

NIET CONCURRENTIE MAAR SAMENWERKING MOET OUDERENZORG NAAR HOGER PLAN TILLEN

Een nieuwe panacee: de zorg moet regionaliseren

Marktwerking wordt terzijde geschoven. In een driejarig experiment gaan Rotterdamse onderzoekers na hoe door samenwerking en taakherschikking de ouderenzorg kan worden verbeterd. De eerste lessen zijn al geleerd.

Het geloof in de markt als probleemoplosser is op de terugtocht', stelde minister Hugo de Jonge recentelijk in het AD, iets wat hij een paar dagen later nog eens herhaalde in het tv-programma Buitenhof. De minister vindt dat de marktwerking in de zorg is doorgeslagen en ongewenste effecten heeft. Het zorglandschap is versnipperd geraakt, administratielasten zijn toegenomen en aanbestedingen staan de continuïteit van zorg in de weg; niet alleen voor de patiënt maar bijvoorbeeld ook voor de huisarts die effectiever (en prettiger) werkt met een wijkverpleegkundige met wie een langdurige werkrelatie bestaat. Regionalisering is volgens de minister de nieuwe strategie om doelmatiger te gaan werken en de kwaliteit van zorg te verbeteren.

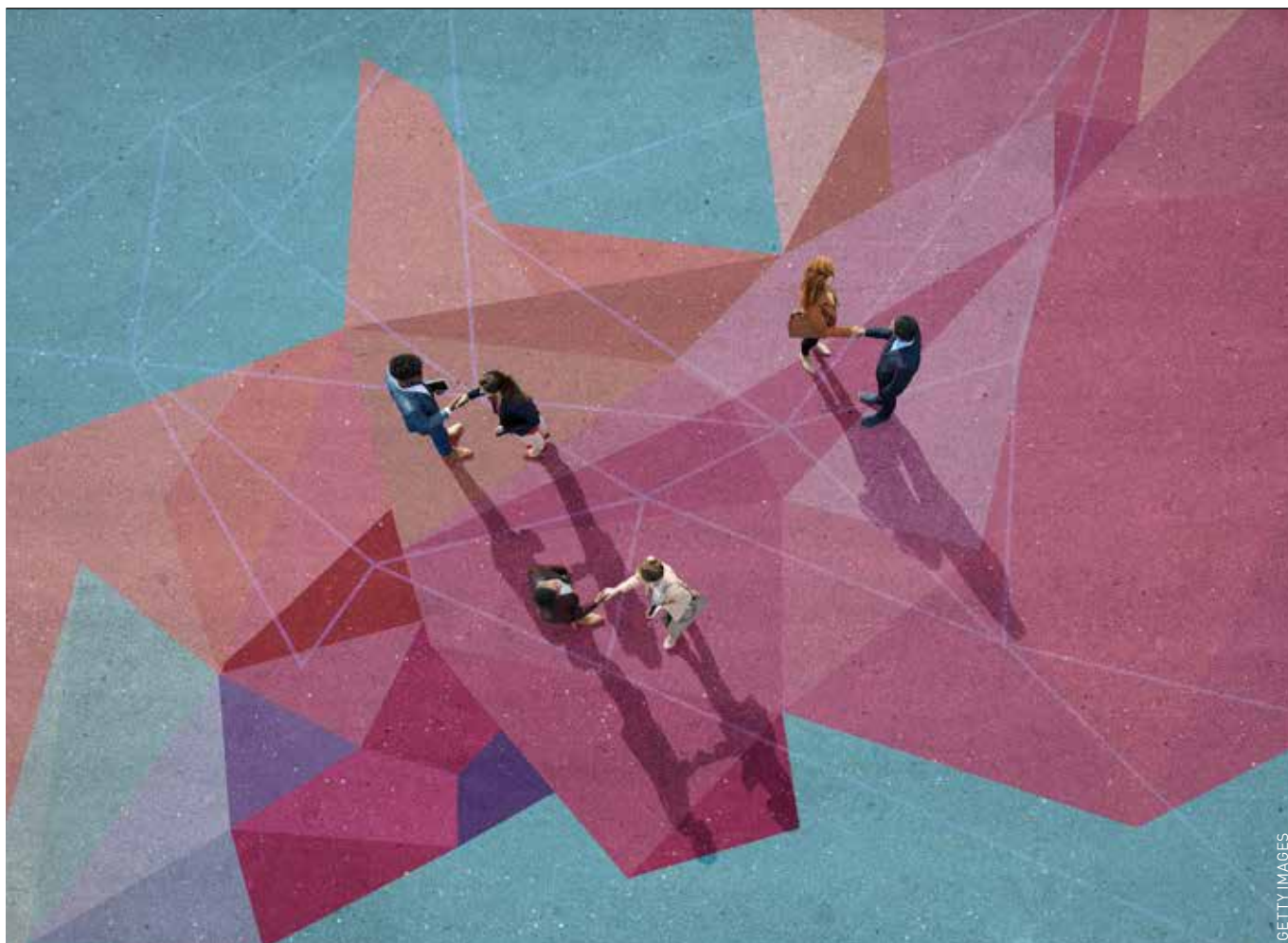
Innovatieve vormen

De uitspraken van De Jonge staan niet op zichzelf. Initiatieven om de zorg regionaal te organiseren worden op dit moment volop ontplooid. Dat speelt met name in de ouderenzorg waar verpleeghuizen en woonzorgcentra kampen met oplopende tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde (SO's) en (gespecialiseerde) verpleegkundigen terwijl de zorgvraag toeneemt en complexer wordt. De tekorten worden vooral ervaren in landelijke gebieden met een sterk vergrijzende bevolking en een teruglopende beroepsbevolking. Oplossingen worden gezocht in regionale samenwerking waarbij zorgaanbieders samen een netwerk vormen om tot innovatieve vormen van zorgverlening te komen. Een voorbeeld is het gezamenlijk invullen van avond-, nacht- en weekend-

diensten (ANW), maar ook het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg waarbij de SO meer gericht wordt ingezet in de specialistische zorg terwijl andere zorgprofessionals de dagelijkse (medische) zorg aan ouderen op zich nemen.¹ Bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist die de medische zorg in het verpleeghuis coördineert, of als voorwacht fungeert tijdens de ANW en bij specifieke vragen of problemen de SO consulteert. De SO kan dan vaker bij de huisarts of in het woonzorgcentrum aanschuiven om patiënten en zorgverleners daar bij te staan bij complexere zorgvragen.

Omslag

Deze vorm van taakherschikking, die zich steeds vaker over de muren van instellingen heen en tussen de traditio-



De nieuwe taakherschikking speelt zich steeds vaker af over de muren van instellingen heen.

nele zorglijnen door afspeelt, vraagt om nieuwe vormen van (samen)werken en zorgorganisatie in de regio. Voor een aanbesteding of om de gunst van een schaarse SO te winnen moeten zorginstellingen nu samenwerken met instellingen die zij tot voor kort als concurrenten beschouwden. Het is niet makkelijk om aan die omslag te wennen.

Taakherschikking is in de praktijk ook nog geen uitgemaakte zaak. Hoewel art-

sen steeds welwillender staan tegenover het overdragen van werkzaamheden aan verpleegkundig specialisten, physician assistants of ggz-psychologen, blijkt dit in de dagelijkse praktijk toch vaak lastig omdat artsen onbekend zijn met de competenties van deze 'nieuwe' professionals en/of omdat de (juridische) toedeling van verantwoordelijkheden nog niet is uitgekristaliseerd.^{2,3} Daarnaast is er onzekerheid over de bestuurlijke en financiële

inbedding. Onduidelijk is nog aan welke voorwaarden een samenwerkingsverband precies moet voldoen, en aan wie en hoe hierover verantwoording moet worden afgelegd. Een regionale aanpak schuurt met bestaande financieringsschotten en wet- en regelgeving.

Experimenteren

Hoe regionale ouderenzorg precies in zijn werk gaat en 'kan gaan werken' wordt de komende drie jaar door de Erasmus Universiteit Rotterdam, samen met de regio's, 'Waardigheid en Trots' en het ministerie van VWS (het 'Regioz'-project) onderzocht.⁴ Op dit moment zetten tien regio's (te weten: Groningen, Zuid-Oost Friesland, Zwolle, Apeldoorn-Zutphen, de Achterhoek, Flevoland, Gooi en Vechtstreek, Midden-Holland, Twente en

Een regionale aanpak schuurt met bestaande financieringsschotten en wet- en regelgeving

Zeeland; een aantal staan nog in de wacht) – met steun van het zorgkantoor – pilots op waarin wordt geëxperimenteerd met het ‘anders’ organiseren en uitvoeren van zorg aan ouderen. Zo wordt een systeem van triage en taakherschikking beproefd, waardoor een SO niet langer op een zorglocatie aanwezig hoeft te zijn en instellingoverstijgend kan worden ingezet; er wordt geïntegreerde spoedzorg aan ouderen ontwikkeld waarbij nauw wordt samengewerkt met het ziekenhuis in de

formuleren ze, samen met de zorgprofessionals en regionale partners, evaluatiecriteria waarbij ook de kwaliteit van zorg wordt gemonitord. Uitgangspunt is steeds om aan te sluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk. De onderzoekers draaien mee in de dagelijkse zorg en de projectgroep, en houden diepte-interviews met betrokkenen. Waar nodig geven zij tussentijds feedback om zo tot snelle en passende verbeteringen te komen. Dit levert al relevante inzichten op. In de regio waar

leners.⁷ Ook het urgentiebesef over de noodzaak van een regionale aanpak verschilt; instellingen die nog voldoende SO's in huis hebben, voelen bijvoorbeeld minder noodzaak tot samenwerking. Ook verschillen de ideeën over wat een regio eigenlijk is en hoe de begrenzingen van een regio eruitzien. Die zijn voor verschillende zorgvormen ook anders; voor sommige zorgvormen is de wijk een geschikt organisatieniveau, terwijl voor andere de grenzen van de provincie (moeten) worden overschreden, en weer andere een nationale of zelfs internationale infrastructuur vergen. Hoe deze verschillende aggregatieniveaus zich tot elkaar dienen te verhouden is nog geen uitgemaakte zaak. En dan hebben we het nog niet over cultuurverschillen tussen en binnen regio's.

Ook verschillen de ideeën over wat een regio eigenlijk is

regio; er is een netwerkaanpak in de thuiszorg opgezet waarbij SO, huisarts en wijkverpleegkundige zorg op maat verlenen aan een patiënt thuis en – als dat niet meer mogelijk is – bij de transitie naar het verpleeghuis. In al deze experimenten probeert men de zorg zo in te richten dat de competenties van zorgprofessionals optimaal en in samenhang worden benut, en dat zo goed mogelijk wordt aangesloten bij de behoefte van de patiënt. De zorg staat centraal; bestuurlijke en organisatorische processen en voorwaarden worden hierop afgestemd. Dit vereist een nauwe betrokkenheid van onder meer bestuurders, zorgprofessionals, zorgmanagers, het zorgkantoor en het ministerie van VWS. De institutionele infrastructuur van de regio is dan ook, naast de zorg zelf, onderwerp van onderzoek.

Aansluiten bij de praktijk

Onderzoekers monitoren de experimenten en bestuurlijke vraagstukken ‘van binnenuit’. Ze brengen regionale knelpunten in de medische zorgverlening aan ouderen in kaart en denken actief mee over de vorm en inhoud van de pilots. Vervolgens

geëxperimenteerd wordt met triage en taakherschikking zien we dat voor een verandering in het medisch behandelteam – bestaande uit SO's, verpleegkundig specialisten (de voormalige nurse practitioners) en gespecialiseerde verpleegkundigen (verpleegkundigen met een specialisatie, bijvoorbeeld wondverpleegkundigen) – het team van verzorgenden cruciaal is: als behandelaren verder van de afdeling komen te staan, moeten verzorgenden leren om problemen en knelpunten te signaleren. Dit vraagt om kennis en kunde bij de verzorgenden – een inzicht dat nu wordt meegenomen in pilots in andere regio's. Via een landelijk platform ('quality collaborative') kunnen regionale partners met elkaar in contact komen en van elkaars lessen leren.^{5,6} Zo kunnen aan beleidsmakers en brancheorganisaties de bestuurlijke randvoorwaarden worden voorgelegd. Hoewel we tussen regio's veel overeenkomsten zien in de problematiek, zijn er ook grote verschillen. Die hangen bijvoorbeeld samen met de traditie van samenwerking in de regio, of met de positie van huisartsen in het netwerk van zorgver-

Effectieve strategie

Regionale samenwerking kan een veelbelovende strategie zijn om de zorg doelmatiger in te richten. In die zin ondersteunen wij de oproep van minister De Jonge. Zo'n aanpak vereist echter wel aanpassingen van wet- en regelgeving, cultuur, organisatiestructuren en bestaande werkrouines. Een beweging naar meer regionale samenwerking vraagt om vele, incrementele aanpassingen aan het zorgsysteem – en om kritische reflectie door onderzoekers en mensen uit de zorgpraktijk. Alleen dan kan regionale samenwerking een effectieve strategie zijn om de zorg toekomstbestendig te maken. ■

contact

schuurmans@eshpm.eur.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

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