

Expert tafel Lessons Learned – Thema Effecten reguliere zorg

Online bijeenkomst via WebX op woensdag 12 augustus 2020

Deelnemende experts aan deze experttafel:

1. Alex de Ridder, psychiater, lid Raad van Bestuur GGZ Breburg
2. Bart Meijman – huisarts Amsterdam Osdorp
3. Conny Helder lid RONAZ, bestuursvoorzitter tante Louise, lid bestuur ActiZ
4. Cornelis Boersma, CEO/oprichter health-ecore, bestuurslid Veroz, Bestuurslid NADP, onderzoeker UMCG
5. Gerton Heyne, interim voorzitter bestuur V&VN
6. Jacqueline Stouthard, internist Antoni van Leeuwenhoek NKI
7. Joke Korevaar – programmaleider huisartsgeneeskundige zorg NIVEL
8. Julia van Weert – hoogleraar gezondheidscommunicatie Universiteit van Amsterdam, lid wetenschappelijke adviesraad RIVM corona gedragsunit
9. Misja Mikkers – hoogleraar Organisatie en financiering van de zorgsector, Tilburg School of Economics, Universiteit Tilburg en Chief Economist NZa
10. Robert Sie - vice-voorzitter Federatie Medisch Specialisten, anesthesioloog Alrijne Ziekenhuis

Namens de beleidsdirectie zijn Peter Leeflang en Eline Huisman aanwezig en vanuit het projectteam Lessons Learned zijn Victor Toom en Stefanie Kooiman aanwezig. Gespreksbegeleiding en verslag: Martijn van Ooijen.

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 COVID-19 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, dit ook waar te maken 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, wanneer het medisch geen nadelige gevolgen heeft, 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 kan helpen om waar mogelijk snel de gangbare zorg op en af te schalen.
- Meer aandacht voor de ethische en politieke afwegingen die we impliciet hanteren t.a.v. gezondheidsrisico's en de effecten daarvan op de maatregelen.
- Zorg voor Covid-19 patiënten wordt geregeld binnen de totale reguliere medische zorg. 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. Welke uitgangspunten en welke doelen hebben waar en voor wie voorrang? En welke gevolgen verwachten wij van verschillende keuzes?

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

- Preventie en communicatie. De hele maatschappij, dus ook de reguliere zorg, heeft baat bij zo min mogelijk besmettingen, dus inzetten op preventie is essentieel. In de eerste fase werd vanuit de IC's gedacht, dat kon toen niet anders, maar nu kunnen we andersom denken, vanuit preventie. Hoe helderder het beleid, hoe gemakkelijker om dit goed te communiceren en hoe groter de kans dat mensen zich eraan houden. Het gaat daarbij vooral om communicatie om het gewenste gedrag te stimuleren 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 enerzijds zorgen weg te nemen, anderzijds aan te sturen op gedrag dat een ervaring voorkomt. Ook kunnen we in ons achterhoofd houden dat we bij preventie niet enkel moeten denken aan COVID maar ook aan andere infectieziektes.
- 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. Ook het belang van snelle digitale kennis synthese en kennisdeling onder zorgprofessionals (door de lijnen heen) wordt benadrukt. Volgens sommige experts heeft afstandszorg ook nadelige effecten en minder goede zorg opgeleverd.
- 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 volgens sommige experts helpen om die anderhalve meter te hanteren, zonder dat we extra kosten gaan maken.
- 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 onderwerp 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 en wat is het doel van beleid? Gebaseerd op specifieke cijfers (data gedreven) en door 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 tevreden over hoe goed ze hebben samengewerkt, ook met andere beroepsgroepen als anesthesiemedewerkers, OK-assistenten en anesthesiologen. 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. Wat betreft regionale samenwerking dient er extra aandacht uit te gaan naar regio's met verschillende geografische eenheden, zoals ROAZ-, IC-, MICU-regio's.
- Arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen zijn echter niet goed, mensen zien op tegen een volgende golf en we hebben hen hard nodig bij een volgende golf. Er is al een groot arbeidsmarktprobleem en er moet nadrukkelijk ingezet worden op behoud van professionals. 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 voorkomen we een tweede golf en zorgen we er bij een eventuele tweede golf voor dat mensen ook echt naar hun behandelaar gaan voor reguliere zorg? Daar speelt volgens Peter Leeflang 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. Systematisch onderzoek om deze hulpmiddelen echt op de doelgroep aan te laten sluiten is van groot belang. Overigens niet (alleen) door langdurige onderzoeken, maar ook korte termijn inventarisaties wat wel en niet werkt. Er is in de jaren hiervoor een hoop ontwikkeld door commerciële partijen wat niet aansloot op de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep.

Daar waar het kan, digitaal werken. Een aantal experts pleit 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?) en hoe face-2-face en digitaal optimaal geïntegreerd kunnen worden. Voor sommige doelgroepen werken digitale middelen (nog) niet goed (denk aan laaggeletterden) en die vallen dan buiten de boot. Daarnaast 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 de bewezen overbehandeling/ minder zinnige 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. Andere experts benadrukken dat er onderzoek gedaan worden naar de schadelijke gevolgen van het wegvallen van reguliere zorg, de effecten hiervan op somatisch en psychisch vlak op patiëntgroepen.

Spiegelen van een beleidsvoornemen

Peter Leeflang 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 in algemene zin 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 veelvuldige en gedifferentieerde overheidscommunicatie belangrijk waarin bepaalde doelgroepen op een andere manier bereikt worden. Gerichtte brieven naar specifieke groepen, bijvoorbeeld van de MP of van een burgemeester, zou kunnen helpen. Lokale communicatie moet afgeleid zijn van landelijke communicatie en verschillen per regio moeten goed uitgelegd worden (denk aan de mondkapjesplicht in Amsterdam en Rotterdam). Communiceer ook transparant wanneer zaken nog niet duidelijk zijn; stel het niet positiever voor dat het is.

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. De kanttekening is wel dat het effect ervan goed onderzocht en gemonitord moet worden. Dat roept volgens sommige experts om het vraagstuk van het wegen van de verschillende zorgrisico's: wat geven we voorrang? Welke gezondheidsrisico's vinden we acceptabel en tot welke hoogte? De vraag is of VWS dat gesprek moet faciliteren. De crisis gaat over meer dan over levens redden en de langere termijn wordt volgens de experts steeds belangrijker, denk bijvoorbeeld aan de geestelijke gezondheid op de langere termijn. Andere experts benadrukken dat burgers en naasten ook zelf keuzes kunnen maken, gebaseerd op goede informatievoorziening. Rule-based paste bij de eerste fase van de crisis, inmiddels past principle-based beter, oppert een van de experts.

Data, data, data. Ook roept het volgens de experts om meer specifieke data over (wel of geen) 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. 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 datagestuurde 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:

Joke Korevaar: 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?

Robert Sie: Menskracht moet op de agenda staan. We moeten ervoor zorgen, dat zorgprofessionals in brede zin duurzaam inzetbaar zijn én blijven. Dat kan door veilig werken, kennis delen en ook

digitaal te kunnen werken. Gezien de schaarste aan menskracht moeten ook initiatieven ontplooid worden om de flexibele inzetbaarheid van zorgprofessionals te vergroten (CZO Flex level, e-learning).

Julia van Weert: Ten eerste, niet alle maatregelen hoeven evidence-based te zijn, het mag ook op basis van goede argumenten zijn (science-based). 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.

Misja Mikkers: 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.

Cornelis Boersma: 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.

Jacqueline Stouthard: 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.

Conny Helder: Als klappen voor de helden in de zorg je 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.

Bart Meijman: Laten we hopen dat de huidige 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. COVID zal zeer waarschijnlijk blijvend aanwezig zijn.

Gerton Heyne: 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.

Alex de Ridder: 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.