

Corona: katalysator of struikelblok voor groenere ziekenhuiszorg?

mei 2020

Samenvatting

De afgelopen maanden houdt de coronacrisis de wereld in zijn greep. Er is nog maar beperkt aandacht voor thema's die kortgeleden nog midden in de belangstelling stonden. Eén zo'n thema is de verduurzaming van de maatschappij, en niet in het minst van de zorg, de sector waarop nu alle ogen gericht zijn. Het is de vraag of de coronacrisis een hobbel is in de weg naar verduurzaming of juist als katalysator de vergroening van de zorg kan versnellen. Welke positieve lessen kunnen we trekken uit de huidige crisis? Corona geeft ons een spoedcursus in duurzame en toekomstbestendige zorg. Zo leren we dat we met veel minder ziekenhuisbezoeken af kunnen. De CO₂-uitstoot van de reisbewegingen van patiënten kan structureel met een kwart dalen, een reductie van 75 kiloton CO₂ per jaar. Dat staat gelijk aan de jaarlijkse uitstoot van 10.000 huishoudens of de CO₂-besparing van 200 voetbalvelden vol zonnepanelen. Die reductie kan een positieve en belangrijke bijwerking zijn naast alle ellende die corona heeft veroorzaakt.

Corona doorkruist de lange weg naar verduurzaming

Een paar maanden terug. Er is veel aandacht voor duurzaamheid en steeds meer steun in Nederland voor meer maatregelen om klimaatverandering tegen te gaan¹.

De klimaatverandering heeft een enorme impact op de wereld en vraagt om radicale gedragsverandering van iedereen. Er ligt een grote maatschappelijke uitdaging om onze CO₂-uitstoot drastisch te verlagen en zo de klimaatverandering af te remmen. De gestelde doelstellingen in het verdrag van Parijs zijn immens: per 2030 een afname van CO₂-uitstoot van 49%. Om dit te halen moeten de bouw, de landbouw en ook de zorg radicaal aan de slag om te verduurzamen.

De 'Green Deal Duurzame Zorg' stelt als doel om de CO₂-uitstoot in tien jaar tijd te halveren². De bereidheid om te verduurzamen neemt toe. Toch blijkt het moeilijk om grootschalig in actie te komen. Voor velen is het probleem niet urgent genoeg. Hoewel Nederland stappen zet – denk aan maatregelen in de landbouw, de bouwsector en op de snelweg – ligt de CO₂-uitstoot nog niet op koers voor halvering in 2030. Nederland loopt achter op haar belofte^{3,4}.

1 Het onderwerp milieu en klimaat bereikte in het laatste kwartaal van 2019 de tweede plaats in het nationale probleembesef, zie SCP, Continu Onderzoek Burgerperspectieven 2019|4

2 <https://milieuplatformzorg.nl/green-deal/>

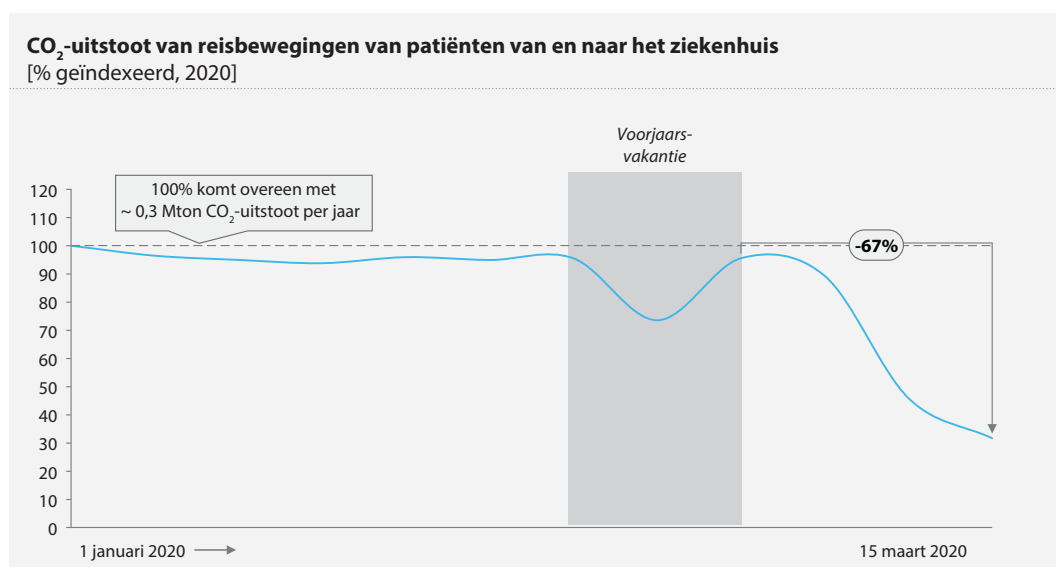
3 PBL, Klimaat- en energieverkenning 2019

4 NOS, Hoge Raad houdt Urgenda-vonnis in stand: kabinet moet uitstoot terugdringen, 20 december 2019

Terug naar vandaag. De komst van het coronavirus heeft onze maatschappij veranderd.

De afgelopen maanden heeft het virus zich snel verspreid. Het openbare leven, het onderwijs, de zorg en de economie kregen enorme klappen. In het nieuws wordt vrijwel nergens anders meer over gesproken. Onderwerpen als de Brexit, de vluchtelingencrisis en de klimaatverandering lijken er niet meer toe te doen.

Iedereen wordt gedwongen in rap tempo te wennen aan een nieuwe werkelijkheid. De manier waarop we ons werk doen, met elkaar omgaan, onze vrije tijd besteden, ons onderwijs krijgen; het heeft allemaal een nieuwe vorm gekregen. Ook de ziekenhuiszorg is veranderd. Zolang er geen effectief vaccin is, is het noodzakelijk om de zorg met meer afstand en minder fysieke bezoeken in te richten. Wat betekent dat voor duurzaamheid? Daarvoor biedt de coronacrisis kansen. Er is namelijk momentum ontstaan om de zorg snel slimmer in te richten. De coronacrisis kan de katalysator zijn voor de vergroening van de zorg.



Figuur 1 – Ontwikkeling van ziekenhuisbezoeken in de periode januari – maart 2020⁵

Corona als katalysator voor groenere ziekenhuiszorg door minder ziekenhuisbezoeken

Ziekenhuisbezoeken van patiënten, een belangrijke bron van CO₂-uitstoot, daalden tijdens de piek van coronacrisis abrupt met bijna 70%.

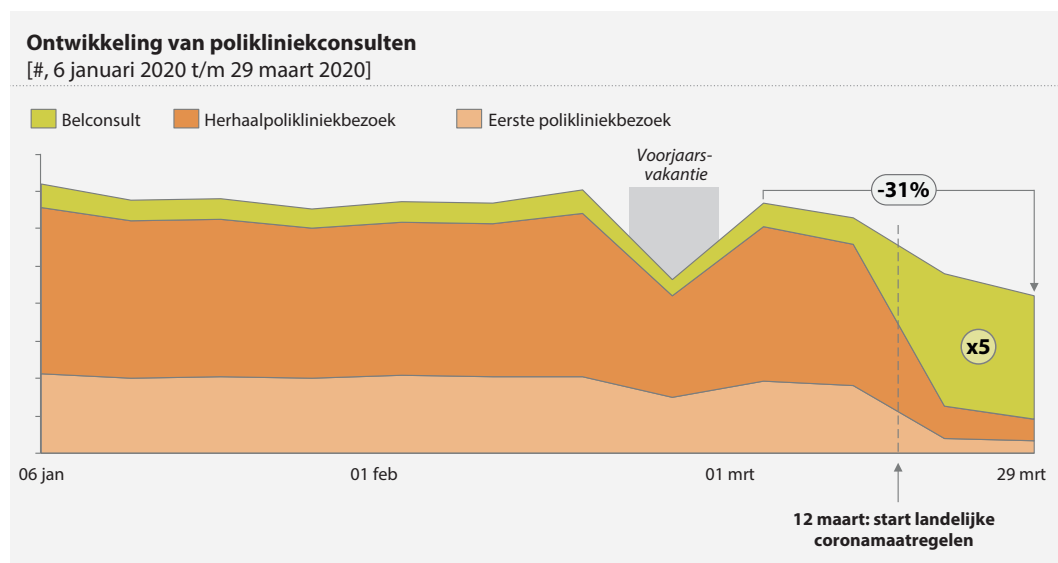
Een belangrijk deel van de CO₂-uitstoot in de zorg komt van reisbewegingen van patiënten en personeel⁶. In maart werden verregaande maatregelen getroffen om infecties te voorkomen. Patiënten stelden hun ziekenhuisbezoek uit voorzorg uit. Polikliniekbezoeken werden vervangen door telefonische consulten. Geplande operaties werden afgezegd. Het aantal ziekenhuisbezoeken daalde daardoor abrupt met bijna 70%, zoals weergegeven in Figuur 1, en kwam daarmee op het laagste niveau van de afgelopen decennia. Dit leverde in de periode van half maart tot en met half mei een eenmalige reductie in CO₂-uitstoot op van 30 kiloton.

5 Ziekenhuisdatabase Gupta Strategists

6 Gupta Strategists, Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg, Gupta Strategists, mei 2019

Veel ziekenhuisbezoeken werden vervangen door zorg op afstand.

Door de beperkingen zijn we de afgelopen maanden gedwongen om acuut over te stappen van fysieke afspraken naar (zorg)contact op afstand. In de tweede helft van maart is zo'n 30% van de poliklinische consulten afgezegd, maar is 70% van deze zorg wél doorgedaan, zoals te zien is in Figuur 2. Dat was mogelijk omdat het overgrote deel van de ziekenhuisbezoeken (zowel eerste polikliniekbezoeken⁷ als herhaalpolikliniekbezoeken) vervangen kon worden door belconsulten⁸. Het aandeel belconsulten is in deze periode met een factor vijf toegenomen.



Figuur 2 – Ontwikkeling van polibezoeken in de periode januari – maart 2020

Uiteraard was dit een uitzonderlijke en onwenselijke situatie. Maar kan deze acute transitie de structurele reductie in CO₂-uitstoot door reisbewegingen versnellen? Die kans is er zeker. Er zijn namelijk meer voordelen aan zorgcontact op afstand dan alleen infectiepreventie. Het is voor veel patiënten namelijk gemakkelijker en soms ook prettiger om een gesprek met de arts vanuit huis te voeren. Het scheelt veel reistijd en wachten. Bovendien kan observatie van de patiënt in zijn thuissituatie nuttig zijn voor de behandelend arts.

De CO₂-uitstoot door reisbewegingen van patiënten is structureel met 25% te verminderen.

We schatten in dat de CO₂-uitstoot door ziekenhuisbezoeken structureel met een kwart kan afnemen met corona als katalysator, zoals weergegeven in Figuur 3. Dat komt overeen met een jaarlijkse reductie op van 75 kiloton CO₂, evenveel als het directe verbruik⁹ van 10.000 huishoudens of de CO₂-besparing van 200 voetbalvelden vol zonnepanelen¹⁰. De ziekenhuisbezoeken klimmen waarschijnlijk geleidelijk uit het dal van maart, maar blijven op een structureel lager aantal ziekenhuisbezoeken. Dat is realistisch omdat er een win-win-win te behalen is: minder besmettingsgevaar, betere patiëntervaring met behoud of verbetering van de uitkomsten van zorg én een verlaging van de CO₂-voetafdruk.

7 Ook eerste polikliniekbezoeken mochten tijdens de coronacrisis telefonisch afgenomen worden. Hiervoor was geen aparte code. In deze analyse is gewerkt met de inschatting dat de helft van de eerste polikliniekbezoeken als belconsult plaatsvond

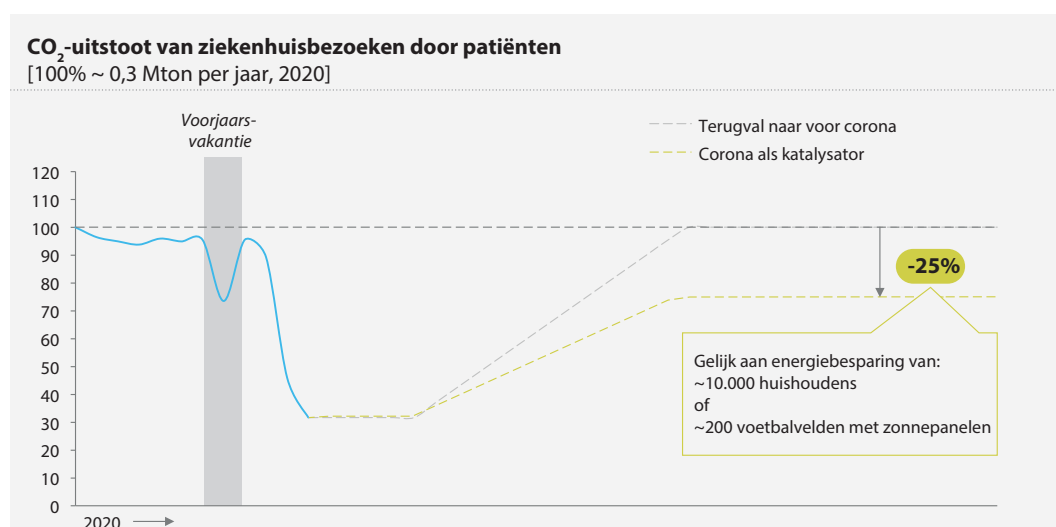
8 Zorgactiviteitcode 190162 'Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek'

9 <https://www.milieucentraal.nl/klimaat-en-aarde/klimaatklappers/wat-is-je-co2-voetafdruk/>

10 <https://www.zonnepanelen-info.nl/co2-besparing-per-jaar-met-zonnepanelen/>

Noodgedwongen ervaring met zorg op afstand kan katalysator zijn voor verdere uitbreiding.

Terwijl de capaciteit in ziekenhuizen geleidelijk weer toeneemt, kunnen artsen en patiënten veel vaker kiezen voor zorg op afstand. Door eerste ervaringen noodgedwongen op te doen, is de drempel om in de toekomst voor zorg op afstand te kiezen verlaagd. Bovendien biedt zorgcontact vanuit thuis ook veel praktische voordelen ten opzichte van het fysieke policonsult in het ziekenhuis, zoals tijdswinst door wegvallen van reis- en wachttijd.¹¹ Voor sommige disciplines en patiëntgroepen wordt dit de nieuwe standaard. Ook teleconsulten voor artsen onderling hebben de potentie om onnodige ziekenhuisbezoeken van patiënten te voorkomen. Zo kan met digitale intercollegiale consulten beter worden ingeschat of een patiënt doorverwezen moet worden. Dit geldt zowel van de huisarts naar het ziekenhuis, als onderling tussen ziekenhuizen.

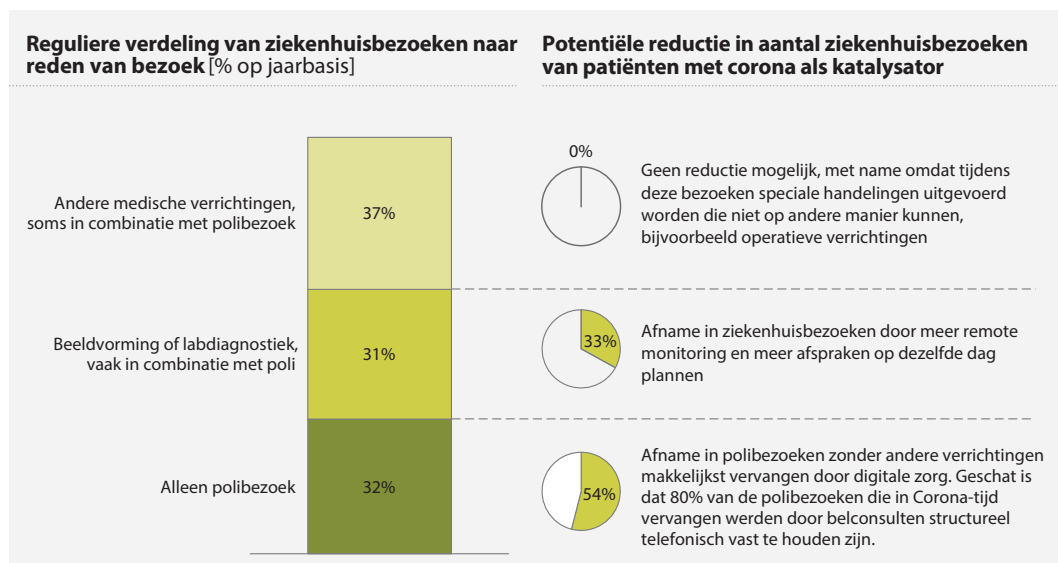


Figuur 3 – Corona als katalysator: Structurele reductie in CO₂-uitstoot van ziekenhuisbezoeken door patiënten

Zorgcontact op afstand vaak goed mogelijk voor polibezoeken, zelfs als diagnostiek nodig is.

Hoe komen we tot de inschatting dat 25% van de polibezoeken structureel op afstand kan? Figuur 4 toont een overzicht van de onderliggende inschattingen. We schatten in dat van de toename van telefonische gesprekken 80% behouden kan blijven voor de polibezoeken zonder aanvullende activiteiten. Dat betekent dat 54% van de ziekenhuisbezoeken voor alleen een policonsult op afstand kunnen. Voor de ziekenhuisbezoeken met lab- of beeldvormende diagnostiek schatten we in dat een derde vervangen kan worden door contact op afstand. Bijvoorbeeld bloedafname wordt dan lokaal uitgevoerd. Deze reductie volgt uit drie effecten: ten eerste maakt een bredere inzet van *monitoring* op afstand het mogelijk om patiënten minder vaak voor diagnostiek terug te zien in het ziekenhuis. Ten tweede worden polibezoeken en diagnostiek vaker op dezelfde dag gepland om zo de bezoeken te minimaliseren. Ten derde neemt het aantal onnodig doorverwezen patiënten af. We nemen aan dat het aantal ziekenhuisbezoeken voor een opname of een andere medische verrichting, zoals een operatie, niet kan worden gereduceerd.

¹¹ Ook beschreven in column 'Ik zie, ik, zie wat jij niet ziet' van Marcel Levi in Medisch Contact, 13 mei 2020



Figuur 4 – Verdeling van ziekenhuisbezoeken¹² in een regulier jaar met de inschattingen voor scenario ‘Corona als katalysator’

Op dit moment worden ziekenhuisbezoeken vooral vervangen door een ‘ouderwets’ telefoongesprek. Breder implementeren van technologieën als beeldbellen en *remote monitoring* van gezondheidsindicatoren, gedrag en ervaren gezondheid door de patiënt (denk aan apps voor COPD, hartfalen, diabetes) zorgt voor uitbreiding van wat op afstand kan. Voor deze voorbeelden – net als vele andere innovaties – geldt dat deze al in kleine pilots draaien, maar nog niet breed zijn uitgerold.

De genoemde reducties hebben betrekking op een structurele situatie waarin iedereen die zorg nodig heeft die ook krijgt. Uitgangspunt daarbij is dat ziekenhuizen op termijn weer alle patiënten behandelen. Wanneer dat nieuwe niveau wordt bereikt hangt af van de snelheid waarmee ziekenhuizen kunnen opschalen¹³. Op de korte termijn terugvallen naar het aantal ziekenhuisbezoeken van de ‘pre-corona-praktijk’ lijkt met de huidige productiecapaciteit onwaarschijnlijk. Vanuit duurzaamheidsperspectief zijn we erbij gebaat om corona als katalysator te gebruiken voor minder reisbewegingen. Wat kunnen we doen om dat te bereiken?

Vier dingen die we moeten doen om van corona een katalysator voor verduurzaming te maken

De coronacrisis zorgt van zichzelf niet voor verduurzaming. Maar we kunnen er wel een katalysator van maken als we dit moment aangrijpen en gebruiken om tot structurele verbeteringen te komen. We zien vier acties die nodig zijn om van de coronacrisis een katalysator te maken.

12 Analyse op basis van unieke combinaties van patiënt en datum waarop ten minste een zorgactiviteit plaatsvond. Verpleegdagen voor opgenomen patiënten zijn niet meegenomen, dag van opname wel. Daarnaast zijn verrichtingen die niet in het ziekenhuis plaatsvinden uitgesloten. Bron: ziekenhuisdatabase Gupta Strategists.

13 Gupta Strategists, ‘In de slipstream van corona: een secundaire crisis in de zorg’, maart 2020

1. Maak van zorg op afstand de nieuwe standaard

Het risico bestaat dat we geleidelijk weer vervallen in 'kom naar het ziekenhuis en misschien kan het daarna ook digitaal'. In plaats daarvan is het nodig dat de grondhouding is: 'de standaard is op afstand, u hoeft alleen te komen als dit echt nodig is', zoals nu noodgedwongen door de coronacrisis al is ontstaan. Het is nu zaak om die nieuwe standaard vast te leggen in structuren, protocollen en werkafspraken. Juist nu zijn op dit gebied vernieuwingen haalbaar die een jaar geleden nog radicaal leken.

2. Verbeter de ervaringen met zorg op afstand voor patiënt en zorgverlener: begin bij hun behoeftes en ergernissen

Heus niet elke patiënt en elke zorgverlener is nu enthousiast over zorg op afstand. Het voortdurend verbeteren van de gebruikerservaring van zorgverleners en patiënten is nodig om zorg op afstand te transformeren van een noodzakelijk kwaad tot waardevolle innovatie. Voor ziekenhuizen en leveranciers is het van belang om de behoeftes van de patiënt en zorgverlener te doorgronden. Wat maakt een consult voor een patiënt en een arts een goed consult? Visueel contact, inzicht in de juiste gegevens of juist de mogelijkheid om fysiek onderzoek te doen? Wat zijn de grootste frustraties bij een spreekuur voor dokter en patiënt? Slecht werkende computerprogramma's, te veel registratielast, te weinig tijd voor de patiënten die meer tijd nodig hebben? Door deze vragen te beantwoorden kun je de manier van werken en de digitale tools die je daarvoor nodig hebt optimaliseren. Overstappen naar duurzame digitale zorg is geen eenmalige switch maar een continue zoektocht naar hoe het beter kan.

3. Beloon de patiënt voor duurzaam gedrag

Duurzaam gedrag moet beloond worden en niet bestraft. Net als in andere industrieën waar klantcontact van fysiek naar digitaal is verschoven, is het aantrekkelijk voor patiënten als zorg op afstand voordelen biedt boven een afspraak op de poli. Daar waar je bij online winkelen ruimere openingstijden hebt en sneller geholpen wordt met de digitale klantenservice, kun je ook zorgen dat je met een digitale poliafspraak sneller terecht kunt en flexibeler afspraken kunt afspraken kunt inplannen. Zo is een poliafspraak makkelijker in het dagelijks leven in te plannen.

4. Bouw financiële prikkels in voor zorg op afstand

Tot slot zijn ook financieel de juiste prikkels nodig. Zorg op afstand werkt alleen als de vergoeding hiervoor goed geregeld is. Voor veel verrichtingen zijn reeds betaaltitels aanwezig. Bovendien heeft de NZa in de coronacrisis de mogelijkheden voor zorg op afstand verruimd, zodat ook een DBC geopend kan worden na een teleconsult. Het is belangrijk dat die verruiming niet alleen tijdelijk is, maar structureel wordt. Het uitbreiden naar een betaaltitel voor digitale intercollegiale teleconsulten zou de verwijzingsdynamiek kunnen verbeteren. Maar we kunnen zelfs een stap verder gaan. Als zorgverzekeraars het standpunt delen dat zorg op afstand – wanneer het kan – de voorkeur heeft, zou dat dan ook niet in de tarieven terug moeten komen?

Tot slot

De zorg staat voor een enorme uitdaging. Het blijven bieden van zorg vergt enorme aanpassingen. En er is natuurlijk meer nodig dan het verminderen van reisbewegingen van patiënten om de doelen op CO₂-uitstoot in de zorg te realiseren. Maar in dit artikel hopen wij een lichtpuntje in die donkere tunnel te bieden: nu hebben we de kans om van corona een katalysator te maken voor duurzame en toekomstbestendige zorg.

Over de auteurs

Koen Merkus en Niels Hagnaars zijn adviseurs bij Gupta Strategists. Gupta Strategists ondersteunt organisaties in de gezondheidszorg bij strategische vraagstukken. Onze opdrachtgevers zijn onder meer zorginstellingen, zorgverzekeraars, toezichthouders en financiers. Onderwerpen waarop wij adviseren en begeleiden zijn strategievorming, fusies en overnames, prestatieverbetering, portfoliokeuzes en inkoop. Daarnaast voert Gupta onafhankelijke rapporten en artikelen uit naar maatschappelijke vraagstukken. Koen en Niels voerden recent projecten en studies uit op het gebied van verduurzaming van de zorg, de transitie van zorg naar huis en de coronacrisis. Voor vragen of opmerkingen over deze studie kunt u bij hen terecht:

Koen Merkus

06 135 48 708

koen.merkus@gupta.nl

Niels Hagnaars

06 242 37 590

niels.hagnaars@gupta.nl