

Expert tafel Lessons Learned – Thema Effecten reguliere zorg

Online bijeenkomst via WebX op woensdag 12 augustus 2020

Deelnemende experts aan deze experttafel:

1. [5.1.2e] [5.1.2e] lid Raad van Bestuur GGZ Breburg
2. [5.1.2e] – [5.1.2e] Amsterdam, betrokken bij het Roer moet Om
3. [5.1.2e] lid RONA, [5.1.2e] [5.1.2e] lid bestuur ActiZ
4. [5.1.2e], [5.1.2e] bestuurslid Veroz, Bestuurslid NADP, onderzoeker UMCG
5. [5.1.2e], interim voorzitter bestuur V&VN
6. [5.1.2e] internist Antoni van Leeuwenhoek NKI
7. [5.1.2e] – programmaleider huisartsgeneeskundige zorg NIVEL
8. [5.1.2e] – hoogleraar gezondheidscommunicatie Universiteit van Amsterdam, lid wetenschappelijke adviesraad RIVM corona gedragsunit
9. [5.1.2e] – hoogleraar Organisatie en financiering van de zorgsector, Tilburg School of Economics, Universiteit Tilburg en Chief Economist NZa
10. [5.1.2e] - Voorzitter Raad BeroepsBelangen Federatie Medisch Specialisten, anesthesioloog Alrijne Ziekenhuis

Namens de beleidsdirectie zijn [5.1.2e] en [5.1.2e] aanwezig en vanuit het projectteam Lessons Learned zijn [5.1.2e] en [5.1.2e] aanwezig. Gespreksbegeleiding en verslag: [5.1.2e]

Verdieping naar aanleiding van de geschreven position papers

In de position papers lezen we veel constructieve feedback. We bespreken een aantal rode draden. De elementen om te behouden en verder versterken zijn:

- Goede beschikbaarheid van PBM en genoeg testen met een snelle doorlooptijd.
- Regionale samenwerking en bijbehorende regionale afspraken.
- Gecoördineerde nationale en regionale aanpak voor het opschalen van zorgcapaciteit in ziekenhuizen. Prognoses van aantal te verwachten ziekenhuisopnames verder uitbouwen naar meer data-gedreven inschattingen.
- Eerstelijnszorg garanderen en drempel verlagen via toegankelijke en veilige reguliere huisartsenzorg met gescheiden patiëntenstromen maar ook door veel testcapaciteit.
- De boodschap dat de reguliere zorg beschikbaar is en het aanmoedigen van mensen om bij klachten, ook van psychische aard, naar de huisarts te gaan
- Betere triage ten behoeve van reguliere noodzakelijke zorg
- Afstandszorg in de ambulante zorg van eerste lijn en ziekenhuizen handhaven.

De elementen om nieuw of anders te doen bij een volgende golf:

- Meer aandacht voor fysieke én emotionele belasting van zorgprofessionals.
- Regionale differentiatie van de opschaling kan helpen om waar mogelijk snel de gangbare zorg op te schalen.
- Meer aandacht voor de ethische afwegingen die we impliciet hanteren t.a.v. gezondheidsrisico's en de effecten daarvan op de maatregelen.
- Concentratie van zorgactiviteiten tussen zorginstellingen om continuïteit voor zowel 'Corona' als reguliere zorg te waarborgen. Ziekenhuizen meer inrichten op splitsing reguliere zorg en COVID zorg.

- De sturing van de zorg in Nederland een sterkere regionale impuls te geven met versterking van de link tussen de verschillende publieke en private partijen en bovenal het versnelt werken aan een data infrastructuur.
- Bij een volgende uitbraak de lange-termijn effecten op gezondheid, zorg, maatschappij en economie meer betrekken.

In het gesprek over deze punten benadrukken de experts dat hierbij nog ontbreekt:

- Afstandszorg en digitale middelen kunnen nog meer ingezet worden voor kennisdeling over de verschillende lijnen heen. Niet alles was AVG-proof nu en daar hebben we nog een hoop te leren en te ontwikkelen.
- Zorg moet veilig en toegankelijk blijven, maar dat geldt ook voor het doorverwijzen, denk aan voor diagnostiek naar het ziekenhuis gaan. Splitsen van zorgstromen is hier belangrijk: nu hadden we 'vieze' praktijken (specifieke afdelingen waar vooral corona-patiënten voor zorg ontvangen werden) maar hoe gaan we dat nu structureel doen? En dit heeft consequenties voor hoe we het personeel anders inzetten. 'Anders organiseren' wordt hier geïntroduceerd als een kapstok voor wat meer thema's, zoals een andere infrastructuur binnen VVT, ziekenhuizen, dagbesteding en ook andere openingstijden, waarmee we de zorg echt anders moeten gaan organiseren. Dat gaat helpen om die anderhalve meter te hanteren, zonder dat we extra kosten gaan maken.
- Preventie en communicatie. Het gaat daarbij vooral om communicatie om het gewenste gedrag te beïnvloeden en te voorkomen dat er een tweede golf komt. Bij kwetsbare groepen is veel angst ontstaan. Er ligt hier wel een taak voor de overheid om zorgen weg te nemen. Ook kunnen we in ons achterhoofd houden dat we bij preventie niet enkel moeten denken aan COVID maar ook aan andere infectieziekten.
- Geestelijke gezondheid. Het is belangrijk om meer aandacht te besteden aan de GGZ-kant van de zaak en de lange termijneffecten. Denk aan angsten, PTSD bij kwetsbare groepen, waar meer onderzoek naar gedaan moet worden. Ook moeten we de wachtlijsten in de GGZ op gaan lossen. Er is een groep die verwezen wordt en niet komt opdagen en dus zorg missen. Mogelijk kan de sector dit via regionale triage oplossen, maar het verdient aandacht.
- Keuzes maken in zorg op basis van data. Volgens sommige experts is de vraag die de COVID-crisis versterkt, waar we naar toe willen met de zorg en welke keuzes we gaan maken met de schaarse middelen die we hebben? Wat gaan we wel doen en wat niet meer? Gebaseerd op specifieke cijfers (data gedreven) en het delen van kennis de juiste keuzes maken, aldus de experts. Welke menselijke schade accepteren we daarbij en wat niet? Nu kiezen we impliciet voor bepaalde zorg, terwijl andere zorg niet plaats kan vinden.
- Samenwerking. Samenwerking tussen professionals is over het algemeen goed gegaan. IC-verpleegkundigen en intensivisten zijn blij hoe goed ze hebben samengewerkt, dat blijkt ook uit onderzoeken. De betrokkenheid van verpleegkundigen op lokaal, regionaal en landelijk niveau moet wel versterkt worden om in een volgende golf beter beslagen ten ijs te komen.
- Arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen zijn echter niet goed, mensen zien op tegen een volgende golf en we hebben hen hard nodig bij een volgende golf. Samenwerking tussen ziekenhuizen is soms nog wel weerbarstig; de belangen zijn soms groot en de samenwerking stroef.

Verdiepingsthema voortkomend uit de position papers

Vragen die voortkomen uit de position papers zijn o.a. hoe houden we vast aan de innovaties en samenwerking die voortvloeiden uit de eerste golf? Hoe zorgen we er bij een eventuele tweede golf voor dat mensen ook echt naar hun behandelaar gaan voor reguliere zorg?

Daar speelt volgens **5.1.2e** ook de arbeidsmarkt problematiek doorheen. De experts zeggen hierover het volgende:

Afstandswerken en het inzetten van digitale mogelijkheden heeft volgens de experts, bijvoorbeeld binnen de VVT, een sprong gemaakt in de crisis. De vraagstukken om bijvoorbeeld augmented reality brillen te gebruiken, ontstonden als vanzelf. De experts maken onderscheid tussen thuiswerktechnologie, samenwerkingstechnologie en patiënt-ondersteunings technologie. Helpend is hier vooral het beschikbaar stellen van nieuwe en digitale hulpmiddelen en bijvoorbeeld ook meetinstrumenten voor patiënten thuis. Ook is systematisch onderzoek om deze hulpmiddelen echt op de doelgroep aan te laten sluiten van groot belang. Overigens niet door langdurige onderzoeken, maar meer korte termijn inventarisaties wat wel en niet werkt. Er is in de jaren hiervoor een hoop ontwikkeld door commerciële partijen wat niet aansloot.

Daar waar het kan, digitaal werken. Een aantal experts pleit zelfs voor een landelijke principe-uitspraak om daar waar het kan digitaal te gaan werken. De professionals en cliënten gaan dan zelf differentiëren en samen uitvinden of en hoe dat mogelijk is. Het gevaar bestaat dat we weer massaal naar 'face-to-face-tenzij' gaan. Het is daarbij wel belangrijk om niet alles digitaal te gaan doen, maar te monitoren of de kwaliteit van zorg behouden blijft en daarin goed naar de context te kijken (welke sector, welke plek, op welke manier?). Voor sommige doelgroepen werken digitale middelen niet goed (denk aan laaggeletterden) en die vallen dan buiten de boot. Ook is het belangrijk om (bijvoorbeeld vanuit de NZA en verzekeraars) goed te kijken naar de financiële prikkels om de ontwikkeling en uitvoering van deze andere en nieuwe werkwijzen te ondersteunen zodat het aantrekkelijk blijft.

Keuzes maken bij schaarste in zorg. We willen al jaren onzinnige zorg voorkomen. Dan valt ineens een deel van de zorg weg en dan willen we dat massaal herstellen. De experts zien het wegvallen van de zorgvraag ook als een kans om het over de schaarste in de zorg te hebben. Daar zou het gesprek de komende tijd wel meer over moeten gaan.

Spiegelen van een beleidsvoornemen

5.1.2e vraagt de experts wie wat concreet moet doen om een afschaling van de reguliere zorg te voorkomen. En wat VWS kan doen om hieraan bij te dragen omdat hij stelt dat de sector hier een grote rol in speelt.

Meervoudige en gedifferentieerde communicatie vanuit VWS. Mensen durven geen contact op te nemen en in deze communicatie heeft VWS een belangrijke rol. De experts vinden de communicatie vanuit VWS onder de maat op dit moment. Nu het virus een opleving heeft deze zomer, moet VWS meer communiceren en hierop de regie pakken. Dat impliceert volgens de experts het toevoegen van kennis over communicatie en gedrag in het OMT. Het belangrijkste is zorgen dat mensen zich aan de gedragsmaatregelen houden en daar is het herhalen van de boodschap van belang. Denk aan het terug laten komen van de frequente persconferenties. Ook is het belangrijk om te differentiëren en bepaalde doelgroepen op een andere manier te bereiken en soms meer lokaal. Gerichte brieven naar specifieke groepen, bijvoorbeeld van een minister of van een burgemeester, zou erg kunnen helpen. Tegelijkertijd moeten verschillen per regio dan wel weer goed landelijk uitgelegd worden (denk aan de mondkapjesplicht in Amsterdam en Rotterdam).

Afschaling is niet altijd erg. Soms stellen mensen hun zorgvraag even uit en dat is niet altijd erg, volgens de experts. Ook kan het zijn dat de tweede golf zo hoog wordt, dat we als sector juist gebaat zijn bij afschaling. Dat roept wederom om het vraagstuk van het wegen van de verschillende zorgrisico's: wat geven we voorrang? De vraag is of VWS dat gesprek niet moet faciliteren? De crisis gaat over meer dan over levens redden. De langere termijn wordt steeds belangrijker, denk aan de geestelijke gezondheid op de langere termijn. Andere experts benadrukken wel dat de overheid niet de partij moet zijn die hier de definitieve uitspraak gaat doen over welke zorg voorrang krijgt, maar dat burgers en naasten hier zelf keuzes in kunnen maken. Rule-based paste bij de eerste fase van de crisis, inmiddels past principle-based beter.

Data, data, data. Ook roept het volgens de experts om meer specifieke data over al dan niet ziektebeelden van mensen die door COVID besmet en opgenomen worden - veel mensen die nu zijn gestorven hadden een onderliggend lijden. Dat helpt ook in de communicatie richting de verschillende doelgroepen. Er is een verschil tussen *door* COVID sterven en *met* COVID sterven. Data delen over capaciteit en beschikbaarheid van zorg is ook belangrijk in de regionale samenwerking tussen verschillende zorgpartners in de keten, tussen ziekenhuizen onderling maar ook met huisartsen. Zo kunnen cliënten beter bereikt en geholpen worden. Maar kunnen verschillende regio's elkaar wellicht ook sneller helpen als er overcapaciteit is. Het dashboard zou daarmee ook regionaal doorontwikkeld kunnen worden, of op gemeenteniveau om beter lokaal te kunnen sturen. In ieder geval wordt de vraag door de experts opgeworpen hoe we datagestuurd werken nog meer gaan organiseren, uitbouwen en financieren.

Open ronde

In de open ronde geven de experts nog de volgende adviezen aan het kabinet en de sector:

5.1.2e: Het blijven testen en dat laagdrempeliger maken is misschien wel de belangrijkste maatregel om een tweede golf te voorkomen. Er is nu veel onduidelijkheid rondom testen. Bv. als ik mij vorige week getest heb, moet ik dan nu weer testen?

5.1.2e: Menskracht moet op de agenda staan. We moeten zorgprofessionals in brede zin duurzaam inzetbaar moet zijn en blijven. Dat kan door veilig werken, kennis delen en ook digitaal te kunnen werken. Flexibele inzetbaarheid van zorgprofessionals is dan ook belangrijk.

5.1.2e: Ten eerste, niet alle maatregelen hoeven evidence-based te zijn, het mag ook op basis van goede argumenten zijn. Ten tweede, kwetsbare groepen moet je eigenlijk nu al benaderen en daar het gesprek mee voeren over welke COVID zorg wenselijk en niet wenselijk is. Willen zij bijvoorbeeld naar het ziekenhuis? Ten derde, wat betreft ouderen zou ik onderscheid willen maken tussen kalenderleeftijd en biologische leeftijd.

5.1.2e: Ten eerste, voorkom dat mensen onnodig opgenomen worden, oftewel voorkom COVID. Ten tweede, samenwerking moet niet alleen tussen ziekenhuizen maar in de gehele keten verbeterd worden. Ten derde, actuele data is echt nodig om coördinatie in de keten mogelijk te maken.

5.1.2e: Ten eerste, kennis delen door het koppelen van bestaande infrastructuur. Ten tweede, uitgebreider testen om te zien op welke manier mensen a-symptomatisch COVID hebben gehad. Ten derde, meer aandacht voor de sociaal-economische effecten in het maken van keuzes in maatregelen. Ten slotte, meer kennis ontwikkelen over infectieziekten en preventie.

5.1.2e 1.2e We moeten aandacht hebben voor de klinische lessen die vervallen zijn, co-assistentonderwijs dat vervallen is. En hier ook te onderzoeken of digitale vormen van onderwijs in de klinische praktijk mogelijk zijn zodat onderwijs niet het kind van de rekening is.

5.1.2e : Als klappen voor de helden in de zorg je niet menens is, dan moet je echt afstand houden. Dat is van belang om kwetsbare ouderen in de PG zorg te beschermen, omdat zij sterk geraakt zullen worden, zowel medisch als in hun bewegingsvrijheid, door een opleving.

5.1.2e : Laten we hopen dat deze toename van besmettingen niet leidt tot een enorme groei van zieken. En dat we komen op een aanvaardbaar risico van besmettingen. Als dat zo is kun je dat op beleidsniveau vertalen naar passende maatregelen waarin die acceptatie van het risico verwerkt is. Zwaar sanctioneren gaat ons niet verder helpen als we een marathon moeten lopen.

5.1.2e : Samenhang in de keten is uitermate belangrijk en dat moet lokaal en regionaal vorm krijgen. Wat ik mis is dat deze regionale ketensamenwerking ook op landelijk niveau goed geregeld en in de gaten gehouden wordt. Bijvoorbeeld door partijen bij elkaar te brengen.

5.1.2e Dit is geen sprint, maar een marathon. Het lange termijn perspectief moeten we in de gaten houden. En daar hoort niet alleen aandacht voor de somatische maar ook de psychische gezondheid bij. Ontwikkeling en scholing is ook van groot belang. We kunnen leren van eerdere crisissen als het gaat om de effecten op psychische stoornissen en suicides en weeg die effecten mee.