



## Position Paper

### Programma *Besturen van gezondheidscrises*

\*

### Lessons learned van de coronapandemie

## 1 Inleiding

De coronapandemie heeft vanaf begin 2020 de wereld in zijn greep gehouden. Ook in Nederland had en heeft de crisis grote impact op de samenleving als geheel en de zorgsector in het bijzonder. En hoewel de pandemie in een rustig vaarwater is gekomen<sup>1</sup>, zijn de gevolgen nog steeds merkbaar.

In de zorgsector heeft de pandemie effecten (gehad) voor zowel de zorgaanbieders als de zorgvragers. De zorgaanbieders hadden te maken met een toevloed van coronapatiënten, gebrek aan middelen en overbelasting van medewerkers, en hebben ook nu nog een hoger ziekteverzuim dan voor de pandemie. Daarbij waren - en zijn - er zorgverleners die zelf corona hebben of vanwege een positieve PCR test in quarantaine moe(s)ten.

Zorgvragers die gebruik moesten of wilden maken van reguliere zorg werden geconfronteerd met uitgestelde behandelingen vanwege de druk op de zorg. Ook was er sprake van patiënten die (dringend) zorg nodig hadden, maar de zorg juist meden<sup>2</sup>.

Bestuurders van gezondheidsorganisaties hebben tijdens een pandemie een dubbele verantwoordelijkheid. Zij moeten ervoor zorgen dat de eigen organisatie optimaal blijft functioneren in het geweld van de crisis, en tegelijkertijd moet op metaniveau de gezondheidscrisis worden gemanaged. Vooral de laatste verantwoordelijkheid vraagt om dwarsverbanden, samenwerkingsvormen en intercollegiaal overleg, regio- en landgrens overstijgend en over alle sectoren van het gezondheidsveld heen.

Het Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV) en de Happy Brain Foundation<sup>3</sup> hebben vanaf het begin van de crisis in maart 2020 een nieuw dwarsverband opgezet door het initiëren van het programma *Besturen van gezondheidscrises*. Het programma biedt de ruimte voor bestuurders om van elkaar te leren, en met elkaar gezondheidscrises - ook in de toekomst - in goede banen te leiden. Sociale innovatie, evaluaties en lessons learned zijn daarbij belangrijke onderwerpen.

---

<sup>1</sup> anno oktober 2022

<sup>2</sup> Op 5 juli 2022 bracht het RIVM een rapport uit waarin werd berekend dat deze uitgesteld zorg 320.000 gezonde levensjaren heeft gekost. Bron: <https://www.rivm.nl/nieuws/corona-kost-gezonde-levensjaren-uitgestelde-operaties>

<sup>3</sup> Zie Bijlage I voor meer informatie over beide organisaties

De deelnemers aan het programma coveren nagenoeg het totale zorgveld; van acute zorg tot care, en van eerste lijn tot GGD <sup>4</sup>.

#### *Aard, doel en adressering*

In voorliggende position paper worden de belangrijkste lessons learned weergegeven van ruim twee jaar coronacrisis (mrt 2020 tot juli 2022), gezien door de ogen van bestuurders, managers en zorgprofessionals die tijdens de coronacrisis letterlijk en figuurlijk aan het bed hebben gestaan. Daarmee is deze paper geen uitkomst van een breed uitgevoerd onderzoek, zoals bijvoorbeeld de rapporten van het RIVM. Deze position paper heeft tot doel bij te dragen aan de 'publieke sociale innovatie' die nodig is in de liminale fase die aanbreekt na een crisis, en waarbij nieuwe structuren worden gebouwd om de maatschappij na de crisis weer leefbaar(der) te maken. Of meer specifiek voor deze position paper: nieuwe structuren om in de toekomst gezondheids crises adequaat te kunnen besturen. Vanuit deze invalshoek worden ook de aanbevelingen in hoofdstuk 4 gedaan. Door de combinatie van praktijkervaring van de deelnemers en hun bestuurlijke en professionele niveau, zijn de aanbevelingen niet alleen een theoretisch exercitie, maar vooral ook praktisch uitvoerbaar.

De aanbevelingen zijn gericht aan bestuurders binnen het publieke (zorg)domein op organisatie-, gemeentelijk-, regionaal- en nationaal niveau, zoals bestuurders van VWS en voorzitters van de Veiligheidsregio's. De laatsten zijn belangrijk omdat zij tijdens de coronacrisis een steeds grotere rol hebben gekregen. Een deel van de besluitvorming rondom verschillende maatregelen was door de overheid bij het Veiligheidsberaad belegd. Ook binnen de ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) hadden de voorzitters van de veiligheidsregio's een rol, bijvoorbeeld bij de aanvraag van schaarse (militaire) middelen.

#### *Oorsprong van het programma Besturen van gezondheids crises*

Het programma *Besturen van gezondheids crises* vindt zijn oorsprong in het LOT-C, het landelijk operationeel team corona, dat door het NIPV is opgericht aan het begin van de coronacrisis in maart 2020. Het LOT-C stond ten dienste van de Veiligheidsregio's en was een belangrijk informatieknooppunt. Daarnaast vormde het LOT-C de verbinding tussen het rijk en de regio's, en de verbinding tussen de algemene (crisis) kolom en de functionele (geneeskundige) kolom.

Het LOT-C kende 7 secties, waaronder de sectie Gezondheid & Corona. Deze sectie heeft vanaf het begin van het LOT-C een groot netwerk opgebouwd met vertegenwoordigers van alle sectoren van het geneeskundige veld; acute zorg (LNAZ en LCPS), care sector (Actiz), gehandicaptensector (Ieder(In)), GGZ NL, GGD GHOR NL, Veilig Thuis, GHOR bureaus, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), RIVM, NZa en VNG.

Met een groot deel van deze vertegenwoordigers was wekelijks overleg over acute en lopende zaken, met als belangrijkste doel de stroom van coronapatiënten op een verantwoorde manier door alle betrokken en aanpalende zorgsectoren in Nederland te geleiden, met zoveel mogelijk behoud van de reguliere zorg (ook buiten de ziekenhuizen).

---

<sup>4</sup> Zie Bijlage II voor een overzicht van de vertegenwoordigde zorgsectoren

Het overleg, dat ‘over alle velden heen’ ging en de focus had op het oplossen van problemen, bleek voor alle betrokkenen een grote meerwaarde te hebben.

Bij het afbouwen van het LOT-C hebben een deel van deze vertegenwoordigers van de verschillende zorgsectoren zitting genomen in de klankbordgroep van de sectie Gezondheid en Zorg. Toen ook de klankbordgroep werd opgeheven, is in juli 2021 voorgesteld om de meerwaarde van de groep te behouden in de vorm van een programma *Besturen van gezondheidscrises* dat werd ondergebracht bij de Happy Brain Foundation, expertisecentrum voor publieke sociale innovatie tijdens en na crisis. De Foundation heeft mensen en middelen beschikbaar gesteld om de kennis die bij de leden van het programma aanwezig was, te behouden en uit te breiden.

#### *Doel van het programma Besturen van gezondheidscrises*

Het programma *Besturen van gezondheidscrises* heeft tot doel om overleg over alle zorgsectoren heen te faciliteren, kennis en lessons learned te delen en te borgen, en de zorgsector voor te bereiden op nieuwe gezondheidscrises, die ongetwijfeld zullen gaan komen. Concreet moet het programma leiden tot nieuw handelingsperspectieven voor bestuurders in de zorg en het publieke domein.

Bij dit doel zijn tijdens de (her)startbijeenkomst van het programma in september 2021 vier aanpalende gebieden benoemd die van invloed zijn bij het formuleren van de beoogde beleidsadviezen:

- I. social care; de niet acute-zorg verdient minstens zoveel aandacht als de acute zorg
- II. preventie; mensen gezonder maken blijkt altijd efficiënter en goedkoper dan mensen behandelen die ziek zijn
- III. de leefwereld gezonder maken; dit is een uitbreiding van punt II
- IV. jongeren; want vooral zij hebben - op langere termijn - de effecten van het beleid te dragen

#### *Uitgangspunten*

Het programma biedt een inspirerende omgeving voor bestuurders en managers, die vanuit een breed perspectief kijken naar oplossingen voor de coronacrisis, en richtlijnen ontwikkelen voor komende crises.

Twee belangrijke uitgangspunten zijn leidend voor hun oplossingen en ideeën:

- *‘do no harm’; de oplossing mag nooit erger zijn dan de kwaal*  
Dit principe is gebaseerd op de eed van Hippocrates<sup>5</sup> die zorgprofessionals afleggen bij het behalen van hun diploma.

---

<sup>5</sup> “Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden.” Artseneed van de KNMG, 2003

- *'intelligent disobedience'; niet klakkeloos opdrachten uitvoeren maar kijken naar de consequenties en eventuele nadelen bespreekbaar maken*  
Hierbij gaat het niet om ongehoorzaamheid maar wél over verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen. Dit principe, dat van origine afkomstig is uit de training van blindegeleide honden, vindt steeds meer opgang in leiderschapsprogramma's<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> [www.intelligentdisobedience.com](http://www.intelligentdisobedience.com)

## 2 Causal Loop Diagrams, juni 2020 en mei 2022

Het eerste actiepunt dat door het programma *Besturen van Gezondheids crises* is opgepakt, is het opnieuw maken van een Causal Loop Diagram (CLD). Een CLD maakt inzichtelijk welke kritische factoren van elkaar afhankelijk zijn en wat er gebeurt als een van de factoren sterker of zwakker wordt.

De eerste CLD was gemaakt aan het einde van de eerste golf in juni 2020. Toen ontstond bij de secties Gezondheid & Corona en Scenario's van het LOT-C de behoefte om ter voorbereiding op de tweede coronagolf, de lessons-learned van de eerste maanden in kaart te brengen. Daartoe is onder begeleiding van TNO een CLD gemaakt.

### *Causal Loop Diagram, juni 2020*<sup>7</sup>

De vraagstelling die met de eerste CLD beantwoord moest worden, was als volgt geformuleerd:

*Hoe kan overbelasting van de zorgsector in het geval van een tweede covid-golf worden voorkomen en kan de kwaliteit van andere zorg gewaarborgd blijven?*

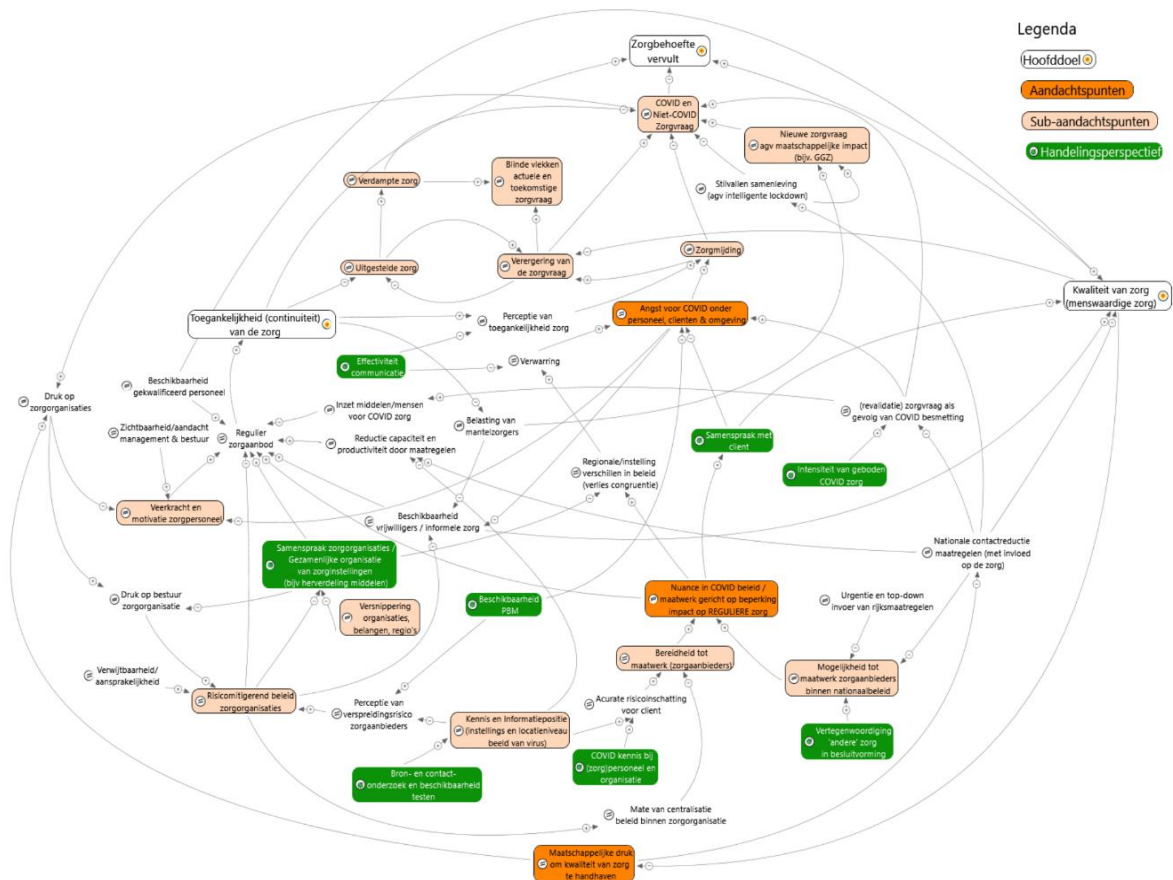
Voor het beantwoorden van die vraag was een brede vertegenwoordiging van de zorgsector uitgenodigd: acute zorg / cure sector, care sector, gehandicaptensector, GGZ NL, GGD GHOR NL, GHOR bureaus, IGJ, RIVM en NZa.

De vertegenwoordigers van de sectoren zijn drie keer bij elkaar geweest; de eerste keer om de CLD 'te vullen', de tweede keer om de CLD aan te vullen en te finetunen, en de derde voor de presentatie van de CLD.

Tijdens de eerste twee bijeenkomsten is veel gesproken over de beschikbaarheid van personeel, de beschikbaarheid van PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen) en de aantallen covidpatiënten. De discussies leverden de hieronder getoonde CLD op.

---

<sup>7</sup> Een deel van de samenvatting van de CLD wordt hier beschreven. De volledige samenvatting is beschreven in *Systeemanalyse (covid)-zorg; De invloed van een eventuele tweede covid-golf op acute en niet acute zorg*, TNO, Guido Veldhuis en Eefje Smits-Clijisen, nov 2020



Figuur 1: Causal Loop Diagram, juni 2020

In de CLD zijn de volgende sleutelfactoren te identificeren:

1. angst (bij cliënten<sup>8</sup>, hun familie én bij zorgverleners)
2. maatwerk / nuance in beleid
3. maatschappelijke druk om de zorgkwaliteit te handhaven
4. samenspraak
  - 4.1. samenspraak met cliënt
  - 4.2. samenspraak tussen zorgorganisaties

Uit de analyse blijkt dat deze sleutelfactoren elkaar beïnvloeden in positieve en negatieve zin. Hieronder worden de sleutelfactoren nader verklaard. Aangegeven wordt wat de oorzaken zijn, en welke directe en indirecte gevolgen de sleutelfactoren hebben.

<sup>8</sup> In de CLD wordt gesproken van cliënt. Hieronder vallen alle zorgvragers, dus ook patiënten uit de acute zorg.

### ad 1 De rol van angst

#### Oorzaken:

- hoe meer verwarring rondom verschillen in nationaal of zorgsectorbeleid, hoe meer angst
- hoe meer beschikbaarheid van PBM, hoe minder angst
- hoe hoger de covid-zorgvraag, hoe hoger de angst voor covid
- hoe meer samenspraak met de cliënt, hoe minder angst

#### Directe gevolgen

- hoe meer angst, hoe meer zorgmijding
- hoe meer angst, hoe minder beschikbaarheid van mantelzorgers / informele zorg
- hoe groter de angst, hoe lager de veerkracht en motivatie bij zorgpersoneel

#### Indirecte gevolgen

- een hogere mate van zorgmijding geeft een hogere mate van verergering van de zorgvraag
- hoe meer zorgmijding, hoe kleiner de covid- en niet covid-zorgvraag
- hoe minder aanwezigheid van vrijwilligers / informele zorg, hoe minder de kwaliteit van zorg en hoe minder groot het reguliere zorgaanbod

### ad 2 Maatwerk / nuance in beleid

#### Oorzaken

- spanning tussen maatwerk en centralisatie binnen zorgorganisaties
- hoe meer bereidheid én mogelijkheden tot maatwerk, hoe meer maatwerk en nuance in beleid
- informatiepositie / risico-inschatting essentieel om maatwerk mogelijk te maken

#### Directe gevolgen

- meer nuance in beleid zorgt voor meer verschil tussen regio's en instellingen
- meer nuance in beleid zorgt voor een positieve uitwerking op het reguliere zorgaanbod
- meer nuance in beleid zorgt voor meer samenspraak met de cliënt

#### Indirecte gevolgen

- hoe groter het reguliere zorgaanbod, hoe toegankelijker de zorg is
- meer verschil tussen regio's en instellingen zorgen voor meer verwarring en mogelijk angst
- meer samenspraak met cliënt zorgt voor minder angst en hogere mate van kwaliteit van zorg

### ad 3 Maatschappelijke druk om zorgkwaliteit te handhaven

#### Oorzaken

- hoe lager de (ervaren) kwaliteit van zorg, hoe hoger de maatschappelijke druk om de kwaliteit van zorg te handhaven. Belangrijk aandachtspunt hierbij is 'menswaardige' zorg, in het bijzonder bij kwetsbare groepen zoals ouderen en minder validen

#### Directe gevolgen

- een grotere maatschappelijk druk zorgt voor een vermindering van het aantal nationale contact-reducerende maatregelen
- hoe meer maatschappelijke druk, hoe meer druk op zorgorganisaties

#### Indirecte gevolgen

- hoe meer druk op zorgorganisaties, hoe minder veerkracht bij zorgpersoneel en hoe meer druk op het bestuur van de zorgorganisaties
- hoe minder nationale contact-reducerende maatregelen, hoe hoger de kwaliteit van zorg, hoe hoger de zorgvraag, hoe minder reductie van capaciteit en hoe meer mogelijkheid tot maatwerk

#### ad 4.1 Samenspraak met de cliënt

##### Oorzaken

- hoe meer nuance in beleid / maatwerk wordt toegepast, hoe meer in samenspraak met de cliënt zal worden besloten en doorgevoerd. Mogelijkheden voor én bereidheid bij zorgaanbieders is hiervoor essentieel

##### Directe gevolgen

- hoe meer samenspraak met de cliënt, hoe minder angst voor covid onder personeel, cliënten en omgeving
- hoe meer samenspraak met de cliënt, hoe meer (ervaren) kwaliteit van zorg. Dit kan tevens betekenen dat er begrip en draagvlak ontstaat voor strenge cq niet populaire maatregelen

##### Indirecte gevolgen

- hoe minder angst, hoe minder veerkracht en motivatie bij zorgpersoneel, hoe minder zorgmijding én hoe meer beschikbaarheid van mantelzorg
- door een betere kwaliteit van zorg is er minder sprake van verergering van de zorgvraag en wordt de zorgbehoefte beter vervuld

#### ad 4.2 Samenspraak zorgorganisaties

##### Oorzaken

- hoe meer risicomitigerende maatregelen door zorginstellingen, hoe minder ruimte voor samenspraak tussen zorgorganisaties
- door een groter versnippering van organisaties / belangen / regio's ontstaat er minder samenspraak tussen zorgorganisaties

##### Directie gevolgen

- hoe meer samenspraak tussen zorgorganisaties, hoe minder druk op het bestuur van de zorgorganisaties
- hoe meer samenspraak tussen zorgorganisaties, hoe hoger het reguliere zorgaanbod, o.a. door verdelen van middelen
- hoe meer samenspraak tussen zorgorganisaties, hoe minder verschillen in beleid

##### Indirecte gevolgen

- hoe minder druk op het bestuur van organisaties, hoe minder risicomijding door zorgorganisaties
- met een hoger regulier zorgaanbod zorg je dat de zorg beter toegankelijk is
- door minder regionale / instellingsverschillen in het beleid, zorg je voor minder verwarring en daarmee minder angst

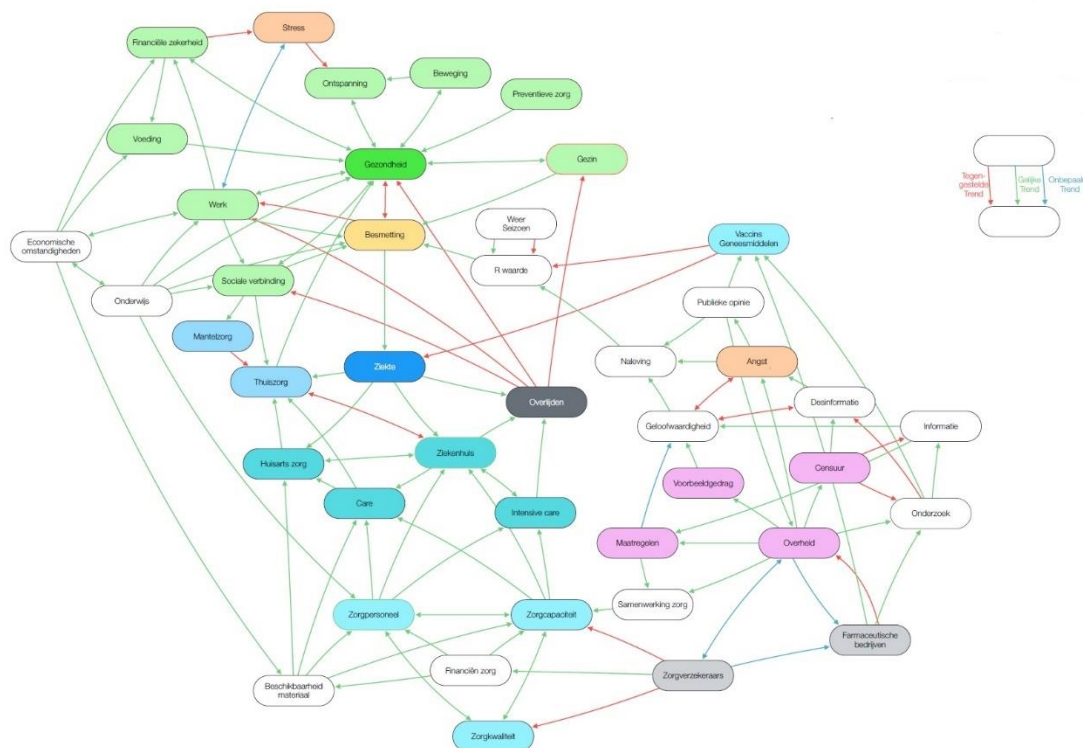


De uitkomsten van de CLD zijn gecommuniceerd naar beleidsmakers van het ministerie van VWS en de achterban van het LOT-C. Voor de aanbevelingen die uit de CLD voortkomen en die relevant zijn voor voorliggende position paper, wordt verwezen naar hoofdstuk 4 van deze paper.

*Causal Loop Diagram, mei 2022*

Als vervolg op de eerste CLD is door het programma *Besturen van Gezondheids crises* in mei 2022 een tweede CLD gemaakt, onder de begeleiding van twee universitair docenten/onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam (UvA).

Ook aan deze CLD heeft een brede afvaardiging van het zorgveld meegewerkt.



*Figuur 2: Causal Loop Diagram, mei 2022*

Tijdens het ‘vullen’ en bespreken van deze CLD werd door de deelnemers geconstateerd dat een CLD vooral een momentopname is. De CLD was aan het einde van de eerste golf goed bruikbaar om zicht te krijgen op de situatie op dat moment, zodat die kennis meegenomen kon worden in de tweede en latere golven.

Ten tijd van het maken van deze tweede CLD (mei 2022) was de acute crisis grotendeels voorbij en ontstond er behoefte om te kijken naar het *proces* van de voorgaande 2 jaar. Er is daarom niet

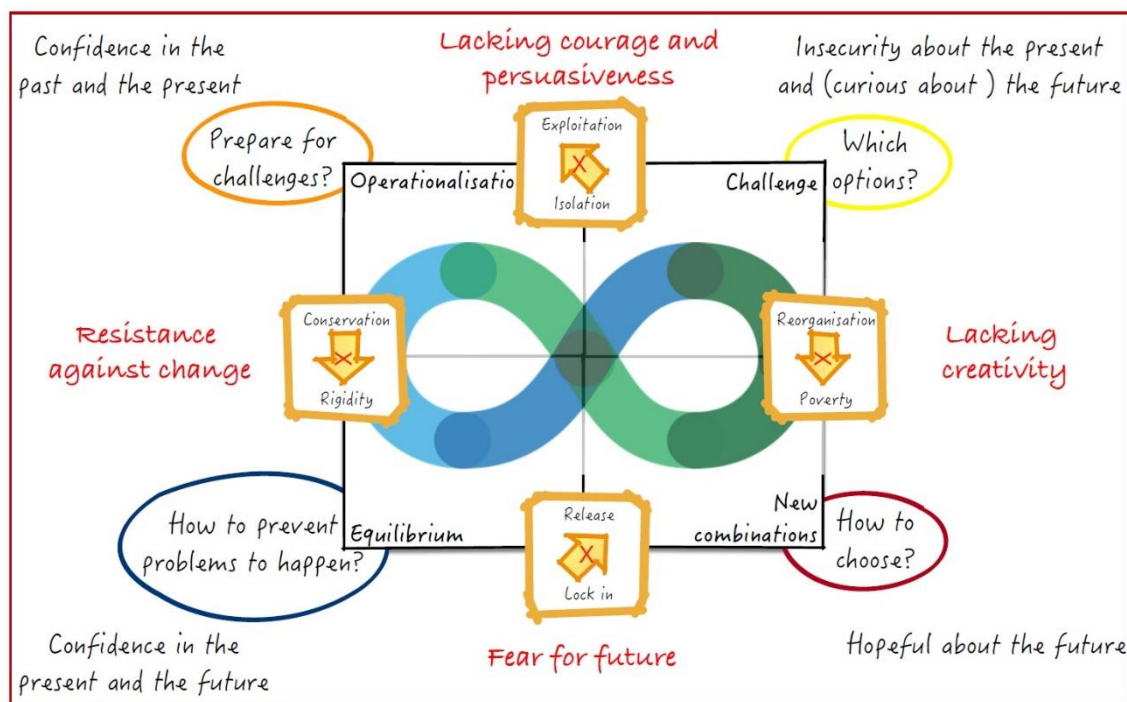


langdurig stil gestaan bij de CLD, en de uitgebreide analyse die bij de eerste CLD is gemaakt, is bij de tweede CLD achterwege gelaten.

Om het *proces* van de coronacrisis te kunnen analyseren, is het ACoR (Adaptive Cycle of Resilience) model geïntroduceerd. In het volgende hoofdstuk wordt dit model uitgelegd en toegepast op de coronacrisis.

### 3 Zicht op onderliggende processen en dynamieken

Om meer zicht te krijgen op de onderliggende processen en dynamieken van de coronacrisis is door de deelnemers aan het programma *Besturen van Gezondheids crises* gebruik gemaakt van het ACoR (Adaptive Cycle of Resilience)-model<sup>9</sup>. Zij zijn hierin begeleid door twee docenten/onderzoekers van de UvA.



Figuur 3: Het ACoR model

Het ACoR model schetst een cyclisch proces dat op gang komt bij grote veranderingen of crises. Het proces begint linksonder in het **Equilibrium** kwadrant. In dit kwadrant is het 'business as usual'. Er zijn kleine verstoringen die eenvoudig zijn op te lossen. Wanneer externe invloeden, zoals de coronapandemie, het evenwicht ernstig verstoren, wordt een beweging gemaakt naar het kwadrant rechtsboven; de **Challenge**. Om de crisis het hoofd te bieden begint een zoekproces naar oplossingen voor het ontstane probleem, en wordt de beweging gemaakt naar het kwadrant rechtsonder; **New combinations**. In dit kwadrant zijn leiderschap en governance cruciaal. Wordt er een geschikte oplossing gevonden, dan wordt de beweging gemaakt naar het kwadrant linksboven; **Operationalisation**. Hier is innovatiecapaciteit belangrijk. Dit is de meest uitdagende

<sup>9</sup> A Systemic Approach for Management, Leadership and Teams. Abcouwer, A. W., Takács, E., Banga, O. P. (2019), Paper presented at the EBES, Coventry.

Adaptive Information Management. Abcouwer, A. W., Takács, E., Banga, O. P. (2020), Amsterdam: A.A.A. & O

fase van de cyclus omdat er vaak keuzes moeten worden gemaakt zonder dat de decisionmakers zeker zijn van een positieve uitkomst.

Zijn de oplossingen eenmaal geïmplementeerd, dan breekt opnieuw de equilibriumfase aan.

Hoe sneller de cyclus doorlopen wordt, hoe sneller een einde komt aan de crisis.

Bij de beweging van het ene naar het andere kwadrant kunnen ook valkuilen worden onderkend:

- van equilibrium naar challenge
  - *lock in - niet (tijdig) onderkennen van de crisis of uitdaging*
- van challenge naar new combinations
  - *poverty - te weinig creativiteit om oplossingen te bedenken*
- van new combinations naar operationalisation
  - *isolation – het lukt niet om de juiste oplossing(en) over het voetlicht te krijgen*
- van operationalisation naar equilibrium
  - *rigidity – weerstand tegen verandering*

Deze valkuilen stagneren de 'doorstroom' naar de volgende fase in het model en laten daarmee een crisis langer duren. Hoe meer valkuilen vermeden worden, hoe sneller een crisis afgelopen zal zijn en hoe eerder teruggekeerd kan worden naar normaal.

Het theoretische model doet vermoeden dat de hele zorgsector zich op het zelfde moment van de ene kwadrant naar de andere begeeft. In de werkelijkheid is dat meestal niet het geval. Wanneer het ACoR model op de dagelijkse praktijk van de pandemie wordt gelegd, wordt zichtbaar er meerdere bewegingen in verschillende tempi hebben plaats gevonden. Dit maakt duidelijk hoe complex de coronacrisis is, en hoeveel gelaagdheden erin zitten.

#### *ACoR model in de dagelijkse praktijk tijdens de coronapandemie*

Omdat de valkuilen het tempo vertragen waarmee weer teruggekeerd wordt naar normaal, zitten de lessons-learned vooral in de valkuilen. Bovendien kunnen de valkuilen actief worden beïnvloed door degenen die tijdens de crisis aan het roer staan. Daarom staan we in deze position paper vooral stil bij de valkuilen.

Hieronder wordt per beweging van kwadrant naar kwadrant beschreven welke valkuilen de deelnemers aan het programma *Besturen van Gezondheids Crisis* zelf hebben ervaren in hun dagelijkse praktijk als bestuurder, manager en zorgprofessional. We beperken ons daarbij op hoofdlijnen. De lessons-learned die hieruit naar voren komen, hebben als input gediend voor de aanbevelingen in hoofdstuk 4.

### Van equilibrium naar challenge

valkuil: *lock in - niet (tijdig) onderkennen van de crisis of uitdaging*

Deze valkuil werd op meerdere momenten in de crisis op verschillende vlakken zichtbaar.

- **Uitsluitend focus op intensive care capaciteit**

Vanaf het begin van de pandemie was de focus gericht op de IC capaciteit. Daar ging het geld naar toe, daar gingen de PBM's (Persoonlijke Beschermingsmiddelen) naar toe en daar was het totale coronabeleid op gericht. Ook de aandacht van de media ging uitsluitend uit naar de gezonde Nederlander die op de intensive care terecht kon komen. Dat maakte dat de andere sectoren, zoals GGZ, ouderenzorg en gehandicapten, zich genegeerd voelden. Zij vroegen zich af of de overheid in de gaten had dat de pandemie niet alleen effect had voor de acute zorg, maar ook voor de andere zorgsectoren.

- **GHOR niet op landelijk niveau georganiseerd**

Eind maart 2020 werd bij de GHOR afdeling van GGD GHOR Nederland nog gesproken over 'stilte voor de storm', terwijl de pandemie in de buitenwereld al in alle hevigheid was losgebarsten. Dat maakte dat met name de GHOR organisaties op landelijk niveau niet adequaat waren georganiseerd. Voor de DPG'en lag in eerste instantie het accent vooral op IZB (infectieziekten bestrijding) en BCO (bron en contactonderzoek) en ook bij hen was de GHOR onderbelicht. Omdat de GHOR een coördinerende rol heeft bij de preparatie op een grote toevloed van patiënten buiten de ziekenhuizen, heeft vooral de caresector hier last van gehad.

- **Centralisatie van de macht bij de ROAZ'en**

Een ander voorbeeld van een lock-in valkuil is het centraliseren van de 'medische macht' bij de ROAZ'en (Regionaal Overleg Acute Zorg). Deze centralisatie was al in gang gezet voor de coronapandemie, en werd versterkt tijdens de pandemie. Voor sectoren die niet onder 'acute zorg' vallen, was deze centralisatie verre van effectief. De hele niet-ziekenhuissector (care, GGZ, gehandicapten) is op een veel lager regionaal niveau georganiseerd dan het niveau van de veiligheidsregio's of traumaregio's. Bovendien zijn zorgregio's niet congruent aan de grenzen van de veiligheidsregio's. Daardoor moesten veel zorgorganisaties zaken doen met meerdere ROAZ-regio's.

### Van challenge naar new combinations

valkuil: *poverty - te weinig creativiteit om oplossingen te bedenken*

Over het algemeen zijn professionals die werkzaam zijn in de zorgsector creatieve mensen. Zij worden al decennia lang geconfronteerd met bezuinigingen en zijn daarom erg goed in het bedenken van oplossingen om de zorg voor hun patiënten met steeds minder geld zo goed mogelijk uit te kunnen voeren. De poverty-valkuil is dan ook vooral zichtbaar op landelijk niveau.

- **Centralisatie van beleid**

De pandemie werd op landelijk niveau aangestuurd door de minister president en twee vakministers (VWS en JenV), die ondersteund werden door een interdepartementale werkgroep en geadviseerd werden door het OMT.

Hoewel bij een grootschalige, landelijke crisis als de coronapandemie het omhoogtrekken van bevoegdheden voor de hand ligt, deed het afbreuk aan de effectieve regionale organisatiestructuren die al sinds jaar en dag binnen de zorgsector bestaan.

De zorgsector bestaat uit zo'n 40.000 organisaties<sup>10</sup>, die in de dagelijkse praktijk op redelijk adequate wijze met elkaar de zorgsector vorm geven. De centralisatie van beleid doorkruiste de reeds bestaande regionale organisatiestructuren.

- **Sociale deprivatie**

De sociale isolatie van ouderen en verpleeghuisbewoners riep van meet af aan grote weerstand op door zijn inhumane karakter. Hoe viel zo'n ingrijpende maatregel te verantwoorden terwijl de betrokkenen zelf niet mee hadden kunnen denken? De maatregel werd afgekondigd op landelijk niveau en het bleek voor de individuele wooncentra niet mogelijk om de maatregel selectief toe te passen, niet in de laatste plaats omdat 'er zelfs in eigen huis werd gecontroleerd'.

- **Technologie als heilige graal**

Er was een heilig geloof in technologie, zoals de ontwikkeling van de mRNA-vaccins. Vaccineren werd vanaf het begin van de pandemie gezien als de enige uitweg uit de pandemie, en andere oplossingen werden genegeerd.

Een ander voorbeeld van technologie als heilige graal is het coronadashboard. Het dashboard zou realtime inzicht geven in de stand van zaken, en daardoor zou er op regionaal niveau goed bijgestuurd kunnen worden. De praktijk bleek echter weerbarstiger. Niet alleen bleek de informatie die op het dashboard moest worden vermeld aan discussie onderhevig (bv of er absolute aantallen besmettingen gemeld moesten worden, of percentages van het aantal geteste personen), ook de mogelijke verschillen in de maatregelen per regio bleek vooral verwarring en weerstand op te roepen.

- **Geen aandacht voor gezond leven**

Doordat vaccinatie als enige oplossing werd beschouwd, was er totaal geen aandacht voor het gezonder maken van het leven, zoals bijvoorbeeld meer bewegen, gezonder eten en angstreductie.

- **Kennis van de eerste golf is niet gebruikt bij de tweede golf**

Er is niets gedaan met de kennis uit de eerste golf. Het ingezette beleid werd in de tweede en daarop volgende golven gecontinueerd, los van de vraag of het beleid wel juist was. Zo was al vroeg bekend dat angst de bevolking ongezond maakt en daarmee meer vatbaar

---

<sup>10</sup> Dit getal is gebaseerd op cijfers van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen

voor virussen, dat lockdowns meer mensenlevens eist dan het oplevert, en dat ventileren beter werkt dan afstand houden. Maar met al deze kennis is niets gedaan.

Ook werden belangrijke crisisorganen direct na de eerste golf (eind juni 2020) afgeschaald. Bij het begin van de tweede golf werden ze weer in het leven geroepen, maar nu met nieuwe medewerkers die geen kennis hadden van, of ervaring met, de eerste golf.

### Van new combinations naar operationalisation

valkuil: *isolation – het lukt niet om de juiste oplossing(en) over het voetlicht te krijgen*

Er zijn binnen de zorgsector op allerlei niveaus honderden ideeën bedacht om (delen van) de pandemie het hoofd te bieden. Toch zijn er maar weinig initiatieven uitgewerkt en in de praktijk gebracht.

#### ▪ **Geen ingang bij VWS**

Initiatieven kwamen niet over het voetlicht bij het ministerie van VWS of de overheid omdat de initiatiefnemers geen ingang hadden bij VWS. Dit werd mede veroorzaakt doordat bevoegdheden vooral waren gecentraliseerd.

Hieronder volgt een opsomming van enkele kansrijke ideeën die geen opvolging hebben gehad.

#### ○ **Preventie**

Mensen met een gezond immuunsysteem zijn minder bevattelijk voor virussen. Er zijn talloze gezondheid bevorderende maatregelen bedacht door veel verschillende organisaties, van het stimuleren om meer te bewegen tot een speciale tv zender om de angst en stress te reduceren.

Omdat vaccineren gezien werd als enige uitweg, werden deze ideeën genegeerd en niet verder uitgewerkt.

#### ○ **Vroegtijdige behandeling**

Doordat vaccineren als enige uitweg uit de crisis werd gezien, zijn andere 'uitwegen' niet verkend. Pas nu komen berichten naar buiten over de mogelijkheid van vroegtijdige behandelingen bijvoorbeeld met vitamine D en zink.

#### ○ **Pandemie-ziekenhuis**

Vanuit verschillende hoeken is het idee geopperd om aparte corona- of pandemieziekenhuizen in te richten, bijvoorbeeld in leegstaande ziekenhuisgebouwen en cruiseschepen.

Door de coronazorg te concentreren, zou de reguliere zorg grotendeels doorgang kunnen vinden. Nu was de praktijk dat tijdens elke golf de reguliere zorg werd afgeschaald ten behoeve van de covid-units. Omdat deze units maar een beperkt aantal bedden tot hun beschikking hadden en daardoor vaak een enorme (werk)druk kenden,



had een groot deel van de ziekenhuismedewerkers weinig te doen en stonden poliklinieken en afdelingen voor een groot deel leeg.

#### Van operationalisation naar equilibrium

valkuil: *rigidity – weerstand tegen verandering*

Het bijzondere aan de coronacrisis is dat deze valkuil weinig is voorgekomen. Om terug te keren naar het stadium van equilibrium was in principe geen verandering nodig, het was alleen nodig dat de veranderingen die de pandemie met zich mee bracht, weer zou verdwijnen.

Toen in het voorjaar van 2022 het aantal besmettingen sterk terugliep en mensen veel minder ziek werden van het coronavirus, zijn nagenoeg alle corona-maatregelen afgeschaft. En daarmee is Nederland teruggekeerd naar 'normaal'.



## 4 Samenvatting, conclusie en aanbevelingen

Zoals gesteld in hoofdstuk 1, hebben de aanbevelingen in deze position paper tot doel bij te dragen aan de 'publieke sociale innovatie' die nodig is in de liminale fase die aanbreekt na een crisis. Meer specifiek richten deze aanbevelingen zich op het besturen van nieuwe crises.

### 4.1 Samenvatting en conclusie

Om de kennis die was opgedaan tijdens de eerste coronagolf te gebruiken bij de tweede golf, is in juni 2020 een Causal Loop Diagram (CLD) gemaakt. Uit deze CLD bleek dat er vier belangrijke sleutelfactoren waren:

- angst (bij cliënten, hun familie én bij zorgverleners)
- maatwerk / nuance in beleid
- maatschappelijke druk om de zorgkwaliteit te handhaven
- samenspraak met de client, en samenspraak tussen zorgorganisaties

Toen medio 2022 de samenleving terug ging naar - relatief - normaal, is een tweede CLD gemaakt. Deze tweede CLD leidde maar in geringe mate tot een beter begrip van de dynamieken die tijdens de pandemie een rol speelden. Daarom is een nieuwe analyse gemaakt, waarbij gebruik is gemaakt van een ander model (ACoR). Met dit model kon het *proces* van de ontwikkeling van de coronacrisis goed in kaart worden gebracht.

Uit de analyse met het ACoR model bleek dat vooral de valkuilen van belang zijn omdat bij het niet tijdig onderkennen van valkuilen, de crisis langer duurt.

De aanbevelingen die uit de analyse zijn te destilleren, zijn deels procesmatig en deels inhoudelijk.

### 4.2 Aanbevelingen

Door de combinatie van praktijkervaring van de deelnemers en hun bestuurlijke en professionele niveau, zijn de aanbevelingen niet alleen een theoretisch exercitie, maar vooral ook praktisch uitvoerbaar.

De aanbevelingen zijn onder te verdelen in drie groepen:

- aanbevelingen met betrekking tot het besturen van gezondheidscrises
- aanbevelingen met betrekking tot zorgaanbieders
- aanbevelingen met betrekking tot zorgvragers

#### *Aanbevelingen met betrekking tot het besturen van gezondheidscrises*

##### **I. Aandacht voor het proces van de crisis; herken valkuilen**

Uit de analyse met het ACoR model blijkt dat het niet tijdig onderkennen van de valkuilen de duur van de crisis onnodig verlengen. Daarom is het van belang dat het proces van een crisis regelmatig wordt geëvalueerd, met de focus op eventuele valkuilen.

##### **II. Verschillende leiderschapstijl bij verschillende crisis-fase**

Opvallend is dat bij elke fase in de crisis (oftewel: elk kwadrant in het ACoR-model) een andere leiderschapstijl nodig is, variërend van visionair tot pragmatisch.

Heb hier oog voor bij het samenstellen van het crisisteam binnen een organisatie of departement. Zorg ervoor dat de leiderschapskwaliteiten aanwezig zijn die passen bij de verschillende fases van de crisis.

#### *Aanbevelingen met betrekking tot zorgaanbieders*

#### **III. Laat de bestuurlijke verantwoordelijkheid daar liggen waar die is belegd**

De centralisatie van het beleid en het daarmee gepaard gaande omhoog trekken van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar nationaal niveau, heeft stagnerend gewerkt voor bestuurders. Het beleid dat zij voor hun eigen organisatie voerden, is op sommige aspecten doorkruist of overruled door landelijke regels van de overheid. Daarmee is de kwaliteit van de zorg én de creativiteit binnen de zorgsector onder druk komen te staan.

#### **IV. Verander de financieringsprikkel in het zorgstelsel**

De financiering van de zorg is - grotendeels - gebaseerd op het aantal verrichtingen dat wordt gedaan. Hoe meer ziekte en zieken, hoe meer behandelingen, hoe meer geld. Daardoor is er geen prikkel om de gezondheid te bevorderen, waarbij juist ziekte vermeden wordt. Ook domeinoverstijgende samenwerking wordt daarmee ontmoedigd<sup>11</sup>. Een tweede aspect hierbij is dat zorgverzekeraars een grote invloed hebben op het inhoudelijke zorgbeleid, want 'wie betaalt, bepaalt'. Aangezien zij private ondernemingen zijn, gaat hun eigen belang vaak vóór op het belang van de verzekerden.

#### **V. Spreek met zorgbestuurders en medisch professionals af welke resultaten behaald moeten worden, en laat aan hen over HOE zij dit resultaat willen behalen**

Bestuurders van zorgorganisaties zijn professionals die tot doel hebben de zorg voor degenen die aan hen zijn toevertrouwd, zo goed mogelijk te regelen. Uit de aard van hun functie en het salaris dat daartegenover staat, valt op te maken dat zij een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben. Ook medisch professionals hebben door de aard van hun werk een groot verantwoordelijkheidsgevoel. Laat hen de ruimte om de zorg in te richten zoals zij dat goed denken. Daarmee blijft de ruimte voor nuancering en maatwerk bestaan, wat – volgens de eerste CLD – leidt tot een hogere kwaliteit én kwantiteit van zorg.

#### **VI. Houd bestaande structuren en geografische indelingen in stand**

De zorgsector is een complexe sector met zo'n 40.000 partijen. Uit eerder onderzoek blijkt dat zij elkaar in tijden van crises goed weten te vinden<sup>12</sup>. Structuren die zijn ontstaan binnen het eigen netwerk of binnen de eigen regio, zijn vele malen effectiever dan structuren die van bovenaf worden opgelegd. Daarom luiden de aanbevelingen:

- Houdt bestaande structuren in stand
- Faciliteer nieuwe structuren die door de zorgorganisaties zelf worden opgezet

<sup>11</sup> *Grenzeloos samenwerken?*, Raad Volksgezondheid en Samenleving (RVS), maart 2022

<sup>12</sup> GGD GHOR Nederland, *Herijking van de visie op zorgcontinuïteit*, GGD GHOR NL, dec 2012

- Faciliteer nieuwe structuren over sectoren heen, als die door de zorgorganisaties zelf worden opgezet

#### *Aanbevelingen met betrekking tot zorgvragers*

#### **VII. Ontwikkel initiatieven om de bevolking gezonder te maken**

Het voorkomen van ziekte is veel goedkoper dan het behandelen<sup>13</sup>. Zet daarom in op preventie en vroegtijdig behandeling. Laat de professionals die verstand van zaken hebben, hierin meedenken.

#### **VIII. Beperk de angst**

Uit de eerst CLD blijkt dat angst een kritische factor is die andere factoren negatief beïnvloedt. Bovendien is angst ongezond, en maakt het mensen vatbaarder voor virussen<sup>14</sup>. Daarnaast levert angst stress op en als dat een paar weken aanhoudt, daalt het IQ met gemiddeld 15 punten<sup>15</sup>. Dat geldt niet alleen voor de bevolking, maar ook voor beleidsmakers. (NB: het goede nieuws dat dat het IQ weer kan herstellen naar zijn oude niveau).

#### **IX. Voer een open discussie**

In een acute crisissituatie is het nodig om maatregelen te kunnen nemen zonder dat daar een langdurige discussie aan vooraf gaat<sup>16</sup>. Is de crisis in een rustiger vaarwater beland, dan wordt het draagvlak enorm vergroot als beoogde en afgekondigde maatregelen onderwerp zijn van een open, wetenschappelijke discussie. Bovendien gaat hiermee de kwaliteit van de besluitvorming omhoog, en neemt het vertrouwen in het bestuur toe.

#### **X. Baseer maatregelen op wetenschappelijk onderzoek**

In het verlengde van aanbeveling V en VI wordt geadviseerd om de maatregelen te onderbouwen met wetenschappelijke studies. Ook dat vergroot het draagvlak van de maatregelen en laat zien dat soms geen andere keuze mogelijk is dan een populaire maatregel.

---

<sup>13</sup> Mierau, Jochen O., hoogleraar Economie van Volksgezondheid, RUG, *Het Belang van Preventie – Rondetafelgesprek Leefstijlpreventie van de Vaste Kamercommissie VWS*, maart 2022, [http://dai-huisartsen.nl/wpcontent/uploads/2022/03/Position\\_paper\\_J.\\_Mierau\\_t.b.v.\\_rondetafelgesprek\\_Leefstijlpreventie\\_d.d.\\_21\\_maart\\_2022-1.pdf](http://dai-huisartsen.nl/wpcontent/uploads/2022/03/Position_paper_J._Mierau_t.b.v._rondetafelgesprek_Leefstijlpreventie_d.d._21_maart_2022-1.pdf)

<sup>14</sup> Glaser, R. and Kiecolt-glaser, J., *Stress Damages Immune System and Health*, 2009 [online] Discoverymedicine.com. Available at: <<https://www.discoverymedicine.com/Ronald-Glaser/2009/07/18/stress-damages-immune-system-and-health/>>

<sup>15</sup> Shafir, E. & Mullainathan, S., *Why having too little mean so much*, Maven publishing, 2013

<sup>16</sup> Pielke, R., *The Honest Broker, Making Sense of Science in Policy and Politics*, Cambridge University Press, 2007



## 5 Tot slot

De deelnemers aan het *Programma van Besturen van Gezondheids crises* hebben met deze position paper een bijdrage willen leveren aan de lessons learned van de coronapandemie.

Zij zullen de aanbevelingen meenemen in hun eigen organisaties en onder de aandacht brengen bij hun koepels. Daarnaast gaan zij verkennen hoe de aanbevelingen ook aandacht kunnen krijgen op landelijk niveau.

Hoewel de pandemie in rustiger vaarwater is gekomen, zien zij naast de na-ijl effecten van de pandemie, nog genoeg uitdagingen en crises op de zorgsector afkomen waar zij zich over kunnen buigen. Vooral het verdwijnen van de menselijke maat in ultragrote - gecentraliseerde - organisaties, en het hoge verzuim in combinatie met de krapte op de arbeidsmarkt, zijn zeer urgente problemen die om aandacht vragen.



## Bijlage I

### Over het NIPV

Crisisbeheersing is een wettelijke taak van het NIPV (Nederlands Instituut Publieke Veiligheid). Tijdens de coronacrisis heeft het NIPV hier invulling aan gegeven door - onder andere - het initiëren en bemensen van het LOT-C (Landelijk Operationeel Team Corona). Het LOT-C had tot taak de algemene en functionele kolom met elkaar te verbinden, en informatie knooppunt te zijn voor de Veiligheidsregio's.

De coronacrisis is na twee jaar in een andersoortige fase te komen, waar sociologische aspecten een rol gaan spelen. Het NIPV heeft vanuit haar verbindende rol tussen de algemene en functionele kolom haar blik verruimd naar deze aspecten. Om hier invulling aan te geven, werkt het NIPV bij het project Besturen van Gezondheids crisis samen met de Happy Brain Foundation, expertisecentrum voor publieke sociale Innovatie tijdens en na crises.

Het NIPV geeft hiermee invulling aan één van de drie speerpunten van de innovatiestrategie die zij met het ministerie van Justitie en Veiligheid heeft afgesproken; sociale innovatie<sup>17</sup>.

### Over de Happy Brain Foundation

Na een grote maatschappelijk crisis, breekt een fase aan die door sociologen *liminale fase* wordt genoemd. In deze overgangsfase worden oude structuren die niet meer goed blijken te werken, vervangen door nieuwe. Het kan zijn dat de oude structuren door de crisis niet meer goed functioneren, maar het kan ook zijn dat een crisis als een vergrootglas diende en onvolkomenheden in de oude structuren zichtbaar heeft gemaakt.

In deze liminale fase is sociale innovatie van groot belang. Voor innovatie zijn pioniers nodig, mensen en organisaties die – op basis van wetenschappelijk onderzoek – ideeën ontwikkelen en vooroplopen bij het ontwerpen van nieuwe sociale structuren.

De Happy Brain Foundation heeft de ambitie om, samen met de relevantie stakeholders, sociale innovator te zijn in de liminale fase.

De kennis die op dit platform bijeen wordt gebracht, is bruikbaar voor bestuurders, beleidsmakers en professionals die door middel van sociale innovaties de maatschappij willen verbeteren en de weerbaarheid van burgers willen vergroten. Ook het optimaal blijven functioneren van de bestuurders en professionals is daarbij een belangrijk onderwerp.

Happy Brain Foundation verzamelt wetenschappelijke informatie, doet gericht wetenschappelijk onderzoek, formuleert adviezen, en draagt kennis over aan belanghebbenden.

Onafhankelijkheid en toepasbaarheid in de praktijk van alle dag zijn hierbij leidend.

---

<sup>17</sup> De andere twee speerpunten zijn: Innovatie van informatie en Innovatie van samenwerkingen



## Bijlage II

### Deelnemers

Bij het programma *Besturen van Gezondheids crises* zijn de volgende zorgsectoren op bestuurlijk en/of professioneel inhoudelijk niveau vertegenwoordigd.

Uit sommige sectoren nemen meerdere mensen deel aan het programma.

- care sector, Actiz – vertegenwoordigd door bestuurder en manager
- eerste lijn – vertegenwoordigd door kaderhuisarts spoedzorg
- gehandicapten en chronisch zieken, Ieder(in) - vertegenwoordigd door bestuurder
- GGD – vertegenwoordigd door bestuurder
- GGZ – vertegenwoordigd door bestuurder
- Inspectie Jeugd en Gezondheid – vertegenwoordigd door voormalig inspecteur en raadsheer
- klinische zorg, acute zorg en IC – vertegenwoordigd door medisch specialist en twee managers
- Veiligheidsregio - vertegenwoordigd door manager
- LOT-C - vertegenwoordigd door voormalig sectiehoofden



Bijlage III

## Gebruikte literatuur / bronnen

### ***A Systemic Approach for Management, Leadership and Teams***

Abcouwer, A. W., Takács, E., & Banga, O. P. , Paper presented at the EBES, Coventry, 2019

### ***Adaptive Information Management***

Abcouwer, A. W., Takács, E., & Banga, O. P. , Amsterdam: A.A.A. & O, 2020

### ***De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie. Schattingen voor 2020 en 2021***

RIVM, 5 juli 2022

### ***Grenzeloos samenwerken?***

Raad Volksgezondheid en Samenleving (RVS), maart 2022

### ***Het Belang van Preventie – Rondetafelgesprek Leefstijlpreventie van de Vaste Kamercommissie VWS***

Mierau, Jochen O., hoogleraar Economie van Volksgezondheid, RUG, maart 2022

### ***Herijking van de visie op zorgcontinuïteit***

GGD GHOR NL, dec 2012

### ***Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID; Een praktijkgerichte modulaire aanpak***

Expertteam Covid, juni 2022

### ***Stress Damages Immune System and Health***

Glaser, R. and Kiecolt-glaser, J., Discoverymedicine.com. Available at:

<https://www.discoverymedicine.com/Ronald-Glaser/2009/07/18/stress-damages-immune-system-and-health/>

### ***Systeemanalyse (COVID)-zorg; De invloed van een eventuele tweede covid-golf op acute en niet-acute zorg***

Guide Veldhuis, Eefje Smits-Clijssen, TNO, 18-11-2020

### ***Systeemanalyse sociale impact coronacrisis***

Guido Veldhuis, Eefje Smits-Clijssen, Rob van Waas, TNO, juli 2021

### ***The Honest Broker, Making Sense of Science in Policy and Politics***

Pielke, R., Cambridge University Press, 2007



***Why having too little mean so much***

<sup>1</sup>Shafir, E. & Mullainathan, S., Maven publishing, 2013

[www.intelligentdisobedience.com](http://www.intelligentdisobedience.com)

[www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)



## Bijlage IV

### Afkortingen

ACoR model	Adaptive Cycle of Resilience model
BCO	Bron en Contactonderzoek
CLD	Causal Loop Diagram
DPG	Directeur Publieke Gezondheid (vh directeur GGD)
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige hulpverlening in de Regio
IC	Intensive Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IZB	Infectieziektenbestrijding
JenV	(ministerie van) Justitie en Veiligheid
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LOT-C	Landelijk Operationeel Team Corona
NIPV	Nederlands Instituut Publieke Veiligheid
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RvB	Raad van Bestuur
TC	Traumacentrum
UvA	Universiteit van Amsterdam
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VR	Veiligheidsregio
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport