

Spreeklijn besloten webinar ouderen/gehandicaptenzorg en coronacrisis

Hoe intensief voor iedereen, moeilijke periode, onzekerheid, ongekend.

Er zijn zeker positieve lessen te trekken en te leren voor een tweede golf of voor contouren van een nieuw stelsel, maar voorop staat toch: een moeilijke tijd. Minder nabijheid, akelige trade-offs, veel zorg teruggeschaald, de bezoeksregeling verpleeghuiszorg meest ingrijpend voor onze kant van de zorg, maar ook voor mensen met een beperking en jongeren, die kwetsbaar waren of kwetsbaar werden in deze Coronatijd. Ook een tijd van enorm intensief werk, operationeel, waarin niet alles lukte, maar veel uiteindelijk wel.

Strategie: maximaal controleren, zorgcapaciteit op orde, beschermen kwetsbare mensen. En dan gaat het om veel mensen: tussen 3 en 5 miljoen. De Wlz populatie is ook onevenredig zwaar getroffen. Aandeel 35%.

1. Too big to be prepared

We waren voorbereid op een griep of andere uitbraken, maar de onbekendheid van de ziekte, de grilligheid (IC), de enorme omvang, snelle ontwikkeling, de wereldwijde schaarste etc. die was ongekend, en daarop waren we niet voldoende voorbereid. En dan bedoel ik niet VWS, ja ook VWS, ook de overheid, maar ook de zorg, curatief en langdurig, in huishoudelijke zorg. Dit was en is huge. En hadden we het met de kennis van nu anders gedaan, vast en zeker. Daarom willen we ook lessen trekken uit de afgelopen maanden met het oog op evt. tweede golf en natuurlijk ook verder: wat leert dat ons over zorgstelsel. Denken in ontwikkeling. Nu nog in beslag genomen voor crisistaken en zaken die echt niet meer konden wachten. Lessen bepaald nog niet uitgekristalliseerd, benut ook jullie vandaag.

2. Sociaal kapitaal

Wat ik veel gehoord heb tijdens de crisis, en zelf ook heb ervaren: netwerk is cruciaal, de mensen kennen, elkaar opzoeken, mooie voorbeelden. Als zorgbestuurders in een regio contact leggen met anderen, elkaar helpen om capaciteit in stand te houden, personeel uit te wisselen, met de schaarste van hulpmiddelen om te gaan, etc. Maar ook benutten van ondernemers bij de alternatieven voor bezoeksregeling. En hulp van gepensioneerde zorgprofessional die zich aanboden. De talrijke sociale initiatieven om bewoners een hart onder de riem te steken, mensen thuis te helpen. Het organiserend vermogen, het lerend vermogen van de sector, met hulp van koepels (helpdesk van Verenso en Actiz bijvoorbeeld), het sociaal kapitaal, ondersteuningsstructuren die we eerder hadden opgezet (WOL, ABR-netwerken, Academische Werkplaatsen). De Coronawijzer en Corona ondersteuning via Waardigheid en Trots. En de veerkracht van de samenleving bleken enorm. En ook: we bouwden de brug terwijl we er over heen liepen, en het ging niet altijd goed, maar we staan nu wel veel sterker.

3. Regionale coördinatie

Bij JZOJP zeiden we primaat in de regio. Naast het informele, waren er ook formele structuren. Bestaande structuren zoals de ROAZ, die bestonden maar echt aan de bak moesten. In de ene regio was de VVT sector goed aangesloten, in de andere minder. In sommige regio's ontstond een parallelle organisatie: Noord Brabant de RONAZ. De banden met directieuren PG werden intenser: capaciteit van Covid bedden buiten zorginstellingen.

Partijen waren meer tot elkaar veroordeeld, terwijl ze elkaar daarvoor misschien niet altijd kenden, of juist wel, en dan werkte het ook beter.

4. Communication talks!

Beleid, de MP, de persconferenties, met gebarentolk, ^{(10)(2e)} ^{(10)(2e)2} ^{(10)(2e)}, de adviezen, de spotjes, ook voor laaggeletterden, de websites, de kamerbrieven, de infographics, alle burgerbrieven en antwoorden, de media optredens, de sociale media berichten. In internationale kranten veel waardering voor Nederlandse communicatie. En natuurlijk is dat ook leren in actie, aanpassen en verbeteren, en weer communiceren. Voor jeugd NJI en bij langdurige zorg Vilans etc. VWS: veel contact met koepels aanbieders, verzekeraars en zorgkantoren en gemeenten, cliëntenorganisaties, mantelzorgers, vanaf medio maart, meerdere malen per week. Vragen en antwoorden over en weer, initiatieven die opkwamen en gesteund werden. Communicatie zal steeds meer gaan over eigen verantwoordelijkheid: de tweede golf dat zijn wij.

5. Forward guidance

In de literatuur over crisismanagement wordt gesproken over single point of trust and single point of hope. Single point of trust: wat is de kennis over het probleem, lees de besmetting en transmissie van het virus, wie heeft die kennis, hoe krijg je die bij elkaar. Dat is de taak van het Outbreak Management Team aangevuld met uitwerking door het RIVM. De praktijk heeft geleerd dat praktische situaties niet altijd goed te vangen waren in de adviezen en een vertaalslag nodig hebben. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Daarvoor is door VNVN een handreiking opgesteld in afstemming met andere partijen. Single point of hope. Gegeven de ingrijpendheid van maatregelen, vragen over hoe verder, is er behoefte aan perspectief, zeker toen we de piek van besmetting achter ons lieten. We hebben algemene routekaarten gemaakt en de spiegel daarvan werden routekaarten voor de sectoren: wanneer ontspannen we de maatregelen. En wat is daarvoor nodig. Voorzichtig ja, terughoudend neen. Bezoekregeling: sector ook wel zoekend geweest, aanvankelijk niet voor, maar vervolgens terughoudend om te ontspannen. Blick was ook op de overheid, behoefte aan forward guidance. Uiteraard praktisch: in de praktijk.

6. Financieel comfort

Een van de eerste maatregelen van kabinet is bieden van financieel comfort, bedrijfsleven, zorginstellingen. Continuïteitsbijdrage, meerkosten, afspraken inhaalslag. Bijna voor alle sectoren afspraken gemaakt die comfort moesten bieden Niet prestaties betalen maar omzet garanderen. Dat paste niet in stelsel, en dat moest dus worden aangepast in regelgeving. Niet per verzekeraar, maar in samenwerking, volgend gedrag. Met nodige sturing van overheid. De uitwerking vroeg meer tijd, en is lastiger, maar die eerste klap was wel een daalder waard. Corona heeft geen of wellicht bijna geen instellingen nog doen omvallen, terwijl de zorg toch fors terugliep. Lastige hier: onze zorg is zo divers, de schotten, elke sector zijn regeling, fragmentatie. Gelijke behandeling, gesprekken met ministerie van Financiën. Financieel omvangrijk. En we zijn daarmee nog lang niet klaar, meerkosten blijven, inhaalslag vindt plaats.

7. Centrale regie

Tegelijkertijd was de problematiek groter dan je individueel of in samenwerking aan kon. De roep om centrale regie kwam, werd gehoord, en opgevolgd. Zelf inkopen beademingsapparatuur, hulpmiddelen, 1,2 mld uitgegeven tot nu toe. Landelijke centrum voor

patiëntenspreiding, landelijke centrum testcapaciteit, landelijke consortium hulpmiddelen, internationaal consortium vaccins etc. Ging niet vanzelf, met horten en stoten soms, maar als je erboven hangt: in weken tijd tot stand gebracht. Het schip bouwen op volle zee, niet in droge dok. Een woeste zee ook, denk aan beschermingsmiddelen de vraag was begin maart 60 keer groter dan normaal, wereldwijde bonanza. Die centrale regie werd overigens wel bemoeilijkt door de grote fragmentatie in het zorglandschap, soms ondervangen door koepelorganisatie maar niet altijd. Hoe krijg je mondneusmakers naar een zzp'er in wijk x in gemeente y. En ook naar de mantelzorgers, voor wie overigens nog veel pakketjes klaar liggen. Op punt leren we overigens ook: industriepolitiek, te veel van buitenland afhankelijk. Naar toekomst toe: strategische voorraad, de bestellingen gaan goed, voorbereid op 2e golf.

8. Van silo's naar samenwerking

Een veel opgeworpen frame is dat de langdurige zorg achteraan in de rij kwam en zich daar een stille ramp voltrok. Daar is het nodige op af te dingen. Het is zeker zo dat de aandacht in het begin sterk gericht was op de IC-capaciteit, daar waren de patiënten, daar kwam de druk, daar was de nood hoog. Het Bergamo-effect. Tegelijkertijd was het beschermen van kwetsbare mensen steeds onderdeel van de strategie. De VVT sector zat in het bestuurlijk afstemmingsoverleg, Verenso in OMT. Op basis van de ervaringen in Noord-Brabant en op aandringen van Verenso ging de bezoekregeling in op 20 maart, voor verpleeghuizen, met een spiegel naar gehandicaptenzorg. In diezelfde tijd kwam een Verenso behandelactivies, bijvoorbeeld over cohortverpleging. Er kwamen cijfers met inzicht in Covid-patiënten om goed te kunnen monitoren. Er kwam -op verzoek van sector - een RIVM richtlijn voor het gebruik van PBM buiten het ziekenhuis. In de curesector was dat niet nodig, daar was al een beleid, en ook meer bekendheid met het omgaan met richtlijnen inclusief de ruimte voor professionals om beredeneerd af te wijken. De verdeling van beschermingsmiddelen was eind maart al meer in evenwicht, dit werd geformaliseerd in een nieuw verdeelmodel begin april. Gaandeweg is testbeleid uitgebreid en testcapaciteit opgebouwd. Ook dit waren voorbeelden van meer centrale regie, op verzoek van sector. In die tijd waren de dagen lang, duurde het langer dan we allemaal wilden, maar vergeet de context niet: schaarste in Nederland, in Europa en ook wereldwijd. Paradox: care moet meer op equal footing met cure, maar tegelijkertijd wil je niet medische model.

9. Nieuwe inzichten en vormen van zorg

Niet alle zorg nodig, sommige zorg verdampt, kan ook keerzijde aan zitten. Digitalisering hoge vlucht, zorg op afstand. Vooral paramedische zorg, wijkverpleging, ggz: beeldschermzorg subsidie 50, aantal keren overtekend, kleine 500 aanvragen gehonoreerd, we hopen dat nog uit te breiden. De vraag is of je wel terug moet naar de oude manier van zorgverlener of dat het een blijvertje is. Maatschappelijk bewustzijn van hygiëne is sterk toegenomen, ook onder zorgprofessionals. Ook preventie, het belang van sociale omgeving als de zorg wegvalt, mantelzorgers, activiteiten.

10. To be learned/to be continued