

ORGANISATIE

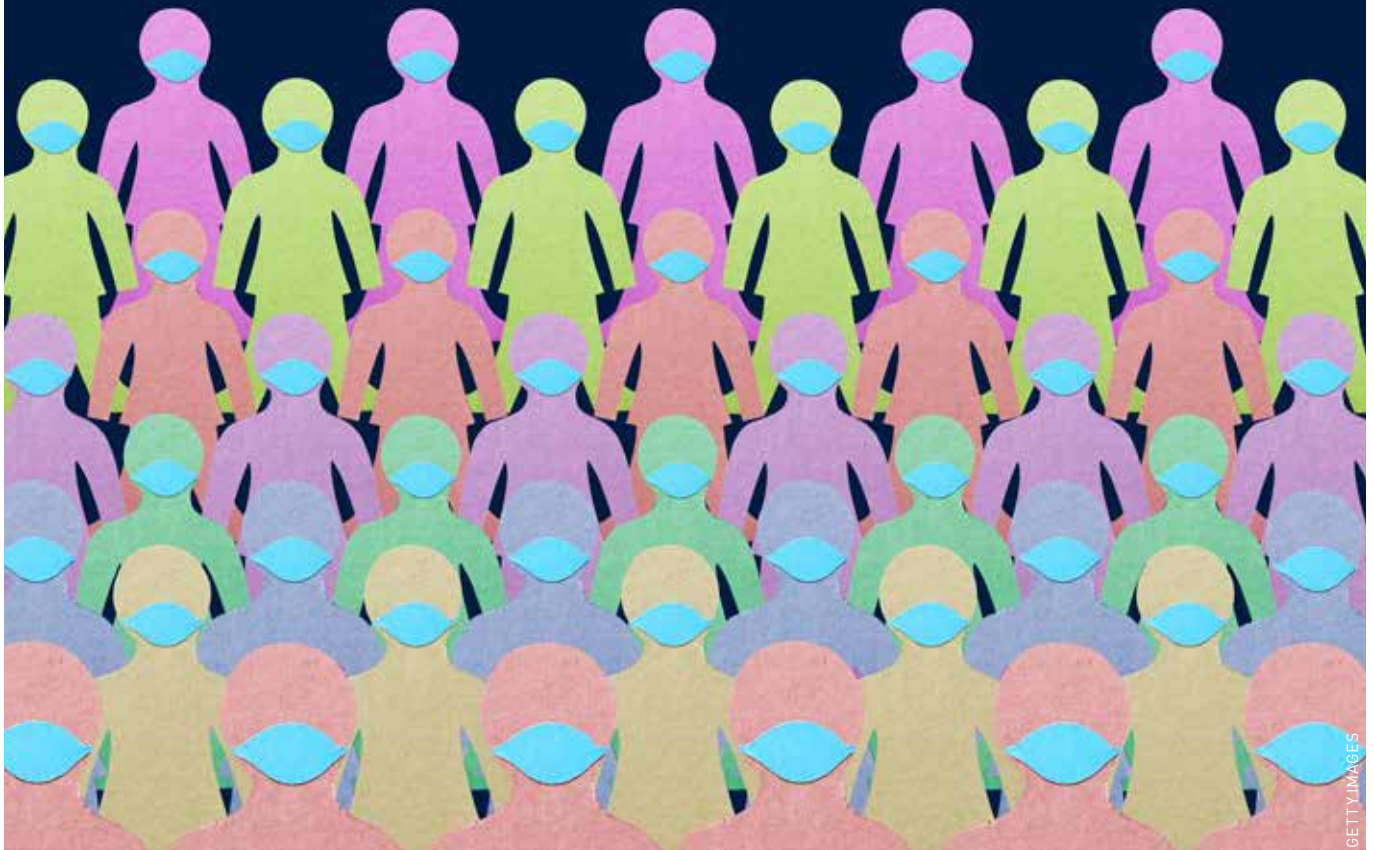
Marleen Kraaij-Dirkzwager
arts maatschappij + gezondheid,
voorzitter Concilium van de Koepel
Artsen Maatschappij + Gezondheid
(KAMG)

Lode Wigersma
arts, voorzitter Vereniging Artsen
Volksgezondheid (VAV)

VERLENEN VAN GOEDE ZORG STAAT OF VALT MET SAMENWERKING

Crisisbeheersing vraagt om versterking rollen en mandaten

De coronacrisis laat zien dat de samenwerking tussen zorgverleners onderling en tussen zorg en openbaar bestuur in veel regio's gebrekkig verloopt. Kennis en kunde worden onvoldoende benut, waardoor de gezondheid van verschillende kwetsbare groepen in het gedrang komt. Een gecoördineerde netwerkspanning is nu hard nodig.



GETTY IMAGES

Wie van bovenaf het Nederlandse landschap bekijkt ziet veel weilanden en hekjes. Af en toe een bosje of een bollenveld. Meestal keurig afgebakend en voorzien van een bordje met ‘eigenaarschap’. Het zorglandschap ligt er – op papier – overzichtelijk bij: 25 GGD-regio’s (congruent met de Veiligheidsregio’s), elf regio’s voor acute zorg (ROAZ), zeven regio’s met 23 huisartsenkringen, vijftien regionale ondersteuningsstructuren (ROS), gebieden voor preferente zorgverzekeraars, enkele regio’s voor de diensten van de zorgkantoren, verschillende adherentiegebieden voor grote VVT-organisaties, zeven regio’s rondom de academische ziekenhuizen voor kennisontwikkeling en innovatie, vier regio’s voor de tuberculosebestrijding, vijf regio’s om de expertise voor de medische milieukunde te bundelen, tien regionale netwerken voor de problematiek rondom antimicrobiële resistentie, enkele regionale zoönose platforms, enzovoorts. Een complex netwerkenlandschap dat buiten crisistijd redelijk werkt, maar is dat ook het geval in een volksgezondheidscrisis?

Dubbelingen en lacunes

Tijdens crisissen moeten mensen en middelen snel worden gebundeld om effectief en efficiënt te handelen. Eén blik op de geschetste netwerken zegt voldoende: een crisis leidt tot een wirwar aan – vaak ad hoc ingestelde – overleggrems, met dubbelingen én lacunes tot gevolg. Het overzicht verdwijnt, publieke middelen worden verspild en de noodzakelijke netwerkzorg komt moeilijk of niet tot stand. Pijnlijk, omdat het verlenen van goede zorg – ook tijdens een crisis – staat of valt met samenwerking. Samenwerking tussen hulpverleners en samenwerking tussen zorg en openbaar bestuur. Ter illustratie: tijdens de coronacrisis hebben 1,3 miljoen zorgprofessionals, werkzaam in duizenden eerstelijnspraktijken en zorginstellingen, veelal samengewerkt binnen de elf Regionale Overleggen voor Acute Zorg (ROAZ’s). In elk ROAZ zijn de ziekenhuizen, de ambulancezorg, huisartsen(posten), verloskundigen, ggz,

GHOR en GGD(’s) uit die regio vertegenwoordigd. Daarnaast vond veel overleg tussen zorg en openbaar bestuur plaats binnen de 25 veiligheidsregio’s. Covid-19-patiënten werden opgevangen in bestaande of ad hoc opgerichte zorginstellingen, ad-hocorganisaties werden ingericht om het testen te optimaliseren, tekorten aan mensen en middelen in te vullen en patiënten te spreiden. De zorgverleners en zorginstellingen werden, al dan niet effectief, ondersteund door laboratoria, zorgverzekeraars en overheden. Een ware lappendeken aan samenwerkingsverbanden.

Ziektegerichte aanpak

In sommige regio’s kwam een geoliede samenwerking tot stand, vaak dankzij ervaringen opgedaan tijdens pandemieoefeningen. In andere regio’s was de afstemming onmogelijk door het grote aantal betrokkenen die elkaar nog niet kenden, of ontbraken simpelweg middelen en menskracht. De aandacht voor de

dezelfde ziektegerichte aanpak zichtbaar. De aandacht voor de impact van de genomen maatregelen blijft onderbelicht. De gezondheid en het welzijn van verschillende kwetsbare groepen komt toenemend in het gedrang. De coronacrisis illustreert wat we al langer weten: een gecoördineerde netwerkspanning is nodig om een crisis zo goed mogelijk te boven te komen.

Positie verstevigen

Moet de coronacrisis niet de definitieve herverkaveling van het Nederlandse zorglandschap inluiden om deze netwerkzorg op gang te krijgen? Sommigen suggereren nieuwe regio-indelingen, op basis van inwonersaantal of langs de provincielijnen.^{2,3} Radicale vernieuwing betekent in de crisisbeheersing echter zelden iets goeds, omdat daarmee ook goed functionerende netwerken verdwijnen. Wij pleiten daarom voor het gelijktrekken van bestaande regio-indelingen en het versterken van rollen en mandaten. Dit is

Er is tijdens de coronacrisis een ware lappendeken aan samenwerkingsverbanden ontstaan

intramuraal zorg ging soms ten koste van de noodzakelijke ondersteuning van de preventieve zorg en de zorg voor mensen thuis. De faciliterende, coördinerende en adviserende positie van GGD’s en de ROAZ kwam soms wel maar vaker niet uit de verf.¹ De primair ziektegerichte aanpak, die ons zorgstelsel kenmerkt, prevaleert ook bij covid-19 en leidt toenemend tot controverses in Nederland, ook tussen medici. De gewenste populatiegerichte zorg, met een goede balans tussen ziektepreventie, gezondheidsbevordering en curatie, komt nog onvoldoende van de grond. Ook nu bij de tweede golf is

ook bruikbaar voor gezondheidsbescherming en -bevordering in niet-crisistijd. Ten eerste moet de positie van de directeuren publieke gezondheid (DPG’s) worden verstevigd. Directeuren publieke gezondheid die leidinggeven aan de GGD en de GHOR en in die hoedanigheid lid zijn van de directie van de veiligheidsregio, zijn de verbinders tussen de volksgezondheidszorg, (zorg)instellingen en openbaar bestuur, zowel in als buiten crisistijd. Wij pleiten ervoor dat zij verantwoordelijk worden voor de volle breedte van de publieke gezondheidszorg, formeel, dus in wetgeving, en in de praktijk. Daaronder

Bundel de krachten binnen de medische beroepsgroep, investeer in het medisch leiderschap

verstaan we een compleet inzicht in de verhoogde kwetsbaarheden van de populaties die aan hun zorg zijn toevertrouwd, inzicht in de beschikbaarheid van zorg in hun regio (preventie, cure en care) en toezicht op de zorgnetwerken die ontstaan in reactie op uiteenlopende crisissen (een nog niet belegde taak).

Sparren

Ten tweede moeten de verantwoordelijkheden van de ROAZ worden verhelderd. De elf ROAZ-regio's zouden niet alleen verantwoordelijkheid moeten nemen voor het stroomlijnen van de zorg voor patiënten die acute zorg nodig hebben, maar ook terdege moeten letten op wat daaraan voorafgaat of zou moeten gaan. Wat kan er gedaan worden om de gezondheid en het welzijn van extra kwetsbare groepen te beschermen en de gezondheid voor iedereen zoveel mogelijk te bevorderen? Door hierover te sparren met directeuren publieke gezondheid in hun ROAZ kan enerzijds de instroom van patiënten in zorginstellingen zoveel mogelijk worden voorkómen, anderzijds kan in gezamenlijkheid de populatie in hun regio zo goed mogelijk door de crisis heen worden geleid.

Kortom: leg het verplichte samenspel tussen voorzitter ROAZ en de betrokken directeuren publieke gezondheid binnen de ROAZ-regio vast in de relevante wetten.⁴ Zorg voor congruentie tussen de ROAZ-regio's en de GGD/ Veiligheidsregio's. De overige 'witte partijen', waaronder zorgverzekeraars en grote zorgorganisaties, weten zo ook waar ze aan toe zijn en kunnen zich aanpassen.

Medisch adviseur

We doen een tweede voorstel om tijdens toekomstige crisissen tot betere verhou-

dingen tussen publieke zorg, cure en care te komen. Bundel de krachten binnen de medische beroepsgroep, investeer in het medisch leiderschap. Het verlenen van zorg is een professie die bij crisissituaties niet door bestuurders overgenomen kan worden. Ons voorstel is om de ministers van VWS (stelselverantwoordelijk voor de zorg) en van Justitie en Veiligheid (stelselverantwoordelijk voor de Nederlandse crisisbeheersing) te verzoeken per GGD-regio één medisch adviseur 'publieke zorg' te benoemen. Dit in analogie met de verplichting vastgelegd in de Wet publieke gezondheid om een arts in dienst van de GGD te hebben, die gespecialiseerd is in infectieziektebestrijding. Deze medisch adviseurs krijgen de verantwoordelijkheid om de voorzitters ROAZ en de directeuren publieke gezondheid te adviseren over integrale publieke zorg bij crisissen en incidenten. Professionals die onafhankelijk van organisatiebelangen kunnen analyseren en adviseren hoe de gezondheid van mensen daadwerkelijk te beschermen en te bevorderen. Professionals die de financieringsstromen vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet publieke gezondheid doorgronden, en dit kunnen koppelen aan de zorgbehoefte en beschikbare zorg in hun regio. Zij handelen vanuit hun afgelegde Hippocratische eed of belofte, vanuit de principes 'wel doen' en 'niet schaden'. Zij maken gebruik van alle beschikbare kennis en middelen in de regio die ze dienen, en zoeken de dialoog met collega's, zorginstellingen en bestuurders over dilemma's die er altijd zullen zijn bij het vormgeven van passende zorg, ook en vooral tijdens crisissen. De adviezen komen ook samen bij de in te stellen *chief medical officer* (CMO), een senior adviseur

van de regering die het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid tot (advies)taak heeft. De CMO adviseert de regering mede over de noodzakelijke wettelijke, organisatorische, financiële, personele en inhoudelijke randvoorwaarden om verantwoorde zorg te verlenen in bijzondere tijden.

Integrale zorg

Uiteraard vergt dit doordenkwerk, bijvoorbeeld over de toegang tot informatie, cruciaal bij het adviseren in dynamische situaties. Sommigen zullen erop wijzen dat de discussies over regio-indelingen al decennialang lopen en dat dit niet zonder reden is. Dat klopt, maar met alle lessen van covid-19 op ons netvlies, is het volgens ons nu tijd om – ook tijdens crisissen – recht te doen aan de essentie van publieke gezondheidszorg: integrale zorg die tot stand komt vanuit de kenmerken, noden en behoeften van de populatie die wordt bediend. Laten we daarom snel beginnen met het anticiperen op een volgende crisis van welke aard dan ook. Door kleine doch betekenisvolle ingrepen in de lappendeken van ons (crisis)zorglandschap aan te brengen vanuit de gezamenlijke opgave: het beschermen en bevorderen van de gezondheid van zoveel mogelijk mensen. ■

contact

bureau@kamg.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.