

(Samen)leven is meer dan overleven

Breder kijken en kiezen in tijden
van corona



(Samen)leven is meer dan overleven

Breder kijken en kiezen in tijden van corona

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan. De RVS adviseert regering en parlement op het snijvlak van volksgezondheid & samenleving. De RVS wil in een veranderende Samenleving perspectief bieden op het zorgen van & voor morgen.

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Erik Dannenberg
Daan Dohmen
Pieter Hilhorst
Jan Kremer
Bas Leerink
Liesbeth Noordegraaf-Eelens
Ageeth Ouwehand
Jeannette Pols
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2020-04

ISBN: 978-90-5732-293-8

© Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Den Haag, 2020

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website ➡ www.raadrvs.nl

Inhoudsopgave

Vooraf	6
Dynamiek in het hart van publieke gezondheid	7
Thema 1 Kwaliteit van leven & sterven	8
Thema 2 Ongelijkheid & kwetsbare groepen	10
Thema 3 Zorg & ondersteuning in beweging	12
Thema 4 Adaptief bestuur & leiderschap	14
Tot slot: Vertrouwen & veerkracht	16
Verantwoording & vervolg	17

Vooraf

Het maatschappelijke gezondheidsrisico van het coronavirus heeft tot verregaande maatregelen geleid. Maatregelen met als doel om kwetsbare mensen te beschermen, IC-capaciteit niet te overvragen en professionals in de zorg niet te overspoelen. Maatregelen in een crisis, die diep op onze samenleving ingrijpen.

Samen zoeken we nu langzaam een weg uit de crisissituatie. Politici en beleidsmakers in het groot, burgers in het klein. De onzekerheid daarbij is groot. We krijgen elke dag bericht van het RIVM over – inmiddels gelukkig dalende – aantallen besmettingen, ziekenhuisopnames, IC-bedden en sterfgevallen. Maar wat weten we over de prijs van uitgestelde zorg en over de economische en mentale schade die de crisis aanricht? Onze samenleving is aan het veranderen, maar niemand weet precies hoe dat 'anders' er straks uit gaat zien.

In dit advies vraagt de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) aandacht voor dat wat in de crisissituatie onderbelicht blijft. Voor de vele sociale- en gezondheidsproblemen waar mensen door de crisis mee kampen. Bestaande problemen die door de crisis verscherpt zijn; nieuwe risico's én kansen die door de crisis ontstaan. Het benoemen hiervan doen we niet alleen om bij te dragen aan *damage control* op korte termijn. Het verbreden van de blik op de crisis kan politiek en beleid ook helpen om in de komende tijd verdere keuzes te maken.

De RVS vindt dat afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven daarin een prominente plaats moeten krijgen. Zulke afwegingen worden concreet op allerlei niveaus en in allerlei domeinen tegelijkertijd. In de keuze voor een behandelplan, in afwegingen over passende ondersteuning voor een gezin met problemen, in het vormgeven van een bloeiend leven thuis en op het werk, in het nadenken en spreken over leven en sterven, in politieke keuzes over kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg, en zo verder.

In een crisissituatie, waarin daadkracht en snel handelen geboden zijn, komt dit soort afwegingen onder druk te staan. Ze worden versmald tot wat het meest urgent en het meest bedreigend is. In deze crisis was dat de beschikbaarheid van voldoende IC-bedden met bijbehorende mensen en materialen. 'Op slot' was het logische en uitlegbare gevolg. We zijn minder op slot gegaan dan andere landen en hebben de verspreiding van het virus toch tot staan gebracht. Een evenwichtsoefening waar Nederland in is geslaagd. Nu staan we met elkaar voor de lastige vraag: hoe komen we weer van het slot? Hoe verbreden we onze blik en verleggen we onze prioriteiten, wetende dat het virus zich opnieuw kan verspreiden?

Juist vanwege alle onzekerheid is het noodzakelijk om te komen tot een andere richting voor de complexe afwegingen en beslissingen die politiek en beleid nog te wachten staan. Zowel in de fase waarin de maatregelen geleidelijk versoepeld kunnen worden, als in een fase waarin het aantal besmettingen mogelijk weer stijgt en overbelasting van de zorg opnieuw dreigt. Dit advies wil daaraan bijdragen. Vertrekpunt daarbij is om in politiek en beleid vanuit een brede blik waardegedreven afwegingen te maken. Daarmee ontstaat in ogen van de Raad namelijk ook ruimte voor vele anderen – burgers, professionals, bestuurders, ondernemers, onderzoekers – om bij te dragen aan goed en gezond (samen)leven. Dat geeft hoop en voedt de veerkracht van onze samenleving, juist in tijden van corona.

Dynamiek in het hart van publieke gezondheid

De RVS is overtuigd van de noodzaak om in de komende fase meer ruimte te bieden voor maatwerk binnen algemene kaders. Dat is nodig in het belang van bredere afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven. In dit advies doet de RVS aan de hand van vier thema's aanbevelingen om de blik te verbreden en prioriteiten te verleggen. In deze paragraaf schetsen we eerst de richting waarin die verbreding plaats kan vinden.

Want we weten: het virus is niet weg. Voorstellen om maatregelen te versoepelen of los te laten moeten zich verhouden tot het risico op nieuwe verspreiding van het virus. Alle ruimte die de RVS bepleit brengt daarom ook verantwoordelijkheden met zich mee voor het voorkomen van besmetting. Dat vraagt om voorbereiding op het terrein van beschermingsmiddelen, contactonderzoek, testcapaciteit en ziekenhuiscapaciteit. Overbelasting van de zorg is en blijft onaanvaardbaar. Tegelijkertijd is juist het feit dát het virus naar verwachting voorlopig onder ons blijft reden te meer om onze blik te verbreden en ruimte te creëren om verschillende prioriteiten (waarden) tegen elkaar af te wegen. De schade aan gezondheid, economie en welzijn als gevolg van de crisis wordt simpelweg te groot, en ook dat is onaanvaardbaar.

Dit dilemma raakt aan het hart van publieke gezondheid: individuele acties hebben collectieve consequenties. De vrijheid van de een heeft invloed op de gezondheid van de ander. Vanuit dit dilemma zijn twee routes mogelijk. De eerste route zagen we tijdens de acute crisis: collectief gaat boven individu. Een statische, maar daadkrachtige hiërarchie die snel en gericht handelen mogelijk maakt. En met succes. Bij deze route past ook de huidige neiging om generiek aan te sturen op "de anderhalvemetersamenleving" en "het nieuwe normaal". De tweede route past minder goed bij de crisistijd, want is complexer, maar daardoor ook dynamischer. Hier is de verhouding tussen individu en collectief in beweging: er is ruimte voor contextgebonden afwegingen binnen publiek vastgestelde kaders en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid.

De RVS adviseert om deze tweede route te kiezen als richting voor de volgende fase. Dat betekent dat er een ander beroep op burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers gedaan gaat worden. Zij krijgen – binnen publiek vastgestelde kaders, elk in hun eigen context en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid – meer ruimte en vertrouwen om een afweging te maken tussen de verschillende waarden die voor hen belangrijk zijn, en om daar ook naar te handelen. Bijvoorbeeld door een afweging te maken over het beperkt toelaten van bezoek in een verpleeghuis om vereenzaming tegen te gaan. Of door ervoor te kiezen een kind met een beperking wél naar de dagbesteding te laten gaan, omdat de druk op de rest van het gezin niet vol te houden is. Of – en dat kan ook – door de afweging te maken een afdeling of instelling juist extra te isoleren, omdat een uitbraak van het virus in de regio de personeelsbezetting ernstig onder druk zet en continuïteit van zorg anders in gevaar komt.

De verantwoordelijkheid die mensen en organisaties dragen voor het voorkomen van een nieuwe dreigende overbelasting van de zorg wordt hiermee groter. Maar ook actiever en 'draaglijker': mensen en organisaties handelen vanuit wat voor hen betekenisvol is, in plaats van dat ze zich voegen naar een generieke norm tot het houden van anderhalve meter afstand. Deze route biedt daarmee ook meer ruimte voor het erkennen van en omgaan met onzekerheid en voor het bespreekbaar maken van ethische dilemma's die horen bij een pandemie (CEG 2012).

Deze tweede route vraagt om meer flexibiliteit op alle fronten, óók wat betreft het organiseren van voldoende beschermingsmaterialen, contactonderzoek, testcapaciteit en IC-capaciteit. Bijvoorbeeld door burgers een rol te geven in het doen van contactonderzoek, door te verkennen of en hoe een flexibele opschaling van het aantal IC-bedden mogelijk is, en door op een slimme manier meer beschermingsmiddelen in eigen land te produceren (en die ook anders te verdelen). Daar komen we bij de uitwerking van de verschillende thema's op terug.

Thema 1 Kwaliteit van leven & sterven

Het is van belang om afwegingen over maatregelen die verspreiding van het virus tegen moeten gaan te plaatsen in de context van een bredere afweging over kwaliteit van leven en – indien aan de orde – waardigheid van sterven.

'Kwaliteit van leven' staat in de crisisfase in het teken van het voorkomen en vertragen van besmetting, met name onder mensen die vanwege hun leeftijd of vanwege gezondheidsklachten meer risico lopen om ernstig ziek te worden van het virus. De beschikbaarheid van IC-bedden, beatmingsapparatuur en beschermingsmateriaal voor zorgprofessionals is een belangrijk argument geweest voor de verregaande crisismaatregelen. Ook dat had met kwaliteit van leven te maken, of specifieker: met het garanderen van toegang tot zorg voor mensen die na besmetting ernstig ziek werden en mogelijk in levensgevaar zouden komen te verkeren. En dus met het voorkomen van het zwartste scenario van totale overbelasting van de acute zorg en onmogelijke dilemma's zoals voor wie IC-bedden bestemd zouden zijn. Deze aanpak heeft ook gevolgen gehad voor de omstandigheden waaronder mensen in het ziekenhuis, verpleeghuis en thuis overlijden. Nabijheid in de periode voorafgaand aan overlijden (aan corona, of aan een andere aandoening) is nu immers niet of nauwelijks mogelijk.

Binnen het streven naar het voorkomen en vertragen van besmetting is er maar weinig ruimte om te vragen wat de gevolgen zijn van het wekenlang niet op bezoek mogen bij je gehandicapte zoon of dochter in een instelling. Of om te vragen wat het betekent als het verblijf in een verpleeghuis – de gemiddelde resterende verblijfsduur van mensen die er nu wonen is 9 maanden – gekenmerkt wordt door eenzaamheid. Of om te vragen wat het met mensen zelf en hun naasten doet als zij alleen, of enkel met mensen in isolatiepakken met brillen en mondkapjes om hen heen, sterven.

De kaders uit de crisisfase bieden weinig ruimte voor de inbreng van cliënten, professionals en bestuurders zelf. Dat is problematisch nu de situatie nog veel langer lijkt te gaan duren. In de komende tijd is het daarom van belang om ruimte te creëren en te behouden voor het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven. En om op grond daarvan ook diverse afwegingen toe te laten over de invulling van algemene maatregelen gericht op het minimaliseren van de kans op besmetting. Dat brengt de zeggenschap over kwaliteit van leven en waardigheid van sterven weer terug waar die hoort: bij mensen zelf. Niet als puur individuele beslissing, maar als sociale afweging waarin naast persoonlijke aspecten ook de voorkeuren van en de consequenties voor anderen meespelen. Het gaat dan over directe naasten, andere patiënten en cliënten en uiteraard ook de betrokken zorg- en hulpverleners (zowel in ziekenhuizen en instellingen als bij zorg aan huis).

De RVS roept op tot maatwerk bij de invulling van algemene maatregelen gericht op het minimaliseren van de kans op besmetting in ziekenhuizen, zorginstellingen en bij zorg aan huis. Dat betekent concreet:

Laat het overkoepelende verbod op bezoek in instellingen los. Geef verpleeghuizen, ggz-instellingen, instellingen in gehandicaptenzorg, jeugdhulp en beschermde woonvormen de ruimte om binnen kaders te komen tot een passende bezoekersregeling in tijden van corona. De uitkomst daarvan kan per sector, en zelfs per instelling of locatie verschillen. De overwegingen van cliënten en hun naasten enerzijds en van de betrokken professionals anderzijds zijn van belang om tot een beslissing te komen. Die overwegingen kunnen ingebracht worden via onder meer cliëntenraad, familierraad en ondernemingsraad. Het bestuur neemt uiteindelijk een gedragen besluit en geeft daarmee invulling aan zowel mensgerichte zorg als goed werkgeverschap. Afstemming met de lokale GGD is een belangrijke voorwaarde, net als het voorzien in de benodigde testcapaciteit voor betrokken professionals en het beschikbaar stellen van de nodige beschermingsmiddelen aan zowel professionals als bezoekers. De bezoekers die naar aanleiding van zo'n besluit worden verwelkomd hebben bovendien een eigen verantwoordelijkheid om hun andere sociale contacten te minimaliseren – en mogen daarop aangesproken worden.

Het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven werd en wordt op veel plaatsen gevoerd – maar nog lang niet overal. De crisis brengt dat in beweging. Huisartsen geven aan dat gesprekken over kwaliteit van leven en waardig sterven toenemen, bijvoorbeeld met ouderen die nog thuis wonen of met mensen van alle leeftijden die tot de risicogroep behoren. Dat is een positieve ontwikkeling die we moeten vasthouden. Dat betekent concreet:

Stimuleer huisartsen, praktijkondersteuners en (wijk)verpleegkundigen om met oudere en/of ernstig zieke cliënten het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven te voeren. Bijvoorbeeld met behulp van een levenstestament of behandelpaspoort. De uitkomst kan zijn dat het voorkomen van besmetting in een specifieke casus ondergeschikt is aan de mentale- en gezondheidsschade als gevolg van isolement. Of dat opname en behandeling in geval van besmetting niet opwegen tegen de zware revalidatie met beperkte kansen op goed herstel daarna. In deze setting moeten cliënten, hun naasten en de betrokken hulpverleners samen tot een goede afweging kunnen komen over de waarde van bezoek, interactie en contact. Op een zelfde manier dus waarop nu al tot afwegingen over wel/niet reanimeren of wel/niet doorbehandelen gekomen wordt.

Ook buiten instellingen staat kwaliteit van leven door de algemene maatregelen met betrekking tot *social distancing* onder druk. 'Het huishouden' is op dit moment de enige toegestane vorm van samenkomen (met uitzondering van jonge kinderen, die weer samen mogen spelen). Alleenstaanden van alle leeftijden komen door deze norm letterlijk alleen te staan. De aanbeveling om in het voorkomen en vertragen van besmetting meer ruimte voor maatwerk toe te staan, kan ook hier gelden. Dat betekent concreet:

Bied alleenstaanden van alle leeftijden de ruimte om toch beperkt samen te komen met anderen, bijvoorbeeld door hen toe te staan met een beperkt aantal andere personen een tijdelijk 'huishouden' te vormen. Dit kan mentale gezondheidsschade van sociaal isolement op langere termijn voorkomen. Ook hier geldt de verantwoordelijkheid van 'huishoudens' om hun andere sociale contacten te minimaliseren.

Het voorkomen en vertragen van besmetting is dus één aspect van kwaliteit van leven in plaats van het enige aspect. Zowel in de periode van het versoepelen van maatregelen als in een mogelijke fase van nieuwe verspreiding van het virus. De context bepaalt hoeveel gewicht dit aspect zou moeten krijgen – en dat kan dus per sector, instelling, locatie of huishouden verschillen. Laagdrempelig testen (en dat ook goed begeleiden en monitoren), contactonderzoek verrichten en beschermingsmiddelen inzetten zijn daarbij belangrijke voorwaarden.

Thema 2 Ongelijkheid & kwetsbare groepen

‘Kwetsbaar’ ben je in deze crisis als je bovengemiddeld kans hebt op een ernstig verloop van de ziekteverschijnselen die het coronavirus veroorzaakt. Samen moeten we deze kwetsbare groep beschermen. De crisisaanpak is daarop gericht. Maar daarmee sluiten we onze ogen voor andere sociale- en gezondheidsrisico's voor kwetsbare groepen die het gevolg zijn van de crisisaanpak – en dus voor andere voorwaarden voor goed en gezond (samen)leven.

Immers: kwetsbaar zijn ook de kinderen in het voortgezet speciaal onderwijs die straks nog niet naar school mogen, kinderen en volwassenen met een beperking die normaal gesproken naar de dagbesteding kunnen, kinderen met leerachterstanden die nog verder achterop raken, gezinnen waar het onveilig is, dak- en thuislozen, chronisch zieken die onvoldoende begeleid worden en zieke mensen wiens behandeling of operatie wordt uitgesteld. En er is een snel groeiende kwetsbare groep van mensen met weinig financiële reserves die hun baan of bedrijf verliezen en daar grote zorgen over hebben. Al deze groepen worden hard getroffen door de crisismaatregelen en dragen meer risico voor de negatieve gevolgen ervan op lange termijn. Het gaat daarbij zowel om directe gezondheidseffecten, door alle reguliere zorg die is uitgesteld of aangepast, als om indirecte gezondheidseffecten nu en straks: gezondheidsschade op korte en langere termijn door (stapeling van) stress, schulden, eenzaamheid, armoede, huiselijk geweld, dakloosheid of leerachterstanden.

De crisisaanpak leidt daarom gemakkelijk tot toename van ongelijkheden. Dat plaatst de vraag naar solidariteit in een ander daglicht. Welke kwetsbare groepen willen we als samenleving beschermen? Dat is het dilemma waar we voor staan: wanneer gaat afstand houden ten behoeve van de gezondheid van de ene kwetsbare groep ten koste van goed en gezond (samen)leven van vele andere kwetsbare groepen? Groepen die normaal gesproken juist gebaat zijn bij nabijheid en ontmoeting op de dagbesteding, op school, bij de zorgverlener of therapeut.

In de komende fase is het nodig om verantwoordelijkheid te nemen voor de ongelijke gevolgen van de crisis voor de kansen op goed en gezond (samen)leven van kwetsbare groepen in Nederland. Dat betekent dat politiek en beleid in de afwegingen over hoe nu verder vanuit een bredere opvatting over kwetsbaarheid verschil moeten gaan maken in de manier waarop we maatregelen uit de crisisfase verruimen. Hoe?

De RVS beveelt politiek en beleid aan om bij het versoepelen van de crisismaatregelen voorrang te geven aan kwetsbare groepen, namelijk daar waar de sociale- en gezondheidsrisico's als gevolg van de crisisaanpak het grootst zijn. Dat betekent concreet:

Sta versoepelingen van de maatregelen als eerste toe op die plekken waar de verhouding tussen winst in termen van goed en gezond (samen)leven versus risico op verspreiding van het virus het meest voordelig uitvalt. De mate waarin bepaalde groepen voor hun basale levensbehoeften afhankelijk zijn van anderen kan houvast bieden voor het maken van dit type onderscheid. Dus bijvoorbeeld eerst weer dagbesteding voor psychiatrische patiënten, zorg en begeleiding voor kinderen met een beperking, of hervatting van werk op sociale werkvoorzieningen. Daarin is fysieke nabijheid onvermijdelijk. Een anderhalvemetersamenleving werkt hier simpelweg niet. Dat betekent dan ook dat voldoende beschermingsmiddelen en testcapaciteit voor zowel betrokken professionals als cliënten en hun naasten hier van groot belang zijn.

Onderschat de gezondheidseffecten van stress, onzekerheid en werkloosheid niet. De mentale gevolgen van de crisis kunnen we bij lange na niet overzien. De positie van kleine ondernemers, mensen met flexibele contracten en zzp'ers komt niet alleen in economische zin onder druk te staan, maar (financiële) onzekerheid kan ook leiden tot stress en gezondheidsklachten op langere termijn. Signaleer daarom waar bestaanszekerheid door de crisis onder druk komt te staan en wees daar op lokaal niveau tijdig bij. Niet alleen vanuit economische overwegingen, maar ook vanuit de maatschappelijke gevolgen van bestaansonzekerheid voor gezondheid, welzijn en participatie van mensen. In het recente advies *Herstel begint met een huis* heeft de RVS laten zien dat bestaansonzekerheid een belangrijke onderliggende verklaring voor dakloosheid is. In dat advies biedt de RVS ook handvatten voor vroegsignalering van bestaanszekerheid.

Een bredere opvatting over wat mensen kwetsbaar maakt helpt om meer verschil te maken in of, hoe en wanneer maatregelen worden verruimd. Dat geldt ook voor de communicatie daarover: die moet toegankelijk en begrijpelijk zijn al naar gelang de doelgroep. Te zijner tijd is het in het verlengde hiervan ook goed om al na te denken in welke volgorde een eventueel vaccin toegankelijk wordt, wat ons betreft te beginnen met kwetsbare groepen.

Thema 3 Zorg & ondersteuning in beweging

Afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven raken het hart van zorg en ondersteuning, en daarmee ook aan de organisatie daarvan. Nog nooit werden zorg en ondersteuning op zo'n grote schaal stopgezet. De schade daarvan is groot en de inhaalslag waar gehandicaptenzorg, jeugdhulp, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, thuiszorg én alle niet-acute medische zorg voor staan is enorm. Hoe komen we tot een situatie waarin alle andere vormen van zorg en ondersteuning weer toegankelijk worden én blijven, zelfs als het virus zich opnieuw snel zou verspreiden en overbelasting van IC- en acute zorg dreigt?

De crisis biedt mogelijkheden om in de komende tijd systeemfouten waar we al langer tegenaan lopen op te lossen. We zien goede ontwikkelingen. Samenwerking tussen zorgaanbieders komt ineens van de grond en veel mooie zorginnovaties zien het licht. Het aanpassingsvermogen van zorg en ondersteuning is groot en de ruimte voor innovatie, creativiteit en ondernemerschap wordt ten volle benut. Instellingsbelangen worden veel meer losgelaten dan voorheen – en ook dat is winst. Daarnaast is er nu de mogelijkheid om inzicht te krijgen in overmedicalisering en overbehandeling. Dat is zeker relevant met oog op de toekomst.

Als we niet oppassen raken deze goede ontwikkelingen na de acute fase van de crisis verstrikt in regels, procedures en financiële kaders zoals die voor de crisis golden. Bijvoorbeeld als het gaat om het experimenteren met zorg op afstand. Zowel zorg- en hulpverleners als patiënten en cliënten ervaren nu wat er digitaal mogelijk is. Het scheelt (reis)tijd en hoeft in kwaliteit lang niet altijd onder te doen voor een gesprek in de spreekkamer of thuis. Vraagstukken met betrekking tot toegankelijkheid, privacy, digitale vaardigheden en financiering komen nu scherp in beeld en kunnen dus heel gericht worden opgepakt. De crisis maakt het mogelijk om wet- en regelgeving aan te passen op de praktijk, in plaats van andersom. Hoe?

De RVS adviseert om de ruimte voor samenwerking en innovatie die de crisis heeft opgeleverd te benutten bij het hervatten van zorg en ondersteuning in de fase na de crisis. Maatregelen die zorgverleners en -organisaties flexibiliteit bieden helpen daarbij – juist ook om te blijven leren en reflecteren. Dat betekent concreet:

Maak verwijzingen, beschikkingen en indicatiestellingen op maat niet alleen nu maar structureel mogelijk. Zodat in elke casus een afweging plaatsvindt over waar en hoe veilige en verantwoorde zorg of ondersteuning geboden kan worden. Bijvoorbeeld als het gaat om het snel verplaatsen van zorg van ziekenhuis naar verpleeghuis, of om het voeren van een indicatiegesprek op afstand in plaats van in persoon.

Focus niet alleen op onderbehandeling en de gevolgen daarvan, maar durf ook in beeld te brengen waar het niet leveren van zorg of ondersteuning positief uitpakt. Het is wenselijk dat er met spoed onderzoek wordt gedaan naar de effecten van de opgeschorte zorg. Het initiatief ligt bij de partijen in het veld; Zorginstituut Nederland heeft hierin vanuit haar wettelijke taken ook een belangrijke rol. De crisis biedt een kans om overmedicalisering en overbehandeling in de praktijk te doorbreken. Dat kan een goede balans in kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning bevorderen, en ook interessante inzichten bieden ten aanzien van preventie.

Bied zekerheid en ruimte aan grote én kleine zorgaanbieders door in deze fase met aanneemsommen in plaats van p x q-financiering te werken. Zorgverzekeraars doen dat al ten dele door bijvoorbeeld ziekenhuizen ondanks de grootschalige behandelstop te blijven financieren. Ook gemeenten kunnen hier veel in betekenen. Dat geeft zorgaanbieders in alle sectoren de kans om vanuit wederzijds vertrouwen te verkennen hoe en in welke (nieuwe) vorm zij hun zorg weer kunnen oppakken. Het is bovendien een vorm van risico's delen die past bij het publieke belang dat zorgaanbieders dienen. Er mag ook wat tegenover staan, zoals toetsing op zinnige zorg of digitaal aanbod. Ten slotte biedt deze vorm van financiële zekerheid ruimte voor het vormgeven van innovatieve praktijken, waarop later kritisch en evenwichtig gereflecteerd kan worden met zowel zorgverzekeraars en gemeenten als patiënten en cliënten.

De wens tot meer domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals en tussen organisaties in het belang van kwaliteit van zorg en ondersteuning klinkt al langer, maar komt nu in een stroomversnelling. Het is waardevol om scherp te krijgen hoe dat precies verloopt. Dat betekent concreet:

Inventariseer hoe en onder welke voorwaarden samenwerking nu tot stand komt, en waar die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning ten goede komt (en ook waar niet!). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zou hier mogelijk een rol in kunnen hebben.

De vernieuwing van nu is indrukwekkend en kan voor patiënten en cliënten ook echt een waardevolle verandering betekenen. Daarom is dit advies ook een oproep tot flexibiliteit gericht aan overheid, zorgverzekeraars en beroepsgroepen waar het gaat om het snel aanpassen, loslaten of verbeteren van regels en procedures. Dat betekent concreet:

Omarm 'zorg op afstand' niet als hét nieuwe normaal, maar als waardevolle en onmisbare uitbreiding van het repertoire dat zorg- en hulpverleners te bieden hebben. Professionals zijn aan zet om in overleg met hun cliënten en patiënten steeds een afweging te maken over welke vorm van zorg of ondersteuning passend is. Dat heeft gevolgen voor ons begrip van kwaliteit en veiligheid van zorg. Regels en procedures moeten daarbij aansluiten.

Improvisatievermogen en innovatiekracht van patiënten, professionals en bestuurders hebben tijdens de crisis een hoge vlucht genomen. Daarop voortborduren vraagt enerzijds alertheid om te kunnen behouden wat goed blijkt te werken en zicht te krijgen op waar regels en procedures dat belemmeren. Anderzijds vraagt het om te blijven reflecteren op de vraag of de lessen ook passen in een niet-crisis fase.

Thema 4 Adaptief bestuur & leiderschap

Meer ruimte voor maatwerk door burgers, professionals en bestuurders vraagt om een ander type politieke besluitvorming dan in de crisisfase. Politieke besluitvorming ligt in de crisis bij een klein deel van het kabinet, met verantwoording in het parlement achteraf. Die volgorde van beslissen en verantwoorden maakt het democratisch proces op langere termijn kwetsbaar.

Die kwetsbaarheid is in de crisisfase versterkt door de wijze waarop beleid en kennis verstrengeld raakten. Politieke besluiten werden een-op-een gekoppeld aan adviezen van het Outbreak Management Team (OMT), in de veronderstelling dat ze daarmee beter uitlegbaar en verdedigbaar zijn. Dat is problematisch. Beleid vraagt immers om politieke en normatieve afwegingen tussen verschillende waarden, voor- en nadelen van interventies en het omgaan met risico's. Kennis kan gebruikt worden om politieke afwegingen te onderbouwen, maar de politiek zal altijd zelf moeten gaan staan voor de keuzes die ze uiteindelijk maakt. Kennis kan dat nooit vervangen.

Bovendien is de keuze voor het type kennis dat gebruikt wordt als onderbouwing van politieke besluiten in de crisis beperkt geweest. Van vele kanten klinkt inmiddels de roep om verbreding en wordt gepleit voor het betrekken van sociologen, ethici, economen, biologen, bestuurskundigen, pedagogen, kunstenaars, filosofen, antropologen en anderen bij de totstandkoming van beleid voor de volgende fase. Van andere kanten klinkt om vergelijkbare redenen de roep om burgers veel meer inspraak te geven.

In feite is dit een brede roep om adaptief bestuur en leiderschap. Dat is een vorm van bestuur die in een onvoorspelbare en complexe realiteit borgt dat er voldoende ruimte blijft voor afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven. En een vorm van leiderschap waarbij lastige politieke keuzes zich niet verschuilen achter kennis en expertise, maar onzekerheden en botsende inzichten benoemd mogen worden. Daarbij past dan ook het betrekken van verschillende informatiebronnen en perspectieven.

De RVS ondersteunt de roep om verbreding en pleit voor een snelle overgang van crisisbestuur naar adaptief bestuur. Hoe?

De RVS beveelt aan om in de komende fase brede en openlijke inspraak, ruggenspraak en tegenspraak te organiseren. Dat betekent concreet:

Uitbreiden en verbreden van wetenschappelijke expertise én ervaringskennis die gebruikt wordt als input voor politieke besluitvorming. Dat geldt op korte termijn voor het Outbreak Management Team, maar met oog op de langere termijn is het ook nuttig om andere kennisverbanden te benutten. In de afgelopen jaren is in het kader van de Nationale Wetenschapsagenda ervaring opgedaan met onderzoek naar grote maatschappelijke uitdagingen. Daarbij worden zowel burgers, bedrijven, NGO's, kennisinstellingen als overheidsorganisaties betrokken. Uit dat proces en de lessen die daaruit getrokken zijn kan geput worden.

Om een gelijkwaardige, constructief kritische dialoog te kunnen voeren is gelijkwaardige toegang tot kennisbronnen noodzakelijk. Dat pleit voor het openbaar maken van rekenmodellen, onder meer van het RIVM, en voor het publiceren van wetenschappelijke kennis die nu ontwikkeld wordt via open access kanalen (in lijn met kabinetsbeleid m.b.t. open science).

Borg een zorgvuldige bespreking en stemming over de wet Coördinatie uitzonderingstoestanden die nu voorligt in het parlement. De wet beoogt het democratische proces in de politieke besluitvorming te herstellen. Dat is goed, maar begint bij zorgvuldige politieke besluitvorming over de wet zelf.

Ook heel praktische, empirische kennis en ervaring kan benut worden bij afwegingen in de komende fase. Dat betekent concreet:

Geef burgers zelf een veel grotere rol in het monitoren van ziektesymptomen en in het doen van contactonderzoek. Hierin kunnen we leren van andere landen. Onder meer Duitsland, Australië en Canada hebben gekozen voor een vorm van 'citizen science' via een app van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze app maakt het mogelijk dat vrijwilligers snel en gericht contactonderzoek kunnen doen onder coördinatie en begeleiding van de GGD. Op deze manier levert 'empirische' kennis input voor politieke afwegingen over maatregelen. Ook in eigen land zijn goede initiatieven om burgers iets in handen te geven om zelf alert te kunnen zijn op symptomen, met daarbij aanwijzingen voor tijdig inschakelen van zorg.

Het verwelkomen van andere perspectieven, kennis en ervaringen draagt bij aan adaptief bestuur en mobiliseert betrokkenheid van burgers en organisaties bij besluitvorming. Dat is een belangrijke democratische basis voor de complexe afwegingen die nog voor ons liggen.

Tot slot: Vertrouwen & veerkracht

Dit advies wil bijdragen aan meer ruimte voor maatwerk binnen algemene kaders. Dat is nodig in het belang van bredere afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven in tijden van corona. Juist nu het virus naar verwachting nog wel even onder ons blijft. Aan de hand van vier thema's heeft de Raad aanbevelingen gedaan over de vorm waarin en de voorwaarden waaronder dat maatwerk kan ontstaan. Daaronder liggen tot slot twee belangrijke pijlers: vertrouwen en veerkracht.

Ruimte voor maatwerk krijgt alleen de kans als er ook vertrouwen is dat burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers – elk vanuit hun eigen rol en context – gedeeld verantwoordelijkheidsbesef hebben. Dat ze niet alleen een eigen invulling kunnen geven aan algemene maatregelen, maar ook verantwoordelijkheid nemen voor de gevolgen daarvan. De belangrijkste opdracht aan de landelijke overheid is om de samenleving te helpen verantwoordelijkheid te nemen en om te gaan met de onzekerheden die horen bij het (samen)leven in tijden van corona. Daarbij past een manier van verantwoording afleggen die gebaseerd is op vertrouwen (vgl. *Blijk van vertrouwen* RVS 2019) – en dat is een welkome tegenkracht in tijden waarin angst gemakkelijk kan gaan regeren.

De veerkracht van onze samenleving blijkt keer op keer groot, zowel in de publieke en private sector als in de privésfeer. In deze crisis is daarop een groot beroep gedaan. In de tijd die voor ons ligt zal dat beroep alleen maar groeien. Immers, met een economische recessie in zicht en een oplopende staatsschuld zal de roep om bezuinigingen gaan klinken. Een belangrijke les uit de vorige crisis is dat het jarenlang met de kaasschaaf bezuinigen de vitaliteit van onze samenleving – en de publieke sector in het bijzonder – onder druk zet. Het leidt tot een toename van controles en procedures, smoort vernieuwing in de kiem en knaagt aan de waardering voor het werk dat wordt verricht. Dat staat in schril contrast met de vitaliteit en vernieuwingskracht van dit moment. Het zal grote evenwichtskunst vergen om te balanceren tussen financiële en solidaire overwegingen. Ook hier geldt dat maatwerk binnen algemene kaders nodig zal zijn: de kwetsbaarheid van veel mensen in de samenleving zal toenemen en meer dan ooit is het belangrijk om hen een passend perspectief te blijven bieden.

Ruimte bieden aan de veerkracht van onze samenleving betekent ten slotte dat het statische beeld van 'de anderhalvemetersamenleving' tekortschiet voor de fase die komt. De norm van afstand lijkt daarin absoluut te worden: statisch en uniform. Dat doet geen recht aan de complexiteit en onzekerheid van vandaag en morgen én zet afwegingen over wat van waarde is voor gezond, sociaal leven onder druk. Bovendien maakt het burgers, professionals en organisaties passieve uitvoerders van een centrale opdracht. Dat gaat ten koste van de vitaliteit en solidariteit in onze samenleving op lange termijn. Complexe afwegingen en creativiteit zijn steeds weer, en op alle niveaus nodig, om in de komende tijd tot goed (samen)leven te komen. Daarin is niet 'samen volhouden', maar 'samen doen' het devies: vanuit vertrouwen in de veerkracht én het verantwoordelijkheidsbesef van onze samenleving.

Verantwoording & vervolg

De RVS pakt in het licht van de aanbevelingen van dit advies een aantal projecten met voorrang op:

De projecten 'De kunst van het innoveren' en 'Gezonde digitale leefomgeving' gaan vervroegd van start, om te beginnen met een gevraagd advies over zorg op afstand. Op korte termijn verschijnt bovendien het advies over regie op toegankelijke acute zorg. Ook het thema 'zorgen in een krappe arbeidsmarkt' wordt in het licht van de coronacrisis naar voren gehaald.

Het advies over het gesprek over de dood wordt met voorrang opgepakt, om een bijdrage te leveren aan ruimte voor afwegingen rond waardig sterven.

Het advies over de positie van mensen die permanent op het randje van bestaanszekerheid balanceren wordt met voorrang en in het licht van de erfenis van deze crisis opgepakt. Het advies *Herstel begint met een huis* (april 2020) vestigde reeds de aandacht op de risico's van bestaansonzekerheid en hoe die doorwerken in processen van sociale uitsluiting.

Hoe zijn we tot dit advies gekomen?

In de korte voorbereiding van dit advies hebben wij veel gesprekken gevoerd en informatie opgehaald uit wetenschap, beleid en praktijk. Hieronder geven we een beknopt overzicht. Via deze weg willen wij alle betrokkenen hartelijk danken voor hun waardevolle perspectieven, inzichten en suggesties. De RVS adviseert onafhankelijk. De gesprekken die we tijdens de voorbereiding van dit advies hebben gevoerd hebben dan ook niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan de inhoud van dit advies gecommitteerd.

Raadpleging 'In het Oog van de Storm'

De ervaringen van cliënten, mantelzorgers, professionals en bestuurders tijdens de coronacrisis vormen voor de Raad een belangrijk startpunt voor zijn advisering. Daarom hebben wij een online raadpleging 'In het Oog van de Storm' opgezet en verspreid binnen ons netwerk en via onze social media-kanalen. In de raadpleging vragen we naar ervaringen in de coronacrisis. Tot dusver reageerden 4684 mensen op onze digitale raadpleging. In een later stadium zullen wij de uitgebreide resultaten van deze raadpleging presenteren.

Expertise KennisRing en VeRS

De Raad heeft dankbaar gebruik gemaakt van de kennis en ervaringen van de leden van VeRS, het talentennetwerk van de RVS, en de KennisRing, het expertnetwerk van de RVS. Daarnaast zijn er met verschillende leden van deze netwerken verdiepende interviews gevoerd.

Remco Bakker	<i>Voorzitter Raad van Bestuur Raphaelstichting</i>
Roland Bal	<i>Hoogleraar Bestuur en Beleid van de Gezondheidszorg EUR</i>
Abdelilah el Barzouhi	<i>Cardioloog in opleiding HagaZiekenhuis</i>
Iris van Bennekom	<i>Lid Raad van Bestuur WilgaerdenLeekerweideGroep</i>
Souhail Chaghrouani	<i>Controller Maatschappelijke Ontwikkeling Gemeente Utrecht</i>
Rob Dijkstra	<i>Huisarts in Amsterdam</i>
Frido Kraanen	<i>Lid Raad van Bestuur Omring</i>
Hetty Linden	<i>Bouwer strategische allianties Gemeente Utrecht</i>
Maria van den Muijsenbergh	<i>Bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale EerstelijnsZorg Radboudumc</i>
Hans van Santen	<i>Huisarts</i>
Marit Tanke	<i>Directeur Strategie en Innovatie VGZ</i>
Anita Wydoodt	<i>Lid Raad van Bestuur Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis</i>

Overige gesprekken met experts

Naast de gesprekken met de leden van de KennisRing en VeRS heeft de Raad gesproken met verschillende experts met uiteenlopende perspectieven:

Amrish Baidjoe	<i>Assistant Professor Humanitarian health emergencies, London School of Hygiene and Tropical Medicine</i>
Peter Bennemeer	<i>Lid raad van advies Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd</i>
Wim van Erp	<i>Anesthesioloog-intensivist, n.p.</i>
Armand Girbes	<i>Intensivist Amsterdam UMC</i>
Sjaak de Gouw	<i>Directeur Publieke Gezondheid Hollands Midden</i>
Joep de Groot	<i>Voorzitter Raad van Bestuur CZ</i>
Ira Helsloot	<i>Hoogleraar Besturen van Veiligheid Radboud Universiteit Nijmegen</i>
Ab Klink	<i>Voorzitter Raad van Bestuur VGZ</i>
José Manshanden	<i>Directeur GGD Amsterdam</i>
Sander Visser	<i>Partner Strategy&</i>
Andreas Voss	<i>Hoogleraar infectiepreventie Radboud Universiteit Nijmegen</i>
Mark van der Wel	<i>Huisarts Wijkgezondheidscentrum Lindenholt Nijmegen</i>
Sjaak Wijma	<i>Voorzitter Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland</i>

Geraadpleegde bronnen

De Raad heeft gebruikt gemaakt van verschillende wetenschappelijke bronnen, artikelen en blogs in zijn advisering. De selectie van deze artikelen is gemaakt door de staf van de RVS. Daarnaast is gebruik gemaakt van literatuursuggesties van leden van de KennisRing en Vers. Onderstaande lijst geeft een overzicht van de belangrijkste bronnen die zijn gebruikt tijdens de totstandkoming van dit advies.

Wetenschappelijke literatuur

- Ahmed, F., Ahmed, N.E., Pissarides, C. & Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Health*.
- Boin, A. & Lodge, M. (2016). Designing resilient institutions for transboundary crisis management. A time for public administration. *Public Administration*, 94 (2), 289-298.
- Briscese, G., Lacetera, N., Macis, M., & Tonin, M. (2020). *Compliance with COVID-19 Social-Distancing Measures in Italy: The Role of Expectations and Duration* (No. w26916). National Bureau of Economic Research.
- Carney, T., & Bennett, B. (2014). Framing pandemic management: New governance, science or culture?. *Health Sociology Review*, 23(2), 136-147.
- Galea, S., Merchant, R.M. & Lurie, N. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine*.
- Horton, R. (2020). Offline: CoHERE—a call for a post-pandemic health strategy. *Lancet (London, England)*, 395(10232), 1242.
- Lin, L., Savoia, E., Agboola, F. et al (2014). What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systemic review of the literature. *BMC Public Health* 14, 484.
- Long, N. J. (2020). From social distancing to social containment: reimagining sociality for the coronavirus pandemic. *Medicine Anthropology Theory*
- Uscher-Pines, L., Duggan, P.S., Garron, J.P., Karron, R. & Faden, R. (2007). Planning for an Influenza Pandemic: Social Justice and Disadvantaged Groups. *The Hastings Center Report*, 37(4), 32-39.
- Reger, M.A., Stanley, I.H. & Joiner, T.E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 – A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. Online publicatie 10 april 2020.
- Rhodes, T., Lancaster, K. & Rosengarten, M. (2020). A model society: maths, models and expertise in viral outbreaks, *Critical Public Health*.
- Smith, M., & Upshur, R. (2019). Pandemic Disease, Public Health, and Ethics *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*

Overige bronnen:

'Onderzoek is de hand aan de kraan' | *De Groene Amsterdammer* | Jop de Vrieze | 15 april 2020

Doden in verpleeghuizen: zoek niet naar schuldigen, maar richt je op kwaliteit van leven | *NRC Handelsblad* | Anne-Mei The | 14 april 2020

Heiligt het doel de middelen? Filosoof Marli Huijer: 'Ik weet eigenlijk niet wat het doel is' | *De Volkskrant* | Marli Huijer | 8 april 2020

'Het virus zou niet discrimineren en iedereen treffen. Niets blijkt minder waar' | *Knack* | Saskia de Coster | 16 april 2020

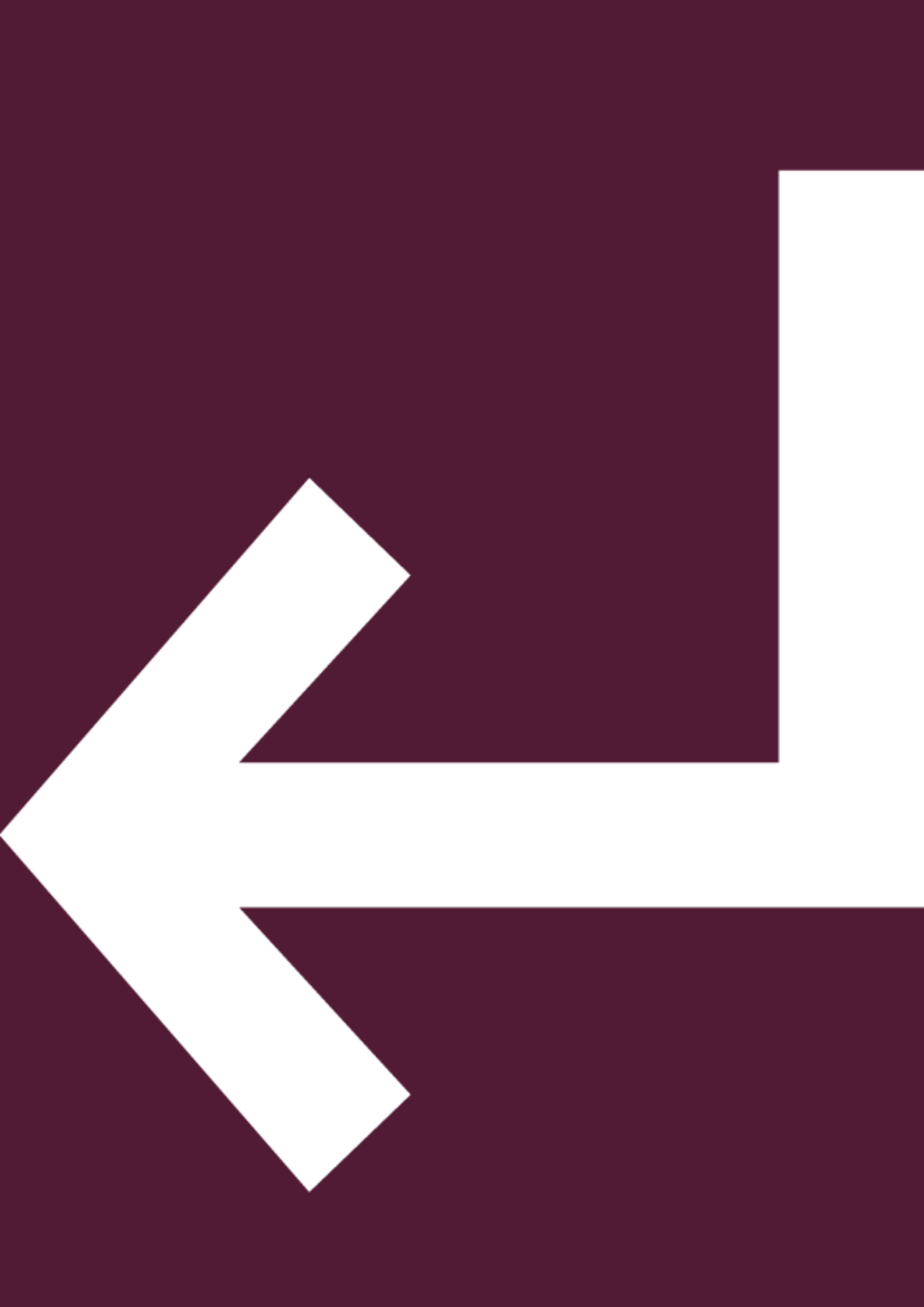
Kwetsbare mechaniekjes | *NRC Handelsblad* | Ilja Leonard Pfeiffer | 14 april 2020

Yuval Noah Harari: the world after coronavirus | *Financial Times* | Yuval Noah Harari | 20 maart 2020

Mettau, P. en Hulsenboom, Z. (red.) (2018). *Adaptief bestuur. Essays over adaptiviteit en openbaar bestuur*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken.

Voorbereiding

Dit advies is voorbereid door een commissie bestaande uit Jet Bussemaker, Jan Kremer, Pieter Hilhorst (raadsleden), Stannie Driessen (directeur) en Willemijn van der Zwaard, Jan-Luuk Hoff en Marina de Lint (adviseurs).



Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving