

To: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
From: (10)(2e)
Sent: Mon 7/6/2020 11:53:55 AM
Subject: FW: column
Received: Mon 7/6/2020 11:53:56 AM

TKN

Geloof dat hij beetje punt mist dat hij beeld alleen maar versterkt.

@ (10)(2e), wel goed om nog ff stil te staan of we in brief de 'andere kant' voldoende belichten.

(10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@menzis.nl>
Verzonden: maandag 6 juli 2020 10:07
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: column

Dag (10)(2e)

Allereerst dank dat je de moeite neemt om te reageren, ik merk ondertussen dat het blog "leeft" zeg maar. Nogmaals is het blog zeker niet bedoeld om terug te kijken en even de maat te nemen wat allemaal beter kon, daarvoor kwam Corona te snel en te heftig en is en was er een terechte urgentie om te handelen.

Het perspectief voor de toekomst wat ik probeer te duiden is dat we ten aanzien van de langdurige zorg mogelijkheden zouden moeten creëren om anders om te gaan met thema's als bezoekenregeling. Ook in eerdere blogs probeer ik weg te bewegen van het medisch model en te bewegen naar een meer op de context van de oudere gericht model. Dit ook in het besef dat dit een moeilijke, ook ethische, discussie is. Het geluid komt natuurlijk ook voort uit de toenemende verantwoordelijkheden van de zorgkantoren om meer en meer te werken met klantbeelden en het zoeken naar passende zorg, een verantwoordelijkheid die steeds groter zal worden.

In reflectie op je laatste alinea zie ik zeker de complexiteit van te nemen besluiten ten tijde van deze crisis en de hoeveelheid werk die zeker ook door VWS is verzet. Het komt op mij over alsof jullie zeer bewust rekenschap hebben gegeven aan de diverse stakeholders, zeker ook de niet-medische, maar dat dit misschien in het zichtbare publieke domein, zoals in de media, onvoldoende is overgekomen. Het is dan ook jammer dat de afwegingen zoals die gemaakt worden zo weinig resoneren in het veld. Als zorgkantoren kunnen we hier mogelijk een rol in spelen, zowel als het gaat om de totstandkoming van beleid en zeker ook in de communicatie.

Met hartelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: zondag 5 juli 2020 20:09
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@menzis.nl>
CC: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: column

Ha (10)(2e)

Las je column (10)(2e) en kan het niet laten toch even te reageren

Eens dat het bezoekverbod verpleeghuizen buitengewoon ingrijpend was en de verpleeghuizen tijdelijk zijn teruggevallen in het medische model, terwijl we juist de beweging daarvandaan in gang gezet hadden. Daarmee kwam nog meer liefdevolle zorg op de schouders van verzorgenden en verpleegkundigen en waren andere vormen van contact nodig die per definitie inferieur zijn aan persoonlijke nabijheid van naasten. En ook eens dat de langdurige sector nog beter kan worden aangehaakt op wat er in de regionale setting gebeurt ten aanzien van de acute zorg. Dat maakte Corona overigens anders dan eerder met SARS/griep etc – het grillige verloop en het feit dat er enorme druk op de IC-bedden kwam.

Ben het minder eens met de suggestie dat er geen andere geluiden waren dan het medische. Het bezoekverbod is op basis van een RIVM advies, Verenso advies en ervaringen in Noord-Brabant en Zuid Limburg genomen, maar ook in overleg met andere

partijen in het volle besef hoe ingrijpend het was. Maar de besmetting in Nederland en zeker ook in verpleeghuizen greep om zich heen (de cijfers over dat laatste waren helaas nog niet goed genoeg voorhanden). We zien de opwaartse lijn twee weken later al zakken en dat dat is ook toe te schrijven aan de bezoekenregeling. Ik vrees dat als we het niet hadden gedaan, er een forse stijging was doorgezet en het niet-doen juist onmenselijk was gebleken. We hebben met koepels en een klankbord groep waarin ook geestelijk verzorgers, ethici, cliëntenvertegenwoordigers zitting namen vanaf eind april besproken hoe we weer tot vormen van soepeling van de bezoekenregeling zouden kunnen gaan, wat vanaf 11 mei is doorgevoerd in stappen naar helemaal open nu (behalve waar besmetting is).

Weet niet waar het in zit, maar de langdurige zorg heeft zelf ook wel de neiging om te ondersteunen/mee te gaan in het frame dat de langdurige zorg achteraan stond en zich een stille ramp voltrok. Ik denk dat echt betrekkelijk is, in veel opzichten niet het geval. De bezoekenregeling was erg snel, het inzicht in cijfers kwam spoedig daarna, de verdeling van PBM is vervolgens aangepast en het testen uitgebreid, telkens weer op basis van het principe dat gelijke situaties gelijk moeten worden behandeld, dus binnen en buiten het ziekenhuis. Natuurlijk was het zo dat de (wereldwijde) schaarste zich eerst liet voelen op de IC, waar vooral daar lagen ook de eerste slachtoffers, en was het gebruik van PBM in langdurige zorg sowieso niet zo breed gebruikelijk en vroeg het dus meer van partijen. Je merkt ook wel dat de traditie zoals die geldt in curatieve zorg op het punt van het opstellen van richtlijnen door de beroepsgroep sterker ontwikkeld is in de langdurige zorg, in de wijk en wmo nog wel het minste.

Los dat dit frame betrekkelijk is, is het bovendien weinig effectief, bijna self-fulfilling Calimero

Afijn ik stuur je dit even in reactie, ook omdat ik weet dat je wel van de discussie houdt.

Groet, (10)(2e)

De inhoud van dit bericht is vertrouwelijk en met de grootst mogelijke zorg verzonden. Ontvangt u dit bericht onterecht? Dan vragen we u ons direct per e-mail te informeren en het bericht te vernietigen. Wij danken u voor uw medewerking. Dit bericht is afkomstig van één van de leden of deelnemers van de Coöperatie Menzis U.A. (kvk-nr.: 02065142).