



knmg

Landelijk verslag van 20 werkconferenties in
14 KNMG-districten/regio's

Dokters in tijden van corona

Optimale Zorg- Dappere Dokters
in samenwerking met de KNMG-districten

Inhoudsopgave

1. Ten geleide
2. Vier thema's
 1. Communicatie en logistiek
 - a. Communicatie met patiënten op afstand met behulp van ICT-technologie
 - b. Communicatie met collegae
 - c. Logistiek
 2. Samen in de regio
 3. Optimale zorg
 4. Dokters nemen leiding

Bijlage: Overzicht met vragen en dilemma's



Voorop voor
dokter en zorg

Online werkconferenties 'Dokters in tijden van corona'

Optimale Zorg – Dappere Dokters in samenwerking met KNMG Districten

Ten geleide

Het afgelopen half jaar werden er regionale werkconferenties gehouden waar artsen uit alle geledingen van de gezondheidszorg met elkaar van gedachten wisselden over de ervaringen die opgedaan zijn in de corona-crisis. Collegae stelden zich de vraag welke lessen er te trekken vielen en welke aanbevelingen op het gebied van medische zorg en samenwerking konden worden gedaan.

Deze conferenties zijn tot stand gekomen op initiatief van de KNMG in samenwerking met een groep artsen die zich verenigd hebben rondom het gedachtengoed van Optimale Zorg-Dappere Dokters. De conferenties vonden digitaal plaats met behulp van Zoom in de volgende regio's c.q. KNMG-districten:

Regio Haarlem: 25 november en 3 december 2020

Regio Utrecht: 8 december 2020 en 13 januari 2021

Regio Amsterdam: 19, 20 en 21 januari en 18 februari 2021

District Limburg: 24 januari en 26 mei 2021

District Den Haag: 11 maart 2021

District Twente: 30 maart 2021

District Flevoland/Zwolle: 30 maart (Flevoland) en 1 april (Zwolle) 2021

District Gooi/Eemland/Noordwest-Veluwe: 22 april 2021

Regio Noord-Holland-Noord: 12 mei 2021

District Friesland: 20 mei 2021

District Alphen/Gouda/Leiden: 27 mei 2021

District Rotterdam: 22 juni 2021

Districten Brabant (Zuidoost- Noordoost- en Midden-Brabant): 24 juni 2021

1400 collegae tekenden in voor deelname aan de conferenties.

Huisarts	37 %
Medisch Specialist	32 %
Sociaal Geneeskundigen	13 %
Specialist Ouderengeneeskunde	8 %
Arts	7 %
Overig	3 %

In multidisciplinaire subgroepen werd één van de volgende onderwerpen besproken

- Inhoud van werken, professionele nabijheid
- Organisatie van de dagelijkse praktijk
- Samenwerken, coördinatie en regie in de regio

De conferenties werden besloten met een plenaire zoomsessie waarbij iedere groep een korte presentatie gaf waarin een aanbevelingen werden gedaan.

Alle inbreng tijdens de conferenties vormt een brede waaier van observaties, vragen, ideeën en aanbevelingen. Veel vragen werden opgeworpen en tekortkomingen geconstateerd, die om verdere doordenking en actie vragen. In dit verslag heb ik deze onderverdeeld in vier thema's.

Dirk Achterbergh, 21 oktober 2021

Vier thema's

1. Dokters nemen leiding

Menigeen getuigde van een prettig soort doortastendheid tijdens de eerste maanden van de epidemie. Onder druk werd alles vloeibaar, de managementlagen verdampten en stroperigheid verdween. Geslaagde en snelle aanpassingen waren het gevolg. Het opzetten van Covid- units, opschaling van ic's, zorg op afstand en inzetten van ICT, nieuwe vormen van zorglogistiek en samenwerking, het zijn kwesties waar voorheen lang over gedelibereerd zou zijn, maar die nu snel tot stand kwamen. Opvallend was de waarneming dat waar bureaucratie wegviel en dokters elkaar direct opzochten, de richting aangaven en de leiding namen, veranderingen tot stand kwamen die voorheen onmogelijk leken. Dat leidde ook tot de conclusie van een aantal collegae werkzaam in de GGZ dat, waar een dergelijk initiatief ontbrak, gewenste veranderingen uitbleven. Initiatief en leiderschap van artsen is ook nodig op het strategisch niveau in de regio. Hoe bijvoorbeeld binnenkort om te gaan met het stuwmeer van uitgestelde zorg, dat vraagt om onze actieve inbreng. Dat kan je niet overlaten aan verzekeraars en bestuurders. En kunnen en moeten we ook geen richting geven aan een reset in de regionale gezondheidszorg, om de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen?

Een les van Covid is dat op nationaal niveau de stem van de praktiserende dokter in het beleid te zwak is. Ook hier is behoefte aan medisch leiderschap. Hoe hebben we het zover laten komen dat er gebrek is aan buffers in menskracht en middelen. Door de nood gedwongen moest er overhaast worden opgeschaald. Dat kost veel geld, meer dan het extreme efficiency en krapte beleid ooit heeft opgeleverd. Moeten er geen dokters in de leiding bij VWS, was een verzoeking die vaak te horen viel. Dat gebrek aan inhoudelijke kennis op beleidsniveau heeft bij vele deelnemers aan de conferenties wrevel opgewekt waar het gaat om voorlichting tijdens de pandemie. Wat zijn de grenzen en de mogelijkheden van geneeskunde en de zorg, daarover eenduidig en overtuigend communiceren zou op de werkvloer een boel werk schelen. Maar men stak ook de hand in eigen boezem. Menig deelnemer pleitte ervoor om als beroepsgroep van artsen één geluid te laten horen in het publiek debat en tegenstrijdige opvattingen en signalen van individuele artsen te vermijden.

Huisartsen stipten tijdens de latere conferenties de nationale vaccinatiestrategie aan. Te weinig was er het besef dat hier sprake zou moeten zijn van een militaire operatie, die je niet moet willen inpassen in de reguliere zorg. De chaotische beginfase van de campagne met de telkens wisselende communicatie vanuit VWS maakte burgers onzeker en bemoeilijkte het dagelijks werk van artsen. De epidemie gunt ons geen tijd voor allerlei ingewikkelde vaccinatie strategieën ten behoeve van verschillende doelgroepen. Dit leert ons dat voor toekomstige pandemieën er draaiboeken moeten komen waar praktische dokters een forse bijdrage aan moeten kunnen leveren.

De komende tijd zal er een antwoord gevonden moeten worden op de vraag hoe we van de wens naar de werkelijkheid komen? Hoe zorgen we ervoor dat medisch leiderschap in de dagelijkse praktijk, in de regio en landelijk gestalte krijgt? Hoe nemen we verantwoordelijkheid en krijgen we ruimte?

2. Samen in de regio

Als er iets breed gedeeld werd is het de wens om samen te werken en de neiging tot concurrentie achter zich te laten. Het gevoel van saamhorigheid was sterk en strekte zich uit over alle geledingen van de regionale gezondheidszorg. Samen een gevecht leveren tegen een gemeenschappelijk vijand was voor velen een nieuwe ervaring. Meer dan ooit werd gezamenlijk verantwoordelijkheid genomen en niet meer alleen

geredeneerd vanuit de eigen logica. Het was geen kwestie meer van verwijzen of doorschuiven van patiënten, van het ene naar het andere echelon. Dokters zochten tijdens het zorgproces telkens weer afstemming met elkaar om de taken te verdelen. Telecommunicatie was hierbij erg behulpzaam. Zo rapporteerde men digitale meedenk consulten en was er sprake van multidisciplinair overleg op afstand inclusief deelname van de patiënt.

Veelvuldig kwam de samenwerking tussen huisarts en specialist aan de orde, er werd gewezen op het belang van samenwerking tussen curatief werkende artsen en artsen in de publieke gezondheidszorg, bedrijfs- en verzekeringsartsen. Het op elkaar afstemmen van geneeskundige zorg en vormen van sociale ondersteuning werd bepleit. Samenwerking op het gebied van ouderenzorg en GGZ was eens te meer nodig en gewenst, maar liet hier en daar te wensen over.

Vaak werd geopperd om de samenwerking die onder druk van de epidemie was ontstaan, te behouden en voortaan toe te passen op alle zorg die multidisciplinair geleverd moet worden. Met andere woorden: De manier waarop de zorg voor Covid patiënten georganiseerd is, zou de regel moeten zijn en niet de tijdelijke uitzondering. Uiteraard was op het gebied van samenwerking de hemel niet meteen op aarde neergedaald, veel lukte ook niet. De onderlinge bereikbaarheid was soms ver te zoeken, er was af en toe geen tijd en ruimte voor overleg. Meerdere collegae vonden dat er nog onvoldoende sprake was van wederkerigheid en volwassen partnership. En bij dit thema klonken er ook ongeruste stemmen: "sluiten we ons straks niet weer op in ons eigen domein en vallen we weer terug in oude gewoontes? Hoe houden we dit vast?"

Om de samenwerking te behouden en uit te bouwen was er een aanbeveling om in te zetten op samen leren, ook interdisciplinair. Kijk in elkaars keuken, bespreek spiegelinformatie en breidt digitale deelname aan gezamenlijke scholingsbijeenkomsten uit. Daarbij zou het regionale zorgnetwerk bestuurlijk en financieel moeten worden gefaciliteerd. Werk aan de winkel dus voor zorgbestuurders en financiers.

3. Optimale zorg

De ervaringen in de corona-crisis riepen bij menig deelnemer de vraag op wat de toegevoegde waarde is van ons geneeskundig handelen. Wat voegen we toe aan de kwaliteit van leven, wat is zinnig om te doen en wat om te laten, kortom is onze zorg wel optimaal? Is de werkelijkheid niet soms weerbarstiger dan datgene wat in het protocol of de richtlijn beschreven staat en gaan we daar altijd even goed mee om?

Afschaling van reguliere zorg en de verhoogde toegangsdrempels tijdens de corona epidemie hebben geleid tot gezondheidsschade. Pijnlijke voorbeelden werden genoemd: neurologische uitval werd te laat gediagnosticeerd, er werden meer complicaties van onbehandelde darmtumoren gezien en er was sprake van mogelijke delay bij melanomen.

Maar tegelijk was het in die periode ook stiller aan de vraagzijde: patiënten deden minder beroep op de huisarts, huisartsen verwezen minder naar specialist. Opvallend vond men de zelfredzaamheid van patiënten.

Afschaling en gezondheidsschade enerzijds en spontane verdamping van zorgvraag anderzijds was leidde tot de vraag of een deel van de zorg niet overbodig is, terwijl er van een ander deel mogelijk te weinig is. Zijn we ons te veel gaan richten op de vraag en te weinig op de nood? Kunnen we zo in de toekomst blijven doen wat nodig is? Menigeen pleitte ervoor om nader onderzoek te doen en hierover te blijven reflecteren. Te denken valt aan een nadere epidemiologische objectivering van vermeende schade en verdamping. Zijn daar geen onderzoeksinstituten voor in te zetten?

De Corona epidemie zorgde ook voor epidemiologische verschuivingen. Vaak werd tijdens de conferenties de dramatische toestand in verpleeghuizen genoemd met een overmaat aan ziekte en sterfte. Zeker in het begin was hier onvoldoende aandacht voor. Ten gevolge van de lockdown en beperkingen in het sociaal contact was er een forse groei van psychosociale problematiek: verslaving, stemmings-, angst- en eetstoornissen. Deze werd vooral aangetroffen bij ouderen, jongeren, en in gezinnen. Overgewicht, een slechte conditie, onderliggend lijden en een lage sociaaleconomische status maken dat een Covid infectie dramatische gevolgen kan hebben. Aan de andere kant: de incidentie van influenza en menig infectieuze kinderziekte was praktisch tot nul genaderd.

Dit alles riep bij menigeen de vraag op of we wel genoeg doen aan preventie bij de risicogroepen, wachten tot de klachten de spreekkamer bereiken volstaat eigenlijk niet meer, proactief beleid is geboden. Men pleit voor programma's om preventie te bevorderen en mentale weerbaarheid te vergroten. Doe het dan samen met het sociaal domein en het onderwijs, was het advies. Zijn we niet te eenzijdig gericht op de n=1 geneeskunde, gericht op de individuele patiënt, vroegen collegae zich af. Hebben we daarnaast voldoende aandacht voor het belang van publieke gezondheidszorg en volksgezondheid, in ons dagelijks werk en in de artsenopleiding? Opvallend was de telkens terugkerende roep om meer aandacht voor hygiëne in ons dagelijks werk. Gesuggereerd werd om vanaf nu te stoppen met handen schudden en om mondkapjes te dragen bij verkoudheid.

Naast zorgen over de gezondheid van de patiënt, waren er ook zorgen over het personeel. Collegae zagen zorgteams uitgeput raken door de hoge werkdruk en door het gebrek aan rustmomenten. Medewerkers waren bang om besmet te raken en hierdoor het virus door te geven aan familie en patiënten. Schrijnend was dan ook het gebrek aan test- en beschermingsmiddelen in de eerste maanden.

Tot slot kwam aan de orde dat cultuur en zingeving een grote rol spelen in het zorgproces. Aandacht en sensitiviteit daarvoor is een voorwaarde voor optimale zorg. Patiënten met een orthodox gereformeerde of islamitische achtergrond vinden het moeilijk om over levenseinde vraagstukken te spreken. Wikken en wegen over optimale zorg wordt dan moeilijk. De suggestie werd gedaan om samenwerking te zoeken met religieuze leiders of thuiszorgorganisaties met dezelfde achtergrond.

4. Communicatie en logistiek

a. Communicatie met patiënten op afstand met behulp van ICT-technologie

Door de corona epidemie werd het direct, fysiek contact tussen dokter en patiënt drastisch beperkt en zo veel mogelijk vervangen door telefonisch en/of beeldcontact op afstand. Veel deelnemers zijn positief over de mogelijkheden die (beeld)bellen biedt: triage, korte vragen, het geven van uitslagen, controles, maar ook het beoordelen van een foto van huid of wond of het diagnosticeren van een enkelvoudige klacht. Bovendien meldden collegae dat spreekuren beter zijn gestructureerd en dat er per saldo meer tijd is per patiënt bij de fysieke consulten. Beeldbellen kan ook drempelverlagend werken: minder reistijd, makkelijker contact met naasten. Opvallend veel patiënten, ook ouderen, bleken digitaal behoorlijk vaardig.

Maar er zijn ook nadelen: het contact is toch schraler, als men de patiënt niet voldoende kent schiet beeldbellen te kort. Niet iedereen heeft voldoende taal- en digitale vaardigheden om contact op afstand tot een succes te maken. Is de privacy gegarandeerd? En wie bepaalt eigenlijk de vorm van het contact? De dokter, de assistente of de patiënt?

(Zie bijlage met een lijst met vragen en dilemma's, punt 1)

b. Communicatie met collegae

ICT-technologie ten behoeve van collegiale communicatie kwam eveneens in een stroomversnelling. Veel deelnemers waren enthousiast over de mogelijkheden van teleconsultatie, over digitale multidisciplinaire overleggen en over apps en platforms om met elkaar te communiceren. Het collegiaal contact werd zo veel gemakkelijker. Maar ook hier weer de nodige vraagtekens en tekortkomingen: zoveel verschillende apps, is dat wel handig? Moet er geen app-etiquette komen om ongerichte communicatie te voorkomen? Platforms kennen nog geen tweerichtingsverkeer en zonder gezamenlijk te raadplegen elektronisch medisch dossier blijft overleggen moeizaam.

(zie bijlage, punt 2)

c. Logistiek

Onder druk van de corona crisis ontstond er een nieuw soort logistiek. Verschillende specialisten zoals oogartsen, dermatologen en chirurgen rapporteerden nieuwe zorgstraten. Diagnostiek en behandeling werden gestroomlijnd. Met behulp van ICT werd triage verbeterd: bij de huisarts-spoedposten, bij de reguliere praktijken en bij verschillende ziekenhuispoli's. Wel werd de vraag gesteld: heeft de patiënt nog iets te zeggen over dit soort processen?

Bijlage

1. ICT-technologie in het contact met patiënten

- a. Beeldbellen als alternatief voor het fysieke spreekuur.
 - i. Mogelijkheden en contra-indicaties. Wat is de juiste balans? Bij welke patiënten en bij welke episode?
 - ii. Wie bepaalt de manier van communiceren: fysiek/afstand. Wat vindt de patiënt er eigenlijk van?
 - iii. Privacy problemen
 - iv. Registratie/koppeling met dossier
 - v. Extra tools bij beeldbellen: o.a. tekeningen, instructies
- b. ICT-technologie thuis om zorg te monitoren vanuit praktijk of ziekenhuis
 - i. Mogelijkheden en contra-indicaties
 - ii. Wie is waarvoor verantwoordelijk?

2. ICT-technologie ten behoeve van collegiale communicatie

- a. Mdo's: hoe, met wie, wat zijn de ervaringen?
- b. Verder verbeteren van teleconsultatie inclusief gebruik van gezamenlijk dossier.
- c. App en platform technologie ten behoeve van onderling contact. Ik zag 5 à 6 verschillende apps en platforms langskomen, varieerde ook per regio. Is standaardisatie nodig of is dit prematuur?
- d. Contact per app roept logistieke vragen op: app etiquette, app altijd 'aan'?
- e. Tweeweg communicatie platforms (bijv. Zorgdomein): van eerste naar tweede lijn, omgekeerd nog niet mogelijk.
- f. Koppeling met elektronisch dossier, ontbreken van gezamenlijk dossier maakt overleg minder effectief. Hoe verder?

Vraag is of de inspanningen en ervaringen op de bovengenoemde items niet op een of andere manier regionaal dan wel landelijk gevolgd kunnen worden om er lessen uit trekken. Ieder maar weer hetzelfde wiel te laten uitvinden lijkt niet aantrekkelijk. Ligt hier geen taak voor beroepsorganisaties, kennisinstututen en ICT-bedrijven? Op een aantal van de bovenstaande punten zouden heel praktische aanbevelingen kunnen worden uitgewerkt.