



› 1. INLEIDING

AANLEIDING

De eerste golf COVID besmettingen is opgevangen maar met een zware belasting voor sommige zorgmedewerkers, uitgestelde zorg en kritiek op de menswaardigheid van andere zorg

VRAAGSTELLING

Hoe kan overbelasting van de zorgsector in het geval van een tweede COVID golf worden voorkomen en kan de kwaliteit van andere zorg gewaarborgd blijven?

DOELEN

- › Beantwoording vraagstelling vanuit kennis en ervaring zorgsector
- › Input verzamelen voor zorg specifiek scenario ter voorbereiding op een tweede golf
- › Waarop kunnen we tijdens de tweede golf sturen om de belasting van het zorgsysteem te beperken en kwaliteit te waarborgen?

› AANPAK

- › De informatie weergegeven in dit slidedeck en het bijbehorende Marvel model is opgehaald in groepssessies.
- › Bij deze groepssessies waren vertegenwoordigers van diverse zorginstellingen / zorgsectoren vertegenwoordigd (zie hieronder voor de volledige lijst met deelnemende partijen).
- › Op de volgende slides worden de *highlights* van deze input weergegeven, waarbij de directe input vanuit de groepssessies staat weergegeven in vak  en de vragen die daarbij spelen in vak .
- › In het model zijn op basis van de input aandachtspunten en handelingsperspectieven vastgesteld

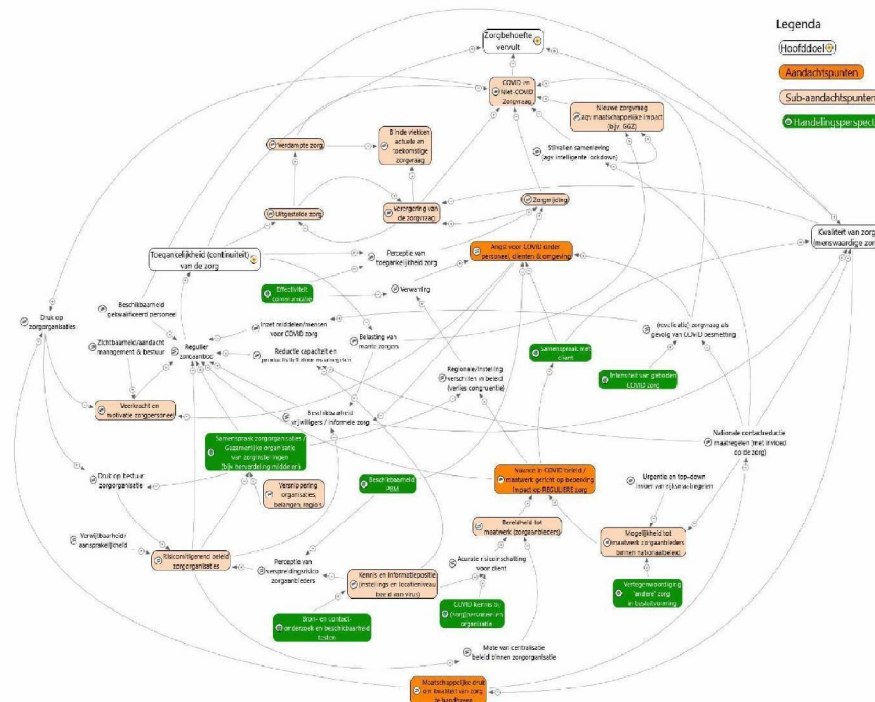
Overzicht deelnemende partijen:

- LNAZ
- IGJ
- NZa
- VGN
- Ieder(In)
- LOTC
- RIVM (toekomstverkenningen, infectieziektenbestrijding, psychosociaal)
- LCPS
- GGD GHOR NL, Publieke gezondheid
- VVT
- GGZ Nederland
- Gehandicaptenzorg
- VWS

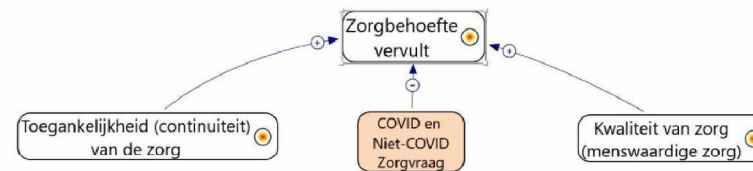
AANPAK

SYSTEEMANALYSE MET MARVEL

- › Een COMPLEX probleem
 - › Nauwe samenhang van veel factoren:
 - › National, regionaal en organisatiebeleid
 - › Keuzes van client, zorgverlener & omgeving
 - › Impact incomplete informatie
 - › Percepties
 - › Emoties: Angst, onvrede
- › TNO MARVEL methode ingezet om samen met stakeholders het probleem in kaart te brengen
- › Product: Een model waar de causale afhankelijkheden tussen factoren wordt weergegeven, startpunt: Zorgbehoefte
- › Stapsgewijze analyse van model volgt op de volgende slides



2. CENTRALE FACTOREN IN HET SYSTEEM



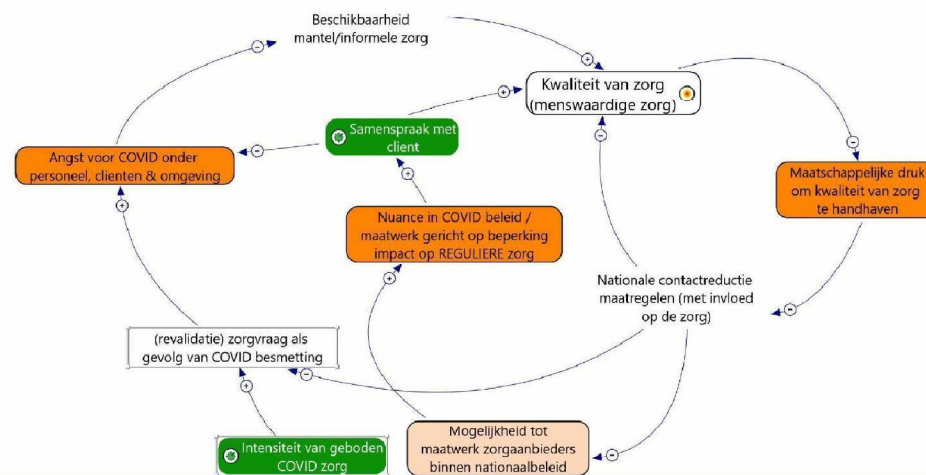
- We moeten keuzes maken, het maximaal naar vermogen vervullen van de brede zorgbehoefte is daarbij leidend.
 - Het wel/niet vervullen van deze behoefte wordt vooral bepaald door:
 - Kwaliteit van zorg (menswaardige zorg)
 - Toegankelijkheid van de zorg (continuïteit)
- maar wordt ook bepaald door:
- Totale zorgbehoefte → COVID én Niet-COVID Zorg



Hoe zorgen we dat de zorgbehoefte wordt vervuld bij een eventuele tweede golf van het COVID virus?

Oftewel: hoe zorgen we dat reguliere zorg niet onnodig verdrongen wordt door COVID?

2.1 KWALITEIT VAN ZORG (MENSWAARDIGE ZORG)



Hoe kan maatwerk in maatregelen (met consequenties voor de patiënt) in samenspraak worden gerealiseerd?

Voor onder andere:

- Client
- Behoeftte van familie
- De inzet van mantelzorg / vrijwilligers

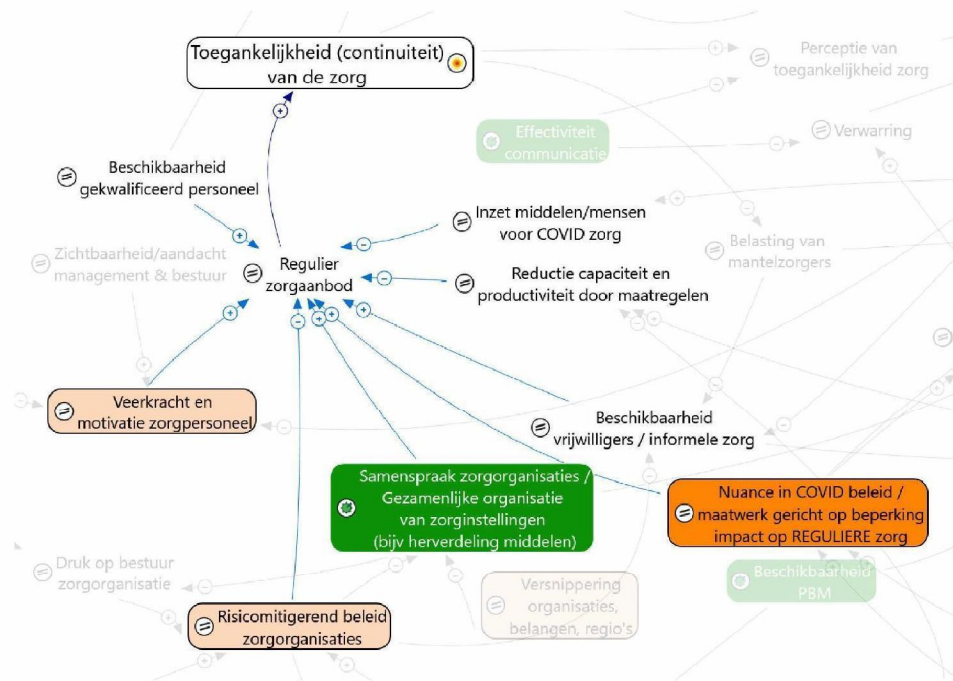
2.1 KWALITEIT VAN ZORG (MENSWAARDIGE ZORG)

- Kwaliteit van zorg als afgeleide van:



- Nationale contactreductie maatregelen
 - De contactreductie maatregelen in de eerste COVID golf beperkte de mogelijkheden tot het bieden van de gewenste zorg en menswaardige zorg voor de meest kwetsbaren (ouderen, gehandicapten). Grote maatschappelijke druk om dit niet nogmaals te laten gebeuren
- Beschikbaarheid mantel / informele zorg
 - Als gevolg van angst voor het virus besloten mensen zelf om geen mantelzorg/vrijwilligerswerk meer uit te voeren.
 - Als gevolg van risicomijdend gedrag van instellingen, hebben zij gekozen om geen mantelzorgers en vrijwilligers meer in te zetten → o.a. het gevolg van beschikbaarheid informatie en PBM
- Kwaliteit van zorg ook afhankelijk van de hoeveelheid gekwalificeerd personeel dat beschikbaar is voor het leveren van zorg. Dit kan gaan om kennis voor de specifieke doelgroep waar voor gezorgd moet worden, maar ook kennis ten aanzien van COVID.
- Samenspraak
 - Gedurende de eerste golf is te weinig mét patiënten gesproken over o.a. het behandelplan. Dit was onder andere het gevolg van te weinig mogelijkheden tot maatwerk in de landelijke en instellingsmaatregelen.
 - Samenspraak kan er ook toe leiden dat er meer begrip / draagvlak ontstaat voor minder populaire / strenge maatregelen.

2.2 TOEGANKELIJKHEID/CONTINUÏTEIT



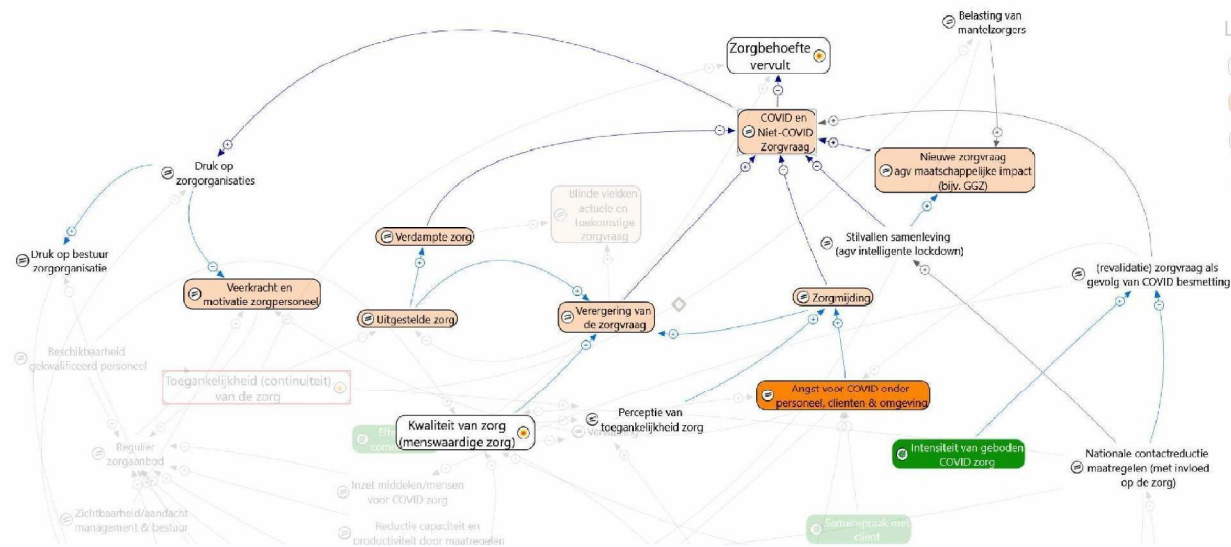
2.2 TOEGANKELIJKHEID/CONTINUÏTEIT

- Toegankelijkheid/continuïteit als afgeleide van:

- Het reguliere zorgaanbod
 - Als gevolg van een gebrek aan kennis over het virus werden zorgorganisaties liever eerder voorzichtig dan dat risico's werden genomen (risicomitigerend gedrag), dit heeft invloed op het zorgaanbod.
 - Maatregelen zoals de 1,5 meter afstand en de quarantaine maatregelen zorgen dat bepaalde delen van het zorgaanbod niet of veel minder mogelijk zijn.
 - Mensen/middelen kunnen maar 1 keer ingezet worden, hoe meer inzet naar COVID zorg, hoe minder er over blijft voor de reguliere zorg.
 - De mate waarin er nuance in beleid / maatwerk wordt doorgevoerd, heeft invloed op het reguliere zorgaanbod.
 - Daar waar zorgorganisaties bepaalde zaken gezamenlijk organiseren, denk hierbij aan herverdeling van middelen, heeft dit een positief effect op het reguliere zorgaanbod.
 - Het reguliere zorgaanbod wordt beïnvloed door capaciteit en kwaliteit van personeel. Dit hangt samen met genoeg gekwalificeerd personeel, veerkracht/motivatie, en de inzet van mantelzorg/vrijwilligers.



2.3 TOTALE ZORGBEHOEFTE: COVID & NIET-COVID ZORG



In hoeverre is het mogelijk om op individueel of doelgroep niveau een afweging te kunnen maken tussen het risico t.a.v. het COVID virus en verergering van een reeds bestaande zorgvraag?

2.3 TOTALE ZORGBEHOEFTEN: COVID & NIET-COVID ZORG

- Totale zorgbehoefte als afgeleide van:

- Angst voor het COVID virus zorgt voor een groep in de samenleving die zorg mijdt, dit zal de omvang van de zorgvraag beïnvloeden, maar op de lange termijn ook door kunnen werken in de ernst van de zorgvraag.

Zorgmijding kan tevens erger worden als kwetsbaren het gevoel hebben dat b.v. afstand niet mogelijk is in een bepaalde zorgsetting.

- Een deel van de uitgestelde zorg zal zorgen voor een verergering van de zorgvraag, een deel is echter ook verdampt. Tezamen hebben zij invloed op de totale omvang van de zorgvraag.
- De intensiteit van geboden COVID zorg(vraag) werkt door in de COVID zorg & revalidatie, dit zorgt voor een toename van de zorgbehoefte.
- De maatschappelijke impact van COVID zorg, zorgt tevens voor een nieuwe zorgvraag, denk hierbij o.a. aan GGZ. Maar hier dient ook gedacht te worden aan overbelasting van mantelzorgers door het wegvallen van reguliere zorg.



3. DUIDING SYSTEEMANALYSE (COVID) - ZORG

In de voorbije periode is veel gesproken over belangrijke factoren als:

- Beschikbaarheid PBM
- Beschikbaarheid personeel
- Aantallen COVID patiënten

Op basis van de gesprekken en het model zijn naast bovengenoemde belangrijke factoren in ieder geval ook de volgende aanvullende sleutelfactoren te identificeren:

1. Angst (client, familie, zorgverlener)
2. Maatwerk/nuance in beleid
3. Maatschappelijke druk om zorgkwaliteit te handhaven
4. Samenspraak
 - 4.1 Samenspraak met cliënt
 - 4.2 Samenspraak tussen zorgorganisaties

3.1 DE ROL VAN ANGST



Angst werkt wat betreft personeel, tweeledig door in het vervullen van de zorgbehoefte. Zo werkt angst door in de veerkracht en motivatie van zorgpersoneel wat van invloed is op het zorgaanbod en daarmee de toegankelijkheid van de zorg. Anderzijds werkt het door in beschikbaarheid van vrijwilligers / informele zorg wat van invloed is op de kwaliteit van zorg en op het reguliere zorgaanbod.

3.2 MAATWERK/NUANCE IN BELEID



De mogelijkheid van maatwerk bieden is niet alleen afhankelijk van nationaal beleid maar ook van de bereidheid binnen zorgorganisatie: Mogelijkheid & Bereidheid. Meer ruimte voor maatwerk / nuance in beleid zorgt voor meer ruimte voor samenspraak met de patiënt, deze samenspraak heeft een positieve invloed op de aanwezigheid van angst rondom het virus en de kwaliteit van zorg die ervaren wordt. Anderzijds zorgt minder congruentie in beleid voor meer verwarring wat juist angst kan verergeren. Deze dubbele doorwerking van maatwerk moet in ogenschouw genomen worden. Terecht werd in de sessies aangegeven dat er ook een grens zit aan maatwerk, het gaat hier dus om het opzoeken van die grens.

3.3 MAATSCHAPPELIJKE DRUK

Oorzaken

- Hoe lager de (ervaren) kwaliteit van zorg, hoe hoger de maatschappelijke druk om de kwaliteit van zorg te handhaven.
- Belangrijk aandachtspunt hierbij is 'menswaardige' zorg, in het bijzonder bij kwetsbare groepen zoals ouderen en mindervaliden.

Directe gevolgen

- Een grotere maatschappelijke druk zorgt voor een vermindering van het aantal nationale contactreducerende maatregelen
- Hoe meer maatschappelijke druk, hoe meer druk op zorgorganisaties

Indirecte gevolgen

- Hoe meer druk op zorgorganisaties, hoe minder veerkracht bij zorgpersoneel & hoe meer druk op bestuur van zorgorganisaties.
- Hoe minder nationale contact reducerende maatregelen: hoe hoger de kwaliteit van zorg, hoe hoger de zorgvraag, hoe minder reductie van capaciteit en hoe meer mogelijkheden tot maatwerk.



Er is maatschappelijke druk om de kwaliteit van zorg op peil te houden, dit gaat om kwaliteit van zorg t.a.v. COVID zorg, maar zeker ook niet-COVID zorg. In hoeverre de kwaliteit van de geboden zorg wordt gezien als menswaardig is daarbij van groot belang. Deze maatschappelijke druk werkt via twee wegen door in het reguliere zorgaanbod. 1) Doordat NATIONALE contact reducerende maatregelen minder worden getolereerd is er minder reductie van capaciteit en productiviteit, dit werkt positief door in het zorgaanbod. 2) Maatschappelijke druk zorgt voor meer druk op zorgorganisaties wat o.a. zijn weerslag heeft op een verminderde veerkracht/motivatie bij het personeel. Dit werkt negatief door in het zorgaanbod.

3.4.1 SAMENSPRAAK MET CLIËNT

Oorzaken

- Hoe meer nuance in beleid / maatwerk wordt toegepast hoe meer in samenspraak met de cliënt zal worden besloten/doorgevoerd.
- Mogelijkheden voor en bereidheid bij zorgaanbieders is hiervoor essentieel

Directe gevolgen

- Hoe meer samenspraak met de cliënt, hoe minder angst voor COVID onder personeel, cliënten en omgeving.
- Hoe meer samenspraak met de cliënt, hoe meer (ervaren) kwaliteit van zorg. (Dit kan tevens betekenen dat er begrip/draagvlak ontstaat voor strenge cq niet populaire maatregelen)

Indirecte gevolgen

- Hoe minder angst: hoe meer veerkracht/motivatie bij zorgpersoneel, hoe minder zorgmijding én hoe meer beschikbaarheid van mantelzorg
- Door een betere kwaliteit van zorg, is er minder sprake van verergering van de zorgvraag én wordt de zorgbehoefte beter vervuld.



In de aanpak van de eerste COVID golf zijn veel beslissingen genomen zonder dat de cliënt hier bij betrokken werd. Keuzes in het behandelproces of in bijvoorbeeld contact reducerende maatregelen van een instelling werden genomen zonder betrokkenheid van de cliënt en waren vaak al een voldongen feit. Door dit gesprek wel te voeren zorg je voor een rechtstreeks effect naar kwaliteit van zorg, maar indirect werkt het ook door in de kwaliteit doordat er meer beschikbaarheid van mantelzorg zal zijn en doordat er waarschijnlijk minder contact reducerende maatregelen nodig zullen zijn.

3.4.2 SAMENSPRAAK ZORGORGANISATIES

Oorzaken

- Hoe meer risicomitigerende maatregelen door zorginstellingen, hoe minder ruimte voor samenspraak tussen zorginstanties
- Door een grotere versnippering van organisaties/belangen/regio's, ontstaat er minder samenspraak tussen zorgorganisaties.

Directe gevolgen

- Hoe meer samenspraak tussen zorgorganisaties, hoe minder druk op bestuur zorgorganisaties.
- Hoe meer samenspraak tussen zorgorganisaties, hoe hoger het reguliere zorgaanbod (oa door bv het verdelen van middelen)
- Hoe meer samenspraak tussen zorgorganisaties, hoe minder verschillen in beleid

Indirecte gevolgen

- Hoe minder druk op bestuur zorgorganisaties, hoe minder risicomijsdijng door zorgorganisaties
- Met een hoger regulier zorgaanbod, zorg je dat de zorg beter toegankelijk is
- Door minder regionale / instellingsverschillen in beleid, zorg je voor minder verwarring en daarmee angst.



Er ontstaat een interessante causale loop in het kader van samenspraak tussen zorgorganisaties (en bijbehorende gezamenlijke organisatie van zorginstellingen, denk hierbij aan bijvoorbeeld herverdeling van middelen). Zo zorgt meer samenspraak voor een vermindering van de druk op een zorgbestuur, deze verminderde druk zorgt er voor dat een zorgorganisatie minder risicomitigerend gedrag zal vertonen. Juist doordat er sprake is van minder risicomitigerend gedrag zal men ook méér open staan voor samenspraak en gezamenlijke organisatie, dit versterkt het geheel verder. Het is van belang om deze loop in gang te gaan zetten en het zichzelf te gaan laten versterken. Belangrijk om te vermelden: Ten tijde van de eerste golf is deze samenwerking in diverse delen van het land al succesvol in gang gezet.

4. INVLOEDRIJKE FACTOREN



De eerder genoemde sleutelfactoren *angst*, *nuance in beleid/maatwerk*, *maatschappelijke druk voor kwaliteit van zorg*, *samenspraak met patiënt en samenspraak tussen zorgorganisaties* werken in elkaar door. Zo zorgt **maatwerk** voor meer mogelijkheden tot **samenspraak met de patiënt** wat zorgt voor een afname van de hoeveelheid **angst** voor het virus. Een afname van de hoeveelheid **angst** zorgt voor meer vrijwilligers / informele zorgers wat positief doorwerkt in de kwaliteit van de zorg. Een toename van de kwaliteit van de zorg zorgt voor een afname van de **maatschappelijke druk**. Minder **maatschappelijke druk** zorgt voor minder druk op zorgorganisaties en hun besturen, wat door minder risicomitigerend gedrag zorgt voor **meer samenspraak tussen zorgorganisaties**.

De ruimte die gezocht wordt in maatwerk werkt enerzijds positief door, omdat het bijvoorbeeld meer samenspraak met de patiënt mogelijk maakt. Anderzijds kan meer maatwerk ook voor minder congruentie van beleid en daarmee verwarring zorgen. Er moet dus gewerkt worden aan het vinden van de moeilijke balans tussen deze beide manieren waarop maatwerk doorwerkt in het systeem. Een **goede communicatiestrategie** is hierbij noodzakelijk en moet daarom zeker meegenomen worden als invloedrijke factor.

Een **verminderde kennis over het virus** en de **informatiepositie van een instelling t.a.v. het virus** hebben invloed op de wijze waarop een instelling acteert. Minder kennis en een slechte informatie positie werken risicomitigerend gedrag en een verminderde bereidheid tot maatwerk in de hand. Bron- en contactonderzoek, beschikbaarheid van testen en kennis over het virus kunnen hier invloed van uitoefenen. In brede zin is het interessant om te zien dat **gebrek aan kennis** zowel bij zorgverleners (risicomitigerend gedrag) als zorgontvangers (zorgmijdend gedrag) van invloed zijn op het systeem.

Samenspraak tussen zorginstanties is afhankelijk van risicomitigerend gedrag en de versnippering van organisaties. Op korte termijn ga je de versnippering van het zorglandschap niet veranderen. Aan het risicomitigerend gedrag van organisaties valt wel te werken. Zo is dit o.a. het gevolg van de hoeveelheid druk die het bestuur van een zorginstelling ervaart en de wijze waarop omgegaan wordt met incidenten (verwijtbaarheid/aansprakelijkheid). De druk die een bestuur ervaart komt voort uit de grootte van de zorgvraag én de maatschappelijke druk. **Door te werken aan kwaliteit van zorg** werk je indirect ook aan de druk die een bestuur vanuit de maatschappij voelt en daarmee aan de mate waarin men de ruimte voelt om open te staan voor samenspraak en samenwerking met andere zorginstellingen.

SYSTEEMANALYSE (COVID)-ZORG
DE INVLOED VAN EEN EVENTUELE
TWEEDE COVID-GOLF OP ACUTE
EN NIET ACUTE ZORG

5.1.2e