

Regionalisering in de ouderenzorg

Een beleidssociologisch perspectief op grootschalige verandering

*Jitse Schuurmans, Oemar van der Woerd, Roland Bal & Iris Wallenburg**

Inleiding

De groeiende ouderenpopulatie met een steeds complexer wordende zorgvraag (een combinatie van zowel somatische als psychogeriatrische aandoeningen) en het toenemend tekort aan arbeidskrachten maken verregaande beleidsveranderingen noodzakelijk om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken (WRR, 2021). Zorginstellingen, en vooral verpleeghuizen, ervaren steeds meer moeilijkheden om hun personeelsbestand op peil te houden (SER, 2021). Dit werd tijdens de coronapandemie pijnlijk zichtbaar toen zorginstellingen met kunst- en vliegwerk de basale zorg probeerden te blijven verlenen en telefonisten en verpleeghuisdirecteuren aan het bed stonden. Maar het arbeidsmarktprobleem is al langer voelbaar, vooral in niet-stedelijke gebieden buiten de Randstad. Voormalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Hugo de Jonge, wees vóór de pandemie al op de onhoudbaarheid van het huidige systeem. In een interview stelde hij dat 'het geloof in de markt als probleemoplosser op de terugtocht is' (Van der Aa & Kok, 2019). De marktdynamiek in het zorgdomein zou tot versnippering en ongewenste verspilling leiden, bijvoorbeeld in de wijkverpleging. In plaats van een veelvoud aan zorgaanbieders in de wijk zag De Jonge meer heil in een overzichtelijk aanbod om afstemming tussen zorgverleners in de wijk te stimuleren, met name tussen de wijkverpleegkundige en de huisarts. Hetgeen met de overheveling naar gemeenten, en de bijbehorende aanbestedingen, grotendeels verloren is gegaan.

'De regio' wordt veelvuldig genoemd als centraal en 'nieuw' sturings- en ordeningsprincipe om capaciteitsproblemen in de ouderenzorg tegen te gaan (Schuurmans, Wallenburg & Bal, 2019). Regionalisering lijkt ogenschijnlijk tegenstrijdig binnen het huidige zorgstelsel van gereguleerde marktwerking (Helderman e.a., 2005), en wordt bovendien gestapeld bovenop al bestaande sturingsarrangementen zoals professionele autonomie en eerdere de- en recentralisatieprocessen (Van de Bovenkamp, Stoopendaal & Bal, 2016). Hoewel regionalisering wordt gezien als oplossingsrichting voor de complexe problemen in de ouderenzorg, ontbreekt het momenteel aan kritische analyses van de regionale uitdagingen voor betrokken

* Dr. Jitse Schuurmans is Assistant Professor Healthcare Governance, Erasmus School of Health Policy & Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Oemar van der Woerd, MSc is promovendus Healthcare Governance, Erasmus School of Health Policy & Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Prof. dr. Roland Bal is Professor of Health Care Governance, Erasmus School of Health Policy & Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dr. Iris Wallenburg is Associate Professor Healthcare Governance, Erasmus School of Health Policy & Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

actoren. Onderzoek naar grootschalige beleidsveranderingen in de zorg richt zich veelal op de vraag of het ingezette beleid ‘succesvol’ is in termen van klinische en financiële criteria (Jones, Fraser & Stewart, 2019). Dergelijk onderzoek laat echter ook zien dat de uitvoering van beleid in de praktijk, zoals het wordt vormgegeven door veldpartijen, vaak anders uitpakt dan beleidsmakers initieel voor ogen hadden (bijvoorbeeld Maarse, Jeurissen & Ruwaard, 2016). In dit artikel nemen we de praktijk van regionalisering als uitgangspunt en onderzoeken we hoe regionale samenwerking in de ouderenzorg gestalte krijgt en welke kwesties en dilemma’s daarbij een rol spelen.

Een dergelijke aanpak past binnen de huidige trend in de beleidssociologische en bestuurskundige literatuur om het handelingsperspectief van actoren op de voorgrond te zetten en hoe zij beleid in de praktijk interpreteren, bestendigen en creatief omvormen (Bannink & Trommel, 2019; Bartels & Turnbull, 2020). Visser en Kruyen (2021) laten bijvoorbeeld zien hoe professionals in de jeugdzorg discretionaire ruimte gebruiken om creatieve oplossingen te vinden voor hulpvragen, alsook hoe dit resulteert in veranderingen op organisationeel en beleidsniveau. Van Duijn, Bannink en Ybema (2021) tonen hoe lokale actoren in de zorg strategisch omgaan met spanningen in gedecentraliseerde netwerksamenwerking en hoe dit resulteert in centrale sturing door de overheid. Een *decentered* benadering heeft als vertrekpunt dat beleid en instituties in de praktijk gemaakt, gecontinueerd en aangepast worden door de interacties tussen actoren (Bevir, 2013). Actoren handelen op basis van verschillende overtuigingen en disposities, die worden gevormd door de sociaal-culturele en historische context waarin zij zich begeven (Bevir & Waring, 2020). Dergelijke analyses nemen de acties van actoren als startpunt om ‘van onderop’ te onderzoeken hoe beleid geconstrueerd wordt. Minder frequent is de aandacht voor het iteratieve proces tussen beleidsmakers en veldpartijen die in interactie met elkaar beleid in de praktijk vormgeven. In dit artikel analyseren wij de interacties tussen verschillende beleidslagen vanuit een gedecentreerde benadering. De volgende onderzoeksvraag staat centraal:

Welke mogelijkheden en fricties zijn er voor veldpartijen en beleidsmakers voor regionale samenwerking in de ouderenzorg? Hoe geven zij vorm aan regionale samenwerking binnen de institutionele context van het Nederlandse zorgstelsel?

In dit artikel beargumenteren wij dat de regio als sturings- en ordeningsprincipe fricties geeft omdat het gestapeld wordt op reeds bestaande sturingsarrangementen, zoals marktwerking. We beschrijven deze fricties en identificeren vervolgens vier handelingspraktijken waarmee veldpartijen en beleidsmakers werken aan de regio als sturings- en ordeningsprincipe, en hoe dit in de praktijk gestalte krijgt op en tussen verschillende beleidslagen. Met deze analyse laten we enerzijds zien dat begrip van het iteratieve proces en interacties tussen actoren op verschillende beleidslagen nodig is om te begrijpen hoe beleid in de praktijk vorm krijgt. Anderzijds helpen dergelijke inzichten veldpartijen en beleidsmakers om passende (gelaagde)

Jitse Schuurmans, Oemar van der Woerd, Roland Bal & Iris Wallenburg

omgangsvormen te ontwikkelen voor complexe publieke problemen, zoals de capaciteitsproblemen in de ouderenzorg.

In dit artikel putten wij uit bevindingen van een actiegericht onderzoeksprogramma Regionale Zorg, als onderdeel van het programma 'Duurzame Medische Zorg aan Ouderen in de Regio' (DMZ), uitgevoerd tussen 2018 en 2021 (www.eur.nl). Hierin hebben VVT-instellingen (verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen), zorgkantoren, procesondersteuners van Waardigheid en Trots in de Regio (WIR) en de Erasmus Universiteit Rotterdam samengewerkt aan experimenten met nieuwe organisatorische vormen van medische zorg voor ouderen in tien voornamelijk niet-stedelijke regio's in Nederland. Voor dit artikel putten wij uit dit rijke empirische materiaal om te begrijpen hoe aan regionalisering vorm wordt gegeven in de ouderenzorg.

Samenwerking als beleidstrategie voor complexe publieke problemen

Recente literatuur in verschillende beleidsvelden laat zien dat het mobiliseren van verschillende actoren als belangrijk wordt omschreven in de omgang met complexe publieke problemen, zoals klimaatverandering, armoede en een veranderende demografie (bijvoorbeeld Ferraro, Etzion & Gehman, 2015; Innes & Booher, 2016; Isett e.a., 2011; Weber & Khademan, 2008). De veronderstelling hierbij is dat het samenbrengen van een variëteit aan actoren gezamenlijk leren en reflecteren mogelijk maakt en de ontwikkeling van creatieve en experimentele omgangsvormen met complexiteit stimuleert (Bannink & Trommel, 2019; Termeer e.a., 2015). Omdat kennis en middelen zijn belegd bij verschillende actoren (Kickert, Klijn & Koppenjan, 1997), wordt synergie tussen de individuele acties van actoren noodzakelijk geacht om een min of meer coherent antwoord te kunnen geven op complexe vraagstukken (Koppenjan & Klijn, 2004). Bovendien maakt het mobiliseren van actoren het mogelijk om adequaat om te gaan met het onstabiele en aan verandering onderhevige karakter van complexe problemen (Alford & Head, 2017), in tegenstelling tot het 'oplossen' van dergelijke problemen (Peters, 2017). Een voorbeeld hiervan is de nadruk op (regionale) samenwerking in de zorg, over professionele en organisationele grenzen heen, als antwoord op steeds complexer wordende hulp- en ondersteuningsbehoeften van burgers (Ferlie e.a., 2013; Lorne e.a., 2019).

Tegelijkertijd wordt vanuit actorperspectief inzichtelijk dat samenwerking tussen veldpartijen geen vanzelfsprekendheid is (Bevir & Waring, 2020). Actoren hebben verschillende percepties van een voorkomend probleem en mogelijke oplossingsrichtingen (Bannink & Trommel, 2019). Afhankelijkheden en machtsonevenwichtigheden kunnen daarbij historisch diep geworteld zijn en resulteren in de uitsluiting van minder dominante actoren door dominante spelers (Waring & Crompton, 2020). Verder kunnen veldpartijen strategieën ontwikkelen die netwerksamenwerking bemoeilijken, zoals passiviteit en het ontwijken van verantwoordelijkheden (Van Duijn e.a., 2021). Bovendien begeven actoren in de zorg zich toenemend in meerdere samenwerkingsverbanden *tegelijkertijd*, wat in professionele en bestuur-

lijke drukte (en onduidelijkheid) resulteert (Hyde e.a., 2020; Van der Woerd e.a., 2021). Dit kan samenwerking niet alleen belemmeren vanwege praktische moeilijkheden zoals beperkte tijd en financiële middelen, maar ook de besturing van de organisatie onder druk zetten door de verknoping met andere organisaties met daarbij behorende afhankelijkheden (Van der Woerd e.a., 2021). Daarnaast kunnen institutionele barrières gezamenlijke actie blokkeren (Van Bueren, Klijn & Koppenjan, 2003). Instellingsoverstijgende initiatieven tot samenwerking kunnen bijvoorbeeld knellen met beleidskaders die voornamelijk geënt zijn op individuele professies en organisaties, zoals wij in dit artikel laten zien. Bovendien kunnen beleidsindelingen waarbinnen samengewerkt zou moeten worden anders worden ervaren door veldpartijen, en bestaande samenwerkingsverbanden en sociaal-culturele tradities doorkruisen (Schuurmans e.a., 2020).

Veel geciteerde modellen over samenwerking in de beleids- en bestuurskundige literatuur suggereren dat spanningen tussen actoren min of meer overbrugd kunnen worden door voldoende constructief met elkaar te interacteren, vertrouwen op te bouwen en gemeenschappelijke doelen te formuleren om tot gedeelde actie te komen (bijvoorbeeld Ansell & Gash, 2007; Ferraro e.a., 2015). De (voorgenomen) samenwerking wordt hierin als vertrekpunt genomen, waarbij het ontwikkelen van een min of meer gedeeld gemeenschappelijk perspectief centraal staat. Het harmoniseren van de fricties tussen actoren maakt daarbij de gewenste samenwerking mogelijk, zo is de veronderstelling. ‘Gemeenschappelijkheid’ kan echter niet zonder meer verondersteld worden, omdat actoren mogelijk niet hetzelfde probleem ervaren en eigen voorkeuren en ideeën hebben hoe hiermee om te gaan (Bannink & Trommel, 2019). Het omgaan met dergelijke fricties staat in dit artikel centraal.

Een gedecentreerde benadering voor regionalisering in de ouderenzorg

In dit artikel passen wij een gedecentreerde benadering toe om de ‘sociale realiteit’ van regionale samenwerking in de ouderenzorg te onderzoeken (Bevir, 2013). Het handelingsperspectief van veldpartijen ten aanzien van de beleidswens tot regionale samenwerking staat hierbij centraal. Een gedecentreerde benadering heeft aandacht voor de sociaal-culturele en historisch bepaalde context waarin actoren zich begeven:

‘(...) decentred theory examines the ways in which patterns of rule, including both institutions and policies, are created, sustained, and modified by individuals through their meaningful social practices that arise from the beliefs individuals adopt against the background of traditions and in response to dilemmas’. (Bevir & Waring, 2020, 8-9)

Een veronderstelling hierbij is dat praktijken – dat wil zeggen de bundeling van (alledaagse) acties en interacties die actoren ondernemen en de dynamiek daartussen (Nicolini, 2012) – een vindplaats zijn om begrip te ontwikkelen waarom samenwerking geen vanzelfsprekendheid is en veelal stroef verloopt. Praktijken wor-

Jitse Schuurmans, Oemar van der Woerd, Roland Bal & Iris Wallenburg

den mede gevormd door de veronderstellingen en overtuigingen die actoren erop nahouden ten aanzien van, in dit artikel, regionalisering in de ouderenzorg. Deze praktijken vloeien voort uit gewoonten en tradities, alsook dilemma's die actoren in hun leef- en werkomgeving ervaren (Bevir, 2013). Een traditie is te omschrijven als het palet aan afspraken dat een actor krijgt aangeleerd gedurende socialisatie, bijvoorbeeld binnen een professionele groep of organisatie(afdeling). Een dilemma ontstaat voor een actor als een nieuw beleidsidee andere manieren van werken veronderstelt die haaks staan op gebruikelijke werkwijzen. Dit kan als gevolg hebben dat bestaande overtuigingen en tradities worden heroverwogen en mogelijk worden aangepast. Handelingspraktijken en zienswijzen ten aanzien van regionale samenwerking kunnen verschillen tussen actoren, omdat actoren uit verschillende tradities met mogelijk conflicterende overtuigingen afkomstig zijn (Bevir & Waring, 2020). Regionalisering in de ouderenzorg is hierdoor geen vanzelfsprekendheid.

Methode

De data voor deze paper zijn verzameld in een drie jaar durend onderzoek naar regionale experimenten om de medische zorg voor ouderen toekomstbestendig in te richten. In de verwachting dat de huidige capaciteitsproblemen in de ouderenzorg groter zullen worden, startte in 2018 het DMZ-initiatief, gefinancierd door de zorgkantoren en ondersteund door procesondersteuners van WIR en met medewerking van Vilans, een landelijke kennisorganisatie in de ouderenzorg. De nadruk lag op het gezamenlijk uitvoeren en leren en experimenteren rondom regionale samenwerking in de ouderenzorg. De Erasmus Universiteit Rotterdam heeft hierbij een formatieve evaluatie van verschillende regionale experimenten (pilots) uitgevoerd (zie Schuurmans e.a., 2021 voor een nadere beschrijving). Wij volgden de experimenten 'van binnenuit' en onderzochten het proces van samenwerking en kennisproductie in en tussen de regio's. Voor de aanbieders van zorg in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) lag vooral de nadruk op het verlichten van de werkdruk van de medische teams. Voorbeelden van pilots zijn taakherschikking tussen specialisten ouderengeneeskunde (SO) en huisartsen of verpleegkundigen, het werken met een regionaal triagemodel, de inzet van technologie, het regionaal opleiden van (gespecialiseerd) verpleegkundigen en/of specialisten ouderengeneeskunde, en een regionale dienstenstructuur voor de medische avond-, nacht- en weekenddiensten. Tussentijdse resultaten en observaties werden gedurende pilots teruggekoppeld aan deelnemende regio's en op landelijk niveau om regio's van elkaar te laten leren.

Betrokkenheid in de regio's kenmerkte zich door een stapsgewijs karakter. Allereerst is een 'regioscan' uitgevoerd om capaciteitsproblemen, regionale uitdagingen en bestaande samenwerkingen in de ouderenzorg in kaart te brengen. Hierbij zijn interviews uitgevoerd met bestuurders, zorgmanagers, verpleegkundigen, artsen en zorginkopers. Aanvullend zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van stelselpartijen, zoals het ministerie van VWS, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), brancheorganisatie ActiZ en verschillende beroepsverenigingen, zoals Verenso (specialisten ouderengenees-

kunde) en V&VN (verzorgenden en verpleegkundigen). De scan heeft als input geëind voor de pilots. In de ontwikkelingsfase van deze pilots hebben wij een veelvoud aan bestuurlijke en projectmatige overleggen bijgewoond waar de contouren van de pilots besproken en ontworpen zijn. Uiteindelijk zijn in negen regio's concrete pilots in de zorgpraktijk gevolgd door middel van etnografische methoden, zoals observaties en interviews met zorgprofessionals en bestuurders.

De data zijn door middel van abductie stapsgewijs geanalyseerd (Timmermans & Tavory, 2012). Abductie omvat een iteratief proces tussen enerzijds sociaalwetenschappelijke theorieën en anderzijds de onderzochte empirie om tot een overtuigend begrip van de casuïstiek te komen. Het vertrekpunt van een abductieve analyse zijn opvallende empirische bevindingen die wij geanalyseerd hebben op basis van de besproken beleids- en bestuurskundige theorieën (Timmermans & Tavory, 2012). In dit geval waren dat de voortdurende fricties, alsook de creatieve en onverwachte mogelijkheden die regionale samenwerking voor veldpartijen geeft, hetgeen contrasteert met de veelal nette, modelmatige en lineair georiënteerde conceptualisatie omtrent de omgang met complexe publieke problemen in de besproken beleidskundige en bestuurlijke literatuur. Vervolgens zijn wij de data verder gaan analyseren vanuit een gedecentraliseerde benadering (Bevir, 2013), waar het handelen van actoren centraal staat. Dit heeft geleid tot een aantal geïdentificeerde fricties en handelingspraktijken waarmee veldpartijen en beleidsmakers vormgeven aan regionale samenwerking in de zorgpraktijk. Vervolgens zijn wij deze categorieën verder gaan aanscherpen door op zoek te gaan naar 'negatieve bewijzen': empirische bevindingen op basis waarvan de eerder gemaakte classificatie moet worden bijgesteld (Timmermans & Tavory, 2012). De analyse is voorgelegd aan de penvoerders van de verschillende regio's en aan de leden van een klankbordgroep bestaande uit beleidsmakers, procesbegeleiders en zorgbestuurders. Voor hen waren de uitkomsten van de analyse herkenbaar en overtuigend.

Institutionele context van de ouderenzorg

In Nederland valt de ouderenzorg onder drie sociale wetten. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verplicht dat gemeenten kwetsbare cliënten, onder wie ouderen, ondersteunen zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. De Zorgverzekeringswet (Zvw) regelt de medische zorg (eerstelijns- en tweedelijnszorg) voor alle Nederlanders; hier valt bijvoorbeeld de meeste wijkzorg onder. De zorgverzekeraars geven hier uitvoering aan. De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt de intensieve (medische) zorg voor de meest kwetsbare cliënten, onder wie ouderen. De zorgkantoren geven uitvoering aan de Wlz; het zorgkantoor in een regio is gelieerd aan de dominante verzekeraar in een bepaalde regio. Het is belangrijk om op te merken dat bij de Wlz, anders dan bij de Zvw, geen sprake is van concurrerende zorgverzekeraars. De aangewezen zorgverzekeraar (zorgkantoor) fungeert als uitvoeringsorgaan van de Wlz voor de betreffende zorgkantoorregio. Wel kunnen zorgaanbieders met elkaar concurreren om cliënten.

Jitse Schuurmans, Oemar van der Woerd, Roland Bal & Iris Wallenburg

Kwetsbare ouderen kunnen thuis of in een instelling wonen en kunnen zorg vanuit deze drie verschillende financieringskaders ontvangen. Bij ouderen die zorg vanuit de Zvw krijgen, of die een Wlz-indicatie ‘zonder behandeling’ hebben, is de huisarts over het algemeen regiebehandelaar. Deze cliënten kunnen zowel thuis als in een zorginstelling wonen. De huisarts heeft de mogelijkheid om de expertise van een SO in te schakelen bij complexe zorgvragen voor kwetsbare ouderen. De SO kan de behandeling tijdelijk overnemen. Bij kwetsbare ouderen die een Wlz-indicatie ‘met behandeling’ hebben, is de SO over het algemeen regiebehandelaar. Een ‘met behandeling’-indicatie houdt in dat het verpleeghuis verantwoordelijk is voor de medische zorg aan cliënten en dat de medisch-generalistische zorg gefinancierd wordt vanuit de Wlz. Kwetsbare ouderen met een Wlz-indicatie ‘met behandeling’ wonen over het algemeen intramuraal.

De regionale samenwerkingsinitiatieven die wij in dit project gevolgd hebben, werden gefinancierd vanuit de transitie-middelen die ter beschikking zijn gesteld om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg een impuls te geven. Deze financiering verliep via de zorgkantoren. In eerste instantie werd vanuit de zorgkantoren gestuurd op regionale samenwerkingen binnen de Wlz. Dit betekende dat primair werd ingezet op samenwerkingen tussen zorginstellingen waar ouderen wonen met een Wlz-indicatie. Een implicatie van deze opzet was dat huisartsen (en huisartsenverenigingen), op enkele uitzonderingen na, niet betrokken werden in de samenwerkingsinitiatieven die binnen het DMZ-traject zijn opgezet. De initiatieven die wij de afgelopen jaren gevolgd hebben, poogden primair om een oplossing te vinden voor het grote tekort aan SO's, bijvoorbeeld door betere triage, taakherschikking en de inzet van technologie. Het capaciteitstekort in de ouderenzorg is echter breder en betreft ook huisartsen, verpleegkundigen, GZ-psychologen en in mindere mate verzorgenden. Gedurende het traject is het accent verschoven en zijn ook initiatieven ontwikkeld die het tekort aan professionals in brede zin adresseerden.

Fricities in regionale samenwerking

In de resultatensectie worden allereerst drie soorten fricties beschreven die veldpartijen ervaren rondom regionale samenwerking om capaciteitsproblemen in de ouderenzorg het hoofd te bieden. Dit zijn fricties die ontstaan door het stapelen van sturingsarrangementen (Van de Bovenkamp e.a., 2016), fricties die ontstaan door de proliferatie van initiatieven om de zorg anders in te richten, en fricties die ontstaan door het stapelen van samenwerkingsverbanden. De geïdentificeerde fricties geven richting aan de handelingspraktijken die in het tweede deel van de resultatensectie worden beschreven.

Instellingsbelang versus regiobelang

De idee dat samenwerking met naburige instellingen nodig is in de ouderenzorg om oplossingen te zoeken voor capaciteitsproblemen wordt breed gedeeld door bestuurders, zorgprofessionals, projectcoördinatoren en beleidsmakers. Het merendeel van onze respondenten onderschrijft de noodzaak tot meer regionale samen-

werking en bekrachtigt daarmee een van de belangrijke assumpties van het regionaliseringsvertoog:

‘Ik zie een vraagstuk op ons afkomen waar we al middenin zitten en wat niet vandaag is begonnen. En dan bedoel ik het vraagstuk rondom arbeidsmarkttekorten. Als je kijkt naar de getallen, die zijn duizelingwekkend. (...) Het vraagstuk vraagt een andere benadering. Wij kunnen dat niet in ons eentje oplossen. Ook wij als zelfstandige organisatie moeten niet de illusie hebben dat wij met een goede afdeling Personeel en Ontwikkeling, met een goede werving- en selectieafdeling en het aannemen van allerlei recruiters; het is niet de oplossing van het vraagstuk.’ (Bestuurder, interview 2019)

De ervaren noodzaak om capaciteitsproblemen met naburige instellingen op te pakken strookt niet altijd met de praktijk. Geregeld handelen bestuurders bij hun strategische plannen vanuit het instellingsbelang, wat niet altijd overeenkomt met het regiobelang:

‘Wij [grote VVT-instelling] leiden artsen en verpleegkundig specialisten op. (...) Andere bestuurders zeggen “waarom creëren we geen onafhankelijke organisatie [instellingsoverstijgende behandeldienst] zodat heel [naam provincie] kan profiteren?” Maar deze organisaties hebben niet op de capaciteitsproblemen geanticipeerd, waarschijnlijk vanwege een gebrek aan tijd of om financiële overwegingen. Ik laat dit niet gebeuren, ik wil niet het risico lopen dat een nieuwe organisatie mislukt, en dat we eindigen met minder medische capaciteit dan dat we nu hebben.’ (Bestuurder, interview 2019)

Dit handelingsperspectief is gegrond in decennia van beleid dat is gestoeld op gereuleerde marktwerking en concurrentie (Helderman e.a., 2005). Dergelijke geïnstitutionaliseerde patronen hebben implicaties voor het handelingsrepertoire van actoren, en sturen de strategische keuzes die zij maken in een veld met conflicterende belangen. Dit gaat verder dan individuele gewoonten van actoren; een dergelijk handelingsrepertoire is gegrond in een veelvoud aan sturingsarrangementen en verantwoordingsstructuren in het zorgsysteem, zoals het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, waarbij de kwaliteit van zorg geëvalueerd wordt op instellingsniveau (Schuurmans e.a., 2020). Een gevolg van dit geïnstitutionaliseerde handelingsperspectief is dat zorgprofessionals en bestuurders *in the end* het primaat leggen bij het borgen van de kwaliteit van zorg binnen de eigen instellingsmuren en minder bij het borgen van de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen op regionaal niveau.

Professionele en bestuurlijke drukte: waar zetten we op in?

Plannen om de medische zorg op regionaal niveau te organiseren worden toegevoegd aan het bestaande scala aan samenwerkingsinitiatieven omtrent arbeidsmarktproblematiek, technologie, huisvesting en extramuralisering. Professionals en bestuurders begeven zich hierdoor in toenemende mate in een ‘vernetwerkte’ omgeving (Van der Woerd e.a., 2021). Samenwerkingsinitiatieven met aparte over-

Jitse Schuurmans, Oemar van der Woerd, Roland Bal & Iris Wallenburg

legstructuren en overlap in projecten en deelnemers bestaan parallel aan elkaar, wat als gecompliceerd wordt ervaren:

‘Die veelvoud aan netwerken en overleggen is inefficiënt en zorgt ervoor dat we weinig vooruitgang boeken. We komen niet verder met alleen maar praten over de problemen in de ouderenzorg. (...) We moeten een overzicht maken, overlap identificeren en prioriteren, want we hebben te veel netwerken en beleidsprogramma’s.’ (Bestuurder, interview 2019)

De proliferatie aan samenwerkingsinitiatieven heeft als gevolg dat professionals en bestuurders ‘bestuurlijke drukte’ ervaren (Hyde e.a., 2020). Men wordt uitgenodigd voor samenwerkingsinitiatieven waar organisationele betrokkenheid voor gevraagd wordt, maar het is in de praktijk lastig te realiseren door een gebrek aan tijd en financiële middelen of morele dilemma’s (het inzetten op een traject gaat soms ten koste van andere). De grote hoeveelheid aan samenwerkingsverbanden en -initiatieven maakt dat bestuurders niet altijd het overzicht hebben over de initiatieven waarbij de organisatie betrokken is:

Tijdens een interview met een bestuurder van een kleine VVT-instelling legt de bestuurder een map op tafel met documenten van verschillende projecten die voortkomen uit verschillende netwerken. De bestuurder haalt het voorbeeld aan van een initiatief waarbij een contact- en informatiepunt was gecreëerd voor mensen die mogelijk een carrière in de zorg ambiëren:

R: Het is dus zo, er zijn overal plannen van.

I: Ja, ja, en wordt dit dan binnen dat transmuraal netwerk georganiseerd?

R: Uh, dit is wat binnen het olifantenpad gedaan wordt.

I: Het olifantenpad?

R: Ja, je wordt helemaal wild van al die werktermen en tafels. Af en toe heb ik het idee ‘ik zit aan al die tafels, maar daar komen allemaal dezelfde dingen voorbij.’ (Veldwerknooties en interview 2019)

Bovenstaande scène illustreert dat de realiteit voor bestuurders verder reikt dan het besturen van een enkelvoudig netwerk met een overzichtelijk aantal projecten (Provan & Kenis, 2007). Professionele en bestuurlijke drukte door meervoudige betrokkenheid geeft dilemma’s: in welke initiatieven wordt (schaarse) tijd en energie gestoken tegen de achtergrond van al bestaande werkdruk? En hoe om te gaan met al bestaande initiatieven die niet aan de verwachtingen voldoen of worden overvleugeld door een nieuw beleidsprogramma, maar waar de organisatie wel reeds bij betrokken is? Tijdens het onderzoek viel op dat zorgprofessionals en bestuurders prioriteiten gingen stellen en selectief werden in de keuze voor projecten waar zij op wilden inzetten en dat daarbij niet altijd werd gekozen voor regionale samenwerkingsinitiatieven, waardoor deze soms tot stilstand kwamen.

Wie zijn onze samenwerkingspartners?

Het inzetten op een intensievere regionale samenwerking roept bij bestuurders en zorgprofessionals vragen op over wie de strategische partners zijn voor samenwer-

king en wat de regio is waarbinnen die samenwerking gestalte moet krijgen. ‘De regio’ is geen duidelijk afgebakend geografisch gebied, maar te omschrijven als een gelaagde assemblage bestaande uit een variëteit van samenhangende, en deels overlappende, heterogene bestuurlijke en professionele netwerken met een verschillende geografische spreiding (Lorne e.a., 2019; Schuurmans e.a., 2020). In elke regio bestaan verschillende bestuurlijke netwerken omtrent ouderenzorg, vaak gevormd rond bepaalde thema’s, zoals de inzet van technologie. De samenstelling van deze netwerken is verschillend, en ook de geografische reikwijdte van de netwerken is niet altijd dezelfde. Naast deze bestuurlijke netwerken zijn er legio professionele netwerken, vaak ook thematisch georganiseerd (bijvoorbeeld ketenzorg dementie), die een andere institutionele samenstelling hebben en een andere geografische spreiding. Het is voor partijen een zoektocht met welke partijen samenwerking mogelijk is in verband met regelgeving vanuit mededingingsautoriteiten rondom concurrentie en gescheiden wetgeving en financieringsstromen. Sommige behandelingen vallen bijvoorbeeld onder de Zvw en kunnen niet vergoed worden binnen de Wlz. Dit maakt het voor partijen in de ouderenzorg die veelal onder de Wlz vallen lastig om samenwerkingen over institutionele grenzen aan te gaan vanwege mogelijk nadelige financiële gevolgen voor de eigen organisatie.

Ook de begrenzing van de regio is ambigu. Veelal wordt door zorgkantoren aangestuurd op samenwerkingen binnen de zorgkantoorregio. Veel instellingen hebben echter behandellocaties in verschillende zorgkantoorregio’s. Bij bestuurders roept dit vragen op over welke zorgkantoorregio leidend is bij het zoeken naar samenwerkingen en welke behandellocaties meedoen aan een initiatief. Daarnaast hebben veel zorginstellingen bestuurlijke samenwerkingen met partijen uit een andere zorgkantoorregio:

‘Maar wat doet dat dan met alle strategische plannen die al bestaan? Wij zijn ook bezig met organisatie X [buiten de eigen zorgkantoorregio] om een mooi zorgplein te ontwikkelen. Met organisatie Y [ook buiten de eigen zorgkantoorregio] werken we samen rondom revalidatie en palliatieve zorg.’ (Bestuurder, interview 2019)

Het gevolg van ambigue regionale grenzen is dat bestuurders zoekende zijn naar wie de partners zijn met wie regionaal moet worden samengewerkt. De samenwerkingen waarop door het zorgkantoor en regioadviseurs wordt gestuurd, zijn niet altijd de meest voor de hand liggende (historische) partners vanuit het perspectief van bestuurders en zorgprofessionals. De institutionele context werkt bovendien belemmerend voor het ontplooiën van samenwerkingsinitiatieven, omdat regionale samenwerking gestalte moet krijgen binnen bestaande wettelijke en financiële kaders die niet op samenwerking en integratie van zorg gericht zijn.

Jitse Schuurmans, Oemar van der Woerd, Roland Bal & Iris Wallenburg

Handelingspraktijken

In dit tweede gedeelte van de resultaten zetten wij vier handelingspraktijken van veldpartijen uiteen ten aanzien van de beleidswens tot regionale samenwerking. De handelingspraktijken laten zien dat zowel veldpartijen als beleidsmakers zoekende zijn om uiting te geven aan regionalisering in de ouderenzorg, en regionalisering als sturings- en ordeningsprincipe nog volop in ontwikkeling is.

Afhouden, slenteren en terugtrekken

Regionale samenwerking wordt door veel zorgaanbieders en zorgprofessionals omarmd als een veelbelovende oplossing voor de huidige en hardnekkige knelpunten in de zorg. Tegelijkertijd zijn actoren regelmatig afhoudend als het gaat om verregaande regionale samenwerking, of maken ze een terugtrekkende beweging tijdens reeds aangegane regionale initiatieven. Dit wordt veelal ingegeven door ervaren werkdruk; als het personeelsrooster niet rond te krijgen is, valt iets 'extra's' zoals nieuwe regionale initiatieven ontplooiën al snel af. Daarnaast zagen we dat zorgprofessionals regelmatig zichzelf probeerden te beschermen. Ze hebben het druk met het reilen en zeilen binnen de eigen organisatie en hebben minder behoefte aan regionale projecten, waar ook input van hen gevraagd wordt. In een van de deelnemende regio's werd een regionale avond-, nacht- en weekenddienstenstructuur opgetuigd. Deze nieuwe manier van werken gaf echter een hogere werkdruk, terwijl de baten (minder diensten) daar niet tegen opwogen:

I: Ik denk dat je [als samenwerkingspartner in de regio] minder kwetsbaar wordt voor de uitval van artsen. En dat geldt natuurlijk minder voor jullie instelling, want jullie hebben een groot medisch team, maar natuurlijk wel voor de naburige instellingen.

R: Dat denk ik ook en dat heeft meegespeeld in dat wij hierin mee wilden werken. Van ja, weet je, je wilt ook regionaal daarin samen doen. Maar ja, als je mij nu vraagt, wil je door? Dan zeg ik nee [ik wil niet door]. (...) Wij hebben niet minder diensten gekregen en ze zijn wel veel drukker geworden. Mijn diensten in elk geval. Het kost mij wat, maar wat er tegenover staat, wat het mij oplevert is beperkt. (...) Als wij het zelf zouden organiseren en wij doen alleen diensten voor de eigen instelling, dan hebben we het rustiger, dus waar zijn we eigenlijk mee bezig?

De geïnterviewde arts wilde zich terugtrekken uit een regionaal initiatief om als artsen gezamenlijk de avond-, nacht- en weekenddiensten op regionaal niveau in te vullen. De samenwerking maakte dat een groep ouderen, die voorheen onvoldoende toegang hadden tot medische zorg door een tekort aan SO's en huisartsen, adequaat gebruik kon maken van beschikbare medische zorg. Door de samenwerking was dit minder geconcentreerd in een enkele VVT-instelling. Voor de artsen van die instelling nam de werkdruk echter toe, waarna ze aangaven de pilot te willen stoppen.

Tegelijkertijd zien we bij meerdere bestuurders een vergelijkbare afwijzende reactie op regionale samenwerkingsinitiatieven, zeker als artsen niet bereid zijn om te participeren. Bestuurders willen hun spaarzame (en regelmatig zwaar beconcurrerde) arts niet verliezen aan een andere instelling die betere arbeidsvoorwaarden biedt en hen niet vermoeit met ‘organisatorisch werk en nieuwe initiatieven’ (interview 2020). De arbeidsmarktproblematiek zorgt ervoor dat de machtsbalans tussen bestuurders en zorgprofessionals verschuift en het primaat bij artsen ligt:

‘De tijd voor onderhandelingen met artsen is voorbij. Zij krijgen gewoonweg waar ze om vragen. Wij [het management] zijn gedwongen om hun eisen in te willigen om een beetje goodwill te creëren.’ (Bestuurder, interview 2020)

Ook zijn er andere situaties waarin bestuurders het primaat leggen bij het instellingsbelang en waarbij dit conflicteert met het regiobelang. Dit geldt in het bijzonder voor grote instellingen met een eigenstandige behandeldienst. Een aantal van deze instellingen heeft intern geen krapte in de bezetting. Zij kunnen artsen een uitdagende werkomgeving aanbieden vanwege een grote vakgroep en een diverse cliëntenpopulatie met complexe zorgvragen. Ook lukt het deze organisaties veelal om voldoende artsen in opleiding aan te trekken. Bestuurders van dergelijke instellingen hebben regelmatig meer te verliezen dan te winnen bij regionale samenwerking, waardoor zij afwachtend zijn en de organisatorische identiteit en strategie willen beschermen. Dit niet in de laatste plaats omdat zij verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg van de eigen organisatie in plaats van die van de regio.

Een afwachtende houding zien we eveneens bij bestuurders van stelselpartijen in de ouderenzorg. Een duidelijk voorbeeld is de houding van een aantal bestuurders van huisartsenkringen en huisartsenverenigingen. Ook hier wordt veelal gedacht vanuit de belangen van de beroepsgroep. Bestuurders van huisartsenkringen zijn geregeld moeilijk te betrekken bij regionale samenwerkingsinitiatieven. Zij ervaren eveneens een hoge werkdruk en hebben beperkt behoefte om te experimenteren met nieuwe zorgvormen, waarbij het vooraf onduidelijk is in hoeverre deze initiatieven de werkdruk verlagen (en op korte termijn mogelijk verder verhogen). Wat ook meespeelt is dat bij een aantal experimenten huisartsen een rol krijgen bij het verzorgen van basiszorg bij intramurale zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie; zorg die voorheen nagenoeg uitsluitend werd geleverd door SO's. Daarnaast zijn beleidsmakers van VWS voornemens om huisartsen een grotere rol te geven bij de zorg voor kwetsbare ouderen in de intramurale setting. In deze context geven meerdere bestuurders en beroepsverenigingen tegengas en houden ze initiatieven om de zorg anders te organiseren af.

Het werken aan urgentie en duurzame betrokkenheid

Actoren op verschillende lagen van het zorgsysteem creëren urgentie voor de capaciteitsproblemen in de ouderenzorg om zo een duurzame betrokkenheid te genereren bij het anders, en regionaal, organiseren van de medische zorg. Het urgentiebesef vraagt voortdurend aandacht en actief werk op verschillende beleidslagen van het zorgsysteem om levend gehouden te worden, omdat het vluchtig is en veelal

abstract (Van de Bovenkamp e.a., 2016). Voor sommige instellingen zijn de capaciteitsproblemen een dagelijkse worsteling, voor andere vooral een potentieel probleem. Het urgentiebesef is niet overal doorgedrongen. Op sommige plekken waren beleidsmakers en zorgkantoren actief bezig om bestuurders te overtuigen van de noodzaak om tot regionaal beleid te komen. Het overleggen van cijfers speelde een belangrijke rol bij het creëren van urgentie; regelmatig presenteerden zorgkantoren voorspellingen en ook wij, als onderzoekers, werden gevraagd toekomstverwachtingen te presenteren tijdens regionale bijeenkomsten. Cijfers zijn een sterk retorisch middel dat bestuurders en zorgprofessionals aanspreekt om urgentiebesef te creëren dan wel levend te houden. Een belangrijk deel van het werk dat de kartrekkers (projectcoördinatoren, bestuurders en zorgprofessionals) van regionale samenwerking doen om initiatieven van de grond te krijgen is het activeren en het creëren van de gevoelde noodzaak om samen te werken. Een implicatie van het vluchtige karakter van gevoelde urgentie en het werk dat nodig is om dit te levend te houden, is dat het sterk afhangt van de inzet van enkele individuen binnen regionale netwerken. Aangezien het personele verloop ook op bestuurlijk en ondersteunend niveau groot is, gebeurt het geregeld dat de aanjagers van regionale samenwerking wegvallen, waardoor initiatieven geen organisationele prioriteit meer zijn. Dit hebben we bij verschillende samenwerkingsinitiatieven waargenomen.

Het gevoelde urgentiebesef om capaciteitsproblemen in samenwerking met andere zorgaanbieders aan te pakken kan overvleugeld worden op momenten dat andere, meer acute crises zich aandienen. Op het moment van de eerste golf aan Covid-19-besmettingen was het DMZ-traject ruim een jaar bezig. In een aantal regio's waren reeds pilots gestart, en meerdere regio's waren samenwerkingsinitiatieven aan het ontwikkelen. Covid-19 had echter een dramatische impact op de verpleeghuizen, en de focus van bestuurders en professionals lag volledig bij de medische zorgverlening aan cliënten (Kruse e.a., 2020). Typisch is dat een bestuurder met wie een goed contact werd onderhouden maanden onbereikbaar was en pas eind mei 2020 weer contact zocht: 'Het feit dat ik nu pas reageer geeft denk ik wel aan hoe druk we het hebben [gehad]' (Bestuurder, mailwisseling 2020). De ontwikkeling van regionale samenwerkingsinitiatieven heeft maanden (en soms langer) stilgelegen door de Covid-19-crisis. Het urgentiebesef om grote uitdagingen gezamenlijk op te pakken fluctueert ook doordat nieuwe, meer urgente problemen zich aandienen en de eerder geformuleerde problematiek overvleugelen. Tegelijkertijd heeft de Covid-19-pandemie in andere domeinen van de zorg, bijvoorbeeld bij netwerken in de niet-acute zorg, regionale samenwerking een impuls gegeven (Kruse e.a., 2020; de Graaff e.a., 2022).

Om de medische zorg aan ouderen anders en regionaal te organiseren moeten niet alleen bestuurders en zorgprofessionals aan urgentie en commitment werken, maar ook landelijke actoren, zoals beroepsverenigingen, de IGJ, het zorgkantoor en brancheverenigingen. Deze actoren zijn soms direct, maar veelal indirect bij regionale netwerken betrokken. Zo heeft het ministerie van VWS zogenoemde regioadviseurs aangesteld die regionale bestuurlijke en professionele netwerken ondersteunen. Dit doen zij door bestuurders en professionals aan te moedigen om

regionale samenwerkingsinitiatieven te ontplooiën en door voorbeelden aan te dragen van regionale experimenten die in andere regio's zijn ontplooid. Ook wordt kennis over wet- en regelgeving gedeeld. De door zorgkantoren aangestelde regio-managers richten zich veelal op het ontwikkelen van een regionale agenda en het vastleggen van samenwerkingsafspraken in convenanten en contracten. Ook worden vanuit VWS gesprekken georganiseerd waar bestuurders van de betrokken beroepsverenigingen (Verenso en de Landelijke Huisartsen Vereniging) voor uitgenodigd worden om te praten over mogelijke regionale samenwerkingsafspraken. In de praktijk zien we echter dat de stelselpartijen niet altijd de urgentie zien van, en geëngageerd zijn aan, het mogelijk maken van regionale samenwerking omdat deze veelal ingaat tegen bestaande afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling, wat leidt tot onzekerheid en (mogelijk) verlies aan controle en invloed op landelijk en regionaal beleid.

Het creëren van regelruimte en de dynamiek van onderaf

Een implicatie van het fluctuerende urgentiebesef bij sommige stelselpartijen en de niet altijd gedeelde visie op wat de oplossingsrichtingen zijn voor de capaciteitsproblemen, is dat de dynamiek omtrent het anders en regionaal organiseren van de medische zorg vooral bij zorgprofessionals, zorgbestuurders en beleidsmakers zit. De regio is echter ook onlosmakelijk verbonden met de landelijke kaders en richtlijnen en dit kan soms schuren. In de praktijk zien we echter dat dergelijke richtlijnen weliswaar belemmerend werken voor het ontwikkelen van regionale initiatieven, maar dit hoeft niet te betekenen dat schurende initiatieven niet worden doorgezet. In sommige regio's werd door bestuurders en zorgprofessionals 'buiten de lijntjes' gekleurd (Wallenburg e.a., 2021). In een aantal regio's werd bijvoorbeeld gewerkt aan een invulling van het regiebehandelaarschap dat botste met de taakherschikkingsrichtlijn van Verenso. Een zorgkantoor creëerde financiële ruimte om verpleegkundig specialisten medische zorg te laten verlenen tegen een hoger tarief (iets wat op landelijk niveau nog niet is geborgd).

Daarnaast zagen we dat beleidsmakers, vertegenwoordigers van stelselpartijen en in sommige gevallen ook bestuurders de dynamiek in de regio omarmen en werk verzetten om landelijke kaders aan te passen zodat dit beter aansluit bij regionale initiatieven. Een illustratief voorbeeld betreft het betrekken van vertegenwoordigers van de IGJ bij het opzetten van de eerdergenoemde regionale bereikbaarheidsdiensten voor medische zorg. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is opgenomen dat een arts 24/7 binnen 30 minuten op een locatie aanwezig moet kunnen zijn. Dit is een belemmering voor initiatieven om de bereikbaarheidsdiensten instellingsoverstijgend en regionaal te organiseren, omdat bij zo'n initiatief een dusdanig groot gebied bediend wordt dat de 30 minuten aanrijtijd niet te borgen is (bijvoorbeeld in dunbevolkte gebieden). In dit geval is het de regionale kartrekkers gelukt om regelruimte te creëren en om een toezegging te krijgen dat zij niet geëvalueerd zouden worden op het al dan niet halen van de aanrijtijd, waarbij de zorgorganisaties wel moesten kunnen aantonen hoe kwaliteit van zorg geborgd werd op een alternatieve wijze. Een ander voorbeeld betreft het initiatief van één van de regio's om in gesprek te gaan met de NZa om een betaaltitel voor verpleegkundig

Jitse Schuurmans, Oemar van der Woerd, Roland Bal & Iris Wallenburg

specialistische zorg in de eerste lijn mogelijk te maken. Hierdoor kon zorg beter worden gecoördineerd tussen het verpleeghuis en zorg in de thuissituatie. Beleidsmakers, vertegenwoordigers van stelselpartijen en bestuurders omarmen op deze manier de dynamiek in de regio en maken regelruimte in bestaande kaders, waardoor intensievere regionale samenwerking mogelijk wordt.

Het bouwen aan regionale netwerken en infrastructuren

Hoewel de zorgkantorregio niet altijd de ‘natuurlijke’ regio was voor bestuurders en zorgprofessionals, zoals eerder beschreven, zagen we dat in de meeste onderzochte regio’s anno 2021 de zorgkantorregio functioneerde als een geografische eenheid waarbinnen samengewerkt wordt. Ten eerste waren in zorgkantorregio’s redelijk vitale bestuurlijke netwerken gecreëerd en bestendig. Ook waren er (materiële) infrastructuren gecreëerd die zorgprofessionals en cliënten binnen een bepaalde regio met elkaar verbonden. Soms was dit de zorgkantorregio, maar vaker besloeg een dergelijke infrastructuur een kleiner geografisch gebied. Overeenkomstig met Bowker en Star (1999) zien wij regionale infrastructuren als systemen en structuren die actoren en praktijken met elkaar verbinden en die uitwisseling van personeel en kennis mogelijk maken. Een illustratief voorbeeld is een coördinatiepunt voor oproepen tijdens de avond-, nacht- en weekenddienst in de Achterhoek. De medische teams van verschillende VVT-instellingen zijn gaan samenwerken om instellingsoverstijgend de bereikbaarheidsdiensten in te vullen. Het coördinatiepunt verbindt cliënten en zorgverleners (en hun zorgvragen) van verschillende instellingen in de regio met de dienstdoende artsen. Een ander voorbeeld betreft een triagesysteem in de verpleeghuiszorg dat cliënten met een zorgvraag verbindt met verschillende soorten professionals in een bepaald geografisch gebied en waardoor zorgprofessionals meer op afstand en op afspraak kunnen gaan werken en daardoor een groter geografisch gebied kunnen bedienen (Van Pijkeren, Wallenburg & Bal, 2021). Dergelijke initiatieven institutionaliseren niet alleen samenwerkingen tussen zorgprofessionals van verschillende instellingen in een bepaald gebied, maar ook tussen bestuurders, waardoor nieuwe samenwerkingsinitiatieven mogelijk worden.

In sommige regio’s bestonden voorafgaand aan het onderzoek en de beweging naar intensievere regionale samenwerking al vitale bestuurlijke netwerken die grotendeels correspondeerden met de geografische grenzen van de zorgkantorregio. In andere gebieden ontbraken dergelijke vitale netwerken en is er laatste jaren werk gemaakt van het creëren van dergelijke regionale netwerken. Een voorbeeld hiervan is Zeeland, waar de afgelopen jaren aan een regionaal bestuurlijk netwerk is gewerkt, ondersteund door de eerdergenoemde regiomanagers van het zorgkantor, regiocoaches vanuit WIR en regioadviseurs van VWS. Van oudsher is samenwerking tussen VVT-instellingen (en ziekenhuizen) van de verschillende Zeeuwse eilanden geen vanzelfsprekendheid. Zo zijn bestuurders van organisaties in Tholen van origine meer op West-Brabant gericht, en bestuurders in Zeeuws-Vlaanderen meer op samenwerkingen met Vlaamse zorginstellingen. Zoals treffend werd verwoord door een verpleegkundig specialist: ‘het water is de grens’ (interview 2019). Het bleek lastig om gedurende de looptijd van het traject regionale initiatieven in

het anders organiseren van de medische zorg aan ouderen van de grond te krijgen. Dit zagen we ook in andere regio's met relatief nieuwe bestuurlijke netwerken. Daarentegen ontstonden dergelijke concrete initiatieven eerder in zorgkantoorregio's waar reeds vitale bestuurlijke netwerken aanwezig waren. Bestuurders en zorgprofessionals bouwden in deze regio's als het ware verder op wat er aan infrastructuur en netwerken was. Indien dit er niet was, werkten regio's aan regionale bestuurlijke netwerken waarin tot concrete, regionale experimenten moest worden besloten. Hier was ook hulp 'van buitenaf' voor nodig, zoals faciliterende vertegenwoordigers van stelselpartijen.

Het werken aan zorginfrastructuur en het werken aan vitale bestuurlijke netwerken versterkten elkaar. Regionale infrastructuur in de zorgpraktijk verbonden niet alleen cliënten en zorgprofessionals binnen een bepaald geografisch gebied, maar verbonden ook bestuurders van verschillende instellingen die elkaar in bestuurlijke netwerken ontmoetten. Tegelijkertijd maakten vitale bestuurlijke regionale netwerken het makkelijker om concrete samenwerkingsinitiatieven en daarmee gepaard gaande (materiële) infrastructuur in de zorgpraktijk te realiseren.

Discussie: leren van de gelaagdheid van regionalisering

Regionalisering wordt door beleidsmakers als passend sturings- en ordeningsprincipe gezien om capaciteitsproblemen in de ouderenzorg het hoofd te bieden. In dit artikel hebben we laten zien dat regionale samenwerking binnen een relatief nieuwe bestuurlijke eenheid, de zorgkantoorregio's, gestimuleerd wordt. Dit wordt bovenop reeds bestaande samenwerkingsrelaties en actieprogramma's in de ouderenzorg gestapeld. Dit geeft fricties door het stapelen van sturingsinstrumenten, van samenwerkingsinitiatieven en samenwerkingsrelaties. Actoren ontwikkelen verschillende handelingspraktijken om met deze fricties om te gaan: (1) afhouden, slenteren en terugtrekken, (2) het werken aan urgentie en duurzame betrokkenheid, (3) het creëren van regelruimte, en (4) het bouwen aan regionale netwerken en infrastructuur. De handelingspraktijken illustreren hoe actoren op verschillende organisatielagen alsook beleidslagen van het zorgsysteem (Van de Bovenkamp e.a., 2016) in interactie proberen vorm te geven aan regionalisering in de ouderenzorg.

De beschreven interacties tussen veldpartijen en beleidsmakers voegen een dynamisch, iteratief en gelaagd karakter toe aan discussies over (regionale) samenwerking als beleidsstrategie voor complexe publieke problemen (Ferlie e.a., 2013; Ferraro e.a., 2015). Regionalisering, zo laat dit artikel zien, is een iteratief proces (Lindblom, 1959) waarbij eenduidigheid over de plaats van samenwerking (de regio) en over wie deelneemt aan regionale netwerken ontbreekt. Hoewel veldpartijen worden aangemoedigd om uiting te geven aan regionalisering, is de inzet van beleidsmakers nodig, die meestal maar beperkt op regionaal niveau acteren. Dit werd bijvoorbeeld zichtbaar in betrokkenheid van regioadviseurs van VWS om vitale bestuurlijke netwerken te realiseren in regio's waar dit geen vanzelfsprekendheid was en in betrokkenheid van de IGJ en de NZa om bestaande regels werkbaar

te maken voor regionale initiatieven. Het bouwen aan regionale netwerken en infrastructuren is dus niet alleen een organisatorische aangelegenheid (Ferraro e.a., 2015), waarin min of meer overzichtelijk is welke partijen participeren (Provan & Kenis, 2007), maar vraagt ook om bovenregionale betrokkenheid van stelselpartijen en de overheid. Dit illustreert de benodigde gelaagdheid om regionalisering werkbaar te maken en zorg te dragen voor regio's die in verhouding over beperkt netwerkcapitaal beschikken. De verwevenheid van veldpartijen in een web aan samenwerkingsinitiatieven om de zorg te veranderen maakt ook dat het spreken over enkelvoudige netwerkparticipatie niet volstaat (Provan & Kenis, 2007). Dit roept vragen op over de verwachtingen en praktische haalbaarheid van regionalisering voor veldpartijen, omdat de bestuurbaarheid van de eigen organisatie onder druk komt te staan.

Aandacht voor de gelaagdheid van handelingspraktijken maakt in dit artikel zichtbaar hoe fricties beleidslagen doorkruisen. Illustratief hiervoor zijn de spanningen tussen bestuurders en SO's hoe vorm te geven aan regionale experimenten. Hoewel onderhandelingen zich afspelen binnen de organisatie, vraagt het ontwikkelen van nieuwe werkvormen (bijvoorbeeld taakherschikking met verpleegkundig specialisten) ook om afstemming met medische teams en bestuurders van andere organisaties, alsook de betrokkenheid van stelselpartijen voor regelruimte en voldoende draagvlak. Dit gelaagde werk – het mobiliseren van verschillende organisatie- en beleidslagen tegelijkertijd (Van de Bovenkamp e.a., 2016) – is geen gemakkelijke opgave, omdat interacties met stelselpartijen parallel lopen aan relaties binnen en tussen organisaties. Bovendien vraagt het werken met en tussen beleidslagen om relationele capaciteiten en kennis van het zorgsysteem (Cloutier e.a., 2016). Dit concretiseert het benodigde werk om passende omgangsvormen te vinden voor complexe problemen (Alford & Head, 2017; Peters, 2017).

Gelaagde analyse van grootschalige beleidsveranderingen omvat enerzijds het analyseren van de handelingspraktijken van veldpartijen, stelselpartijen en de overheid die actief zijn op verschillende beleidslagen in een bepaald domein. Hiervoor zijn etnografische onderzoeksmethoden passend (Marcus, 1995). Anderzijds omvat dit aandacht voor de interacties tussen deze actoren om te onderzoeken hoe beleidsveranderingen materialiseren in de praktijk en door welke handelingspraktijken zij werkbaar worden gemaakt. Aandacht voor de gelaagde interacties is hiermee een aanvulling op de gedecentreerde benadering (Bevir, 2013), omdat het naast aandacht voor interacties tussen actoren die uitvoering geven aan beleid specifiek aandacht heeft voor de handelingspraktijken en strategieën op verschillende beleids- en organisatieniveaus die in samenspel regionale samenwerking stimuleren en bestendigen. Tegelijkertijd is het geen gelopen race; hoewel regionale samenwerking een beleidswens is, betekent het ook tegen de stroom in zwemmen. Verantwoordings- en toezichtskaders veronderstellen nog altijd een blik op de eigen zorgorganisatie in plaats van op de bredere populatie van ouderen in de regio. Een zekere mate van bestuurlijk lef (Van Bochove, Rusinovic & Koops-Boelaars, 2021) is noodzakelijk om de zorgende regio mogelijk te maken.

Literatuur

- Aa, E. van der, & Kok, L. (2019, 1 maart). We moeten bij de zorg terug naar het gezond verstand. *Algemeen Dagblad*.
- Alford, J., & Head, B.W. (2017). Wicked and less wicked problems: a typology and a contingency framework. *Policy and Society*, 36 (3): 397-413. <https://doi.org/10.1080/14494035.2017.1361634>.
- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18 (4): 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>.
- Bannink, D., & Trommel, W. (2019). Intelligent modes of imperfect governance. *Policy and Society*, 38 (2): 198-217. <https://doi.org/10.1080/14494035.2019.1572576>.
- Bartels, K., & Turnbull, N. (2020). Relational public administration: a synthesis and heuristic classification of relational approaches. *Public Management Review*, 22 (9): 1324-1346. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1632921>.
- Bevir, M. (2013). *A theory of governance*. Berkeley: University of California Press. <https://books.google.nl/books?id=SK47nwEACAAJ>
- Bevir, M., & Waring, J. (2020). Decentring networks and networking in health and care services. In: M. Bevir & J. Waring (red.), *Decentring health and care networks*, Londen: Palgrave Macmillan, 1-16.
- Bochve, M., Rusinovic, K., & Koops-Boelaars, S. (2021). Introductie bij het themanummer: rebelse initiatieven in wonen, zorg en onderwijs - het op verantwoorde wijze nét even anders doen. *Beleid & Maatschappij*, 48 (2): 131-137.
- Bovenkamp, H.M. van de, Stoopendaal, A., & Bal, R. (2016). Working with layers: the governance and regulation of healthcare quality in an institutionally layered system. *Public Policy and Administration*, 32 (1): 45-65. <https://doi.org/10.1177/0952076716652934>.
- Bowker, G.C., & Star, S.L. (1999). *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge: The MIT Press.
- Bueren, E.M. van, Klijn, E.H., & Koppenjan, J.F.M. (2003). Dealing with wicked problems in networks: analyzing an environmental debate from a network perspective. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13 (2): 193-212. <https://doi.org/10.1093/jpart/mug017>.
- Cloutier, C., Denis, J.L., Langley, A., & Lamothe, L. (2016). Agency at the managerial interface: public sector reform as institutional work. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26 (2): 259-276.
- Duijn, S. van, Bannink, D., & Ybema, S. (2021). Working toward network governance: local actors' strategies for navigating tensions in localized health care governance. *Administration & Society*, juli. <https://doi.org/10.1177/00953997211033818>.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Bennett, C. (2013). *Making wicked problems governable?* Oxford: Oxford University Press.
- Ferraro, F., Etzion, D., & Gehman, J. (2015). Tackling grand challenges pragmatically: robust action revisited. *Organization Studies*, 36 (3): 363-390. <https://doi.org/10.1177/0170840614563742>.
- de Graaff, B., Rahmawan-Huizenga, S., Bal, J., Kuijper, S., Felder, M., Zwart, L., Kalthoff, K., van de Bovenkamp, H., Wallenburg, I. en Bal, R. (2022). *Leren dansen met een virus: Sturen van een meervoudige crisis in de zorg*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy and Management.
- Helderman, J.K., Schut, F.T., Grinten, T.E. van der, & Ven, W.P. van de (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of*

Jitse Schuurmans, Oemar van der Woerd, Roland Bal & Iris Wallenburg

- Health Politics, Policy and Law*, 30 (1-2): 189-209. <https://doi.org/10.1215/03616878-30-1-2-189>.
- Hyde, P., Hodgson, D., Bailey, S., Hassard, J., & Bresnen, M. (2020). The contested practice of networking in healthcare management. In: M. Bevir & J. Waring (red.), *Decentring health and care networks*, Londen: Palgrave Macmillan, 17-42.
- Innes, J.E., & Booher, D.E. (2016). Collaborative rationality as a strategy for working with wicked problems. *Landscape and Urban Planning*, 154: 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2016.03.016>.
- Isett, K.R., Mergel, I.A., LeRoux, K., Mischen, P.A., & Rethemeyer, R.K. (2011). Networks in public administration scholarship: understanding where we are and where we need to go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21 (1): i157-i173. <https://doi.org/10.1093/jopart/muq061>.
- Jones, L., Fraser, A., & Stewart, E. (2019). Exploring the neglected and hidden dimensions of large-scale healthcare change. *Sociology of Health and Illness*, 41 (7): 1221-1235. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12923>.
- Kickert, W.J., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J.F. (1997). *Managing complex networks: strategies for the public sector*. Thousand Oaks: Sage.
- Koppenjan, J., & Klijn, E.H. (2004). *Managing uncertainties in networks. a network approach to problem solving and decision making*. Londen: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203643457>.
- Kruse, F., Tol, L. van, Vrinzen, C., Woerd, O. van der, & Jeurissen, P. (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands: the second wave. *International Long Term Care Policy Network*, 25 november.
- Lindblom, C.E. (1959). The science of 'muddling through'. *Public Administration Review*, 19 (2): 79-88. <https://doi.org/10.2307/973677>.
- Lorne, C., McDonald, R., Walshe, K., & Coleman, A. (2019). Regional assemblage and the spatial reorganisation of health and care: the case of devolution in Greater Manchester, England. *Sociology of Health and Illness*, 41 (7): 1236-1250. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12867>.
- Maarse, H., Jeurissen, P., & Ruwaard, D. (2016). Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health Economics, Policy and Law*, 11 (2): 161-178.
- Marcus, G.E. (1995). Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24 (1): 95-117. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.24.100195.000523>.
- Nicolini, D. (2012). *Practice theory, work, and organization: an introduction*. Oxford: Oxford University Press. <https://books.google.nl/books?id=dINO3eFvttoC>.
- Peters, B.G. (2017). What is so wicked about wicked problems? A conceptual analysis and a research program. *Policy and Society*, 36 (3): 385-396. <https://doi.org/10.1080/14494035.2017.1361633>.
- Pijkeren, N. van, Wallenburg, I., & Bal, R. (2021). Triage as an infrastructure of care: the intimate work of redistributing medical care in nursing homes. *Sociology of Health and Illness*, 43 (7): 1682-1699.
- Provan, K.G., & Kenis, P. (2007). Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18 (2): 229-252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>.
- Schuurmans, J.J., Pijkeren, N. van, Bal, R., & Wallenburg, I. (2020). Regionalization in elderly care: what makes up a healthcare region? *Journal of Health Organization and Management*, 35 (2), 229-243. <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2020-0333>.
- Schuurmans, J.J., Wallenburg, I., & Bal, R. (2019). Een nieuw panacee: de zorg moet regionaliseren. *Medisch Contact*, 33-34: 26-28.

- Schuurmans, J.J., Wallenburg, I., Pijkeren, N.J. van, Woerd, O.S. van der, Stalenhoef, H.S., Ivanova, D., ... Bal, R. (2021). *Duurzame medische zorg in de regio: een actieonderzoek naar initiatieven om de medisch-generalistische zorg voor ouderen toekomstbestendig te maken*. Rotterdam: ESHPM.
- SER (2021). *Aan de slag voor de zorg: een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Termeer, C.J., Dewulf, A., Breeman, G., & Stiller, S.J. (2015). Governance capabilities for dealing wisely with wicked problems, *Administration & Society*, 47 (6): 680-710.
- Timmermans, S., & Tavory, I. (2012). Theory construction in qualitative research: from grounded theory to abductive analysis. *Sociological Theory*, 30 (3): 167-186. <https://doi.org/10.1177/0735275112457914>.
- Visser, E.L., & Kruijen, P.M. (2021). Discretion of the future: conceptualizing everyday acts of collective creativity at the street-level. *Public Administration Review*, 81 (4): 676-690. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/puar.13389>.
- Wallenburg, I., Bovenkamp, H. van de, Weggelaar-Jansen, A.M., & Bal, R. (2021). Rebelle-rende zorgprofessionals: improviseren met regels, passie en verantwoording. *Beleid en Maatschappij*, 48 (2): 138-155.
- Waring, J., & Crompton, A. (2020). The struggles for (and of) network management: an ethnographic study of non-dominant policy actors in the English healthcare system. *Public Management Review*, 22 (2): 297-315. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1588360>.
- Weber, E.P., & Khademian, A.M. (2008). Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. *Public Administration Review*, 68 (2): 334-349. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00866.x>.
- Woerd, O. van der, Veen-Berkx, L. van, Schouten, M., Scheer, W. van der, & Boonstra, J. (2021). Zorgnetwerken vergen bestuurlijke lenigheid. *Skipr*, 14 (3): 72-79.
- WRR (2021). *Kiezen voor Houdbare Zorg: Mensen, Middelen en Maatschappelijk Draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- www.eur.nl/en/eshpm/research/research-groups/health-care-governance/projects/transitions-care/regioz, geraadpleegd op 23 maart 2022.