalyseerd door te kijken naar de mate waarin het een oplossing biedt voor vier klassieke basisproblemen van organiseren: wat moet er gebeuren? (taakspecificatie), wie doet wat? (taaktoedeling), waarom zouden ze het doen? (motivering) en wie weet wat er wanneer moet gebeuren? (informatiedeling en regie) (Kenis & Raab 2020). Het lijkt waardevol om middels deze vragen in verschillende projecten dieper te kijken naar de (boven)regionale netwerken die zijn ontstaan in reactie op de gebeurtenissen en issues van de afgelopen maanden. Dit kan helpen om taken, rollen en verantwoordelijkheden van actoren te verhelderen en vast te leggen voor toekomstige crises. Hierdoor kunnen partijen elkaar ondersteuning bieden – of juist de ruimte geven – om collectieve doelen te verwezenlijken.

Een thema dat aandacht behoeft is het proces van de informatievoorziening. Het verzamelen en verspreiden van informatie is noodzakelijk voor een goede crisisbeheersing en (netwerk)samenwerking. Tegelijkertijd is de afweging 'need to know' versus 'nice to know' relevant, met andere woorden: de afweging tussen iedereen geïnformeerd houden ten opzichte van het bieden van een overdosis aan informatie en administratieve lasten. Wanneer is de informatie voldoende om de taken die moeten gebeuren te kunnen uitvoeren? Wie mag de informatie verzamelen, duiden en gebruiken voor besluitvorming en hoe brengen we ook daarin een optimale samenwerking tot stand? Het is gemakkelijk om als sturend orgaan steeds meer gegevens en informatie te willen, maar daarbij dient veel meer dan nu het geval is, beseft te worden dat het verzamelen van die informatie vaak (veel) tijd kost voor de partijen die haar moeten aanleveren.

Door de huidige ervaringen met de netwerksamenwerking in en tussen regio's nader te bekijken, kan niet alleen de wet- en regelgeving worden doorontwikkeld¹¹ en de 'lappendeken aan samenwerkingsregio's' wellicht vereenvoudigd worden¹², maar ook het aanbod uitgebreid worden om crisisprofessionals werkzaam bij GGD'en, GHOR-organisaties, netwerken acute zorg, veiligheidsregio's en zorginstellingen optimaal te ondersteunen.

Zij hebben immers uitdagende taken tijdens (langdurige) crises te vervullen.

¹¹ Onder andere de WVR (n.a.v. evaluatie) en het concept AMVB Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

¹² ROAZ, veiligheidsregio's, GGD-regio's, huisartsenkringen, adherentiegebieden van zorginstellingen, etc.

Bijlage 1 Snelle kennis- mobilisatie

De wereldwijde uitbraak van het COVID-19-virus is te beschouwen als een 'ongekende crisis'. Van de wijze waarop we in Nederland deze uitbraak en de gevolgen ervan trachten te beheersen, kunnen we veel leren hoe met dit soort crises om te gaan. Voor het lectoraat Crisisbeheersing van het IFV is dit reden geweest om reeds nu, gedurende de crisis, onderzoek te doen naar de ervaringen van verschillende betrokkenen, zoals gemeenten (i.c. burgemeesters), veiligheidsregio's en de GGD/GHOR.

Door al in een vroeg stadium zogenoemde snelle kennismobilisaties uit te voeren, kunnen bevindingen worden vastgelegd die anders, na verloop van tijd, vergeten zouden worden. Op het moment van onderzoek is bij betrokkenen de herinnering nog redelijk vers en accuraat. Als wij langer zouden wachten, zouden waarschijnlijk de eerste indrukken zijn vervaagd door allerlei nieuwe kwesties die dan de aandacht vragen. Juist de lange duur van de coronacrisis maakt het zinvol al vanaf het begin en met enige regelmaat zaken te beschouwen en een balans op te maken. Mogelijk bieden de uitkomsten van het onderzoek voor betrokkenen input voor het vervolg of kunnen hieruit – voor de toekomst – lessen worden gegenereerd hoe de aanpak van een dergelijke crisis te organiseren.

In het kader van de snelle kennismobilisatie zijn tot nu toe de volgende publicaties verschenen:

- > [*De impact van de coronacrisis op gemeenten. Eerste tussenrapportage: een maand na de uitbraak*](#) (3 april 2020).
- > [*De veiligheidsregio's in de eerste weken van de coronacrisis*](#) (1 mei 2020).
- > [*De impact van de coronacrisis op gemeenten. Tweede tussenrapportage: tweeënhalve maand na de uitbraak*](#) (25 mei 2020).

Bijlage 2 Actoren en hun relatie tot de infectieziektebestrijding, de continuïteit van zorg en het crisismanagement tijdens de coronacrisis

In deze bijlage wordt in kaart gebracht welke (groep van) actoren een rol spelen binnen het netwerk dat invulling geeft aan de bestrijding van de infectieziekte en het organiseren van de continuïteit van zorg, zoals deze nu in het kader van COVID-19 aan de orde zijn. Per actor worden de relevante taken benoemd en wordt beschreven op grond waarvan die taken worden uitgevoerd. Daarbij is op de eerste plaats gekeken naar het wettelijke kader en de daarop steunende besluiten.

In dit overzicht ligt de focus op de gezondheidszorg, maar het bestrijden van de coronacrisis heeft ook andere maatschappelijke aspecten. Die raakvlakken komen via de lijn van de veiligheidssector in beeld, maar ze worden hier maar in beperkte mate uitgewerkt. In deze bijlage zijn alleen de hoofdrolspelers benoemd, zoals die in het onderzoek naar voren zijn gekomen. De lijst is echter nog verder uit te breiden.

1. Directeur Publieke Gezondheid (DPG)

Deze wordt aangesteld door het algemeen bestuur van de GGD in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio (art. 14 lid 3 Wpg). Dat hangt samen met de voor de coronacrisis relevante taken van de DPG:

1. leidinggeven aan de GGD (art. 14 lid 3 Wpg): zie 2.
2. leidinggeven aan de GHOR (art. 32 lid 1 Wvr) en als zodanig ook deel uitmaken van de directie van de Veiligheidsregio: zie 3.
3. belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening (art. 32 lid 1 Wvr). Onder geneeskundige hulpverlening verstaat art. 1 Wvr dan: "geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing door daartoe aangesteld personeel, als onderdeel van de gecoördineerde inzet van diensten en organisaties, door tussenkomst van een meldkamer."

Bij de bestrijding van een A-infectieziekte werkt de DPG onder de bestuurlijke leiding van de voorzitter van de veiligheidsregio.

In een brief aan de DPG'en¹³ vraagt de minister van VWS om op grond van art. 6 Wpg onder andere activiteiten op te pakken op het gebied van de samenwerking van alle bij de (COVID)patiëntenzorg betrokkenen, en alle zorgverleners toegang te geven tot deze

¹³ Brief VWS over de regionale aanpak voor zorg aan kwetsbare patiënten i.v.m. COVID-19, 31 maart 2020, kenmerk 1169066-203772-LZ.

samenwerking. Daartoe is gevraagd om binnen de veiligheidsregio tot een herkenbare samenwerkingsstructuur te komen. Daarnaast wordt gevraagd om voldoende plekken te realiseren voor kwetsbare patiënten buiten het ziekenhuis en een centraal coördinatiepunt COVID in te stellen voor de toeleiding naar de juiste zorg.

2. GGD

De GGD is ingesteld op grond van art. 14 Wpg door het college van B&W van de gemeenten die behoren bij de door de wet (art. 8 Wvr en bijlage) ingestelde 25 regio's, ter uitvoering van de opgedragen taken uit de Wet publieke gezondheid. Een belangrijk onderdeel daarvan zijn de uitvoeringstaken in het kader van de infectieziektebestrijding. De uitvoeringstaken kunnen samengevat worden als¹⁴ het coördineren van de bestrijding van de infectieziekte in de regio, het voorkomen van verdere verspreiding en bij A-ziekten het vertalen van de RIVM-richtlijnen daarbij. Dat houdt onder andere in: monitoring van infectieziekten, advisering bij/bepaling van regionaal bestrijdingsbeleid, bronopsporing, contactonderzoek, vaccinatie, vervoer en afzondering, diagnose/therapie, het treffen van hygiënemaatregelen en voorlichting.

3. GHOR

De GHOR is de geneeskundige hulpverleningsorganisatie, ingesteld door het bestuur van de veiligheidsregio¹⁵ en belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening (bij rampen en crises) en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied (art. 1 Wvr). De kern van deze regietaak is belegd in art. 5 lid 1 van het Besluit veiligheidsregio's. Een groot deel van de uit te voeren taken ligt in de voorbereiding: het maken van afspraken met zorginstellingen, planvorming, opleiden en oefenen. Tijdens een crisis maakt de GHOR deel uit van de regionale hoofdstructuur rampenbestrijding en crisisbeheersing. In de *Handreiking samenwerking GGD-GHOR*¹⁴ worden genoemd: monitoren van de continuïteit van de eerste- en tweedelijnszorg, coördineren van de samenwerking tussen ketenpartners binnen de witte kolom, afstemming met politie, brandweer, bevolkingszorg en overige vitale partners, informatievoorziening, logistieke coördinatie en resourcemanagement.

4. Veiligheidsregio

Dit is een openbaar lichaam ingesteld bij gemeenschappelijke regeling door het college van B&W in die (veiligheids)regio gelegen gemeenten, ter uitvoering van de opgelegde taken in de Wet veiligheidsregio's. Het algemeen bestuur (bestaande uit de burgemeesters van de deelnemende gemeenten, art. 11 lid 1 Wvr) is verantwoordelijk voor de voorbereiding van het beleidsplan, het regionaal risicoprofiel en het crisisplan. Binnen deze planvorming moet op grond van art. 6 Wpg ook voorzien zijn in de wijze waarop wordt voorbereid op een infectieziekte uit de A-lijst. De veiligheidsregio stelt de hoofdstructuur voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing in die gehanteerd wordt bij een daadwerkelijke inzet. Aan het hoofd van deze hoofdstructuur staat de voorzitter veiligheidsregio bij een uitbraak van een infectieziekte-A. De voorzitter wordt uit de kring van de burgemeesters van de regio benoemd per koninklijk besluit (art. 11 lid 2 Wvr).

5. Voorzitter veiligheidsregio

Heeft op grond van art. 6 lid 4 Wpg de leiding bij de regionale bestrijding van een infectieziekte uit de A-lijst, en op grond van art. 39 Wvr het opperbevel als bedoeld in art. 5

¹⁴ GGDGHOR Nederland (2014). *Handreiking samenwerking GGD-GHOR bij infectieziektebestrijding*.

¹⁵ Er zijn verschillende organisatievormen waarbij de GHOR is georganiseerd binnen de Veiligheidsregio en/ of de GGD.

Wvr bij een ramp of crisis van meer dan plaatselijke betekenis of bij ernstige vrees voor het ontstaan daarvan.

Op grond van de Wpg heeft hij met name de volgende bevoegdheden:

- > Het (onvrijwillige) laten opnemen in isolatie in een daartoe aan te wijzen ziekenhuis van een persoon bij wie de besmetting is aangetoond of waarvan ernstig gevaar verwacht wordt voor de volksgezondheid voor de verspreiding van de infectieziekte (art. 31 Wpg).
- > Het opleggen van quarantaine aan een persoon bij verdenking van besmetting (art. 35 Wpg).
- > Het opleggen van een verbod aan een persoon die gevaar oplevert voor de verspreiding van de infectieziekte om beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten te verrichten (art. 38 Wpg).
- > Het doen onderzoeken van terreinen, gebouwen, vervoersmiddelen of goederen indien een gegronnd vermoeden bestaat voor besmetting (art. 47 Wpg).
- > Het treffen van maatregelen ter toelating van schepen en luchtvaartuigen bij een melding of vermoeden van besmetting (art. 53 Wpg).

Daarnaast heeft hij op grond van de Wvr naast het geven van leiding aan de infectieziektebestrijding ook de taak en bevoegdheid om de informatievoorziening aan de bevolking en de betrokkenen bij de bestrijding van de crisisvoorziening te regelen (art. 7 Wvr). Art. 39 lid 1 Wvr geeft de voorzitter voor de gehele veiligheidsregio tevens de volgende bevoegdheden uit de Gemeentewet (Gw):

- > De bevelen te geven welke hij nodig acht voor het handhaven van de openbare orde (art. 172 Gw).
- > Het toezicht houden op openbare samenkomsten en evenementen alsmede de voor het publiek toegankelijke terreinen en gebouwen en de bevelen geven die nodig zijn ter bescherming van de veiligheid en gezondheid met betrekking tot openbare samenkomsten en evenementen voor het publiek toegankelijke terreinen en gebouwen (art 174Gw). Ook kan hij op grond van verstoring van de openbare orde een woning of niet voor publiek toegankelijk gebouwen sluiten (art. 174a, lid 1 Gw).
- > Het instellen van een noodverordening met algemeen verbindende voorschriften, waarbij van andere voorschriften dan de Grondwet kan worden afgeweken, indien dat nodig is om het gevaar te beperken of de openbare orde te handhaven (art. 176 Gw).

6. B&W (burgemeester en wethouders)

Het College van B&W heeft geen directe rol tijdens de daadwerkelijke bestrijding van een infectieziekte.¹⁶ Formeel zijn de bevorderingstaken van de Wpg en de Wvr aan B&W opgedragen, maar deze zijn belegd bij de GGD en de veiligheidsregio. De rol van B&W ligt in de voorbereidende fase, bij de instelling van de openbare lichamen van de GGD en de veiligheidsregio en de bestuurlijke participatie daarin.

7. Burgemeester

De burgemeester is het bevoegd gezag om leiding te geven aan de infectieziektebestrijding (art. 6 lid 3 Wpg) en rampenbestrijding (art. 5 Wvr). In deze crisis is dat echter niet van toepassing: bij de bestrijding van infectieziekten uit de A-lijst en bij gemeente-overstijgende incidenten gaan de bevoegdheden over op de voorzitter van de veiligheidsregio. De burgemeester blijft dan overigens wel deel uitmaken van de hoofdstructuur voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing als lid van het Regionaal Beleidsteam (art. 39 lid 2 Wvr).

¹⁶ Niet uitgewerkt is in deze bijlage welke rol B&W eventueel nog heeft in het kader van de WMO om de continuïteit van de daaronder vallende voorzieningen te bevorderen.

8. Traumacentrum

De door de minister van VWS aangewezen elf traumacentra hebben een tweeledige taak: zorgverlening aan zeer ernstige ongevalsslachtoffers en het voorzien in een traumanetwerk van zorginstellingen die een rol vervullen bij de opvang van traumaslachtoffers binnen hun verzorgingsgebied. Als zodanig draagt het traumacentrum zorg voor het organiseren en faciliteren van het ROAZ.

9. Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

Het ROAZ vindt zijn basis in de Beleidsregels 2017 ex art. 4 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Art. 3 van de Beleidsregels 2017 regelt dat basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten op een constructieve manier deelnemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen. De afspraken in het Regionale Overleg Acute Zorgketen moeten ertoe leiden dat deelnemers aan het overleg aanpassingen in hun aanbod van acute zorg inpassen binnen het geheel van acute zorg in de regio.

Specifiek is in art. 4 van de Beleidsregels 2017 WTZi voor basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen vastgelegd, dat deze zich in samenwerking met andere zorgverleners en diensten uit de acute ketenzorg voorbereiden op inzet in opgeschaalde situaties. Hiervoor dient de zorginstelling over een Rampen Opvang Plan te beschikken. De instelling overlegt dit Rampen Opvang Plan bij de aanvraag van een toelating in het kader van de WTZi en stelt het periodiek bij. De zorginstelling stemt haar werkwijze af met de DPG van de veiligheidsregio waarin de instelling is gelegen. De gemaakte afspraken zullen worden opgenomen in een regionaal crisisplan, dat door het bestuur van de veiligheidsregio wordt vastgesteld.

In zijn brief aan de kamer¹⁷ schrijft de minister van VWS dat voor de praktische invulling van het ROAZ ook gebruik gemaakt wordt van de concept-AMvB acute zorg¹⁸, die nog in afwachting is van de vaststelling van de aanpassingswet Wet Toetreding Zorgaanbieders. In deze concept-AMvB wordt de kring van deelnemers aan het ROAZ sterk verbreed om af te stemmen op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. Aanvankelijk waren het de aanbieders 1 t/m 6. Genoemd worden nu:

1. traumacentra
2. aanbieders van medisch-specialistische zorg die acute zorg verlenen, anders dan traumacentra
3. regionale ambulancevoorzieningen
4. aanbieders van huisartsenzorg in huisartsenposten
5. gemeentelijke gezondheidsdiensten
6. aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die acute zorg verlenen
7. aanbieders die in de avond, de nacht en op zondag farmaceutische zorg aanbieden
8. aanbieders van huisartsenzorg, anders dan in huisartsenposten
9. aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, die geen acute zorg verlenen
10. aanbieders van medisch-specialistische zorg, anders dan bedoeld in de onderdelen a en b
11. aanbieders van verloskundige zorg
12. aanbieders van wijkverpleging

¹⁷ Bijlage "verantwoordelijkheidsverdeling en beslissingsbevoegdheid inzake een mogelijke grote uitbraak van een infectieziekte", brief van de minister van VWS van 25 maart 2020, kamerstuk 25295, nr. 199.

¹⁸ Kamerstukken II, 2018/19, 29247, nr. 264, Besluit van [...] houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg.

13. aanbieders van eerstelijnsverblijf
14. aanbieders van Wlz-zorg
15. aanbieders van geriatrische revalidatiezorg.

De zorgverleners 1 t/m 7 moeten bovendien over een crisisplan beschikken dat de maatregelen beschrijft die genomen worden als de eigen zorgcontinuïteit of die van de bredere acute zorg bedreigd wordt.

10. Zorginstellingen ex art 1 Wvr.

Dit betreft de zorginstellingen, die

- > een erkenning hebben op grond van de WTZi, erkend zijn op grond van de wet BIG, ambulancevervoerders en gezondheidsdiensten
- > **en** een rol vervullen in de geneeskundige hulpverlening bij rampenbestrijding en crisisbeheersing (art. 33 lid 1 Wvr). Dit laatste criterium is niet scherp, maar behelst de heersende opvatting van de branche over welke organisaties een taak hebben binnen de geneeskundige hulpverlening¹⁹ en met wie daarom schriftelijke afspraken gemaakt moeten worden. Als primaire partijen worden daarbij in elk geval genoemd ziekenhuizen, traumacentra, RAV'en, huisartsenposten en GGD'en. Deze instellingen vervullen dus een rol bij de acute zorg tijdens rampen en crises, waarover specifiek afspraken gemaakt worden met de DPG, maar ook binnen het ROAZ.

De zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het bieden van goede zorg (art. 2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)) binnen hun instelling. Dat geldt onder alle omstandigheden. Bij de uitbraak van een infectieziekte moet de zorginstelling zich zowel wijden aan infectieziektebestrijding als zorg dragen voor haar zorgcontinuïteit, en de uitvoering van zorg prioriteren naar personeel, patiëntenstroom en middelen. Voor zover de eigen zorgcontinuïteit andere zorginstellingen raakt, wordt daarover afgestemd in het ROAZ. Zorginstellingen moeten aantoonbaar zijn voorbereid op een verstoring van hun zorgcontinuïteit.

Het begrip "acute zorg" is in ontwikkeling. Zie onder het kopje 9, ROAZ.

11. Overige zorginstellingen

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn er meer zorginstellingen die patiëntenzorg leveren en die altijd moet voldoen aan het criterium "verantwoorde zorg onder alle omstandigheden". Voor alle zorgverleners is art. 2 Wkkgz van toepassing. Ook dan geldt het onder 10 genoemde punt, dat de instelling zelf verantwoordelijk is voor haar eigen zorgcontinuïteit. Voor de afstemming met andere zorginstellingen wordt verwezen naar punt 9, ROAZ.

12. Rode Kruis

Het Rode Kruis is als Nederlands onderdeel van het Internationale Rode Kruis onder andere inzetbaar voor het vervullen van taken op het gebied van de hulpverlening aan de burgerbevolking en het bieden van hulp in de zorg aan zieken en gewonden bij rampen en andere bijzondere gebeurtenissen. Een en ander gebeurt op basis van het Koninklijk Besluit Rode Kruis 1988 zoals dat geldt vanaf 2012, en dat voor Nederland invulling geeft aan de internationale verdragen op dit gebied. "Onze Ministers van Defensie, van Veiligheid en Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voeren ter zake van het inzetten van de eenheden van het Rode Kruis met elkaar overleg." (Besluit Rode Kruis 1988). Het Rode Kruis is geen zorginstelling in wettelijke zin, maar de geboden hulp draagt wel bij aan het

¹⁹ GHOR Nederland (2012). *De nieuwe GHOR*.

verkleinen van het gat tussen zorgvraag en zorgaanbod. Voor de voorbereiding op deze taken ontvangt het Rode Kruis een subsidie van het ministerie van JenV. Deze wordt voor de veiligheidsregio's ook aangewend voor de inzet van noodhulpteams binnen de Grootchalige Geneeskundige Bijstand.

13. Defensie

Naast bescherming van het eigen grondgebied en handhaving van de (internationale) rechtsorde formuleert Defensie als haar derde hoofdtaak het bieden van ondersteuning aan de overheid bij rechtshandhaving, rampenbestrijding en humanitaire hulp, nationaal en internationaal. In de Wvr is opgenomen dat er een beroep kan worden gedaan op Defensie in tijden van rampen en crisis voor militaire bijstand. (Art. 51 lid 3 Wvr).

Binnen Nederland is het hulpaanbod uitgewerkt in de Catalogus Nationale Operaties. Onderdeel daarvan zijn onder andere het inzetten van medisch personeel en vervoerscapaciteit, en het beschikbaar stellen van het calamiteitenhospitaal, van mobiele medische posten en van stafcapaciteit. Het inzetten van deze middelen draagt bij aan het verkleinen van de kloof tussen het reguliere zorgaanbod en de zorgvraag. Tijdens de coronacrisis zijn voor de inzet van de krijgsmachtonderdelen nadere afspraken gemaakt in het kader van de herprioritering.

14. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Op grond van artikel 7.1 van de Wpg geeft de minister van VWS leiding aan de bestrijding van A-infectieziekten en geeft als zodanig opdrachten aan de voorzitter veiligheidsregio hoe de bestrijding ter hand te nemen.

De minister van VWS is ook stelselverantwoordelijk voor de zorg, en treedt hierbij met name faciliterend op, zoals ook blijkt uit de instelling van de bovenregionale crisisfaciliteiten uit bijlage 3.

De minister laat zich adviseren door het OMT, BAO en verschillende overleggen met koepels van zorgverleners en brancheorganisaties en stemt zijn maatregelen af binnen de Ministeriele Commissie Crisisbeheersing (MCCb) als onderdeel van de nationale crisisstructuur.

15. Minister van Justitie & Veiligheid (JenV)

De minister van JenV is stelselverantwoordelijk voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing. Als zodanig voert hij de regie over de veiligheidssector. Hij kan aanwijzingen geven voor de voorbereiding op rampen en crises door landelijke doelstellingen te formuleren (art. 37 Wvr) en kan – via een koninklijk besluit – onder buitengewone omstandigheden ook de bevoegdheden van de burgemeester naar zich toe trekken (art. 54 Wvr). Wanneer andere ministers ook de bevoegdheid hebben om tijdens een crisis regels te stellen of maatregelen te treffen, moeten die daarover overleg voeren met de minister van JenV (art. 44 Wvr). Die afstemming vindt plaats binnen de MCCb.

16. Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ)

De IGJ is belast met het toezicht op alle instellingen binnen de zorg. Zowel de veiligheid, de kwaliteit als de toegankelijkheid van de zorg zijn onderwerp van toezicht. Het toezicht gebeurt zowel in de vorm van incidenttoezicht als risicotoezicht. Het toezicht is geregeld in de specifieke wetgeving voor de diverse zorgaanbieders. De inspectie kan maatregelen opleggen om verbeteringen af te dwingen. Daarnaast brengt zij adviezen uit aan de minister van VWS.

17. Inspectie Veiligheid & Justitie

Op grond van art. 57 Wvr is de Inspectie Veiligheid & Justitie belast met het toezicht op de veiligheidsregio's, gemeenten of andere openbare lichamen met betrekking tot de uitvoering van de taken op het gebied van de rampenbestrijding of crisisbeheersing. Ook verricht de inspectie onderzoek naar aanleiding van een concrete ramp of crisis, tenzij de Onderzoeksraad voor Veiligheid dat al doet. Ten aanzien van de voorbereiding op de rampenbestrijding of crisisbeheersing door de lichamen zoals bedoeld in art. 57 Wvr wordt periodiek getoetst, waarbij onder andere wordt samengewerkt met de IGJ.

18. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan dat belast is met het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa stelt beleidsregels vast, zoals het omschrijven van prestaties en maximumtarieven en treedt op als adviseur van de minister van VWS.

19. Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut Nederland is een zelfstandig bestuursorgaan dat erop toeziet dat Nederlandse burgers verzekerd zijn van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg volgens de Zvw en Wlz. Daarmee wordt gewaarborgd dat iedereen die recht heeft op zorg deze ook krijgt. Het Zorginstituut heeft de volgende taken:

1. adviseren over en verduidelijken van het basispakket aan zorg
2. bevorderen van de kwaliteit en inzichtelijkheid van de zorg
3. systematisch doorlichten van het basispakket m.b.t. patiëntgerichtheid, doelgerichtheid en effectiviteit
4. het beheer van het zorgverzekeringsfonds (Zvf) en het Fonds langdurige zorg (Flz).

20. Zorgverzekeraars

Onderscheid moet gemaakt worden tussen de bekostiging van de zorgplicht die de zorgverzekeraar heeft voor het basispakket uit de Zvw en de uitvoering van de Wlz als publiekrechtelijke verzekering, waarbij VWS het budget beschikbaar stelt.

Op grond van de Zvw sluiten zorgverzekeraars contracten met zorgaanbieders om zorg te leveren, of vergoeden ze zorgkosten gemaakt bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Daarnaast is de grootste verzekeraar in een zorgkantorregio aangewezen als zorgkantoor, en voert de Wlz uit (een publiekrechtelijke verzekering). Er zijn 32 zorgkantorregio's.

Voor beide functies van de zorgverzekeraar geldt een wettelijke zorgplicht. De NZa ziet erop toe dat aan deze wettelijke zorgplicht wordt voldaan. De zorgverzekeraars zijn op grond van de concept-AMvB van de Wkkgz bij het ROAZ betrokken als overlegpartij. De zorgverzekeraars spelen een rol bij de besluitvorming rond de extra te treffen voorzieningen en aanpassingen in het zorgaanbod tijdens de coronacrisis, zowel binnen het ROAZ en bij individuele zorginstellingen, als binnen het overleg in de veiligheidsregio op grond van de eerdergenoemde brief van VWS van 31 maart aan de DPG'en.

Bijlage 3 Bovenregionale coördinatiestructuren tijdens COVID-19 uitbraak

In deze bijlage wordt een (niet uitputtend) overzicht gegeven van diverse bovenregionale coördinatiestructuren en organisaties die tijdens de coronacrisis betrokken zijn bij de bestrijding van de uitbraak van COVID-19 en de maatschappelijke gevolgen daarvan. Een aantal coördinatiestructuren en organisaties bestond reeds lang voor de coronacrisis, maar daarnaast zijn er tijdens de crisis enkele coördinatiestructuren en organisaties specifiek voor bepaalde doelen opgericht.

Onderstaande informatie is grotendeels letterlijk ontleend aan de in de voetnoten genoemde bronnen.

Het overzicht begint met coördinatiestructuren en organisaties die in het kader van de coronacrisis zijn opgericht. Daarna worden bestaande structuren en organisaties die deel uitmaken van de crisisstructuur COVID-19 genoemd, gevolgd door enkele andere in het kader van de coronacrisis relevante organisaties.

In het kader van de coronacrisis ingerichte structuren

Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)

Datum oprichting: 24 maart 2020

Opdracht: Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) heeft als doel om verschillende medische hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen waaraan een tekort dreigt, gezamenlijk in te kopen (zonder winstoogmerk, in het landsbelang), ten behoeve van alle zorgaanbieders in Nederland. Het LCH is opgericht door het ministerie van VWS, samen met een team van professionals uit ziekenhuizen, academische centra, leveranciers en producenten.²⁰ Het LCH is een privaat-publieke samenwerking en werkt samen met partijen die hun distributie- en logistieke netwerken ter beschikking stellen om producten naar Nederland te krijgen (Skyteam/KLM) of om binnen Nederland producten te distribueren naar alle zorginstellingen (OneMed/QRS en Mediq).²¹

Landelijk coördinatiecentrum geneesmiddelen (LCG)

Datum oprichting: 1 april 2020

Opdracht: Het landelijk coördinatiecentrum geneesmiddelen (LCG) is opgericht in opdracht van het ministerie van VWS, om de sterk groeiende vraag aan geneesmiddelen op de intensive care het hoofd te bieden. De coördinatie is belegd bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers (NVZA). Het LCG onderhoudt dagelijks contact met ziekenhuisapotheken en groothandels om een accuraat beeld te houden van de medicijnvoorraad en grondstoffen voor geneesmiddelen, helpt bij het vergroten van de

²⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-COVID-19/nieuws/2020/03/24/opstart-initiatief-landelijk-consortium-hulpmiddelen>.

²¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-COVID-19/zorg/beschermingsmiddelen>.

beschikbaarheid van deze medicijnen vanuit het buitenland, en beoordeelt of ziekenhuisapotheken zelf extra medicatie kunnen bereiden voor de COVID-patiënten op de IC.²²

Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS)

Datum oprichting: 21 maart 2020²³

Opdracht: Het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) heeft als doel de werklast van de patiëntenzorg tijdens de coronacrisis zo effectief mogelijk over Nederland te spreiden. Het LCPS coördineert de bovenregionale spreiding van klinische en IC-patiënten over alle Nederlandse ziekenhuizen en, in samenwerking met het LCH, de spreiding van medische middelen die nodig zijn voor de COVID-19 zorg. Het LCPS is op verzoek van het ministerie van VWS opgericht door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). De werkwijze van het LCPS is gericht op het zoveel mogelijk in stand houden van bestaande structuren binnen de zorg. Hierbij staat het LCPS primair in contact met de verschillende Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) regio's. Alle ziekenhuizen binnen Nederland vallen weer binnen een ROAZ regio.

Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT)

Datum oprichting: 31 maart

Opdracht: De Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) is opgericht in opdracht van het ministerie van VWS, met het doel de testcapaciteit te vergroten. De LCT heeft de opdracht om de beschikbare testcapaciteit goed te volgen, de huidige testcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten, alternatieve testcapaciteit in te zetten en om vast te stellen aan welke kritische producten tekorten dreigen. In de LCT werken het ministerie van VWS, RIVM, de Taskforce Diagnostiek (bestaande uit de Nederlandse Vereniging Medische Microbiologie en de branchevereniging van leveranciers Diagned), en de Speciaal Gezant van het kabinet samen.²⁴

Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-C)

Datum oprichting: medio maart 2020

Opdracht: Het Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-C) is opgericht om de veiligheidsregio's, crisispartners en het openbaar bestuur te ondersteunen bij de aanpak van de maatschappelijke gevolgen van de coronacrisis. Het LOT-C fungeert als informatieknoppunt, adviseert over vraagstukken die voortvloeien uit de coronacrisis en vertaalt behoeften naar toepasbare producten. Het LOT-C vormt de verbinding tussen het Rijk, de veiligheidsregio's en andere crisispartners en sluit hierbij aan bij bestaande crisisstructuren. Het LOT-C is in maart 2020 gestart in opdracht van de Directeur Nationale Crisisbeheersing (NCTV) en de voorzitter van de Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio's (RCDV). Het LOT-C valt onder het Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum - Nationaal (LOCC-N). Het LOT-C bestaat uit deskundigen uit de zorg, van de politie, brandweer, veiligheidsregio's, Defensie en het Rode Kruis. Het LOT-C maakt deel uit van de nationale crisisstructuur COVID-19.^{25,26}

²² <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/31/landelijk-coordinatiecentrum-geneesmiddelen-voor-coronapatienten-op-intensive-care>.

²³ <https://www.lcps.nu/#/nieuws>.

²⁴ Brief minister VWS aan Tweede Kamer 'COVID-19 - Update stand van zaken' d.d. 31 maart 2020, kenmerk 1669554-203825-PG.

²⁵ <https://www.ifv.nl/nieuws/Paginas/Landelijk-Operationeel-Team-Corona-voor-maximale-ondersteuning-veiligheidsregios.aspx>.

²⁶ Brief (en bijlage) minister JenV aan Tweede Kamer 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19' d.d. 13 maart 2020, kenmerk 2860322.

Landelijk coördinatieteam PSH GOR

Datum oprichting: medio maart 2020

Opdracht: Het landelijk coördinatieteam PSH GOR is in het leven geroepen om de landelijke informatiestromen op het gebied van Psychosociale Hulpverlening (PSH) en Gezondheidsonderzoek na Rampen (GOR) met betrekking tot de coronacrisis te structureren. Het doel is informatie over wat speelt, over risico's, behoeften en ondersteuningsbehoeften van burgers, GGD en partners, afkomstig uit regionale en nationale kanalen, op te halen en samen te brengen. In het landelijk coördinatieteam PSH GOR werken cGM/RIVM, GGD GHOR Nederland, ARQ en NIVEL samen.²⁷

Bestaande structuren, onderdeel van de crisisstructuur COVID-19

In de kamerbrief van 13 maart 2020 heeft de minister van Justitie en Veiligheid een toelichting gegeven op de inzet, inrichting en werkwijze van de nationale crisisstructuur bij de aanpak van consequenties van de uitbraak COVID-19. Onderstaande organisaties maken deel uit van de nationale crisisstructuur COVID-19.²⁸

Outbreak Management Team (OMT)

Opdracht: Als er sprake is van een regio-overstijgende uitbraak van een infectieziekte of als er een internationale dreiging van een infectieziekte is, zoals COVID-19, kan het RIVM een Outbreak Management Team (OMT) bij elkaar roepen. De deelnemers van het OMT (specialisten en experts met verschillende achtergronden en kennis over de desbetreffende ziekte) bespreken op basis van actuele informatie, vakkennis en beschikbare wetenschappelijke literatuur hoe de uitbraak bestreden kan worden. Ook gaan ze in op de risico's en onzekerheden van maatregelen. Het OMT levert een advies op aan het ministerie van VWS via het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO). Het BAO toetst het inhoudelijke advies op bestuurlijke haalbaarheid en uitvoerbaarheid en stelt uiteindelijk het bestrijdingsbeleid vast.²⁹

Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO)

Opdracht: Een Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) wordt bijeengeroepen door het ministerie van VWS. Het BAO toetst het inhoudelijke advies van het Outbreak Managementteam (OMT) over de bestrijding van een infectieziekte-uitbraak op bestuurlijke haalbaarheid en uitvoerbaarheid en stelt uiteindelijk het bestrijdingsbeleid vast.^{30, 31} Het advies van het BAO kan ter verdere afstemming worden voorgelegd aan de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb) en de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) met het oog op neveneffecten van het wel of niet treffen van maatregelen (de afweging tussen maatregelen en neveneffecten), de wijze van uitvoering en crisiscommunicatie.³²

²⁷ Landelijk Coördinatieteam PSH GOR, Nieuwsbrief Editie 1, 20 maart 2020.

²⁸ Brief (en bijlage) minister JenV aan Tweede Kamer 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19' d.d. 13 maart 2020, kenmerk 2860322.

²⁹ <https://www.rivm.nl/coronavirus-COVID-19/omt>.

³⁰ <https://www.rivm.nl/coronavirus-COVID-19/omt>; IFV (2018) *Bestuurlijke Netwerkkarten Crisisbeheersing. Netwerkkart 7, Infectieziekte*.

³¹ Brief (en bijlage) minister JenV aan Tweede Kamer 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19' d.d. 13 maart 2020, kenmerk 2860322.

³² IFV (2018) *Bestuurlijke Netwerkkarten Crisisbeheersing. Netwerkkart 7, Infectieziekte*.

Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb)

Opdracht: De Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) besluit over het geheel van maatregelen en voorzieningen met het oog op een samenhangende aanpak in een situatie waarbij de nationale veiligheid in het geding is of kan zijn, of in een andere situatie die een grote uitwerking op de maatschappij heeft of kan hebben. De MCCb wordt voorgezeten door de minister van Justitie en Veiligheid of (zoals tijdens de coronacrisis) de minister-president.³³

Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb)

Opdracht: De Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb) van directeuren-generaal adviseert de MCCb en neemt zo nodig en mogelijk ook zelf besluiten. De ICCb wordt voorgezeten door de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV).³⁴

Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO)

Opdracht: Op initiatief van een directeur van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV) of op verzoek van een departementale crisiscoördinator kan een Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO) bijeenkomen op het Nationaal Crisiscentrum (NCC). Het IAO ondersteunt en adviseert de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) en de Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb).³⁵

Nationaal Crisiscentrum (NCC)

Opdracht: Het Nationaal Crisiscentrum (NCC) ondersteunt de besluitvorming bij een (dreigende) crisis. Het NCC vervult de functie van interdepartementaal coördinatiecentrum en knooppunt voor de informatievoorziening op nationaal niveau. Het NCC is onderdeel van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV).³⁶

Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC)

Opdracht: Het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) coördineert de pers- en publieksvoorlichting vanuit de rijksoverheid.³⁷

Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum (LOCC)

Opdracht: Het Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum (LOCC) heeft als doel, bij (dreigende) (inter)nationale incidenten, rampen, crises en grootschalige evenementen te komen tot een efficiënte en samenhangende inzet van mensen, middelen en expertise van de operationele diensten brandweer, politie, GHOR, Defensie en van de gemeenten. Dit geldt tijdens de preparatiefase, de responsfase en de nafase van een crisissituatie. De

³³ <https://www.nctv.nl/onderwerpen/nationale-crisisstructuur>; Brief (en bijlage) minister JenV aan Tweede Kamer 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19' d.d. 13 maart 2020, kenmerk 2860322; NCTV (2016) *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming*; Staatscourant 2016 nr.48258.

³⁴ <https://www.nctv.nl/onderwerpen/nationale-crisisstructuur>; Brief (en bijlage) minister JenV aan Tweede Kamer 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19' d.d. 13 maart 2020, kenmerk 2860322; NCTV (2016) *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming*; Staatscourant 2016 nr.48258.

³⁵ NCTV (2016) *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming*.

³⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/contact/contactgids/nationaal-crisiscentrum-ncc>; NCTV (2016) *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming*; Brief (en bijlage) minister JenV aan Tweede Kamer 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19' d.d. 13 maart 2020, kenmerk 2860322.

³⁷ Brief (en bijlage) minister JenV aan Tweede Kamer 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19' d.d. 13 maart 2020, kenmerk 2860322; NCTV (2016) *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming*.

kerntaken van het LOCC zijn operationele informatievoorziening, planvorming en advisering en bijstandcoördinatie.³⁸

Ten behoeve van de gezamenlijke aanpak (op operationeel-tactisch niveau) van de gevolgen van de coronacrisis is het Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum - Nationaal (LOCC-N) actief als onderdeel van de nationale crisisstructuur COVID-19.³⁹

Bestaande structuren, overig

RIVM / Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) en Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)

Opdracht: Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb), onderdeel van het RIVM, heeft een coördinerende rol bij de bestrijding van infectieziekten in Nederland. Het gaat dan om het signaleren van en het adviseren over (bestrijding van) uitbraken en dreiging van infectieziekten. Het RIVM brengt adviezen uit over de bestrijdingsmaatregelen, draagt bij aan de ontwikkeling van nieuwe laboratoriumdiagnostiek en brengt de epidemiologische ontwikkelingen in kaart door surveillance en onderzoek. Verder ontwikkelt het RIVM voor professionals (van onder andere GGD'en) richtlijnen en draaiboeken voor de beste aanpak van een epidemie.⁴⁰

De Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) is één van de centra onder het CIb. De LCI coördineert zowel de bestrijding van infectieziekten als de daarmee samenhangende communicatie om op landelijk en regionaal niveau adequaat en snel te kunnen handelen. Bij een uitbraak van een infectieziekte is de LCI verantwoordelijk voor de inhoudelijke advisering van overheid en professionals over de bestrijding van de uitbraak, en voor de implementatie van het landelijke beleid. Verder draagt de LCI onder andere bij aan het onderhoud en de inrichting van het professionele bestrijdingsnetwerk en is de LCI verantwoordelijk voor de medisch-inhoudelijke aansturing van het Rijksvaccinatieprogramma.⁴¹

GGD GHOR NL

Opdracht: GGD GHOR Nederland is de overkoepelende brancheorganisatie van de 25 GGD'en en 25 GHOR'en. GGD GHOR Nederland treedt op als belangenbehartiger voor de publieke gezondheid en veiligheid in Nederland en als verbindende schakel met kennisinstututen, ministeries en andere partners.⁴²

Gedurende de COVID-19 uitbraak heeft GGD GHOR Nederland verschillende projecten, overleg- en ondersteuningsstructuren ingericht om DPG'en, GHOR en GGD'en te ondersteunen bij het vervullen van hun regionale rol. Daarbij zijn verschillende bijdragen geleverd aan de politiek-bestuurlijke advisering, COVID-19 gerelateerde thema's en aanpassing van reguliere activiteiten die beïnvloed werden door de COVID-19 uitbraak of de

³⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-justitie-en-veiligheid/organisatie/organogram/directoraat-generaal-politie-en-veiligheidsregio's-dgpenv/landelijk-operationeel-coordinatiecentrum-locc>; NCTV (2016) *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming*.

³⁹ Brief (en bijlage) minister JenV aan Tweede Kamer 'Inzet nationale crisisstructuur COVID-19' d.d. 13 maart 2020, kenmerk 2860322.

⁴⁰ <https://www.rivm.nl/over-het-rivm/organisatie/centrum-infectieziektebestrijding>; <https://www.rivm.nl/coronavirus-COVID-19/omt>.

⁴¹ <https://www.rivm.nl/rivm/organisatie/landelijke-co-ordinatie-infectieziektebestrijding>.

⁴² <https://gqdgghor.nl/home/over-ggd-ghor-nederland/>.

genomen maatregelen. Denk hierbij onder andere aan: het inzicht krijgen en houden in het verloop van de uitbraak en de actuele ontwikkelingen rondom de maatregelen, de gevolgen van de maatregelen voor kwetsbare groepen (onder andere bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, zwerfjongeren, arbeidsmigranten, personen met verward gedrag, dak- en thuislozen), de aansluiting bij verschillende bovenregionale coördinatiestructuren (onder andere OMT, BAO, LOT-C, LCPS, LCT, LNAZ, LCH), de afstemming met en advisering van de verschillende ministeries en MCCb, de verdeling van PBMs, het testbeleid en opschaling van de testcapaciteit inclusief het maken van het nieuwe digitale registratiesysteem CoronIT hiervoor, de opschaling van het bron- en contactonderzoek, het inrichten van alternatieve zorglocaties en het maken van afspraken met de zorgverzekeraar hierover, de bijdrage vanuit de GGD'en aan de psychosociale hulpverlening en de bevordering van de mentale gezondheid, de voortgang van de jeugdgezondheidszorg, het voorzetten van het Rijksvaccinatieprogramma, ondersteuning van de kinderopvang, inzet van burgerpanels voor gedragswetenschappelijk onderzoek en financieringsvraagstukken die ontstaan door de nieuwe en uitgestelde zorg.

Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)

Opdracht: Binnen het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) werken de elf acute zorgnetwerken in Nederland samen met betrokken ketenpartners en professionals aan de optimale toegankelijkheid van acute zorg; voor iedere patiënt met een acute zorgvraag, elke dag, ook bij opgeschaalde zorg bij rampen en crises. Het bureau LNAZ ondersteunt de acute zorgnetwerken bij de uitvoering van hun taken, coördineert landelijke projecten en behartigt hun gezamenlijke belangen. Voor beleidsmakers en andere betrokkenen bij de acute zorgketens en traumazorg is het LNAZ een aanspreekpunt.⁴³

Het LNAZ is opdrachtgever van het tijdens de coronacrisis opgerichte Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS).

Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio (RCDV)

Opdracht: Per 1 januari 2020 zijn de managementraden Raad van Brandweercommandanten (RBC) en de Raad van Directeuren Veiligheidsregio's (RDVR) samengevoegd tot de Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio (RCDV). Hierin zijn de brandweercommandanten en directeuren van de 25 veiligheidsregio's verenigd. In de RCDV wordt waar mogelijk en noodzakelijk landelijke afstemming gezocht op het gebied van onder andere brandweezorg, rampenbestrijding en crisisbeheersing, bedrijfsvoering en informatievoorziening. De raad kan daarnaast als collectief de voorzitters van de Veiligheidsregio's op ambtelijk niveau adviseren en komt zes keer per jaar bij elkaar.

Tijdens de coronacrisis vergadert de RCDV wekelijks. De voorzitter van de RCDV is adviseur van het Veiligheidsberaad. De portefeuillehouder Crisisbeheersing van de RCDV neemt deel aan het IAO en ICCb als onderdeel van de Nationale Crisisstructuur. Tezamen met de Nationaal Coördinator Terrorisme en Veiligheid (NCTV) heeft de RCDV opdracht gegeven tot het instellen van het Landelijk Operationeel Team COVID-19 (LOT-C). Dit team heeft tot doel een netwerk te vormen tussen het Rijk en de veiligheidsregio's om door bestuurders genomen of te nemen (operationele) maatregelen inclusief de communicatie af te stemmen en te stroomlijnen, activiteiten te coördineren en met elkaar te verbinden om daarmee de eenduidige en gezamenlijke optredende overheid vorm en inhoud te geven.

⁴³ www.lnaz.nl.

Veiligheidsberaad

Opdracht:

Op basis van de Wet veiligheidsregio's bestaat het Veiligheidsberaad uit de voorzitters van de veiligheidsregio's. De minister van Justitie en Veiligheid voert periodiek overleg met het Veiligheidsberaad. Het Veiligheidsberaad bevordert de samenwerking tussen veiligheidsregio's en landelijke bestuurlijke afstemming over verschillende thema's zoals crisisbeheersing, rampenbestrijding, brandweezorg en meldkamers. Ook draagt het Veiligheidsberaad zorg voor de inrichting van een uniforme informatie- en communicatievoorziening voor de veiligheidsregio's.⁴⁴

Tijdens de coronacrisis heeft het Veiligheidsberaad (i.c. de voorzitter Veiligheidsberaad en de portefeuillehouder GHOR) deelgenomen aan de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) als vertegenwoordiging van de veiligheidsregio's. De portefeuillehouder GHOR is namens het Veiligheidsberaad lid van het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO). De minister van VWS geeft op basis van de Wpg, samen met de minister van JenV op basis van de Wvr aanwijzingen aan de voorzitters veiligheidsregio. Het Veiligheidsberaad is het gezamenlijke overleg van de voorzitters VR, waarin coördinatie en afstemming plaatsvindt over de aanwijzingen en de vertaling ervan in (model)noodverordeningen en de uitvoering ervan in de praktijk. Daarnaast vindt periodiek overleg plaats tussen het VB en de minister van JenV. Daarmee is het Veiligheidsberaad hét bestuurlijk overlegorgaan van de 25 voorzitters van de veiligheidsregio's, ook bij de bestrijding van het coronavirus en de uitvoering van de maatregelen.⁴⁵

⁴⁴ <https://www.veiligheidsberaad.nl/>.

⁴⁵ <https://www.veiligheidsberaad.nl/COVID-19/>.

Bijlage 4 Vragenlijst voor de respondenten

Voorafgaande aan het interview ontvingen de respondenten deze vragen.

1. Welk effect heeft de (verwachte) toestroom van COVID-19 patiënten in jouw regio op de toegang tot en kwaliteit van zorgverlening?
2. De regionale crisisstructuur: hoe ziet die eruit en wat heeft dit wel/niet opgeleverd voor de samenwerking m.b.t zorgcontinuïteit?
ROT, RBT, ROAZ, RONAZ, ander samenwerkingsgremia
Zijn er nieuwe gremia opgericht voor de aanpak van COVID-19? Zo ja, wat was de reden om dit op te richten?
Hoe zorgen jullie voor de informatie-uitwisseling tussen leden in het ROAZ/ RONAZ/ overige crisisstructuren en de zorgprofessionals 'aan het bed'/ 'aan de telefoon'?
3. De toestroom van COVID-19 patiënten heeft effecten op de toegang tot zorg. Hoe verhoudt de aandacht voor de continuïteit van zorg voor COVID-19 patiënten zich tot de aandacht voor de continuïteit van zorg voor *non-COVID-patiënten* (thuis en in de 1^e,2^e,3^e lijn)?
Welke accenten zijn er gelegd en wat heeft de meeste aandacht gevraagd?
Worden er in deze fase van het heropstarten van de reguliere en uitgestelde zorg nieuwe structuren opgericht en wie spelen daarin een rol?
Hebben jullie specifieke aandacht voor de potentiële extra zorgvraag die kan ontstaan door de genomen maatregelen (fysieke en/ of mentale zorg)? Zo ja, heb je een voorbeeld?
4. Welke activiteiten worden binnen RO(N)AZ/ GHOR regio opgepakt in relatie tot de voorbereidingen die instellingen zelf treffen m.b.t. zorgcontinuïteit. Heb je concrete voorbeelden van taken/ activiteiten die je hiervoor hebt uitgevoerd?
5. Hoe vindt de afstemming c.q. samenwerking met de veiligheidsregio plaats m.b.t. zorgcontinuïteit? Heb je concrete voorbeelden van taken/ activiteiten die je hiervoor hebt uitgevoerd?
6. Hoe vindt de afstemming c.q. samenwerking met de landelijke crisis- en coördinatiestructuren plaats m.b.t. zorgcontinuïteit? Heb je concrete voorbeelden van taken/ activiteiten die je hiervoor hebt uitgevoerd?
7. Wat zijn belangrijke knelpunten (geweest) en tot welke oplossing is er - al dan niet in samenwerking met anderen - gekomen? Heb je concrete voorbeelden van taken/ activiteiten die je hiervoor hebt uitgevoerd?
8. Welke knelpunten waren niet regionaal op te lossen, maar vroegen om bovenregionale of landelijke afstemming?
9. Welke rol speelt de financiering van zorg in de regionale activiteiten om de zorgcontinuïteit te borgen?
10. Lessons learned: welke oplossingen zijn of blijven bruikbaar wanneer de druk vanuit de uitgestelde zorg toeneemt?
11. Heb je zorgen over de zorgcontinuïteit voor de komende maanden? Waarom wel(ke)/niet?
12. Zijn er specifieke zaken die jij (bureauhoofd GHOR/ DPG) op dit moment nodig hebt om je rol goed te vervullen?

Bijlage 5 Betrokkenen

Respondenten

Mw. J. Baardman	Directeur publieke gezondheid, GGD Noord- en Oost-Gelderland
Mw. S. Baas	Directeur publieke gezondheid, GGD Rotterdam-Rijnmond, Gemeente Rotterdam
Mw. A. de Boer	Directeur publieke gezondheid, GGD Haaglanden
Dhr. N. Bosman	Hoofd GHOR, Veiligheidsregio IJsselland
Mw. K. van Esch	Directeur publieke gezondheid, GGD Hart voor Brabant (Midden-Brabant & Brabant-Noord)
Dhr. K. van Hengel	Directeur publieke gezondheid, Dienst Gezondheid en Jeugd, Zuid-Holland Zuid
Dhr. R. Huijbers	Hoofd GHOR, Veiligheidsregio Haaglanden
Mw. L. Delsasso-van de Kamp	Strategisch Beleidsadviseur, GHOR Zeeland
Dhr. R. Kerkhoff	Senior Beleidsmedewerker, Veiligheidsregio Gelderland-Zuid
Dhr. F. Klaassen	Directeur publieke gezondheid, voorzitter directie, GGD Zuid-Limburg
Mw. M. Linckens	Coördinator GHOR, Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid
Mw. R. Logtenberg	Hoofd GHOR, Veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland
Dhr. E. van der Maas	Hoofd GHOR, Veiligheidsregio Gooi en Vechtstreek
Mw. J. Manshanden	Directeur publieke gezondheid, GGD Amsterdam-Amstelland
Dhr. E. Paulina	Directeur publieke gezondheid, GGD Hollands Noorden
Mw. H. Plas	Hoofd GHOR, GHOR Twente
Dhr. J. Rietveld	Directeur publieke gezondheid, GGD Groningen
Mw. N. Rigter	Directeur publieke gezondheid, GGD-regio Utrecht
Mw. M. Roosjen	Strategisch adviseur, GHOR Hollands Midden
Dhr. R. Schouwerwou	Adj. Directeur GHOR, Veiligheidsregio Utrecht
Dhr. R. Stumpel	Directeur publieke gezondheid, GGD Gooi en Vechtstreek
Mw. A. Theuws	Afdelingshoofd GHOR-GGD, Veiligheidsregio Limburg-Noord
Dhr. B. van de Velden	Directeur publieke gezondheid, GGD Kennemerland
Dhr. P. van de Velpen	Directeur publieke gezondheid a.i., Veiligheidsregio Gelderland-Midden
Dhr. J. van de Ven	Hoofd GHOR, GHOR Amsterdam-Amstelland
Dhr. B. Visscher	Operationeel manager GHOR, Veiligheidsregio Noord-Holland Noord
Mw. A. van der Zijden	Directeur publieke gezondheid, GGD West-Brabant

Onderzoekers: Emily Berger (IFV), Carian Cools (IFV), Christine Deurman (extern), Menno van Duin (IFV), Martina Duyvis (IFV), Rosanne Fikke (IFV), Veerle Gaspar (IFV), Marleen Kraaij-Dirkzwager (IFV), Jos de Laat (extern), Edith Leentvaar (IFV), Kitty Hahn-Legeland (extern), Will van Roessel (IFV), Thomas van der Sleen (IFV), Judith Sonneveld (IFV), Vina Wijkhuis (IFV)

Bijlage 6 Afkortingenlijst

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
BAO	Bestuurlijk Afstemmingsoverleg
BCO	Bron- en contactonderzoek
B&W	Burgemeester en wethouders
Cib	Centrum Infectieziektebestrijding
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure
GW	Gemeentewet
IAO	Interdepartementaal Afstemmingsoverleg
IC	Intensive Care
ICCb	Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing
IFV	Instituut Fysieke Veiligheid
JenV	Justitie en Veiligheid
LCG	Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen
LCH	Landelijk Consortium Hulpmiddelen
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding
LCMS	Landelijk Crisis Management Systeem
LCMS-GZ	Landelijk Crisis Management Systeem - Geneeskundige Zorg
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LCT	Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit
LNAZ	Landelijke Netwerk Acute Zorg
LOCC	Landelijke Operationeel Coördinatie Centrum
LOT-C	Landelijk Operationeel Team Corona
MCCb	Ministeriële Commissie Crisisbeheersing
NCC	Nationaal Crisiscentrum
NGO	Niet-gouvernementele organisatie
NKC	Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMT	Outbreak Management Team
PBM	Persoonlijke beschermingsmiddelen
PSH	Psychosociale Hulpverlening
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RBT	Regionaal Beleidsteam
RCDV	Raad van Commandanten en Directeuren Veiligheidsregio's
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RONAZ	Regionaal Overleg Niet Acute Zorg
ROT	Regionaal Operationeel Team
VB	Veiligheidsberaad
VR	Veiligheidsregio
VVT	Verpleeg- en verzorgingshuizen en Thuiszorg

VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wpg	Wet publieke gezondheid
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wvr	Wet veiligheidsregio's
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 7 Leervragen

De respondenten hebben verschillende thema's genoemd, die zich lenen voor verdiepend leren tijdens toekomstige activiteiten.

> Effectieve manieren om informatie te delen

De respondenten reflecteerden op geschikte middelen om data te delen tussen instellingen, regio's en rijk, op het nader beschouwen van de mogelijkheden van LCMS (GZ) en het stilstaan bij effectieve (on- en offline) overlegstructuren. Daarbij is opgemerkt dat discussies over het doel (bijvoorbeeld 'early warning' en/of actuele beelden) gescheiden moeten worden van ervaringen met gebruikte middelen.

> Samenwerking

Rondom samenwerking zijn verschillende vragen gesteld en samenwerkingsrelaties en subthema's genoemd die zich lenen voor nadere reflectie.

- Samenwerking binnen witte sector ('mono') en tussen witte sector/ anderen ('multi'), met aandacht voor cultuurverschillen: wie doet wat (waarom)?
- Bovenregionale coördinatie en samenwerking: waartoe en hoe?
- Samenwerking VR en ROAZ.
- Samenwerking 'hele keten' (acute en niet-acute zorg).
- Samenwerking met gemeenten (in relatie tot het parallel samenwerken in crisisstructuren).
- Samenwerking met Defensie (prioritering van inzet).
- Samenwerking DPG en RIVM/ VWS (inclusief aandacht voor overige preventie tijdens infectieziektecrises en niet alleen voor het bestrijden van het virus).
- Welke organisatievormen zijn passend bij langdurige crises in plaats van bij flitsrampen (crisis- en/of projectstructuren)?
- Hoe houd je het opgebouwde netwerk vast?
- Hoeveel ruimte is er voor GGD'en/ GHOR-organisaties om autonoom te handelen binnen een landelijke crisis?
- Welke capaciteiten hebben GGD-GHOR-organisaties nodig bij grote infectieziekte-uitbraken?
- Hoe bundel je effectief de energie tijdens crisis? "Iedereen wil wat doen."
- Hoe kun je de solidariteit tussen zorginstellingen bevorderen?
- Wat is wijsheid: cohortverpleging binnen instellingen of juist cohorten in aparte zorginstellingen?
- Hoe bereid je je voor op flexibel op- en afschalen bij infectieziektedreigingen: hoe organiseer je capaciteit (mensen, bedden en overige middelen)?
- Welke vormen van scenariodenken kunnen bij de start van de crisis helpen om de hele keten in beeld en beweging te krijgen?
- Hoe kun je omgaan met verschillende meningen over 'wat er moet gebeuren'?
- Hoe kun je de 'window of opportunity' voor zorgvernieuwing benutten tijdens een crisis?
- Kan de VR een rol spelen in het in beeld brengen van specifieke doelgroepen/risicogroepen (zoals bijvoorbeeld de arbeidsmigranten)?

Tenslotte zijn verschillende ethische vragen naar voren gekomen die te maken hebben met schaarste van zorg (bijvoorbeeld met betrekking tot triage of het behouden van reservecapaciteit).

Bijlage 8 Referenties

Bruins, B. (2020a). Nieuwe coronavirus Wuhan [Kamerbrief 28 januari 2020]
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/01/28/kamerbrief-over-nieuwe-coronavirus-wuhan>

Bruins, B. (2020b). Advies BAO COVID-19 [Kamerbrief 2 maart 2020].
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/02/kamerbrief-over-stand-van-zaken-besmettingen-coronavirus-en-advies-omt-en-bao>.

Bruins, B. (2020c). COVID-19 Nieuwe maatregelen [Kamerbrief 12 maart 2020]
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/12/kamerbrief-over-covid-19-nieuwe-maatregelen>

CBS (2020). Wie werken er in de sector zorg en welzijn?
<https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn/hoofdcategorieen/wie-werken-er-in-de-sector-zorg-en-welzijn->.

Jonge, H. de (2020a). COVID-19 - Update stand van zaken [Kamerbrief 31 maart 2020].
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/31/kamerbrief-covid-19---update-stand-van-zaken-31-maart>

Jonge, H. de (2020b). Brief aan Zorgkoepels. Regionale aanpak voor kwetsbare patiënten i.v.m. COVID-19.
https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2020/04/brief-zorgkoepels-regionale-aanpak-voor-kwetsbare-patiënten_corona.pdf.

Jonge, H. de (2020c). Brief aan Directeuren Publieke Gezondheid. Regionale aanpak voor zorg aan kwetsbare patiënten i.v.m. COVID-19.
https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2020/04/DPG-regionale-aanpak-voor-zorg-aan-kwetsbare-pati%C3%ABnten_corona.pdf

Kenis, P., & Raab, J. (2020). Back to the future: Using organization design theory for effective organizational networks. *Perspectives on Public Management and Governance*, 1-15. <https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvaa005>.

NZA (2020). NZA pakt coördinatie op van planbare urgente zorg voor mensen zonder corona. <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/04/03/nza-pakt-coördinatie-op-van-planbare-urgente-zorg-voor-mensen-zonder-corona>.

Patiëntenfederatie Nederland (2020). ZorgkaartNederland.
<https://www.zorgkaartnederland.nl/>.

Rijksoverheid (2020). Regeling coronavirus.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/regelingen/2020/01/28/regeling-coronavirus>.

RIVM (2020a). Outbreak Management Team (OMT).
<https://www.rivm.nl/coronavirus-COVID-19/omt>.

RIVM (2020b). Volksgezondheidszorg.info. <https://www.volksgezondheidszorg.info/>.