



Dappere dokters in tijden van Corona

Verslag van regionale conferenties

Amsterdam 19, 20, 21 januari, 18 februari 2021

Inhoudsopgave

1) Ten geleide	3
2) Drie inleidingen	4
<i>Bart Meijman</i>	4
<i>Marli Huijer</i>	4
<i>Marcel Levi</i>	4
3) Patiëntenzorg	5
<i>Over (beeld) bellen met patiënten</i>	5
<i>De plussen van (beeld) bellen</i>	5
<i>De mitsen en maren van het beeldbellen</i>	5
<i>Wat ging er goed in de zorg voor patiënten</i>	6
<i>En wat ging er niet goed in de zorg?</i>	6
4) Het dagelijks werk van de dokter	7
<i>Hoe hebben we dit ervaren? Hoe was de stemming?</i>	7
<i>Wat veranderde ten goede op de werkvloer?</i>	8
<i>Waar kregen we slechte zin van?</i>	8
5) Samen in de regio	9
<i>Wat ging er goed?</i>	9
<i>Wat moet er beter?</i>	9
6) Aanbevelingen per groep zoals plenair gepresenteerd	11
<i>19 januari</i>	11
Groep 1'.....	11
Groep 2'.....	11
Groep 3'.....	11
Groep 4'.....	11
Groep 5'.....	12
Groep 6'.....	12
Groep 7'.....	12
<i>20 januari</i>	13
Groep 1''.....	13
Groep 2''.....	13
Groep 3''.....	13
Groep 4''.....	13
Groep 5''.....	14
<i>21 januari</i>	14
Groep 1'''.....	14
Groep 2'''.....	15
Groep 3'''.....	15
Groep 4'''.....	15

Groep 5''	15
<i>18 februari</i>	16
Groep 1'''	16
Groep 2'''	16
Groep 3'''	16
7) Overige ideeën en aanbevelingen, niet plenair gepresenteerd	17

1) Ten geleide

Op 19, 20 en 21 januari (PM 18 februari) vonden er digitale werkconferenties plaats waar artsen uit de regio Amsterdam met elkaar van gedachten wisselden over de ervaringen die opgedaan zijn in de Corona crisis. Collegae stelden zich de vraag welke lessen er uit de crisis te trekken vielen en welke aanbevelingen op het gebied van medische zorg en samenwerking konden worden gedaan.

Deze conferentie is tot stand gekomen op initiatief van artsen uit Amsterdam en omgeving die zich verenigd hebben rondom het gedachtengoed van Optimale Zorg- Dappere Dokters.

Deze conferentie werd mogelijk gemaakt met steun van de Huisartsenkring Amsterdam-Almere, de ELAA (zorgondersteuning Amsterdam-Almere), het OLVG, het UMC Amsterdam, SCEM (nascholingsprogramma's) en de KNMG, district Noord-Holland.

De conferenties werden bijgewoond door:

Huisarts	91
Medisch specialist	63
Specialist ouderen geneeskunde	15
Sociaal geneeskundige	13
Arts	8
Adviseur	1
Verpleegkundige	1
Totaal	192

De conferenties vonden digitaal plaats met behulp van Zoom. De bijeenkomst werd door drie inleiders geopend. Daarna werden er multidisciplinaire subgroepen van ongeveer 10 deelnemers gevormd die, naar keuze, drie thema's bespraken. De conferentie werd besloten met een plenaire zoomsessie waarbij iedere groep een korte presentatie gaf waarin een aanbevelingen werden gedaan.

De voorzitters en notulisten van de gespreksgroepen waren: Jeroen Baars, Jetty Bont, Marianne Bramson, Mirella Buurman, Mariet Dirkzwager, Marij Duijsters, Moniek van de Ende, Marije Holtrop, Henriette van der Horst, Ursula de Jonge Baas, Andreas Keck, Beatrijs de Leede, Joost Lenferink, Mai Neijens, Marieke Poel, Chris Rietmeijer, Hiske Stokvis, Anne-Marieke van der Veldt, Mathilde Verbruggen, Sylvia Vlak, Stella Zonneveld, Jeanette Zwaal.

Ik heb de bespreking in de subgroepen per thema weergegeven. Daarna volgt de lijst van presentaties en ik eindig dit verslag met een lijst van aanbevelingen en ideeën voorzover deze niet in de presentaties naar voren kwamen.

Dirk Achterbergh, 3 maart 2021

2) Drie inleidingen

Bart Meijman.

De initiatiefnemers van Optimale Zorg-Dappere Dokters organiseren sinds 2012 werkconferenties waarbij wij reflecteren over ons werk. Telkens staat de vraag centraal: wat draagt de geneeskunde bij aan de kwaliteit van leven en hoe kunnen we daarbij onze onderlinge samenwerking in de regio verbeteren. Dit is dan weer zo'n conferentie, in aangepaste vorm.

De Corona epidemie grijpt diep in op allerlei levensterreinen. Het is balanceren tussen kwaliteit van leven en het voorkomen van gezondheidsschade. Hoe houden we met de oplopende spanningen t.g.v. de beperkingen toch de zaak bij elkaar?

En zo'n balans zoeken we ook voor de medische zorg: het optimale doen, niet het maximale. Daarbij zullen we moeten accepteren dat epidemieën en infectieziekten bij ons zullen blijven, met alle risico's en onzekerheid van dien.

Kritisch reflecteren op onze zorg, juist ook in Corona tijd, is geboden. Deze crisis verscherpt de al eerder bestaande problemen in de gezondheidszorg: het tekort aan regie, het tekort aan personeel, het teveel aan onnodige zorg en het teveel aan bureaucratie. Tegelijk is er nu ook ruimte voor verbeteringen en aanpassingen. Wat hebben we geleerd, waar liggen onze prioriteiten, wat moet beter, wat kan voortaan achterwege blijven en wat is passende zorg? Het antwoord op deze vragen zal toch vooral van ons zelf moeten komen, dokters moeten de moed hebben om vooruit te stappen en aanbevelingen te formuleren om de zorg beter te maken. Dat is waar we vanavond een begin mee maken.

Marli Huijer.

De afweging is al eeuwenoud: tussen helpen, handelen en niet-schaden, primum non nocere. In deze tijd, van crisis en pandemie, wint het helpen en handelen. Maar maken de ontegenzeggelijke successen van de geneeskunde ons niet overmoedig? Accepteren we nog wel dat ziektes nooit weg zullen gaan en bij ons leven horen?

We weten toch dat geneeskunde en interventies ook kunnen schaden. Wegen we het een wel tegen het ander af, ook nu we onder druk staan van de Corona epidemie? Hebben we nog wel in de gaten dat maximale gezondheid op gespannen voet kan staan met een goed leven?

Marcel Levi.

De zorg heeft grote veerkracht getoond, innovaties lukken nu ineens wel. Wat blijkt? Niet de managers, bestuurders, en zeker niet de overbetaalde consultants zijn doorslaggevend, maar dokters en verpleegkundigen die, gefocust op een helder en gemeenschappelijk doel, de verantwoordelijkheid en de leiding op zich nemen. Daarbij gesteund door beleidsmakers. Die verantwoordelijkheid betreft dan wel **alle** patiënten, inclusief de financiële en maatschappelijke consequenties. En daarvoor zijn dappere dokters nodig.

3) Patiëntenzorg

Over (beeld) bellen met patiënten

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. Terugkijkend op de eerste golf constateren veel deelnemers aan de conferentie dat er toen te drastisch gesneden is in de traditionele spreekuren op de praktijk of poli en te veel de nadruk is gelegd op teleconsulten.

Unaniem komen collegae ook tot de conclusie dat teleconsulten en eHealth een waardevolle vorm van contact is gebleken, meer dan men tevoren had gedacht. De corona-crisis is een zeer grote stimulans geweest. Een internist: "In enkele maanden heeft eHealth een vlucht genomen waarbij de ontwikkeling op dit terrein van de afgelopen 10 jaar verbleekt".

Men zoekt nu, na de eerste paniekerige en onwennige maanden, naar de juiste balans. Zoals met alle nieuwe technologie het geval is, is beeldbellen geen wondermiddel, en zeker niet de enige contactvorm. Het is en blijft zoeken naar de beste vorm bij deze ene patiënt en bij deze specifieke ziekte-episode.

De plussen van (beeld) bellen

Zowel huisartsen als medisch specialisten vertellen dat hun spreekuren beter zijn gestructureerd. Met beeldbellen kan veel worden afgehandeld: 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. Video bellen maakt het mogelijk om beter te triëren, ook op de spoedposten. Het aantal fysieke consulten is zowel in eerste als tweede lijn fors teruggelopen, er is meer tijd per patiënt. Iedereen vindt dit een weldaad, niet alleen goed voor de kwaliteit van zorg maar ook voor het humeur van de dokter. Een huisarts: "Ik begrijp nu al niet meer hoe ik voorheen meer dan 30 mensen zag. Ik zie er nu veel minder, maar wel beter". Een andere huisarts is blij dat ze weer terug is bij de kern van het vak: "ik voel me weer familie dokter, heb nu meer tijd en aandacht voor de context". En een oogarts: "terug naar vroeger met 44 patiënten op een ochtend, ik moet er niet meer aan denken".

Er zijn collegae die melden dat beeldbellen de drempel kan verlagen en contact bevorderend werkt. Kinder- en jeugd- artsen zeggen makkelijker te kunnen communiceren met ouders en kinderen. Het contact met staf en kinderen in kleinschalige instellingen zoals een Mytyschool komt gemakkelijk tot stand. Een Sog¹ ziet meer patiënten nu ze niet meer naar allerlei locaties hoeft te reizen en digitale spreekuren makkelijker te organiseren zijn. En een onverwachte observatie van een GGD-arts: met beeldbellen heb je iets meer zicht op de thuissituatie.

Veel deelnemers waren prettig verrast door de digitale vaardigheden van hun patiënten, ook ouderen. Dezen waren op hun beurt tevreden over het gemak van beeldbellen: minder reistijd, minder wachttijd en de mogelijkheid voor mantelzorgers om aan het consult deel te nemen.

De mitsen en maren van het beeldbellen

In het contact op afstand worden toch nuances gemist: emoties, mimiek en motoriek. Een gynaecoloog: "wie is toch die mens achter dat beeldscherm?" Ook hebben sommigen de indruk dat informatie in het teleconsult minder goed beklijft.

Verschillende huisartsen en specialisten benadrukken dat naarmate men patiënt beter en langer kent, het digitaal contact beter verloopt. Daarmee strookt de opmerking van weer anderen dat bij een eerste consult fysiek contact vereist is.

¹ Specialist oudergeneeskunde

Dan werd veelvuldig de vraag opgeworpen of we wel weten wat de patiënt er zelf van vindt. Zo kwamen in een achterstandswijk de mensen gewoon naar de praktijk, terwijl in een expat praktijk beeldbellen de standaard was. En wie bepaalt eigenlijk de vorm van contact? Men was het erover eens dat er van een eenzijdig opgelegde keuze geen sprake kon zijn. De arts moet het medisch verantwoord vinden, de patiënt moet zich er comfortabel bij voelen, kortom zoals het in een goede relatie zou moeten gaan: men moet er door onderling overleg uit zien te komen.

Een en ander stelt wel hoge eisen aan de triage voorafgaand aan de keuze van een contactvorm. Dat kan je niet altijd aan assistentes in de praktijk of poli overlaten, het was nog wel een zoektocht om dit proces goed in te richten.

Een andere vraag is of de patiënt aan een teleconsult of eHealth toepassingen niet tekortkomt. Exclusiecriteria zijn: gebrek aan taal- en digitale vaardigheden en complexe problematiek. Een specialist was weliswaar enthousiast over thuismonitoring, maar dan moet wel bekeken worden of de patiënt voldoende gezondheidsvaardigheden heeft om medeverantwoordelijkheid te dragen. Er blijken er nog meer kuilen op de eHealth weg. Een aantal specialisten klaagden over technische problemen: wegvallende beeldverbinding, geen koppeling met het dossier en inlogproblemen voor de patiënt als consult iets te laat begint. Een GGD-arts en een Sog wezen op privacy perikelen: ouderen waren afhankelijk van de hulp van (klein) kinderen en bij sommige teleconsulten konden alle aanwezigen in de kamer meeluisteren en kijken.

Tot slot was het voor artsen die langdurig aan het beeldscherm gekluisterd waren, een aanslag op hun goede humeur. Het is toch extra vermoeiend om zo spreekuur te moeten doen, zeker als dat in de thuissituatie plaats vindt, het voelt op den duur eenzaam. "Echt iets voor autisten", bromde een internist.

Wat ging er goed in de zorg voor patiënten

Veelal werd de zelfredzaamheid van patiënten geroemd. In het algemeen was er bij hen volop begrip voor de situatie en bereidwilligheid om zich aan te passen. Enkele huisartsen en specialisten hadden de indruk dat men minder voor lichte klachten kwam dan voorheen.

Enkele huisartsen rapporteerden minder griep en minder kinderziekten.

Huisartsen vermeldde dat er in hun praktijk in de Corona tijd meer proactief gewerkt werd.

Kwetsbare ouderen bijvoorbeeld werden actief benaderd om te vragen hoe het ging en of ze hulp nodig hadden. Dat werd door hen erg positief ontvangen: "er wordt aan mij gedacht". Weliswaar is dit niet meteen een kerntaak voort de huisarts zelf, dit kan ook worden uitgevoerd door anderen in het team die de sensitiviteit hebben om mensen die extra aandacht nodig hebben er tussen uit te pikken. Men dacht dat deze manier van werken ook na Corona behouden zou moeten blijven.

Tot slot verzuchtte een huisarts en GGD-arts dat daklozen nu ineens wel huisvesting hadden, iets om na Corona te behouden.

En wat ging er niet goed in de zorg?

Omdat Covid een groot deel van de gezondheidszorg in beslag nam, kwam de reguliere, non-covid zorg onder druk. Deelnemers zeiden het erg moeilijk te vinden om het uitstel van noodzakelijke ingrepen te moeten 'verkopen' aan teleurgestelde patiënten. Was de drempel voor de zorg niet te hoog, zeker in de eerste golf, vroeg men zich af? Mensen waren bang om besmet te raken in het ziekenhuis en waren terughoudend in hun zorgvraag onder invloed van de in de pers breed uitgemeten overbelasting van de zorg.

Velen namen gezondheidsschade waar. Een neuroloog zag mensen met uitvalsverschijnselen in een te laat stadium, een chirurg zag meer complicaties van onbehandelde darmtumoren dan voorheen,

een huidarts vermoedde delay bij diagnostiek van melanomen en een oncoloog vond het onverteerbaar om tussen mensen met een kankerdiagnose nog te moeten prioriteren. Huisartsen en praktijkondersteuners vroegen zich af wat de effecten zouden zijn van het uitstellen van zorg bij chronische ziekten: “gaan we binnenkort complicaties zien die vermijdbaar waren?” Anderen brachten naar voren dat het ook mogelijk was dat overbodige zorg domweg verdampt was. Zij pleitten voor gedegen onderzoek naar de schade ten gevolge van de afschaling van de reguliere zorg.

Door verschillende collegae werd aandacht gevraagd voor de dramatische gevolgen van de corona epidemie in de zorg voor ouderen. Enkele Sog's vergeleken de toestand in hun verpleeghuis met een veldslag. Op sommige afdelingen lag het sterftepercentage tussen de 30 en 50%. Zorgteams gingen soms volledig onderuit, door corona en door de hoge werkdruk. Door de relatief lage scholingsgraad van het personeel in vergelijking met het ziekenhuis was het extra moeilijk om de uitbraken van corona te managen, het hygiëne beleid schoot soms tekort. Men voelde zich in het verpleeghuis in feite alleen gelaten, alle aandacht ging immers uit naar de IC.

Het verbod op familiebezoek bij ernstig zieken of zelfs stervenden, hoe begrijpelijk ook, leidde volgens Sog's (verpleeghuis) en intensivisten (IC) tot mensonwaardige toestanden.

Sog's en een geriater rapporteerden ook het nadelig effect van de stopzetten van dagbehandeling voor kwetsbare ouderen. Men nam meer ontregeling waar bij complexe, geriatrische aandoeningen. Huisartsen en Sog's constateerden een toenemende eenzaamheid onder kwetsbare ouderen. Soms was het contact met zorgverleners tegelijk ook hun enige contact.

Tot slot werden de sociaal psychologische gevolgen van de lockdown breed gesignaleerd. Een vertrouwensarts vertelde dat er niet meer meldingen zijn, maar dat de ernst ervan wel is toegenomen. Huis-, kinder- en jeugdartsen zagen in de tweede golf een forse toename van GGZ-problematiek bij pubers en adolescenten: eetstoornissen, depressies en eenzaamheid. Ook werd meer huiselijk geweld waargenomen of minstens vermoed naarmate de crisis langer duurde (GGZ-arts). Maar tegelijk werd geconstateerd dat de samenwerking tussen GGZ, gemeente en de eerstelijns tekortschoot.

4) Het dagelijks werk van de dokter

Hoe hebben we dit ervaren? Hoe was de stemming?

Veelvuldig werd in de subgroepen naar voren gebracht dat er een sterk gevoel van saamhorigheid en onderlinge solidariteit ontstond aan het begin van de epidemie. Men voelde zich door collegae gesteund, dat was ook erg belangrijk om deze moeilijke tijd door te komen.

In het ziekenhuis gingen specialisten als assistent op de IC werken. Huisartsengroepen herleefden, verdeelden de taken en boden onderlinge steun. Ook tussen 1e en 2e lijn was er meer verbondenheid. De cultuur van het “kwijt moeten” van patiënten, maakte plaats voor een attitude om gezamenlijk betrokken te blijven. En tussen de ziekenhuizen was samenwerking de modus operandi, niet de concurrentie. Corona was, net als voor digitale communicatie, ook voor de samenwerking een katalysator.

Menigeeen getuigde van een prettig soort doortastendheid. Samengevat: onder druk werd alles vloeibaar en stroperigheid verdween. Geslaagde en snelle aanpassingen waren het gevolg. Covid units in ziekenhuizen en verpleeghuizen werden in no time opgezet. In de wijk werd een Covid-proof huisartspraktijk ingericht.

Opvallend was ook de waarneming dat waar bureaucratie wegviel en dokters elkaar direct opzochten en de leiding namen, veranderingen tot stand kwamen die voorheen onmogelijk leken. “Zorg was leidend, niet de financiën”, aldus een specialist. Anderen hadden ervaren dat het één team- één doel principe goed had gewerkt: management en professionals waren met respect voor elkaars kwaliteiten, eensgezind en gefocust op een gemeenschappelijk doel. Maar alom was er toch weer vrees voor terugval. Houden we deze energie vast, vroeg een huisarts zich af? En menig specialist zag in de loop van het jaar de stroperigheid weer toenemen. “Laten we dapper blijven”, klonk het en “niet terugvallen in oude patronen”.

Wat veranderde ten goede op de werkvloer?

Veel collegae, specialisten zowel als huisartsen vertelden dat ze hun werkprocessen hadden verbeterd. Onder druk van Corona en door de inzet van digitale hulpmiddelen bij het managen van patiëntenstromen werden successen geboekt. Opvallend was dat dit patroon overal zichtbaar was, op de kno- en interne poli, op de huisartsen spoedposten en in de reguliere huisartspraktijk. Een beter onderscheid tussen ernst -niet ernst en tussen spoed - niet spoed leverde meer tijd op per patiënt op het spreekuur en resulteerde in rustiger wachtkamers.

Bovendien maakte men in menig ziekenhuis vorderingen met het implementeren van nieuwe zorgpaden, waarbij er een herijkingplaats vindt tussen zorg in en buiten het ziekenhuis. De vraag van een chirurg was steeds geweest: wat moet in het ziekenhuis en wat kan daarbuiten. Cardiologen hadden thuis monitoring geïntensiveerd en een internist was bezig om chemotherapie thuis te introduceren met behulp van getrainde verpleegkundigen.

Een hele mooie vondst was ook de dagelijkse briefing voor alle medewerkers. Los van elkaar geïntroduceerd in huisartspraktijken en poli's. Erg bevorderlijk voor onderlinge band en afstemming van werkzaamheden.

Zoom, Teams en andere vergaderapp 's bleken in menige vakgroep en praktijk tot de nodige vergaderdiscipline te hebben geleid. Onder het adagium alleen doen wat nodig is werden sleetse vergaderroutine' s geschrapt. Al met al leverde dit tijdwinst en werkplezier op.

Tot slot meldden verschillende specialisten en huisartsen dat deze crisis ze wel aan het denken had gezet over nut en noodzaak van hun geneeskundig handelen. Van belang is het volgens hen om dit ook na de crisis te blijven doen.

Waar kregen we slechte zin van?

Er was niet alleen gedwongen afstand met de patiënt, maar ook met de collegae. Alom miste men toch het spontaan collegiaal contact, de lol en luchtigheid, de dagelijkse steun. Dokters zagen de zware last die het verplegend personeel moest dragen, de uitputting soms nabij. Hun tomeloze inzet kende ook grenzen. Voeg daarbij, zeker in het begin, de angst om besmet te raken.

Ook het direct contact met patiënten werd wel degelijk gemist. Een collega zei: “ik miste toch datgene waar het in het leven echt om gaat, de emotie, het gevoel”. En langdurig beeldbellen achter elkaar bleek voor menigeen extra vermoeiend.

De laatste maanden komen er meer agressie momenten voor van de kant van patiënten. Dat roept zorgen op over de veiligheid van het personeel (gynaecoloog en Seh-arts)

Zeker in het begin was er sprake van schaarste, aan test- en beschermingsmiddelen, aan personeel. Een internist: “schaarste aan alles leidde tot insufficiënte zorg, zette kwaliteit van zorg onder druk”.

En last but not least was er zorg bij opleiders en assistenten over de kwaliteit van de opleiding: “we moeten geen digitale dokters afleveren” en “leer ik zo wel genoeg, ik zie maar heel weinig patiënten live”.

5) Samen in de regio

Wat ging er goed?

Het gevoel van saamhorigheid was sterk, niet alleen in het ziekenhuis, instelling of praktijk, maar strekte zich uit over de hele regionale gezondheidszorg. Meer dan ooit werd gezamenlijk verantwoordelijkheid genomen, niet meer alleen geredeneerd vanuit de eigen logica. Het was geen kwestie meer van verwijzen of doorschuiven van patiënten van de een naar de ander, maar gedurende het zorgproces telkens weer afstemming blijven zoeken en de taken verdelen. Huisartsen en specialisten dachten meer met elkaar mee, de lijnen waren korter, de bereidheid naar elkaar te luisteren leek groter. Het paradigma was samenwerking, geen concurrentie. Meerder huisartsen meldden ook dat naast de goede samenwerking met het ziekenhuis, nu ook de VVT sector en de Sog's duidelijk in beeld waren als serieuze en betrouwbare partners om mee samen te werken.

Voorbeelden van deze saamhorigheid waren er vele.

In no time werden covid units in het leven geroepen zowel in verpleeghuizen als in het ziekenhuis, met goede aansluiting op de eerstelijns.

Patiënten gingen met zuurstof en fraxipirine met vervroegd ontslag, de huisarts nam dan de verantwoordelijkheid over waarbij de specialist in beeld blijft voor advies en voor een mogelijke heropname.

Teleconsultatie tussen 1e en 2e lijn maakte het mogelijk om te overleggen, soms resulterend in verwijzing, soms in opname, soms in advies over het medisch beleid van de huisarts en soms vice versa, in een ontslag uit het ziekenhuis. Samenspraak dus, niet door-of afschuiven. Een snelle toegang tot een gezamenlijk dossier werd dan soms node gemist.

Opvallend was ook de versterkte rol van de Roaz. Samenwerking tussen ziekenhuizen in de regio stond voorop, en door ziekenhuis en ic-capaciteit vanuit één punt te overzien en vandaaruit regie te voeren, was het leuren met patiënten door iedere Ic afzonderlijk verleden tijd. Zo kon twee derde van alle patiënten die moesten worden uitgeplaatst vanwege een beddentekort, toch in de regio worden opgevangen.

De digitale revolutie maakte ook samenwerking in de regio makkelijker. Vaak werd de faciliteit van het digitale multidisciplinair overleg genoemd als inspirerend voorbeeld. Zo'n overleg is uiteraard niet aan plaats gebonden, hetgeen de participatie bevordert. Ook een passende deelname is dan mogelijk van verschillende hulpverleners aan één gedeelte van het overleg waar zij van belang zijn. Ook patiënten en en/of mantelzorgers kunnen deelnemen. Zulke Mdo's zijn laagdrempelig en flexibel. Een mooi voorbeeld gaf een Sog die in een wijkoverleg met huisartsen de richtlijn 'ic opname 80-Plusers' besprak. Erg instructief en van grote betekenis voor de dagelijkse praktijk. Vaak werden ook apps genoemd, het meest de Siilo app, als prettige instrumenten om informatie over medisch beleid en over elkaars bereikbaarheid uit te wisselen. De QenA chats op deze app waren voor menigeen erg leerzaam. Huisartsen noemden ook meerder malen het goede contact met de thuiszorg via deze app.

Wat moet er beter?

De samenwerking in de regio kent ontegenzeggelijk ook valkuilen en klemmen.

De ICT leidt niet alleen tot vreugde, maar ook tot tandengeknars. Zo zijn er onderhand wel erg veel apps en platforms, die natuurlijk weer niet met elkaar uitwisselbaar zijn. Er werd gevraagd om uniformering of in ieder geval om een uniforme standaard zodat onderling verkeer tussen platforms mogelijk wordt. Ook het ontbreken van een koppeling van apps en platforms met het His en Zis werd als hinderlijk ervaren.

Zeer vaak werd ook het ontbreken van één, voor behandelend artsen uit 1e en 2e lijn, toegankelijk medisch dossier als hinderpaal voor een vruchtbare samenwerking gezien.

De door collegae geapprecieerde Siilo app, kon niet op ieders enthousiasme rekenen. Te ongericht vond een internist, honderden berichtjes werden hem te gortig, hij haakte af.

Het platform zorgdomein behoeft verbetering. Met name de informatie van specialist naar huisarts over ontslag of over een korte update van de behandeling is nu niet goed mogelijk.

Ongenoegen was er over de wachttijden in de GGZ, juist in een tijd met veel psychische problematiek. Ook de herkenbaarheid en bereikbaarheid van de GGZ liet volgens enkele huisartsen te wensen over.

En een intensivist miste in de eerste golf het overleg met de huisarts over opname en eventueel het te voeren beleid op de IC. In de hectiek was er daar geen inzicht in de context van, onduidelijk was of er sprake was van een advanced care planning. Juist de huisarts had hierover kunnen communiceren op zo'n moment.

6) Aanbevelingen per groep zoals plenair gepresenteerd.

19 januari

Groep 1'

- 1) Meer outreachend/proactief gaan werken zal ook na Corona in een of andere vorm wel blijven. Doelgroep nader definiëren, men denkt aan kwetsbare ouderen en gezinnen met complexe problemen. Niet altijd een taak van de dokter zelf, kan ook door andere teamleden worden gedaan. Het bespreken van behandelwensen, advanced care planning, is zo'n vorm van proactief werken.
- 2) Beeldbellen is na Corona een blijvertje. Moet wel medisch verantwoord zijn. Zowel dokter als patiënt moeten zich er comfortabel bij voelen, goed triëren is noodzaak.
- 3) Ook digitaal vergaderen zal blijven. Kan de samenwerking faciliteren, Mdo's worden makkelijker bereikbaar. Niet alles digitaal, let op het sociale aspect van samenkomen, zoek naar de balans tussen digitale efficiency en de lol en luchtigheid van live contact.

Groep 2'

- 1) Door een groot deel van de patiëntenzorg telefonisch of via beeldbellen te doen kunnen we zinnvollere fysieke spreekuren doen. Het zou enorm helpen als besturen van zorgorganisaties dit ruimhartig faciliteren en ondersteunen.
- 2) De teleconsultatie leidt tot zinnvollere verwijzingen of tot een plan waarmee de huisarts weer vooruit kan. De teleconsultatie voortzetten en uitbreiden met:
 - de mogelijkheid voor de specialist om de huisarts te consulteren
 - de mogelijkheid om geriater of intensivist te consulteren bij advanced care planning voor ouderen.

Groep 3'

1. Pleidooi landelijk EPD, 1 dossier, toegankelijk voor huisarts en specialist.
2. Vervroegd ontslag naar huis met O2 en fraxipirine kan ook voor andere groepen. De voorwaarden daarvoor zijn:
 - duidelijk protocol,
 - goed geïnformeerde patiënt en mantelzorger,
 - laagdrempelige mogelijkheid voor tussentijdse consultatie specialist en
 - garantie dat als het niet goed gaat de patiënt weer opgenomen kan worden.

Groep 4'

Kernboodschappen:

1. Hoe zorgen we ervoor dat we geen belangrijke zorg missen in geval van afschaling. Patiënten moeten zich welkom blijven voelen. Ook bijtijds bespreken met patiënten, dat is een

gezamenlijke verantwoordelijkheid van 1^e en 2^e lijn. De efficiency zit daarna, zodra de patiënt er is. Geen barrières voor de voordeur!

2. Slimmer en eerder terugverwijzen. Dan is alle informatie op de juiste manier delen van belang. Cboards, teleconsulten, secure mail.
3. Goede samenwerking ook transmuraal, minder stroperigheid. Kunnen we dit behouden als er geen crisis is? Er werd meer uitgegaan van de professionaliteit van de artsen op de werkvloer.

Groep 5'

Aanbevelingen

- 1) Digitalisering:
 - a. Uniform platform voor dossier patiënt, waar alle hulpverleners op terecht kunnen en de patiënt in control is. Voorbeeld: pilot in Almere met OZOverbindzorg. Hierbij heeft de patiënt de regie en zijn er geen problemen met AVG.
 - b. Siilo app verder ontwikkelen.
- 2) Minder bureaucratie:
 - a. door digitaal vergaderen (wat digitaal kan, doe dat digitaal)
 - b. door artsen meer invloed op financiën te geven. Schotten tussen alle disciplines weg geeft betere communicatie en samenwerking.
- 3) Belang van preventie: met aandacht voor lifestyle, achterstandswijken en chronische patiënten. Slagvaardig in zijn. Bij complexere patiënt meer multidisciplinaire samenwerking.

Groep 6'

1. Onnodige zorg: niet verplaatsen maar afschaffen.
2. Thuisbehandelingen opschalen. Samen (1e en 2e lijn) verantwoordelijk, moet behapbaar zijn. Patiënt moet duidelijk aanspreekpunt hebben.
3. Consultatie over en weer, van huisarts naar specialist en vice versa is voorwaarde voor passende zorg.

Groep 7'

1. Tijdens corona was er grote mate van saamhorigheid, hou die vast dan is meer samenwerking mogelijk. Op weg naar netwerk geneeskunde: in het domein van 1e en 2e lijn, huisartsen onderling en richting het sociaal domein.
2. Behouden van meer tijd voor de patiënt (huisartsen), geeft rust. 20 of 30 minuten.
3. Maak volop gebruik van beeldbellen, zorg voor goede triage hiervoor, school dokters en assistenten in het gebruik ervan. Verbeter de techniek van beeldbellen.
4. Ontwikkel zelfzorg o.a. door zelfmeting patiënten. Maak die metingen ook nuttig (dus wat doe je er vervolgens mee als patiënt en zorgverlener).
5. Apps zoals Siilo en OZOverbindzorg hebben hun meerwaarde bewezen. Maak er blijvend en meer gebruik van: opschaling. En ontwikkel meer van dergelijke apps.

20 januari

Groep 1''

Aanbevelingen

Onze organisatie/besturen steunen ons in het maken van onderscheid zinvolle en onzinnige zorg:

- op de hapost: triagisten bijscholen hierop.
- professional aan het roer: betere zorg, ons niet laten overrulen door zorgverzekeraars of bestuurders.

Aandacht voor welzijn en persoonlijke zorg

- Minder krampachtig met regels omgaan, meer maatwerk – menselijk maat op persoonsniveau aanpassen.
- Meer oog voor kwaliteit van leven: voorkomen dat alle aandacht naar de IC gaat en bezuinigd wordt op welzijn, meer nadruk op kwaliteit van leven.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

- Laat je stem als arts horen bij het verdelen van het geld.
- Patiënten en hun federatie hierbij betrekken: patiënt zelf regie laten houden. Niet medicaliseren.

Groep 2''

Kernboodschappen:

1. Houd oog voor kwetsbare doelgroepen in deze tijd van digitale toepassingen, voordeur van het slot.
2. 15-20 minuten per patiënt maakt de zorg beter en voorkomt herhaal bezoeken.
3. Nieuwe balans zoeken tussen beeldbellen/telefonisch en patiënten fysiek zien.
4. Onderwijs, wat voor een dokters leiden we nu op? Hierin is echt patiëntencontact belangrijk.
5. De samenwerking, saamhorigheid en het leren van elkaar (digitaal) is hele grote winst. (binnen hagro, praktijk, 1^e en 2^e lijn e.a.)

Groep 3''

Aanbevelingen

- 1) Digitalisering:
 - a. Teleconsultatie verder uitbreiden en onder de aandacht brengen, is ook een tarief voor beschikbaar.
 - b. Inzage in dossiers van alle zorgverleners.
 - c. Patiëntenportalen verder ontwikkelen.
- 2) Samenwerking: leren van elkaars werkwijzen, bijv. rol GGD en POH GGZ.
- 3) Minder bureaucratie: samenwerking bevorderen tussen huisartsen en ziekenhuis door financiële schotten weg te nemen. (ketenzorg ontschotten)
- 4) Moed/ dapper zijn en vertrouwen in elkaar hebben.

Groep 4''

Aanbevelingen:

1. Diensten triage: Naast telefonische triage als aparte modaliteit ook beeldtriage invoeren.

2. Hybride aanpak in patiëntenzorg waarbij de voorkeur van vorm van consult in zorgdomein wordt aangegeven, hierbij is de keuze van de patiënt belangrijk.
3. Omarm digitalisering, faciliteer dit waar mogelijk en normaliseer online consulten. Doe dit wel customized en luister naar de wens van de patiënt.
4. Wees je bewust van de schrijnende problematiek van mensen in achterstandsituaties (laag opgeleid en niet taalvaardig). Digitaal werken sluit een grote groep mensen uit. Daarom: betere scholing in uitleg geven bij laaggeletterdheid. Kwetsbare ouderen haal je zo uit je HIS, dat geldt niet voor sociaal kwetsbaar zijn of laaggeletterdheid. Met een notitie daarover help je collega's.

Groep 5''

Aanbevelingen:

1. Er is tijd vrijgekomen tijdens de eerste golf en ingevuld op een andere manier. Er is veel creativiteit en veerkracht vertoond bij het vullen van die extra tijd. Dit is heel goed bevallen. Na de crisis willen we die ruimte behouden; enerzijds voor onze patiënt, anderzijds om optimaler samen te werken en elkaar als collega's te ondersteunen.
2. We willen elkaar (1^e en 2^e lijn) laagdrempeliger bereiken, dit betekent dat we de intercollegiale consultatie een stap verder moeten brengen. Het is namelijk zeer inefficiënt wanneer je steeds probeert om elkaar telefonisch te bereiken en wanneer dat eindelijk lukt, het vaak ongelegen komt. We kunnen en moeten hier een slimme oplossing voor bedenken, maar daarbij niet het persoonlijke contact en tijd om met elkaar te sparren uit het oog verliezen. Voorbeelden: in elkaars agenda kijken om een belafpraak te plannen, een specialisten telefoon in de huisartsenpraktijk (zoals de specialisten reeds een huisartsentelefoon hebben), platform waarop we elkaar kunnen bellen, of iets dergelijks.
3. We moeten met elkaar werken aan een nieuw evenwicht tussen digitaal en fysiek. Enerzijds de digitale mogelijkheden volop benutten en anderzijds aandacht houden voor zinnigheid van de zorg voor de patiënt en arts. Waar zit het optimum van digitale mogelijkheden voor zinnige zorg en hoe blijven we dat evalueren? Balans tussen fysiek en digitaal. Gaan we dit organische laten gebeuren of moet daar iets georganiseerd gaan worden? Hierin moet de digitale ontwikkeling tussen patiënt en arts los worden gezien van digitale weg tussen artsen.
4. In beeld brengen welke kwetsbare groep er niet in beeld is.

21 januari

Groep 1'''

1. Informeer elkaar (ha- spec) altijd over grote beslissingen. Deze informatie hoort in het patiëntendossiers, in LSP.
2. ACP heeft op de IC positief effect gehad. Dat terug te horen van IC, is voor ha stimulans om hier mee door te gaan.
3. Zivver en teleconsultatie via Zorgdomein zijn beide prettig; echter duidelijke behoefte aan zo min mogelijk verschillende vormen → 1 methode heeft de voorkeur en ook zodanig dat info meteen in HIS/ ZIS terecht komt.
4. Aanbeveling: signalering & preventie in de keten jeugdarts- huisarts – kinderarts heeft aandacht!

Groep 2''

Aanbevelingen

1. Maak spelregels over gebruik zorg op afstand: kennismaking/eerste consult is altijd fysiek.
2. We moeten elkaar steeds beter vinden/samenwerken/overleggen gaat digitaal gemakkelijker.
 - ➔ Meer met en rondom de patiënt gaan staan (i.p.v. dat de patiënt steeds naar een ander loket moet) met gebruik van digitale middelen.
 - ➔ Dan ook beter inzicht in bv polyfarmacie.
3. Zorgelijke ontwikkeling rondom eenzaamheid 12-30 jaar: meer samenwerken hierop.
 - Met kinderen in gesprek om erachter te komen wat er speelt
 - Ggd-chatmogelijkheden
 - Aansluiting jeugdartsen en huisartsen: aandacht voor sociale ontwikkelingsjaren en sociale isolatie mentale gezondheid
4. Aandacht voor preventie:
 - Leefstijl: gewicht/gezond eten/bewegen/buiten zijn

Groep 3''

Wat willen we meenemen, behouden en optimaliseren?

1. Samenwerken versus concurrentie. Angst om terug te vallen na covid, dat 'we weer achterover gaan leunen', en elkaar gaan beconcurreren.
2. Bescheidener verwachting van patiënten, deze 'drammen' bijvoorbeeld niet om naar de 2^e lijn te gaan.
3. Behoudt de goed triage, rust in de wachtkamer. Pas op te hoge drempels.
4. Meer zorg in de 1,5 lijn, gebruik daarbij teleconsulten, evt. Siilo.
5. Deel dossiers, dat maakt netwerk mogelijk.
6. Voorwaarde: bekostiging volgt patiënt in het zorgproces, passende honorering bij netwerkzorg.

Groep 4''

ONZE AANBEVELINGEN TOP 3

1. Multidisciplinaire digitale samenwerking behouden: patiëntenzorg is beter georganiseerd
2. Rustiger spreekuren: (1) meer tijd voor de patiënt en (2) meer tijd voor overleg met specialist
3. Siilo-app: laagdrempelig en efficiënt multidisciplinair overleg (en gratis bijscholing voor alle deelnemers!)

ONZE WAARDEN

1. Samenwerking rond zorg voor de patiënt leidt tot betere zorg.
2. Kennisverbetering is niet alleen verbindend, maar leidt ook tot meer begrip van specialisten voor huisartsen
3. We maken impact met elkaar!

ONZE ZORG

Hoe kunnen we die verbinding post-corona blijven vasthouden?

Groep 5''

Aanbevelingen: behouden en verbeteren

1. Positieve ervaring met 1^e en 2^e lijn, zoals team gevoel, innovaties en samenwerking. Maar we missen de samenwerking met GGD en GGZ. Het lijkt erop dat decentrale organisatie van GGD samenwerking in de weg staat. Er is tevergeefs veel feedback gegeven aan GGZ. GGZ had ook meer gebruik kunnen maken van innovatieve mogelijkheden.
2. Innovaties hebben ervoor gezorgd dat we op een prettige manier met patiënten hebben kunnen werken. Heeft veel reistijd gescheeld en gaat niet ten koste van nabijheid patiënt. Daarnaast geeft het tijd- en gezondheidswinst wanneer patiënten zelf metingen doen.
3. Dit is een mooi moment om als huisarts levenseinde gesprekken te voeren, dit zijn intieme gesprekken die bijdragen aan de nabijheid. En hier heeft de tweede lijn ook profijt van.

18 februari

Groep 1''''

Aanbevelingen.

1. Blended care, een mix tussen fysiek en digitaal contact met patiënten zal blijven.
2. Ontwerp nieuwe zorgstraten in het ziekenhuis waarbij de zorg door ehealth in combinatie met fysiek spreekuur efficiënt wordt georganiseerd. Wordt al toegepast op oogheelkunde.
3. Triage bij de toegang tot ziekenhuispoli's en tot de huisartsenspoedpost is met beeldbellen verbeterd, ontwikkel dit verder.
4. Teleconsultatie en Mdo's moeten behouden blijven.
5. De zorgvraag is veranderd, zorgvraag valt uit
 - a. Meer tijd voor dokter en patiënt, is goed voor kwaliteit van zorg.
 - b. Maar ook aandacht voor: het verschil tussen het wegvallen van onnodige zorg(positief) en het oplopen van gezondheidsschade door het niet of te laat invoeren van hulp(negatief)

Groep 2''''

Kernboodschappen:

1. Meer tijd per patiënt biedt betere voorwaarden voor betere samenwerking. Doorbreek de grenzen: tussen ziekenhuizen, tussen 1^e en 2^e lijn en tussen curatieve artsen en sociaal geneeskundigen. Eén dossier! Fuck the bureaucratie en gewoon doen.
2. Door andere triage meer tijd voor de patiënten die dit nodig hebben, overige meer en sneller en digitale afhandelen.
3. Hoe maak je de drempel lager voor mensen met een lage SES?
4. Preventie/Leefstijl: deze crisis heeft de urgentie nogmaals aangetoond, Kies enkele preventieprogramma's, waarvan effectiviteit bewezen is en voer deze dan nationaal uit. Doe minder programma's, maar beter. Artsenorganisaties zouden dit moeten bevorderen.
5. Zorgen over nevenschade, perspectief en exit strategie → maatschappelijke discussie.
6. Er zijn financieel belemmeringen.

Groep 3''''

Aanbevelingen

1. Laat verzekerings- en bedrijfsartsen deelnemen aan overleg met huisartsen bij arbeid gerelateerde problemen: bijvoorbeeld baanverlies, stress op de werkvloer.

2. Creëer ook een mogelijkheid om So's deel te laten nemen aan bestaande overlegstructuren.
3. Gebruik de Siilo app voor collegiaal contact en consultatie. Nadeel is dat app altijd "aan" staat.

7) Overige ideeën en aanbevelingen, niet plenair gepresenteerd

- Dokters in the lead i.p.v. politici. De zorg heeft een vakminister nodig.
- Zelfstandige behandelcentra zijn goed inzetbaar gebleken tijdens de covid zorg.
- Dagstart/ochtend briefing voor teams op poli en huisartspraktijk.
- Zorgdomein beter inrichten:
 - Verwijzen naar specifieke specialist
 - Tussentijdse berichten van specialist naar huisarts: bijv. update van behandeling, ontslag.
- Schaf het ongericht handen schudden af.
- Beeldbellen met patiënt ondersteunen met grafische tools.
- Oplossing om beter te communiceren met slechthorenden, m.n. bij consult op afstand.
- Meer geld voor overleg en samenwerking bij ingewikkelde patiënten.