

**Verslag cluster ambulans 6 april 2020****Acties zijn vetgedrukt****Aanwezig**

(10)(2e), MeerGGZ  
 (10)(2e), (10)(2e), LVVP  
 (10)(2e), (10)(2e), NVvP (10)(2e)  
 (10)(2e) VWS  
 (10)(2e) VWS  
 (10)(2e), GGZ NL  
 (10)(2e), (10)(2e), V&VN  
 (10)(2e), (10)(2e), NIP  
 (10)(2e), P3NL  
 (10)(2e) NVvP (10)(2e)  
 (10)(2e), (10)(2e), InEen  
 (10)(2e) F-ACT Nederland

**Mededelingen**

Geen mededelingen

**Corona en F-ACT**

(10)(2e) spreekt als bestuurslid van F-ACT Nederland en het CCAF. Zij richten zich in deze periode op het steunen van F-ACT medewerkers in hun werk en het geven van duidelijkheid, met name over verschillende richtlijnen die rond gaan. Met deze doelen organiseert F-ACT Nederland elke vrijdag om 13u een open inloop-webinar waarin teamleden met elkaar kunnen overleggen. De signalen die daaruit komen zijn:

- Er zijn grote verschillen tussen verschillende teams. Veel teams wilden snel overschakelen op digitale zorg, maar dat bleek al snel niet voldoende.
- Er is bezorgdheid over de preventieve handeling in de opvolging van casuïstiek, het 'vinger aan de pols houden', dat raakt ondermijnd in deze periode. Daar tegenover staat dat de situatie van de patiënt averechts werkt: eenzaamheid treedt op, de reguliere de-escalerende escapes zijn weggevalen.
- De crisisinterventie heeft de prioriteit. Op sommige plaatsen lukt het goed om crisisinterventies te organiseren, op sommige plekken is het krap en krijgen teams het net rond.
- Vrij snel zijn er maatregelen genomen rond de reguliere acute opvolging, zoals het geven van depotmedicatie en de opvolging van medicatie. Veel teams hebben daar snel een goede (reguliere) procedure voor gevonden, maar sommige teams missen sturing en richtlijnen. Instellingen zijn ook niet altijd duidelijk naar medewerkers, terwijl het helpt als instellingen zelf hun medewerkers richtlijnen en tools meegeven.
- Daarnaast zijn er te weinig beschermingsmiddelen beschikbaar (gevoel is dat dit deel van de sector vergeten is), terwijl fysiek contact soms onvermijdelijk is. Dit speelt bijvoorbeeld bij het geven van depots, maar ook voor de somatische opvolging bij lithiumverstrekking. Dit punt, in combinatie met onduidelijkheid over richtlijnen, kunnen als effect hebben dat

- teams in een kramp schieten en alleen nog maar in een beschermend pak huisbezoeken willen brengen. Tegelijkertijd ziet F-ACT Nederland dat teams ook wel gewoon doorgaan.
- Tegelijkertijd: de beschermingsmiddelen zijn niet ontwikkeld voor dwang/drang-situaties (worsteling met de patiënt). Betekent soms ook: schouders ophalen. Dat is lastig om in een protocol vast te stellen, maar er moet ergens gecommuniceerd worden dat die ruimte er moet zijn. V&VN merkt op dat richtlijnen tuchtrechtelijk zwaarder zijn, in het cluster intramuraal is de suggestie gedaan ook handreikingen te maken.
  - Bestuurders in het noorden hebben kunnen leren van de situatie in Brabant, die goede voorbeelden worden uitgewisseld. Tegelijkertijd is er ook een enorm verschil in prevalentie.
  - Contact is belangrijk bij deze doelgroep. Sommige patiënten zijn moeilijk bereikbaar, hebben soms contact met maar één behandelaar, en als die wegvalt ontstaat er een probleem. F-ACT Nederland is aan het kijken of ambulante teams zichzelf kunnen compartimenteren, om continuïteit te borgen maar er tegelijkertijd voor te zorgen dat een eventuele besmetting zo min mogelijk verspreid (zoals bij roulerende diensten het geval kan zijn). Sommige teams werken met een reserveteam, of een constructie met een team op en team af, etc.
  - Netwerksamenwerking is moeilijker. In een klassiek F-ACT team kun je makkelijker regie voeren, maar tegenwoordig werken teams meer in een netwerk. En als dan bijvoorbeeld zorg of begeleiding uitvalt bij een netwerkpartner, moet daar goed over geschakeld worden met de andere netwerkpartners. F-ACT Nederland let daar extra op.

Waar kan dit cluster bij helpen?

- Beeldbellen werkt voor deze doelgroep minder goed, ze hebben niet altijd internet of een beeldbelfaciliteit. F-ACT Nederland kijkt of er een landelijk programma kan worden opgestart om devices te verdelen. VWS wijst op de SET-regeling, daar gaat F-ACT Nederland naar kijken, maar het is vooral aan de individuele instellingen om een dergelijke aanvraag in te dienen. Daarnaast het idee om hotspots bij de gemeente, instelling of via providers in te richten om internet vrij toegankelijk te maken voor mensen die geen abonnement kunnen betalen. Een hotspot bij een instelling heeft wellicht beperkte meerwaarde, want als de patiënt toch op locatie komt, kun je deze net zo goed fysiek zien. **VWS bespreekt dit punt intern met de collega's van DMO (speelt dit breder?) en komt hierop terug.**
- **GGZ NL gaat de Zoom-oploop van F-ACT Nederland onder de aandacht van de leden brengen.**
- F-ACT Nederland gaat volgende week aandacht besteden aan dwang en drang en de netwerksamenleving (ondersteunen van de buurt en families, spelen privacyaspecten een rol). Als daar knelpunten uit voortkomen, kunnen deze bij VWS worden neergelegd.
- Richtlijnen zijn een belangrijk punt voor de medische handelingen die door moeten gaan. Het zou goed zijn als een nieuwe richtlijn een specifieke paragraaf over de F-ACT doelgroep zou worden opgenomen. V&VN vraagt of (10)(2e) niet aangesloten zou moeten worden. F-ACT Nederland heeft zijn protocol verspreid, het wordt over het algemeen vrij goed ontvangen, maar professionals signaleren wel dat zijn kader verder gaat dan het RIVM-standpunt. Als iedereen voorstander is van de lijn van (10)(2e), zou dat eigenlijk de brede richtlijn opgenomen moeten worden. MeerGGZ zou in de richtlijn ook graag een algemeen uitgangspunt opnemen (als de richtlijn geen uitsluitel geeft, hanteer dan dit uitgangspunt: ...). (10)(2e) beaamt dat: we moeten niet zelf stoppen met nadenken en professionals daar ook vooral de ruimte voor geven. Daar helpen de webinars van F-ACT Nederland bij. Daarnaast zou F-ACT Nederland graag aandacht in de richtlijn willen voor het netwerk rond de patiënt: hoe kun je dit netwerk het beste ondersteunen? Tot slot zou er naast de richtlijn een handreiking kunnen komen voor dwang en drang in deze tijd (zie eerder punt). **Partijen nemen deze punten mee richting versie 3.0 van de richtlijn.**
- (10)(2e) ziet ook een probleem in het samenleven op een paar vierkante meters. We zien nu dat sommige dagbestedingscentra en herstelacademies opengesteld worden voor kleine aantallen mensen, bij wie stress en escalatie ernstig op de loer liggen. **VWS neemt dit punt intern mee terug. Update: nog deze week komt er een richtlijn voor onder andere dagbesteding, met als uitgangspunt dat deze zoveel mogelijk open dan wel toegankelijk moeten blijven.**

- Nu zijn veel zelfregiecentra overgeschakeld naar digitale oplossingen, maar er is veel discussie over de betrouwbaarheid van de applicaties en privacy. V&VN wijst op de uitspraak van de AP. De NVvP geeft aan dat discussies hierover zorgen voor angst bij patiënten om überhaupt te beeldbellen. Landelijk hierover communiceren zou helpen. **We spreken af dat we dit agenderen bij het overkoepelend overleg van woensdag.**

#### Openstaande acties

- NVvP agendeert nogmaals dat het aantal verwijzingen naar de ggz terugloopt, zoals dat voor veel zorgvormen geldt. De NVvP vermoedt dat dit ook te maken kan hebben met de wachtlijsten die er al lang zijn in de ggz. InEen ziet inderdaad de verwijzingen over de gehele breedte teruglopen. NHG/InEen/LHV kijken nu naar hoe ze huisartsen kunnen ondersteunen bij het leveren van noodzakelijke zorg, zoals de ggz. Vanmiddag spreekt InEen de LHV hierover. Het beleid voor elke patiënt is: we proberen zoveel mogelijk patiënten buiten de praktijk te houden, maar iedereen mag zich melden. Er melden zich hoe dan ook minder patiënten. NVvP vraagt of InEen zicht heeft op wat de POH-GGZ nu doet, InEen wil dit beter in beeld gaan brengen. De NVvP merkt dat POH's terughoudend zijn met doorverwijzen. De NVvP gaat de signalen overbrengen naar InEen. Het NIP zou huisartsen willen oproepen om te blijven verwijzen, 'de ggz staat klaar'. Welke elementen in deze problematiek zijn specifiek voor de ggz-patiënt: zij beschouwen zichzelf niet vaak als spoed, zouden zich zo snel mogelijk moeten melden, en de ggz staat klaar om cliënten op te nemen. 1) Preventief, 2) actief contact opnemen met risicogroepen, 3) aanbod vanuit ggz (verwijs, want we zijn bereikbaar), 4) verwijzen naar online tools die al beschikbaar zijn. Het is aan de huisarts om zo goed mogelijk te triageren, daar kan NVvP over meedenken. **InEen, NVvP, LHV, MeerGGZ, NIP praten hier na het overleg tussen InEen en LHV over door.**

#### Nieuwe knelpunten

- De LVVP geeft aan dat de wet BIG nu alleen voor artikel 3 beroepen verruimd wordt, terwijl dat ook voor artikel 14 beroepen zou moeten gelden. **VWS neemt dit punt mee terug.**

#### Voor het overkoepelende overleg te agenderen

- Financiën
  - o MeerGGZ heeft eerder aan de NZa gevraagd of er ruimte komt voor behandelingen die langer duren door Corona. De NZa gaf aan dat er een brede financiële regeling zou komen, maar daar zit dit punt niet in. ZN biedt een continuïteitsbijdrage, maar pas aan het einde van het jaar wordt het contract afgerekend, waardoor alsnog een negatieve afslag gedaan kan worden.
  - o (uit het vorige overleg:) partijen vinden het onhandig dat er straks bij elke verzekeraar een apart loket komt voor de financiële regelingen en willen ZN oproepen dat de centraliseren
- Communicatie richting patiënten over de veiligheid van beeldbellen
- (uit het vorige overleg:) Procesafspraken over communicatie naar buiten, naar aanleiding van de publiciteit over de peiling van MIND