

partijen maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat we onder deze uitzonderlijke omstandigheden het goede blijven doen. Deze maatregelen vat ik in een tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg in de COVID-19 pandemie. Zo kunnen we de kwaliteit en toegankelijkheid **op peil houden van de acute zorg** (voor zowel COVID als non-COVID-patiënten) en van de zorg die door moet blijven gaan om blijvende gezondheidsschade en/of het verlies van levensjaren zo veel mogelijk te voorkomen, ook wel de kritieke planbare zorg genoemd.

- *En hoe past de acute wijkverpleegkundige zorg in dit tijdelijke beleidskader? Welke borging is er daarvoor getroffen?*

Pagina 2:

Om dit te realiseren neemt iedereen zijn verantwoordelijkheid; de ziekenhuizen en zelfstandige klinieken, de huisartsen, **VVT-instellingen, de wijkverpleging, thuiszorg en andere zorgaanbieders** in de uitvoering, de ROAZ'en en het LCPS in de coördinatie van de samenwerking, en de zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling en het financiële comfort.

- *Wat is de verantwoordelijkheid van VVT-instellingen, wijkverpleging, thuiszorg? Wat wordt hier concreet van hen verwacht? Of maw: waar slaat het woord 'dit' op terug?*

Pagina 4:

Hier toe gaan zorgverzekeraars en zorgaanbieders, inclusief de zelfstandige klinieken, de huisartsen, de wijkverpleegkundigen, thuiszorg en de VVT-sector, in ROAZ-verband afspraken maken over de noodzakelijke afschaling van zorg en het spreiden van patiënten.

- Hier gaat onze werelden botsen. Ziekenhuizen willen sommige patiënten niet opnemen cq spreiden en dat levert de 1^e lijn meer werk/zorg op. En dat terwijl de wijkverpleging zelf vanwege personeelstekort (10% ziekteverzuim + lang wachten op uitslag COVID test) zelf wil afschalen. Ik neem aan dat in de brief wordt bedoeld 'het afschalen van ziekenhuiszorg' maar dat staat er alleen niet.

Pagina 4/5

Onderdeel van deze geïntensiveerde ketensamenwerking is dat er ook afspraken worden gemaakt met de verwijzers, zijnde de huisartsen, over een evenwichtige instroom van patiënten. Daarbij volgt men dan de "**Handreiking** voor keuzes bij het op-/afschalen van reguliere poliklinische non-COVID-zorg ten tijde van schaarste in de COVID-19 pandemie" van de FMS, LHV, NHG en Patiëntenfederatie en het hiervoor genoemde raamwerk van de FMS voor de kritieke planbare zorg. Afspraken met aanbieders van eerstelijns verblijf, wijkverpleegkundige zorg thuis en verpleeghuiszorg zijn een essentiële schakel ten behoeve van de doorstroom in de zorgketen. Ter ondersteuning heeft de wetenschappelijke vereniging van de longartsen en internisten een **handreiking** opgesteld hoe de zorg van COVID-19 patiënten die geen ziekenhuiszorg meer nodig hebben, verantwoord kan worden voortgezet in **deze alternatieve zorgsettings**.

- *Deze zinnen suggereren dat de artsen allerlei raamwerken en handreikingen hebben gemaakt en dat het ELV, de wijkverpleging en de verpleeghuiszorg die raamwerken en handreikingen maar moeten uitvoeren. Juist (wijk)verpleegkundigen zijn hier erg gevoelig voor.*
- *Wat wordt bedoeld met alternatieve zorgsettings? Is dat het ELV, de wijkverpleging en de verpleeghuiszorg?*

Pagina 5 acties NZa

- *De acties van de NZa zijn helaas globaal omschreven. Gaat de NZa ook inzicht geven voor de niet-ziekenhuiszorgsector? Ik moet voor de wijkverpleging werken met Covid-data die zijn bijgewerkt tot week 27 terwijl we nu in week 43 leven. Ik hoop echt dat de opdracht aan de NZa ook gaat over het geven van inzicht in andere sectoren.*

Groet & fijn weekend,

5.1.2e

Brief aan de Voorzitter van de TK,

Onderwerp: Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie,

Verzonden d.d. 23 oktober 2020.