



Sectorrapportage medisch specialistische zorg

Ziekenhuizen, particuliere klinieken, revalidatieklinieken en abortusklinieken

De crisis die de COVID-19 pandemie heeft veroorzaakt en de impact die deze pandemie heeft op vele facetten van de samenleving en ieders privéleven is indrukwekkend en was niet voorzien. Vanaf het moment dat duidelijk werd dat COVID-19 allerminst aan Nederland voorbij zou gaan zijn er voorbereidingen getroffen om de zorg zo goed mogelijk in te richten. Grote aantallen patiënten zijn behandeld op de SEH's, verpleegafdelingen en IC's van alle ziekenhuizen. Er zijn aanpassingen gedaan aan de zorg, bijvoorbeeld door de inrichting van speciale afdelingen, het anders inzetten van zorgverleners en samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders. Beroepsverenigingen hebben zich ingezet om kennis te verzamelen, vermeerderen en te verspreiden. Zodra daar weer enigszins ruimte en energie voor was, is er gereflecteerd en geëvalueerd.

De COVID-19 crisis stelt hoge eisen aan de zorgverleners. Zo hebben zorgverleners gewerkt op afdelingen waar zij niet eerder werkzaam waren en zagen de zorgverleners zich geconfronteerd met een grillig verlopend en dodelijk nieuw ziektebeeld en een grote toestroom van patiënten.

De medisch specialistische zorg heeft in de periode vanaf maart 2020 met grote inzet en aanpassingsvermogen en daarmee op passende wijze invulling gegeven aan de verantwoordelijkheden en taken die de Nederlandse samenleving aan hen toevertrouwt. Onderstaand leest u waarom de inspectie tot deze conclusie komt en tegelijk ter voorbereiding op een mogelijke tweede uitbraak op een aantal punten om aandacht vraagt.

Toezicht op de medische specialistische zorg in het algemeen

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt onder meer toezicht op de (medisch specialistische) zorg die wordt geleverd in ziekenhuizen, particuliere klinieken, revalidatieklinieken en abortusklinieken.

Centraal in het toezicht op de medisch specialistische zorg staat de aandacht voor de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor goede en veilige zorg. De raad van bestuur van een zorginstelling kent en beheerst de risico's in de zorg en zorgt ervoor dat zorgverleners onder goede omstandigheden

hun werk kunnen doen. Daarbij wordt steeds geleerd en verbeterd. De inspectie is steeds in dialoog met bestuurders van ziekenhuizen, particuliere klinieken, abortusklinieken en revalidatieklinieken over ontwikkelingen in de zorg en de bijdrage die de inspectie kan leveren aan steeds betere en veiliger zorg. Dat kan bijvoorbeeld gaan over het stimuleren van leren en verbeteren, een kritische blik vanuit toezicht of desnoods de inzet van handhavingmaatregelen. De inspectie heeft, met name met de ziekenhuizen, daarom continu intensief contact met zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg.

De inspectie gaat uit van vertrouwen in de deskundigheid, professionaliteit en intrinsieke motivatie van zorgaanbieders om de patiënt de best mogelijke zorg te geven. De inspectie stelt zich daarom in beginsel terughoudend en bescheiden op. Vanuit de overtuiging dat de inspectie de patiënt niet beter kan behandelen, de instelling niet beter kan besturen en de richtlijn niet beter kan schrijven zoekt de inspectie naar de meest effectieve invulling van haar rol als toezichthouder.

Veranderend toezicht tijdens coronacrisis

De inspectie wilde tijdens de acute fase van de corona-uitbraak dat ziekenhuizen, klinieken en zorgverleners maximaal tijd en aandacht konden besteden aan de zorg voor patiënten en het bestrijden/beheersen van de crisis. Om die reden is de inspectie zeer terughoudend geweest met het uitvoeren van inspectiebezoeken. Ook hoefden zorgaanbieders niet standaard binnen de daarvoor gestelde termijn informatie aan te leveren over de kwaliteit van zorg naar aanleiding van meldingen of inspectiebezoeken.

Met ziekenhuizen in regio's waar de uitbraak groot was had de inspectie soms dagelijks contact.

De inspectie heeft haar contacten met bestuurders van ziekenhuizen geïntensiveerd. Met ziekenhuizen in regio's waar de uitbraak groot was had de inspectie zeer regelmatig - indien nodig zelfs dagelijks - contact. In de gesprekken focusten de ziekenhuizen en de betrokken inspecteurs continu op risico's voor de zorg en de beheersing daarvan. Daarnaast bespraken zij of er eventueel knelpunten waren die de inspectie moest betrekken bij gesprekken op landelijk niveau, bijvoorbeeld met veldpartijen, het ministerie van VWS of de Nederlandse Zorgautoriteit. De inspectie had ook aandacht voor het welzijn van zorgverleners, bestuurders en andere betrokkenen in de zorg.

Om zich op de hoogte te stellen van de situatie in particuliere klinieken, revalidatieklinieken en abortusklinieken, heeft de inspectie zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd bij (een deel van) deze zorgaanbieders. Hierbij is aandacht geschonken aan onder andere knelpunten, lessen die al zijn geleerd, de mate van voorbereiding op een mogelijk tweede golf en goede voorbeelden. Daarnaast heeft de inspectie periodiek gesproken met koepelorganisaties, waaronder Zelfstandige Klinieken Nederland en Revalidatie Nederland.

De impact van de eerste golf patiënten op zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg

Ziekenhuizen, particuliere klinieken, revalidatieklinieken en abortusklinieken hebben drastische maatregelen genomen om zorg te kunnen (blijven) leveren aan mensen die acuut zorg nodig hadden. De ziekenhuizen zagen een enorme toename van aantallen patiënten met COVID-19. De reguliere niet-spoedeisende zorg werd door ziekenhuizen, particuliere klinieken en revalidatie klinieken vrijwel volledig afgeschaald. Zo kon het personeel, de medische hulpmiddelen zoals persoonlijke beschermingsmiddelen en medische apparatuur, geneesmiddelen en ruimten ingezet worden voor de opvang van COVID-19 patiënten en mensen waarvan de behandeling niet kon worden uitgesteld (acute, semi acute en oncologische zorg).

Zo werden (delen van) operatiekamercomplexen omgebouwd tot intensive care (IC)-afdelingen. Medewerkers van de operatiekamer en verpleegkundigen van afdelingen die vrijwel geen zorg meer leverden werden ingezet om te zorgen voor patiënten die op de extra IC-bedden lagen. Ziekenhuizen die zich in het centrum bevonden van de uitbraak hebben intensief samengewerkt om patiënten in de regio op te vangen. De toeloop bij deze ziekenhuizen was zo groot dat

samenwerking op landelijk niveau noodzakelijk was om grote aantallen patiënten te verspreiden over heel Nederland. Er werden zelfs patiënten naar Duitsland verplaatst.

De maatregelen die acuut genomen moesten worden om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan hadden grote impact op de psychosociale belasting van patiënten en zorgverleners. Zo konden patiënten slechts in zeer uitzonderlijke gevallen bezocht worden in het ziekenhuis. Een ziekenhuisbestuurder verwoordde het als een 'eenzaamheidsdrempel' waar mensen overheen gingen als ze werden opgenomen.

COVID-19 is een nieuwe ziekte. Vanaf het moment dat COVID-19 in Nederland aanwezig was is door zorgverleners voortdurend onderzoek gedaan om de kennis over de ziekte en de behandeling te vergroten en verdere verspreiding te voorkomen. Op basis van nieuwe inzichten zijn door de Federatie Medisch Specialisten, V&VN en andere veldpartijen richtlijnen aangepast en zijn zorgverleners via digitale weg (bijvoorbeeld door middel van webinars) geïnformeerd over deze aanpassingen.

Tijdens de coronacrisis hebben ziekenhuizen de samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio geïntensiveerd. Wat opvalt is dat de samenwerking niet beperkt bleef tot het eigen netwerk en keten maar dat ook andere domeinen zijn aangehaakt. Alleen door samenwerking binnen en tussen zorgnetwerken en zorgketens kan aan de patiënt goede zorg geboden worden tijdens een tweede uitbraak. De inspectie signaleerde, net als andere partijen, dat er tijd nodig was om de samenwerking vorm en inhoud te geven.

Terwijl de samenleving zich maximaal moest inspannen om de verdere verspreiding van het virus te voorkomen was er nog weinig kennis over het ziekteverloop bij verschillende patiëntencategorieën en behandelmogelijkheden. In de loop van de tijd groeide het besef dat voor een grote groep patiënten alleen vormen van ondersteuning mogelijk waren, bijvoorbeeld symptoombestrijding op de verpleegafdeling en beademing op de IC. Daarmee ontstond ook het inzicht dat opname in het ziekenhuis of op de IC voor een groep patiënten niet de meest menslievende zorg denkbaar is.

Dit betekent dat er in een regio goed in de gehele zorgketen gekeken moet worden welke patiënten waar op menslievende wijze kunnen worden opgevangen. Zo hebben huisartsen vele gesprekken gevoerd met kwetsbare mensen over waar zij in het geval van een corona-infectie het liefste verzorgd zouden willen worden. Voor sommige mensen is dat het ziekenhuis, met beperkt tot geen bezoek. Andere mensen gaven aan liever thuis verzorgd te worden, in de nabijheid van dierbaren. Afspraken met verpleeghuizen over de opvang van patiënten zorgden dat ziekenhuizen capaciteit beschikbaar hadden voor patiënten voor wie ziekenhuiszorg nodig was. De inspectie heeft waardering voor de wijze waarop veldpartijen hiervoor handvatten hebben ontwikkeld en zorgaanbieders, samen met patiënten en familie, ingewikkelde afwegingen hebben gemaakt.

De kwaliteit van zorg tijdens de eerste COVID-19 uitbraak is van een aanvaardbaar niveau gebleven. Gegeven de omstandigheden, was er goede zorg.

Het bovenstaande heeft zowel emotioneel als fysiek veel gevraagd van artsen, verpleegkundigen, paramedici en andere minder zichtbare ondersteunende beroepsgroepen (bijvoorbeeld technici telefoon- en receptiemedewerkers en schoonmakers). De maatregelen (in de zorg en in de samenleving als geheel) die genomen moesten worden waren van invloed op de kwaliteit van de zorgverlening in Nederland. Maar de maatregelen waren nodig om goede zorg te kunnen leveren, rekening houdend met de omstandigheden. Er zijn zorgverleners van andere afdelingen ingezet voor de zorg voor COVID-19 patiënten, waarbij er in korte tijd inwerk- en opleidingsprogramma's zijn gemaakt. Op IC's waren IC-verpleegkundigen verantwoordelijk voor meer patiënten dan anders, maar met hulp en ondersteuning van andere verpleegkundigen. Als er tekorten aan medische hulpmiddelen of geneesmiddelen ontstonden, is er in overleg naar alternatieven gezocht.

Door dit soort ingrepen is de kwaliteit van zorg tijdens de eerste COVID-19 uitbraak van een aanvaardbaar niveau gebleven. Gegeven de

Tijdens de coronacrisis hebben ziekenhuizen de samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio geïntensiveerd.

omstandigheden, was er goede zorg. Daarbij konden 'normale' richtlijnen niet altijd gevolgd worden. De inspectie heeft in de acute fase gecommuniceerd dat voor haar de professionele afwegingen over hoe te handelen leidend zijn en dat zij begrip heeft voor de context waarin de zorg werd georganiseerd en uitgevoerd. De inspectie gaat hierbij uit van vertrouwen in de deskundigheid en goede intenties van zorgaanbieders.

De COVID-19 crisis heeft ook als katalysator gewerkt voor de (blijvende) inzet van zorginnovaties. Zo zal het videoconsult niet meer weg te denken zijn uit de zorg.

Er zijn zorgen over de gevolgen van het uitstellen van zorg, bijvoorbeeld op het gebied van de oncologische diagnostiek. Ondanks dat er nog relatief weinig bekend is over de impact op de volksgezondheid en de gevolgen voor individuele patiënten, zijn alle betrokken partijen het erover eens dat het zoveel mogelijk in stand houden van de reguliere zorg een speerpunt moet zijn bij de voorbereidingen op een eventuele tweede golf.

De rol van de inspectie tijdens de eerste golf in de medisch specialistische zorg

Het intensieve contact met ziekenhuisbestuurders gaf de inspectie informatie over de risico's voor de zorg en de beheersing van deze risico's. Andersom gaf de inspectie feedback en advies. In samenspraak met elkaar en met andere partijen kwamen bestuurders zo tot oplossingsrichtingen voor problemen. Instellingen en samenwerkingsverbanden hebben snel geleerd en verbeterd, ook van incidenten en knelpunten in de zorg. Zo vroeg de inspectie in haar gesprekken met het LCPS, ROAZ-regio's en ziekenhuizen aandacht voor de communicatie over de geautomatiseerde uitwisseling van capaciteitsgegevens. Het was (en is) belangrijk dat deze gegevens met in achtneming van de lokale en regionale situatie op een juiste manier op landelijk niveau inzicht gaven (en geven) in de mogelijkheden voor de spreiding van patiënten.

Ook heeft de IGJ in contact met VWS, NZa en veldpartijen bijgedragen aan snelle en adequate besluitvorming. De ziekenhuizen in Zuid-Oost Nederland gaven op zeker moment aan dat zij opvang van patiënten niet langer binnen de regio aan konden en onvoldoende mogelijkheden zagen om dit met andere regio's te coördineren. De inspectie heeft toen in overleg met het ministerie van VWS uitgangspunten vastgesteld voor de coördinatie van de landelijke spreiding van patiënten. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg heeft op dat moment in opdracht van de inspectie de Landelijke Coördinatie Spreiding Patiënten (LCPS) opgezet. Omdat het absoluut noodzakelijk werd enkele honderden patiënten te verplaatsen, heeft de inspectie vooruitlopend op de inrichting van het LCPS de uitgangspunten voor de landelijke spreiding van patiënten toegelicht tijdens een bijeenkomst van Brabantse ziekenhuizen, de meldkamer ambulancevervoer en experts van Defensie.

De inspectie heeft in gesprekken met ziekenhuisbestuurders steeds gewezen op het belang van onderlinge transparantie en vertrouwen. Het bleek complex te zijn om inzicht te krijgen in de mogelijkheden om de zorg voor COVID-19 patiënten op te schalen (met name op IC-afdelingen) en om overkoepelend inzicht te krijgen in de capaciteit voor het overplaatsen van patiënten naar andere ziekenhuizen en regio's. Hierdoor ontstond het beeld dat niet alle ziekenhuizen in gelijke mate bereid waren om COVID-19 zorg te leveren. Maar de inspectie heeft op basis van gesprekken vastgesteld dat alle ziekenhuizen zich, met inachtneming van hun specifieke mogelijkheden en omstandigheden, maximaal hebben ingespannen om de zorg voor COVID-19 patiënten in gezamenlijkheid te organiseren.

De inspectie heeft steeds kritisch meegedacht over ontwikkelingen in de sector. Een voorbeeld is de wijze waarop de inspectie de plannen voor de 'Corona Acute Beademings Unit (CABU)' heeft beoordeeld. Daarnaast heeft de inspectie in nauw contact met veldpartijen bijgedragen aan het opstellen en gebruiken van richtlijnen gericht op de zorg voor COVID-19-patiënten. Met name de Federatie Medisch Specialisten heeft de constructief-kritische richtlijnbeoordeling door de inspectie benut om de zorg in hoog tempo te organiseren, waarbij de feedback van de inspectie onder meer heeft bijgedragen aan de noodzakelijke verbindingen tussen veldpartijen en beroepsverenigingen.

De inspectie heeft op basis van gesprekken vastgesteld dat alle ziekenhuizen zich, met inachtneming van hun specifieke mogelijkheden en omstandigheden, maximaal hebben ingespannen om de zorg voor COVID-19 patiënten in gezamenlijkheid te organiseren.

De mensen werkzaam in de ziekenhuizen, particuliere klinieken, revalidatieklinieken en abortusklinieken hebben tijdens de eerste COVID-19 uitbraak de verantwoordelijkheden en taken die door de Nederlandse samenleving aan hen zijn toevertrouwd op een goede wijze ingevuld en uitgevoerd. Op het moment dat uit de informatie van de inspectie bleek dat risico's onvoldoende beheerst werden of konden worden kon de inspectie interveniëren.

Leren en verbeteren in de voorbereiding op een tweede golf

Ziekenhuizen, particuliere klinieken, revalidatieklinieken, abortusklinieken, ROAZ-regio en het LCPS/LNAZ hebben – vanzelfsprekend - naar aanleiding van de eerste fase van de COVID-19 uitbraak evaluaties uitgevoerd. De daaruit geleerde lessen worden nu gebruikt om de zorg te verbeteren en voorbereidingen te treffen voor de opvang van een mogelijke tweede uitbraak.

Ziekenhuizen, particuliere klinieken, revalidatieklinieken hebben zich naar aanleiding van de eerste uitbraak afgevraagd of het op- en afschalen van zorg ook op een manier kan, waarbij ook de reguliere zorg zolang mogelijk geleverd kan worden. Ziekenhuizen zien daarbij mogelijkheden om bij een mogelijke tweede golf de COVID-19 zorg op te schalen en tegelijkertijd meer reguliere zorg te kunnen blijven leveren. Voor de opvang van een tweede uitbraak zullen in eerste instantie andere zorgverleners worden ingezet en opgeleid waardoor de reguliere zorg langer door kan blijven draaien. Daarmee wordt zoveel mogelijk schade door het uitstellen van behandelingen voorkomen. Daarnaast signaleren zorgverleners dat mensen nu zelf de behandeling uitstellen. Dat baart de zorgverleners en instellingen zorg. Daarom brengen zij zorgmijders in beeld en proberen instellingen ook deze groep te overtuigen van het belang om de behandeling niet uit te stellen, ook niet bij een tweede golf.

Bij een eventuele tweede uitbraak moet zorg worden gedragen voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen zodat een bezoekersregeling zoveel mogelijk doorgang kan vinden.

Een veel genoemd onderwerp is het negatieve effect van de afwezigheid van bezoek ten tijde van het verblijf in de instelling. Bij een eventuele tweede uitbraak moet zorg worden gedragen voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen zodat een bezoekersregeling zoveel mogelijk doorgang kan vinden. Zorgaanbieders hebben de ambitie om het perspectief van menslievende en patiëntgerichte zorg nadrukkelijker centraal te stellen in een volgende fase van de uitbraak.

Een belangrijk leerpunt betreft de inrichting van de crisisorganisatie. De werkwijze en de regionale en landelijke structuren bij een pandemie moeten uitgebreider beschreven worden. Het beschrijven van de precieze governance is van groot belang. Wie gaat over wat, wie heeft welk mandaat, en hoe ver strekt dat mandaat? Wat is de reikwijdte van ROAZ-besluiten en hoe is een en ander georganiseerd? Wettelijk heeft het ROAZ geen mandaat, terwijl daar wel alle taken werden neergelegd en sprake was van veel slagkracht. Ook wordt aandacht gevraagd voor de ketenpartners die in meerdere ROAZ-en vallen (omdat zij in het grensgebied tussen

twee regio's werkzaam zijn) en bij de ketenpartners die niet of in mindere mate in het ROAZ vertegenwoordigd zijn.

De inspectie verwacht van de bestuurders van ziekenhuizen en andere zorginstellingen dat zij samenwerkingsgericht en omgevingsbewust zijn. Met name ziekenhuizen hebben vanwege hun omvang en veelheid aan activiteiten een belangrijke functie in zorgketens en netwerken. Zij moeten daarom doorlopend oog hebben voor de verbinding met de eerstelijnszorg, langdurige zorg en zorg thuis en ook de openbare gezondheidszorg.

Ook in de interne organisatie van zorgaanbieders zijn er aandachtspunten, bijvoorbeeld de vertegenwoordiging van verpleegkundigen in de crisisorganisatie en de rol van de Chief Medical Information Officer bij het optimaliseren van de gegevensuitwisseling in de keten.

Particuliere klinieken kunnen een grotere rol spelen bij het in stand houden van de reguliere medisch noodzakelijke zorg, door tijdens een mogelijke tweede golf, deze reguliere medisch noodzakelijke zorg langer te blijven leveren. Hiervoor is het onder andere van belang dat particuliere klinieken goed zijn aangesloten bij regionale netwerken (zoals een ROAZ) en dat zij worden betrokken bij evaluaties door deze netwerken. Ook is van belang om particuliere klinieken

die reguliere medisch noodzakelijke zorg leveren, een volwaardige plaats te geven bij het verdelen van middelen door ROAZ-regio's en om te zorgen dat de zorgverleners uit deze sector ook met prioriteit worden getest.

In de revalidatieklinieken heeft men van de eerste COVID-19-golf belangrijke lessen geleerd over het inrichten van een crisisorganisatie en welke mensen daarin thuis horen. Ook de aansluiting bij en een passende positie binnen regionale samenwerkingsverbanden zoals het ROAZ blijkt voor revalidatieklinieken een belangrijke voorwaarde. Met name in de regio's waar deze samenwerking al bestond voor de COVID-19 uitbraak, verliep de coördinatie van zorg via deze samenwerking goed. Daarnaast blijkt uit de afgelopen periode dat het afschalen van de zorg voor bepaalde patiëntengroepen (met name patiënten met spierziekten) gevolgen heeft op het revalidatietraject. Ook voor abortusklinieken geldt dat het aansluiten op regionale netwerken een belangrijk aandachtspunt is om afspraken te maken over het doorgaan van de reguliere zorg.

Voor zowel ziekenhuizen, particuliere klinieken, revalidatieklinieken als abortusklinieken geldt dat bij een mogelijke tweede golf de beschikbaarheid en verdeling van medische hulpmiddelen, persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen structureel georganiseerd moet worden.

Aandachtspunten in het toezicht tijdens de voorbereidingen op de tweede golf

In de voorbereiding op een eventuele tweede golf van de COVID-19 uitbraak wil de inspectie zich nadrukkelijk richten op het effectief toepassen van alle geleerde lessen en het toetsen van de uitwerking daarvan in de praktijk. De verwachting is daarom dat de inspectie vaker in de ziekenhuizen en klinieken aanwezig zal zijn en daar op verschillende afdelingen met zorgverleners in gesprek zal gaan om de verbindingen tussen theorie en praktijk te toetsen. Hiermee verwacht de inspectie sneller bruikbare feedback aan bestuurders te kunnen geven maar ook inzichten op te doen die relevant zijn voor het ministerie van VWS, veldpartijen en andere betrokkenen.

De aanbevelingen en geleerde lessen komen voort uit de evaluaties die zorgaanbieders en veldpartijen zelf hebben uitgevoerd. Het is belangrijk dat zij zelf, vanuit hun eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid, invulling geven aan passende maatregelen. De inspectie schrijft niet voor hoe de zorg georganiseerd wordt, maar draagt er vanuit het toezicht aan bij dat de maatregelen worden geïmplementeerd.

De inspectie heeft in het toezicht op de medisch specialistische zorg onder andere aandacht voor de volgende punten:

- De voortgang van opschalings- en opleidingsplannen;
- Het in stand houden van de reguliere zorg tijdens een mogelijke tweede golf;
- De regionale samenwerking (met alle relevante zorgaanbieders, ook in de openbare gezondheidszorg en langdurige zorg) op zowel het gebied van COVID-19- en non-COVID-19-zorg en aansluiting op landelijk netwerken zoals het LCPS;
- De betrokkenheid van verpleegkundigen in het algemeen bij de besturing van het ziekenhuis en in het bijzonder in de crisisorganisatie;
- De positie van de Chief Medical Information Officer bij de organisatie van de zorg en de gegevensuitwisseling;
- Het betrekken en uitwerken van het patiëntperspectief (onder meer via cliëntenraad) bij het (COVID-19) beleid, in het bijzonder bij zaken als bezoeken en de wijze van communicatie;
- Effecten van het griepseizoen in combinatie met COVID-19 op de zorg, zoals het beslag op bijvoorbeeld testcapaciteit en het belang van griepvaccinatie voor zorgpersoneel;
- De aansluiting van particuliere klinieken, revalidatieklinieken en abortusklinieken bij en de positie binnen regionale samenwerkingsverbanden;
- De beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen, medische hulpmiddelen en geneesmiddelen, de regionale afspraken in verband met voorraden en de aansluiting op het Landelijk Consortium Hulpmiddelen;
- Deskundigheid op het gebied van en aandacht voor infectiepreventie.