

Actieplan: Naar een pandemie-bestendige zorg

01-02-2022

Nieuwe rondes, nieuwe kansen. Met een nieuwe minister van VWS is er de hoop dat er met een frisse blik gekeken wordt naar wat nodig is voor de zorg in deze coronacrisis en ná deze coronacrisis. Want het is inmiddels iedereen duidelijk: de coronacrisis is ook een zorgcrisis. Het is pijnlijk duidelijk geworden dat ons land en alle Nederlanders, zeker ook alle zorgverleners, extra hebben geleden onder corona door de beperkingen van ons zorgsysteem. Daarom schreeuwt de situatie al een tijd om een plan voor de toekomst. Hoe gaan we vanaf nu onze samenleving zó organiseren dat Nederland zo min mogelijk hoeft te lijden onder een pandemie? Voor een deel liggen de antwoorden op die vraag buiten de zorg. Ik wil me hier richten op wat we op het gebied van gezondheid en zorg zouden moeten veranderen. En tien voorstellen doen waarmee de zorg beter toegerust is om deze en andere pandemieën aan te kunnen.

In gesprek met mensen uit de thuiszorg, de verpleeghuiszorg, de ziekenhuizen en de eerstelijns heb ik mij over deze vragen gebogen. Wat kunnen we leren van de coronacrisis tot nu toe? Eerst hun antwoorden op deze vraag, zodat we vervolgens voorstellen kunnen doen voor verbetering.

Wat leert de coronacrisis ons over de zorg in Nederland?

Je hoeft geen zorgverlener te zijn om te weten dat de zorg in de coronacrisis vast liep op het gebrek aan capaciteit. Van de wijkverpleging tot het verpleeghuis, maar natuurlijk het meest zichtbaar op de IC. Overal in de zorg is er een tekort aan zorgverleners. En dat probleem wordt alleen maar groter. Dat het ook buiten de intensive care vast liep is minder bekend. De hele doorstroom van patiënten stakte. Zowel in de thuiszorg als op andere afdelingen in ziekenhuizen. Dat leidde tot stressvolle situaties, voor patiënten en voor zorgverleners. Iedereen had elkaar nodig in de zorg. Maar te vaak werkten zorgverleners en zorgorganisaties langs elkaar heen. Ontbrak het in ziekenhuizen aan kennis en inzicht en wat de wijkverpleging kon doen en vice versa. Ontbrak het ook aan overzicht van beschikbare bedden van patiënten. En door het gebrek aan coördinatie in regio's werd er vaak en ad hoc overlegd om nog iets van afstemming te krijgen.. Zo kwam het voor dat verschillende verpleeghuizen afdelingen en bedden vrij maakten voor de opvang van covid-patiënten, maar deze niet werden gebruikt, terwijl er op andere plaatsen

schreeuwend behoefte was aan bedden en personeel. En als er sprake was van regionale coördinatie dan speelde het eigen belang van degene die coördineerde mee.

Ieder ziekenhuis stelde zich in op eigen corona-patiënten. Met alle gevolgen voor de overige zorg in het ziekenhuis van dien. De solidariteit tussen ziekenhuizen was soms sterk, soms niet. Want corona-patiënten overnemen van een ander ziekenhuis betekent niet toekomen aan de andere zorg die al zo lang uitgesteld wordt. En de financiële marge op planbare zorg is hoger dan die op IC zorg. Door de hele zorg heen, óók buiten de IC's zijn zorgverleners (zwaar) overbelast geraakt. De stress heeft er flink ingehakt. Maar aan herstel komt men niet toe. Sterker nog, het ziekteverzuim heeft een zorgwekkende hoogte bereikt en het einde is nog niet in zicht.

De gevolgen van bezuinigingen op de publieke gezondheid, voor een belangrijk deel belegd bij de GGD's, eisen hun tol in deze crisis. Al twee jaar lang werken de mensen van de GGD's ver boven hun krachten. Het jarenlange gebrek aan investeringen heeft de positie van de GGD's verzwakt en maakte het lastig voor directeurs publieke gezondheid om een goed geïnformeerde regionale regisseur te zijn. Schrijnend is dat juist die publieke gezondheid – de gezondheid in en van onze samenleving - zo bepalend blijkt te zijn in de manier waarop corona toeslaat in ons land. De ene wijk wordt harder geraakt dan de andere. De ene bevolkingsgroep leidt zwaarder onder de crisis dan de andere. Je sociaal economische status blijkt een belangrijke voorspeller voor de gevolgen van corona. Woon je met veel mensen in een kleine ruimte, in een wijk die niet uitnodigt tot buiten zijn en veel bewegen, met weinig geld en veel stress waardoor gezond leven een luxe is waar je niet aan toe komt? Heb je een baan waarbij je niet veilig thuis kan werken maar blootgesteld wordt aan besmettingsgevaar? Heb je diabetes of overgewicht? Spreek je slecht Nederlands en heb je geen positieve ervaringen met de overheid? Dan is de kans vele malen groter dat je hard getroffen wordt door het virus.

Voor de zorgorganisaties, zowel de ziekenhuizen als de verpleeghuiszorg en de wijkverpleging, was en is de manier waarop de zorg wordt gefinancierd eerder een sta in de weg dan een steun in de rug in deze crisis. Natuurlijk hebben ook zorgverzekeraars hun best gedaan en zijn er goede voorbeelden te noemen van samenwerking tijdens corona. Maar in de kern van de financiering zit het niet goed. Er is geen financiering voor zorg die nodig is in de crisis en afwijkt van de vertrouwde "zorgproducten". Zorgverleners uit alle sectoren bedachten op

eigen initiatief slimme nieuwe manieren om de zorg voor de vele corona-patiënten mogelijk te maken. Zoals mobiele teams die insprongen waar nodig en patiënten verplaatsten en verzorgden. Omdat in ons zorgsysteem tot in detail is vastgelegd welk tarief je voor welke handeling krijgt kon een groot deel van deze crisiszorg niet worden gefinancierd. Of werd er slechts voor korte tijd financiering mogelijk gemaakt terwijl de behoefte aan deze crisiszorg er nog altijd is. Er zijn andere en extra kosten gemaakt door zorginstellingen maar er is nog altijd geen helderheid over de financiële vergoeding over 2020, laat staan over 2021. Deze grote onzekerheid maakt het lastig, zo niet onmogelijk om te blijven inspelen op wat de crisis vraagt van de zorg. En terwijl ziekenhuizen vooruit proberen te denken over wat deze pandemie en mogelijke volgende pandemieën van hen vragen en welke veranderingen zij moeten doorvoeren wordt de standaard korting op hun budget al weer doorgevoerd door zorgverzekeraars.

Iedereen is het er over eens dat de zorgverleners het hart vormen van de bestrijding van de crisis. We kunnen meer bedden aanslepen maar zonder de artsen, verpleegkundigen en verzorgenden zijn we nergens. Ook artsen in opleiding zijn ingesprongen, bijvoorbeeld in de zorg op de IC's. Verpleegkundigen voelden zich lang niet altijd goed betrokken bij het nemen van besluiten over coronazorg. Thuiszorgmedewerkers voelden zich niet gekend in de stress die zij ervoeren in de crisis. Het ziekteverzuim is torenhoog. Er zijn minder IC-verpleegkundigen nu dan aan het begin van de crisis.

Tien voorstellen voor een pandemie-bestendige zorg

Het kan en moet beter in de zorg, willen we zo min mogelijk last hebben van deze pandemie. En willen we voorkomen dat onze zorgverleners er aan onderdoor gaan. Daarom als aftrap deze tien voorstellen:

1. Voorzorg, inspraak en nazorg personeel. We moeten voorkomen dat we zorgverleners met blijvende stress opzadelen. Het helpt hen als ze op voorhand worden betrokken bij en inspraak hebben op de manier waarop de (crisis-)zorg wordt georganiseerd. Peer support is geen luxe waar zorgverleners nooit aan toekomen maar onderdeel van hun (betaalde) werk. Mentaal welzijn van zorgverleners is onderdeel van kwaliteit van zorg.
2. Voordelen voor vaste dienst. Zorginstellingen kunnen goede arbeidsvoorwaarden bieden en genoeg ruimte en autonomie aan hun

zorgprofessionals. Zodat vaste dienst weer aantrekkelijker wordt dan zzp-er zijn in de zorg.

3. Preventie. Investeren in een gezonde samenleving loont. En maakt mensen weerbaarder tegen ziektes als COVID. Deels moet dit buiten de zorg georganiseerd worden. Binnen de zorg vraagt dit om investeringen in onze publieke gezondheidszorg en 10-jarige financiering voor preventie op populatieniveau.
4. Regionale regisseur met besluitmacht. Belangen lopen uiteen in de regio. Wil je kunnen coördineren in een crisis, de taken zo goed mogelijk verdelen, dan heb je kennis nodig en een onafhankelijke positie. Zo mogen eigen financiële belangen nooit een rol spelen bij de keuzes die worden gemaakt. Creëer dus een onafhankelijke twee- of driekoppige functie van regiocoördinator.
5. Kenniscollectief. Samenwerken kan pas goed als je weet welke expertise andere zorgverleners in huis hebben. Als je niet weet welke zorg de wijkverpleging kan bieden in een crisis ben je terughoudend met het overdragen van patiënten, en vice versa. Samenwerken kan ook pas goed als je geen concurrent van elkaar bent. Het moet lonen om data te delen, in plaats van voor je te houden. Onderdeel van goede zorg wordt je verdiepen in welke zorg de ander levert, zodat je samen kunt optrekken.
6. Digitale gegevensuitwisseling. Snelle handige overdracht. Zorgverleners snakken ernaar. Patiënten willen zo goed mogelijk geholpen worden en niet keer op keer lijstjes met vragen langslopen. Goede zorg vraagt om een soepele samenwerking tussen het sociaal domein, de wijkzorg, huisartsen, verpleeghuizen en ziekenhuizen. Daarvoor is digitale gegevensuitwisseling nodig.
7. Concentreren van corona zorg. Bijvoorbeeld 20 ziekenhuizen speciaal aanwijzen voor opschalen van coronazorg in een pandemie. Dit voorkomt dat de reguliere zorg overal stukt en maakt het organiseren van coronapersoneel makkelijker. Ook het opleiden van personeel dat bijvoorbeeld inspringt vanuit MBO opleidingen die gezondheid-gerelateerd zijn. Met meer zorgondersteuners kunnen verpleegkundigen op de crisis-afdelingen een rol met grotere verantwoordelijkheid pakken en zijn artsen hun adviseurs die alleen worden ingezet als dat echt nodig is.

8. Sterke GGD's met crisisteam. GGD's moeten klaar staan bij de uitbraak van een pandemie. Met voldoende kennis en mankracht en organisatievermogen in huis om te kunnen testen, prikken en beschermingsmateriaal te verdelen. Er is een samenwerking met het ministerie, afspraken over wat wanneer landelijk wordt opgepakt als de omvang van de crisis daarom vraagt.
9. Crisisfinanciering. De manier waarop de zorg wordt gefinancierd moet crisiszorg niet in de weg staan, maar dienend zijn aan de zorg als we worden overvallen door een pandemie. Dat betekent stoppen met silofinanciering en meer populatiebesteding. De zorg die buiten de reguliere zorg wordt geleverd is geen verliespost. Nieuwe, onvoorziene organisatie van zorg is onderdeel van het financieringssysteem. Er wordt zekerheid geboden. Een financiële buffer die ingezet kan worden bij uitzonderlijke situaties is altijd aanwezig bij zorginstellingen.
10. Transitiefinanciering. Willen we de zorg anders inrichten dan moet daar ruimte voor komen. Ruimte in wet en regelgeving. Maar ook ruimte in financiering, voor zorginstellingen om te veranderen. Dat vraagt om transitiebudgetten. Een buffer van 1%, en van 2% als je uitermate goed bijdraagt aan de verandering. De verandering naar betere samenwerking, meer zorg dichtbij, een andere inrichting van je eigen instelling, en meer zeggenschap van je eigen zorgverleners.

Tot slot

Zijn we er met deze tien voorstellen? Nee, was het maar waar. Maar ze zijn belangrijk om – eindelijk – een begin te maken met het slimmer organiseren van onze zorg zodat we zo goed mogelijk toegerust zijn op een crisis zoals deze zorgcrisis. Is dit alleen nodig om klaar te zijn voor de restant van deze pandemie of een volgende pandemie? Nee. We kunnen niet onderschatten wat de vergrijzing van onze samenleving de komende jaren van ons en onze zorgverleners gaat vragen. Ook daar mogen we ons niet door laten overvallen, maar daar moeten we ons op voorbereiden. Deze voorstellen kunnen daar aan bijdragen.

Heel veel dank aan Sanne Boshuizen, Ellen Maat, Ingrid Kroon, Niels Honig, Hugo Touw, Maurice van den Bosch, Mariëlle van Dijk en Karin Schuldink voor het delen van jullie ervaringen en voorstellen voor het verbeteren van onze zorg.

Corinne Ellemeet, Tweede Kamerlid GroenLinks