

Duurzame Medische Zorg in de Regio

Een actieonderzoek naar initiatieven om de
medisch-generalistische zorg voor ouderen
toekomstbestendig te maken

December 2021

Jitse Schuurmans
Iris Wallenburg
Nienke van Pijkeren
Oemar van der Woerd
Hanna Stalenhoef
Dara Ivanova
Sander van Haperen
Roland Bal

Colofon

Duurzame Medische Zorg in de Regio

Een actieonderzoek naar initiatieven om de medisch-generalistische zorg voor ouderen toekomstbestendig te maken

Uitgever

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving

PanArt.nl

Druk

De Bondt grafimedia

Duurzame Medische Zorg in de Regio

Een actieonderzoek naar initiatieven om de medisch-
generalistische zorg voor ouderen toekomstbestendig te
maken

December 2021

Jitse Schuurmans
Iris Wallenburg
Nienke van Pijkeren
Oemar van der Woerd
Hanna Stalenhoef
Dara Ivanova
Sander van Haperen
Roland Bal

Management Samenvatting

De medisch-generalistische zorg voor ouderen staat onder druk. In veel gebieden is een tekort aan medisch geschoold personeel (met name specialisten ouderen geneeskunde en huisartsen) en (gespecialiseerd)verpleegkundigen. Deze krapte zal de komende jaren verder toenemen, vooral in gebieden op afstand van de Randstad, zoals in Zeeland, de Achterhoek, Twente, Drenthe, Groningen, en Limburg. Tegelijkertijd neemt de zorgvraag van kwetsbare ouderen toe en wordt de intra- en extramurale zorgvraag complexer. Het opleiden van meer medisch geschoold personeel is wenselijk, maar ontoereikend. Een mogelijke oplossing is regionale samenwerking. De laatste jaren is binnen het traject Duurzame Medische Zorg in de Regio (DMZ), een samenwerkingsverband tussen 10 Zorgkantorregio's, Waardigheid en Trots in de Regio (WIR) en de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) ingezet op regionale samenwerking in de ouderenzorg om zo schaalvoordelen te behalen, het leren tussen organisaties te bevorderen en regionaal maatwerk te leveren. Binnen DMZ hebben veelbelovende, regionale initiatieven (pilots) plaatsgevonden om de medische zorg aan ouderen anders te organiseren. Een aantal van deze initiatieven zijn door middel van actieonderzoek gevolgd door de Erasmus Universiteit. Voor u ligt de rapportage waaruit we vervolgtrekkingen maken over regionale samenwerking in de ouderenzorg voor zorgorganisaties, zorgkantoren en zorgverzekeraars, en het beleid.

De verschillende pilots die in deze rapportage aan bod komen gaan over taakherschikking, triage, technologie en een regionale invulling van de avond-nacht-en-weekenddiensten (ANW). Wij zien dat deze initiatieven een bijdrage leveren aan het borgen van de medisch-generalistische zorg aan ouderen en de samenwerking tussen zorgaanbieders van dergelijke initiatieven versterken. Tegelijkertijd identificeren wij enkele terugkerende knelpunten bij regionale initiatieven om de medische zorg toekomstbestendig in te richten. Zorgaanbieders en zorgprofessionals handelen nog vaak vanuit het instellingsbelang en dit is niet altijd in het belang van alle kwetsbare ouderen in de regio. Dit wordt versterkt door prikkels in het zorgsysteem, zoals het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg waarbij het primaat ligt bij de kwaliteit van zorg binnen de eigen instellingsmuren, en door budgettaire kaders waarbij de beloning voor zorg-met-behandeling vanuit de Wlz veelal lucratiever is dan extramurale zorgverlening. Daarnaast zien we dat initiatieven om de medische zorg toekomstbestendig in te richten veelal kleinschalig zijn. Het betreft vaak een initiatief op één of enkele locaties. Er wordt weliswaar regionaal geleerd van een dergelijke pilot, maar opschalen is lastig. Ook zien we dat regionale samenwerking veelal gebeurt tussen VVT-instellingen, maar dat huisartsen, ziekenhuizen, GGZ en ook de VG-sector veelal nog ontbreken, terwijl medisch-generalistische zorg gaat over het samenspel tussen SO, huisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG). Ondanks de vele en veelbelovende initiatieven ontbreekt vooralsnog een geïntegreerde regionale aanpak om de medisch-generalistische zorg aan ouderen te borgen.

Tegelijkertijd zijn in enkele regio's ondanks deze terugkerende knelpunten grote stappen gemaakt om de zorg aan kwetsbare ouderen regionaal in te richten. In deze regio's zien wij een aantal werkende mechanismes die regionale samenwerking bespoedigen. Er wordt werk gemaakt van het maken en bestendigen van regionale infrastructuren zoals een gezamenlijke triage, regionaal opleiden, en een gedeelde dienstenstructuur. Regio's slagen er daarbij steeds beter in om regelruimte in beleid te creëren die noodzakelijk is om initiatieven te laten slagen ondanks schurende wet- en regelgeving – bijvoorbeeld door een alternatieve betaaltitel te realiseren of bestaande kwaliteitsnormen aan te passen. Hierbij worden stakeholders gemobiliseerd op lokaal (bv. de gemeente), regionaal (het zorgkantoor, de zorgverzekeraar) en landelijk niveau (VWS, IGJ). De regionale creativiteit en dynamiek maakt dat er nieuwe zorgvormen ontstaan. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat dit een proces van de lange adem is, en de betrokkenheid en langdurige inzet en commitment vraagt van alle betrokkenen. 'De regio' en regionale samenwerking ontstaan niet vanzelf en zijn vooralsnog nog geen vanzelfsprekendheid.

Om regionale samenwerking in het organiseren van de medisch-generalistische zorg in de nabije toekomst te intensiveren en te borgen komen wij tot de volgende aanbevelingen.

1. Zorgaanbieders moeten, waar dit nog niet is gebeurd, een regionale visie ontwikkelen over hoe de medisch-generalistische zorg in de regio geborgd kan worden en hier afspraken over maken op de korte en langere termijn. Hier ligt tevens een rol weggelegd voor zorgkantoren en zorgverzekeraars, ook in hun onderlinge regionale samenwerking over de schotten van de Wlz en Zvw heen. Het is hierbij dus van belang dat over de sectoren (huisartsenzorg, verpleeghuiszorg, ziekenhuiszorg, verstandelijk gehandicapten zorg) heen gewerkt wordt en dat zowel huisarts, SO, AVG en anderen, zoals geriater, betrokken worden.
2. Dit zou samen moeten gaan met het ontwikkelen, of het bestendigen van een reeds bestaande en overkoepelende regionale platforms/netwerken voor kwetsbare cliëntgroepen waarin leerervaringen kunnen worden uitgewisseld en waarmee gezamenlijke initiatieven om de zorg te bestendigen kunnen worden ontworpen en geïnitieerd.
3. Toezichthouders in de zorg (IGJ, NZa) kunnen samen met brancheverenigingen en beroepsorganisaties werken aan een regionaal kwaliteitskader waarin het borgen van de kwaliteit van zorg voor alle ouderen in de regio vooropstaat. Hierbij past ook het ontwikkelen van regionale sturingsarrangementen waarmee op regionale zorgverlening kan worden gestuurd en kwaliteit kan worden gemonitord.
4. Het Ministerie van VWS kan de beweging naar intensievere regionale samenwerking ondersteunen door een programma van bredere regionalisering op te zetten, waarin aan regionale, sector-overstijgende duurzame medisch-generalistische gewerkt wordt. Tegelijkertijd kunnen zij wettelijke beperkingen wegnemen, zoals wet- en regelgeving omtrent het schouwen, die ontwikkelingen in de regio naar een toekomstbestendige inrichtingen van de medisch-generalistische zorg bemoeilijken.
5. Tenslotte is het van belang om deze beweging naar de regio met onderzoek te volgen, waarbij niet alleen gekeken wordt naar activiteiten binnen de regio's, maar ook naar het samenspel tussen regio's en tussen regio's en het beleid.

Inhoudsopgave

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INLEIDING | 7 |
| 1.1 | Focus op de regio | 8 |
| 1.2 | Doelstelling onderzoek | 9 |
| 1.3 | Opbouw rapport | 9 |
| 2 | Actieonderzoek naar Regionale Ouderenzorg | 10 |
| 2.1 | Actieonderzoek in de zorgpraktijk, regio en het beleid | 10 |
| 2.2 | Opbouw actieonderzoek | 11 |
| 2.2.1 | Onderzoek in de regio | 11 |
| 2.2.2 | Landelijke uitwisseling en reflectie | 11 |
| 2.2.3 | Klankboardgroep en Expertgroep | 12 |
| 2.3 | Actieonderzoek in tijden van Covid-19 | 12 |
| 3 | Regionale uitdagingen in de ouderenzorg | 13 |
| 3.1 | Het capaciteitsprobleem overstijgt het SO-tekort | 13 |
| 3.2 | Verschillen in SO-capaciteit tussen regio's | 14 |
| 3.3 | Verschillen in SO-capaciteit binnen regio's | 14 |
| 3.4 | De toename van kleinschalige woonvormen | 15 |
| 3.5 | Toename in complexiteit van de zorg | 16 |
| 3.6 | Toenemende vraag naar SO-zorg vanuit de eerste lijn | 16 |
| 3.7 | De regio als plek van zorg | 16 |
| 3.8 | Schurende stelsels | 17 |
| 3.9 | Conclusie | 17 |
| 4 | Samenwerking in de regio | 18 |
| 4.1 | Taakherschikking | 18 |
| 4.2 | Gezamenlijke ANW | 20 |
| 4.3 | Technologie | 21 |
| 4.4 | Triage | 22 |
| 4.5 | Conclusie | 23 |
| 5 | Mechanismes voor het regionaal organiseren van de medische zorg | 24 |
| 5.1 | Het creëren en bestendigen van regionale infrastructuren | 24 |
| 5.2 | Het initiëren van projecten op verschillende schaalgrootte | 25 |
| 5.3 | Het creëren van regelruimte in beleid | 26 |
| 5.4 | Het werken aan urgentie en commitment | 27 |
| 5.5 | Het betrekken van relevante actoren op verschillende lagen van het zorgsysteem | 28 |
| 5.6 | Conclusie | 28 |
| 6 | Conclusie en discussie | 30 |
| | Literatuur | 33 |
| | Bijlage A | 35 |
| | Bijlage B | 36 |

1 INLEIDING

‘Het kwartje viel toen een headhunter tegen mij zei dat ik nog even geduld moest hebben; het was hommeles bij de burens en de specialisten ouderengeneeskunde zouden vanzelf wel naar mijn instelling komen. Maar, als het dan bij ons wat minder gaat over een paar jaar, gaan ze dus weer naar de burens?! Het gaat zo niet langer, we moeten het samen gaan doen in de regio’. (Bestuurder VVT-instelling, 2018)

De ouderenzorg staat onder grote druk. Nu in extreme mate door het Coronavirus, maar ook in meer algemene zin: mensen worden ouder en blijven langer thuis, de samenleving wordt meer divers, en complexe zorgbehoeften nemen toe (WRR, 2021). Daar tegenover staat een krimpende beroepsbevolking. Zorginstellingen hebben grote moeite om hun personeelsbestand op peil te houden en sommige slagen daar al niet meer in (RVS, 2021; SER, 2021) – iets wat de bovenstaande quote pijnlijk en treffend weergeeft. Onlangs becijferde het CBS dat de vergrijzing in Nederland komende jaren verder gaat toenemen, en daarmee ook de vraag naar gespecialiseerde kennis over ouderenzorg (te Riele *et al.* 2019). In 2050 zal de groep van 80 jaar en ouder ruim tweeënhalf keer zo groot zijn als nu. Er is daarbij sprake van een dubbele vergrijzing; ook de gemiddelde leeftijd neemt toe. De vergrijzing is naar verwachting het sterkst in gebieden buiten de Randstad, en dan met name in Oost-Groningen, Delfzijl en omgeving, Zuidoost Drenthe, de Achterhoek en Zeeuws-Vlaanderen. In deze regio’s, die ook onderdeel zijn van het voorliggende onderzoek, wordt nu al een tekort aan medisch zorg ervaren. Daarnaast zal de aard van de zorg gaan veranderen; naast meer complexe intramurale zorg wordt de grootste stijging van de zorgvraag verwacht in de zorg thuis en voor tijdelijke vormen van verblijf, zoals in de revalidatie en het eerstelijnsverblijf. Hiermee verandert ook de (gevraagde) inzet van de specialist ouderengeneeskunde (SO) en gespecialiseerde verpleegkundigen; zij zullen steeds vaker in de eerste lijn werkzaam zijn of tussen intra- en extramurale zorg bewegen (Post *et al.* 2018; Wallenburg, van Pijkeren, Schuurmans, & Bal, 2021).

In 2018 nam een aantal regio’s het initiatief om in gezamenlijk verband te gaan experimenteren met het ‘anders’ organiseren en uitvoeren van de ouderenzorg om de zorg te verduurzamen en de druk op de zorg en de zorgverleners te verminderen. Daarbij lag in eerste instantie de nadruk op het gebrek aan SO’s, wat later is verbreed naar andere zorgprofessionals zoals verpleegkundigen en GZ-psychologen. Geholpen door de Transitie-innovatie, welke door VWS ter beschikking zijn gesteld om de doelstellingen uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te realiseren, zijn tien (Zorgkantoor)regio’s¹ met elkaar aan de slag gegaan om de zorg in regionale samenwerking te organiseren en daarbij gezamenlijk te leren van de ontwikkelde zorg- en organisatievormen en praktijkervaringen. Deze zijn vervolgens gedeeld in landelijke netwerkbijeenkomsten (twee keer per jaar), bijeenkomsten van regionale projectleiders en in bovenregionale werkgroepen. Bij de landelijke bijeenkomsten zijn ook andere geïnteresseerde regio’s, zorgprofessionals en bestuurders aangesloten, net als landelijke partijen zoals beroepsverenigingen, de IGJ, VWS, en de zorgverzekeraars en zorgkantoren om het leren zo breed mogelijk te laten plaatsvinden en ook lessen te trekken voor het zorgbeleid.

De regionale experimenten en de landelijke netwerkbijeenkomsten zijn actief ondersteund door Waardigheid en Trots in de Regio (WIR) en door een actieonderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam. In deze rapportage, die een vervolg is op de eerder uitgebrachte tussenrapportage (Wallenburg *et al.*, 2020) doen we verslag van dit actieonderzoek en laten we zien hoe regionale samenwerking in de ouderenzorg tot stand komt en wat er nodig is

¹ Deze zorgkantoor regio’s zijn in alfabetische volgorde: de Achterhoek, Apeldoorn/Zutphen, Flevoland, ‘t Gooi Almere & Vechtstreken, Groningen, Midden-Holland, Twente, West-Brabant, Zeeland, Zuidoost Friesland.

om deze samenwerking verder te brengen. We doen dat tegen de achtergrond van de beleidscontext waarin 'de regio' de afgelopen jaren steeds meer centraal is komen te staan als plaats voor en van zorg (Ivanova, Wallenburg, & Bal, 2016; Jones, Fraser, & Stewart, 2019; Lorne, McDonald, Walshe, & Coleman, 2019) zonder dat dit duidelijk omschreven is of wordt ondersteund door regionale sturings- en ordeningsprincipes. 'De regio' wordt gepresenteerd als een 'natuurlijke plaats van zorg en samenwerking', maar daarbij is onvoldoende duidelijk hoe regionale samenwerking tot stand komt en wat daarvoor nodig is (Schuurmans, van Pijkeren, Bal, & Wallenburg, 2020). We doen in deze eindrapportage verslag van de ervaringen en geleerde lessen van de afgelopen drie jaar. Het is daarbij belangrijk om op te merken dat het geen *eindrapportage* betreft in de zin dat de regio 'af' is: de ontwikkelingen die de afgelopen drie jaar in gang zijn gezet staan nog maar aan het begin van een ontwikkelproces om regionale samenwerking te bestendigen en institutioneel te verankeren. Hier komen we aan het eind van het rapport met aanbevelingen op terug.

In dit eerste hoofdstuk schetsen we allereerst de beleidscontext waartegen de regionale samenwerking in de ouderenzorg zich afspeelt. Vervolgens presenteren we de doelstelling van het onderzoek en beschrijven we de opbouw van het rapport.

1.1 Focus op de regio

Verschillende adviesraden en commissies hebben zich afgelopen jaren gebogen over het arbeidsmarktprobleem in de zorg. Recentelijk hebben de SER, de WRR, de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS), VNO-NCW en de Commissie Werken in de Zorg adviezen uitgebracht hoe het probleem kan worden getemd. De Commissie Werken in de Zorg vatte het bijna eensgezinde advies onlangs nog eens samen: om de aanpak succesvol te laten zijn moet deze gericht zijn op de onderwijs- en zorginstellingen waar zorgwerkers zich bevinden; dient het welzijn en de behoeften van medewerkers centraal staan; en moet worden geïnvesteerd in regionale samenwerking om de zorg passend te laten zijn bij regionale behoeften en mogelijkheden (Commissie Werken in de Zorg, 2021). Ook de eerder gepubliceerde discussienota *Zorg voor de Toekomst (2020)* spreekt over het 'intensiveren van samenwerking in de regio'. Integrale gezondheidszorg, de verbinding tussen verschillende (sub)domeinen zoals de acute zorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg zou noodzakelijk zijn om de zorg te verduurzamen. Ook de NZa adviseert zorgkantoren werk te maken van domein overschrijdende samenwerking waarbij ook gemeenten moeten worden betrokken (NZa, 2021). Een terugkerende uitdaging is de nu nog veelal gebrekkige samenwerking en afstemming tussen de verschillende disciplines die samen de medisch-generalistische zorg voor kwetsbare cliënten verzorgen (huisarts, SO en AVG). In de praktijk blijkt de motie Peters,² waarbij wordt aangestuurd op harde afspraken tussen beroepsgroepen, brancheverenigingen en stelselpartijen om de medisch-generalistische zorg aan ouderen te borgen nog niet volledig te zijn uitgevoerd. Regionale samenwerking tussen organisaties en tussen zorgprofessionals kan hiervoor een oplossingsrichting zijn.

De focus op de regio staat ook centraal in het in 2018 verschenen en veel aangehaalde rapport 'De juiste zorg op de juiste plek'. Het toekomstbestendiger maken van de zorg vraagt om het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsing van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg door zorgtechnologie. Regiobeelden zijn daarbij een belangrijk instrument omdat hierin de mogelijkheden en wensen voor een regio zijn gespecificeerd. Daarnaast zou het regiobeeld moeten fungeren als instrument voor de hoofdlijnenakkoorden, en kan het als basis dienen waarop zorginkopers en zorgaanbieders gezamenlijk de zorg kunnen organiseren. De regio, zo laten we in dit rapport zien, is echter niet eenduidig. Overlappende en schurende regio-indelingen maken het voor zorgaanbieders, zorgprofessionals en autoriteiten lastig om te sturen op samenwerking die wettelijke domeinen én historisch gegroeide relaties tussen zorginstellingen doorkruist (Schuurmans et al., 2020).

² Motie Peters (2020) 35 570 XVI, nr. 123.

1.2 Doelstelling onderzoek

Het onderzoek is opgezet als een actieonderzoek om actief leren en kennisuitwisseling mogelijk te maken. Het onderzoek had tot doel om (1) te komen tot overdraagbare, duurzame vormen ('good practices') van zorg aan ouderen waarbij de continuïteit van de medische zorg en behandeling kan worden geborgd op de korte en lange termijn; en (2) te leren over onderliggende werkzame professionele, organisatorische en bestuurlijke mechanismen met betrekking tot het 'anders' organiseren van de medische zorg en behandeling aan ouderen; en (3) de consequenties van de experimenten en innovaties voor de kwaliteit en continuïteit van zorg en de werktevredenheid van zorgverleners te monitoren. De focus van het onderzoek lag vooral op de kant van de aanbieders en minder op die van de gebruikers van de zorg; de cliënten en mantelzorgers. Deze keuze is gemaakt omdat het probleem op dit moment primair een capaciteits- en organisatiekwestie betreft.

1.3 Opbouw rapport

De opbouw van deze eindrapportage is als volgt. In het volgende hoofdstuk geven we een meer uitgebreide beschrijving van de onderzoeksaanpak. In hoofdstuk drie gaan we in op de specifieke regionale uitdagingen in de organisatie van de ouderenzorg. Deze inzichten zijn deels gebaseerd op de regioscans en deels op bevindingen uit de pilots en het bredere landelijke onderzoek. In hoofdstuk vier beschrijven we vervolgens de ervaringen uit de pilots en interventies die in de verschillende regio's hebben plaatsgevonden. In het daaropvolgende hoofdstuk presenteren we een analyse van de organisatorische mechanismes die regionalisering faciliteert, dan wel bemoeilijkt. We eindigen met een discussie waarin de belangrijkste bevindingen worden samengevat, en we een blik vooruit geven op wat nodig is om de omslag naar regionale ouderenzorg te maken.

2 Actieonderzoek naar Regionale Ouderenzorg

2.1 Actieonderzoek in de zorgpraktijk, regio en het beleid

Een actieonderzoek heeft tot doel door middel van interventies en het volgen van effecten van die interventies in de (zorg)praktijk actief bij te dragen aan een gewenste verandering in die praktijk (Dixon-Woods, Bosk, Aveling, Goeschel, & Pronovost, 2011; Zuiderent-Jerak, 2015). Binnen DMZ is een gelaagde vorm van actieonderzoek toegepast waarin op lokaal, regionaal en landelijk niveau inzichten zijn verkregen en lessen zijn geleerd en gedeeld voor zowel de zorgpraktijk als het beleid. Deze gelaagde manier van actieonderzoek waarbij ‘praktijk’ en ‘beleid’ aan elkaar gekoppeld worden en wederzijds leren plaatsvindt is een innovatieve manier van onderzoek. Het past binnen recente literatuurstromen die laten zien dat ingewikkelde, gelaagde problemen en maatschappelijke uitdagingen het beste kunnen worden aangepakt door middel van een experimentele benadering waarbij verschillende actoren zijn betrokken en die gezamenlijk willen leren en reflecteren (Ferraro et al. 2015; Clegg et al. 2005; Bannink & Trommel 2019).

In DMZ is deze interactie als volgt georganiseerd: 1) door het synthetiseren en co-creëren van kennis en ervaringen (‘goede voorbeelden’) binnen en tussen regio’s; 2) het aanzwengelen van de dialoog tussen regionale partners; en 3) het adviseren van regionale partners over de te ontplooiën initiatieven waarin tot een nauwere samenwerking gekomen kan worden op basis van onderzoeksinzichten in andere regio’s of de literatuur. Daarbij zijn de regio’s actief ondersteund door het platform Waardigheid & Trots in de Regio (WIR) die de kwaliteitsverbeteringen in de VVT ondersteunt via de verbeterprogramma’s en regiocoaches. Kennisuitwisseling is verder georganiseerd en gefaciliteerd door het presenteren en beschrijven van regionale voorbeelden op de website van Vilans en via presentaties en workshops tijdens seminars en op verzoek in de regio’s (ook regio’s die niet aan het actieonderzoek deelnamen) en bij beleidsmakers en brancheorganisaties. Ook zijn stukken gepubliceerd in *Zorgvisie*, *Medisch Contact* en *Skipr*. Op deze manier is een interactieve en breed opgezette, inclusieve omgeving voor leren, reflectie en co-creatie gevestigd met een focus op brede kennisdisseminatie; iets wat ook wel wordt aangeduid als een *quality collaborative* (Ovretit et al. 2002).

Het onderzoek is uitgevoerd in de verschillende lagen van de zorgpraktijk en beleid: een onderzoek in de regio (een regioscan en een pilotstudie), etnografisch onderzoek in de uitvoering van zorg, bijeenkomsten van regionale projectleiders, bovenregionale werkgroepen waarin praktijkproblemen gezamenlijk zijn verkend en beantwoord, en landelijke netwerkbijeenkomsten met zorgverleners, managers, bestuurders, zorgkantomedewerkers, zorgverzekeraars, beleidsmakers en onderzoekers.

Hieronder beschrijven we in meer detail de verschillende onderdelen van het onderzoek. Het is daarbij in het onderzoek gebruikelijk om aantallen uren observaties, interviews en presentaties op te geven. De interactieve opzet van dit onderzoek, met de vele formele en informele momenten maakt dat voor dit onderzoek nagenoeg onmogelijk. We houden het daarom bij schatting en een beschrijving van de activiteiten.³

³ Een grove schatting is 350 formele interviews en ruim 1000 uur aan observatie.

2.2 Opbouw actieonderzoek

2.2.1 Onderzoek in de regio

Het onderzoek in de regio is uitgevoerd bij 10 deelnemende regio's. Dit zijn de Achterhoek, Apeldoorn/Zutphen, Flevoland, 't Gooi Almere & Vechtstreken, Groningen, Midden-Holland, Twente, West-Brabant,⁴ Zeeland, Zuidoost Friesland. Bij aanvang van het onderzoek is van iedere regio een **regioscan** gemaakt. Dit is gebeurd op basis van interviews met centrale actoren (zorgprofessionals, zorgmanagers, bestuurders, het zorgkantoor) en documentanalyse. De regioscan biedt inzicht in de demografische ontwikkeling en de (toekomstige) zorgvraag van ouderen in de betreffende regio. Dit geeft een indicatie voor de te leveren zorg in de regio. Dit is afgezet tegen het (verwachte) zorgaanbod in de regio. De focus lag daarbij op de medische zorg. Daarnaast zijn de regionale samenwerking en reeds genomen of in gang gezette initiatieven beschreven. Op deze manier is een diepte-inzicht gegeven in de kansen en beperkingen voor het organiseren van regionale samenwerking en het verduurzamen van de medische ouderenzorg in de regio. De regioscan gaf input voor een pilot om met het 'anders' organiseren van de ouderenzorg te experimenteren. Voor die input is ook gebruikgemaakt van lessen uit andere regio's en de landelijke component van het onderzoek. In 2019 en begin 2020 zijn alle regioscans opgeleverd en besproken in regionale bijeenkomsten van bestuurders. De regioscans kunnen gevoelige informatie bevatten en zijn daarom niet gepubliceerd maar opgeleverd aan de stuurgroep in een regio. Het al dan niet delen (en publiceren) van de regioscan is de beslissing van de penvoerder in overleg met de regionale stuurgroep.

De regioscan is in de meeste regio's gevolgd door een **pilot** waarin regionale partners experimenteerden met nieuwe zorgvormen (wat in het onderzoek een 'interventie' wordt genoemd). Een of twee onderzoekers hebben meegedraaid in de pilot en hebben daarbij observaties en interviews uitgevoerd om diepte-inzicht te krijgen in de interventie en de effecten daarvan. Daarnaast is feedback gegeven op basis van (tussentijdse) bevindingen en meegedacht over mogelijke oplossingen of vervolgvactiteiten. In de periode januari 2019 tot en met december 2021 hebben de volgende pilots plaatsgevonden: triage (regio's Flevoland, Groningen), herinrichting Avond/Nacht/Weekendzorg (regio's Zuidoost Friesland, de Achterhoek), regionale opleiding GZ- psychologen⁵ (regio's de Achterhoek, Apeldoorn/Zutphen),⁶ het herinrichten van zorgteams (Zuidoost Friesland), samenwerking tussen huisarts en SO in de VVT (regio Midden-Holland, Apeldoorn-Zutphen), de inzet van de VS in de eerste lijn (regio Midden-Holland), en de inzet van beeldbellen in het verpleeghuis (regio Zeeland). Resultaten van de pilots en geleerde lessen worden in het vervolg van dit rapport beschreven.

2.2.2 Landelijke uitwisseling en reflectie

In het onderzoek in de regio's bleek al snel dat projectleiders en regionale uitvoerders tegen gelijksoortige vraagstukken opliepen die een pilot soms lieten stagneren. Als interventie in het overkoepelende onderzoek hebben we daarom een structuur van bovenregionale werkgroepen opgezet om deze thema's en vraagstukken te adresseren en te komen tot breed gedragen oplossingen. De werkgroepen zijn ingericht rondom technologie, taakherschikking en herinrichting ANW. Bij technologie ging het bijvoorbeeld om de institutionele inbedding van technologie in een zorgpraktijk, maar ook over 'verleidingsstrategieën' om tot implementatie van technologie te komen. Bij taakherschikking ging het om het helder krijgen van de wettelijke regels en richtlijnen voor taakherschikking, bijvoorbeeld voor het inzetten van VS'en in de dienst. In de bovenregionale werkgroepen zijn veel relevante casussen en overdraagbare lessen besproken. Aan deze werkgroepen deden hoofdzakelijk projectleiders mee, ondersteund vanuit het onderzoek.

Parallel aan de regioscans en de pilotonderzoeken zijn twee keer per jaar **landelijke netwerkbijeenkomsten** georganiseerd waarin regio's elkaar ontmoeten en hun ervaringen delen. Daarnaast hebben de regionale projectleiders elkaar twee keer per jaar ontmoet om ervaringen uit te wisselen en vraagstukken gezamenlijk uit te diepen. Deze bijeenkomsten zijn ondersteund vanuit het onderzoek en de expertise van Waardigheid & Trots in de Regio. Tijdens de landelijke netwerkbijeenkomsten hebben regio's hun pilots in workshops gepresenteerd. Er waren

⁴ In de regio West-Brabant is alleen een regioscan gemaakt en geen pilot uitgevoerd.

⁵ De pilot rondom de GZ-psychologen is alleen zijdelings gevolgd; hier is door de betrokken regio's geen actieonderzoek op ingezet. Wel is een workshop georganiseerd over de pilot tijdens de landelijke netwerkbijeenkomst in november 2019.

⁶ Het regionaal opleiden is geen onderdeel van het actieonderzoek en laten we in dit rapport daarom buiten beschouwing.

daarnaast gastsprekers rondom een actueel thema (o.a. toekomstige ouderenzorg; extramurale ouderenzorg; toezicht op netwerken door de IGJ) en er zijn onderzoeksuitkomsten gepresenteerd. De landelijke netwerkbijeenkomsten werden bezocht door zorgprofessionals (met name SO's, VS'en, gespecialiseerd verpleegkundigen), projectmanagers, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en afgevaardigden van zorgkantoren. Deze gevarieerde constellatie van actoren maakte brede uitwisseling mogelijk; zowel tussen regio's als ook tussen regionale actoren, beleidsmakers en zorgkantoren. Regionale zorg vraagt immers om een samenspel tussen regelgeving en uitvoering. Dit onderzoek heeft tot doel gehad deze verschillende uitvoeringsniveaus met elkaar te verbinden.

Naast het actieonderzoek hebben we eind 2018-begin 2019 een interviewronde uitgevoerd met centrale, landelijke beleidsactoren (N=10) en zijn landelijke bijeenkomsten rondom de regionalisering van de ouderenzorg bezocht (N=3) om het inzicht in de problematiek verder te verdiepen en bekendheid te geven aan het actieonderzoek. Een aantal van deze actoren heeft zich vervolgens aangesloten bij de landelijke netwerkbijeenkomsten.

In opdracht van het Ministerie van VWS is in 2021 een aanpalend onderzoek uitgevoerd naar de inzet van de SO in de eerstelijnszorg (Wallenburg et al. 2021). Dit onderzoek heeft extra en verdiepende inzichten opgeleverd over de hedendaagse uitdagingen in de ouderenzorg en in mogelijke oplossingsrichtingen. We maken in dit rapport niet expliciet gebruik van de data uit dit aanpalende onderzoek.

2.2.3 Klankbordgroep en Expertgroep

Het actieonderzoek is ondersteund door een klankbordgroep en een expertgroep. De klankbordgroep, die vier keer per jaar bijeenkwam, heeft mede richting gegeven aan de focus van het onderzoek en heeft bevindingen gebruikt voor het verder vormgeven aan het zorgbeleid op lokaal en landelijk niveau. De klankbordgroep vormde daarnaast de schakel tussen het onderzoek, Waardigheid & Trots in de Regio en VWS. De expertgroep, voorgezeten door prof. Pauline Meurs, heeft het onderzoek inhoudelijk ondersteund. Deelnemers aan zowel de klankbordgroep als de expertgroep staan vermeld in de bijlage.

2.3 Actieonderzoek in tijden van Covid-19

De Covid-19-pandemie heeft een grote impact gehad op het verloop van het onderzoek. In de eerste plaats heeft het in veel regio's vertraging gegeven bij het ontwikkelen van initiatieven om de medische zorg aan ouderen anders te organiseren. Vanwege de acute crisis die begin 2020 ontstond, lag de aandacht van bestuurders en zorgprofessionals primair bij de directe zorgverlening. Dit heeft ervoor gezorgd dat de ontwikkeling van een aantal initiatieven gedurende een langere periode heeft stilgelegen. In een aantal regio's is het in de loop van 2021 alsnog gelukt om een pilot te initiëren. In een aantal andere regio's hebben we extra verkennende onderzoeken uitgevoerd om tot een goed pilotontwerp te komen. De Covid-19-pandemie heeft ook implicaties gehad voor de onderzoeksmethoden die wij hebben ingezet bij het volgen van de pilots en in de eerdergenoemde verkennende onderzoeken. In veel gevallen heeft het de fysieke toegang tot locaties beperkt en was het ingewikkelder, en soms ook onmogelijk, om observaties te doen. Sinds het begin van de pandemie hebben we meer ingezet op digitale methoden. Veel interviews en focusgroepen hebben wij de laatste twee jaar online georganiseerd. De inzet van deze digitale methoden heeft zowel voor- als nadelen. Het maakt deelname aan een interview laagdrempeliger. Een groot nadeel is dat het aanwezig zijn op locatie allerlei contextuele inzichten geeft die nagenoeg onmogelijk zijn op te halen via digitale methoden. Na de zomer van 2021 is het onderzoek 'op locatie' weer deels ingezet, wat een nieuwe rijkheid aan bevindingen heeft opgeleverd.

3 Regionale uitdagingen in de ouderenzorg

In dit hoofdstuk beschreven we de verschillende capaciteitsuitdagingen die in de regio's spelen, en hoe hiermee wordt omgegaan. Het vertrekpunt van het onderzoek was het tekort aan SO's. Gaandeweg het onderzoek werd duidelijk dat deze problematiek veel meer gelaagd is, en samenhangt met een aantal andere uitdagingen zoals het verschil tussen medisch werk tijdens 'kantooruren' en in de diensten, de inzet van zelfstandige behandeldiensten voor SO-zorg, en het verschil tussen grote en kleine VVT-instellingen. Deze uitdagingen worden in dit hoofdstuk (beknopt) besproken. Mogelijke oplossingen en ervaringen uit de regio's komen in de volgende hoofdstukken aan bod.

3.1 Het capaciteitsprobleem overstijgt het SO-tekort

"De situatie van de huisartsen in Zeeland is echt zorgwekkend. Wij hebben hier niet alleen met een verouderd huisartsenbestand te maken, waarbij in de komende vijftien jaar meer dan de helft met pensioen gaat, maar we hebben ook veel apotheehoudende huisartsen met een solopraktijk, waarbij de nieuwe huisartsengeneratie niet onder die omstandigheden zo'n praktijk wilt overnemen. [...] Bovendien is Zeeland een onaantrekkelijk vestigingsgebied voor academici." (bestuurder regio Zeeland, interview mei 2019)

Zeeland is een van de regio's met een toenemend tekort aan medische zorg. Dat betreft niet alleen SO's maar ook huisartsen. Eerdere oplossingen, zoals huisartsen die zelf een apotheek zijn begonnen, vormen nu juist een knelpunt omdat jonge artsen die niet willen overnemen. Voor veel VVT-instellingen in de regio is het tekort aan SO's al een alledaagse realiteit. In sommige gevallen staat het medisch team zo onder druk dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.⁷ De opleidingsplaatsen tot het specialisme ouderengeneeskunde worden al jaren niet volledig gevuld, en weinig SO's 'van buiten' trekken naar regionale gebieden. Daarnaast bereikt de komende jaren een aanzienlijke deel van de werkzame SO's en de huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd. Sommigen werken dan nog een paar jaar door 'op de boel overeind te houden'.

Ook in veel andere regio's is een vergelijkbaar tekort aan medische zorg. Op het moment van schrijven (december 2021) stonden er in *Medisch Contact* 193 vacatures voor SO's open. Het tekort aan SO's speelt met name in gebieden buiten de Randstad. Gezien de demografische ontwikkelingen is het de verwachting dat het tekort de komende jaren gaat toenemen en dat ook de organisaties die de medische zorg op dit moment nog goed geregeld hebben onder druk komen te staan. Tegelijkertijd zijn er ook tekorten bij aanpalende disciplines, zoals huisartsen, GZ-psychologen, VS'en, PA's en gespecialiseerd verpleegkundigen. Dit bredere tekort aan zorgprofessionals binnen de ouderenzorg heeft ook implicaties voor de mate waarin taakherschikking een oplossing kan bieden om de

⁷ Nyst, E. en Nouwt, S. (2021) "Zzp-ouderengeneeskundige krijgt berisping in zwaar onderbezette situatie" *Medisch Contact*, 18 oktober 2021. <https://www.medischcontact.nl/kennis-carriere/tuchtrecht/tuchtzaak/zzp-ouderengeneeskundige-krijgt-berisping-in-zwaar-onderbezette-situatie.htm>

medisch generalistische zorg voor ouderen te borgen. Het aantrekken van meer VS'en (een vaak genoemde oplossing) is bijvoorbeeld voor veel organisaties niet altijd mogelijk. Het betrekken van huisartsen bij het leveren van medisch generalistische zorg aan ouderen met een behandelingsindicatie kan op sommige plekken een oplossing bieden, maar op plekken waar ook huisartsenzorg schaars is, is een dergelijk initiatief vaak niet mogelijk noch wenselijk.

3.2 Verschillen in SO-capaciteit tussen regio's

Het tekort aan SO's is niet in alle regio's even groot. In de regio 't Gooi, Vechtstreken & Almere is op dit moment bijvoorbeeld in een aantal zorginstellingen nog geen sprake van een tekort. Ook in Midden-Holland zijn nog voldoende SO's (ook door de inbreng van een aantal huisartsen in deze regio), maar daar neemt de vraag naar gespecialiseerde kennis over ouderen in de eerste lijn sterk toe en is er daarom meer SO-capaciteit nodig. Het tekort aan SO's gaat in belangrijke mate ook over hoe SO-capaciteit over het land en binnen een regio verdeeld is. In grote lijnen zien wij dat het tekort aan SO's groter wordt naarmate de afstand tot de universitaire opleidingscentra toeneemt, een trend die ook zichtbaar is bij regionale tekorten aan huisartsen.⁸ De tekorten aan SO's zijn het grootst in Zeeland, Groningen en Flevoland. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat de Universiteit Groningen sinds 2020 een opleiding ouderengeneeskunde heeft. In Zeeland is het tekort breed en het meest nijpend. Hier zijn er zorginstellingen bij wie de medische zorg wordt verleend door een of twee SO's die inmiddels de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt en contracten voor korte duur hebben – dit maakt de continuïteit van de medische zorgverlening onzeker.

Het tekort aan SO's uit zich in sommige regio's meer specifiek in de avond-nacht-en-weekenddiensten (ANW), zoals in Groningen, de Achterhoek, Friesland en Zeeland. Wat hierbij meespeelt is het feit dat veel artsen van 55+ niet meer meedraaien in het nachtrooster, hetgeen de spoeling nog dunner maakt. Vanwege het vergrijzende artsenbestand is het de verwachting dat deze problematiek de komende jaren groter gaat worden. In bijna alle regio's geldt dat op locaties rond de grotere steden de ANW-diensten makkelijker te vullen zijn dan in de buitengebieden omdat artsen vaak woonachtig zijn in of rond deze regionale centra. Vanwege de lange aanrijtijden en de manier hoe de dienstenstructuur georganiseerd is, is het niet altijd mogelijk om deze capaciteit evenredig over de regio in te zetten. Dit geldt met name in de regio's waar de afstanden groter zijn zoals in Groningen en de Achterhoek. In sommige regio's, zoals Zuidoost Friesland, wordt al geruime tijd door middel van taakherschikking geprobeerd om de diensten in te vullen; hier wordt bijvoorbeeld gewerkt met VS'en in de voorwacht. In andere regio's worden vooral Artsen-in-Opleiding tot Specialist (AIOS) en basisartsen in de voorwacht ingezet (o.a. in 't Gooi, Vechtstreken & Almere). Bij een groeiend aantal instellingen worden de ANW-diensten uitbesteed aan zelfstandige behandeldiensten. Over het algemeen wordt dit gezien als een efficiënte manier om de ANW-diensten te regelen, maar ook een die een groot beslag legt op de financiële middelen van een organisatie. VVT-instellingen geven bovendien de voorkeur aan artsen in vast dienstverband ten behoeve van de continuïteit van zorg (voor de cliënt en de familie, maar ook voor de verpleegkundigen en verzorgenden), en ten behoeve van het kwaliteitsbeleid van de instelling waarin SO's een rol hebben. Dit geldt bijvoorbeeld bij beleid voor vrijheidsbepalende maatregelen. De inzet van zelfstandige behandeldiensten wordt daarom veelal gezien als een tijdelijke oplossing. In de praktijk blijkt dit vaak echter toch van langere duur, vooral omdat vacatures niet worden ingevuld en omdat externe inhuur als een verlichting wordt ervaren door de zittende SO's.

3.3 Verschillen in SO-capaciteit binnen regio's

Een duidelijk patroon dat zich op veel plekken aftekent, is het verschil in beschikbare SO-capaciteit tussen instellingen binnen een regio. Het zijn met name de grote zorginstellingen die vaak nog voldoende SO-capaciteit hebben om in ieder geval de intramurale zorg te leveren, hoewel er ook een flink aantal grote VVT-instellingen is waarbij de medisch zorg onder druk staat. Grote VVT- instellingen die nog voldoende SO's aan zich kunnen binnen

⁸ Nivel (2019) "Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg", https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Balans_in_vraag_en_aanbod_huisartsenzorg.pdf

bieden vaak een aantrekkelijke werkomgeving; d.w.z. een academisch klimaat, een grote vakgroep, een breed aanbod van patiënten, voldoende geschoold verpleegkundig personeel en paramedici. Deze grote VVT-instellingen bieden tevens interessante opleidingsplekken, waardoor zij ook op die manier aanwas in het medisch team kunnen bewerkstelligen. Deze grote VVT-instellingen leveren vaak weer SO's aan de kleinere zorginstellingen in de regio, maar dit wordt ervaren als onzeker (als de grotere instelling krapte ervaart, stopt de samenwerking mogelijk) en is soms in uren onvoldoende – zeker als de zorgzwaarte toeneemt. We zien dat deze grote partijen die de medische zorg intramuraal op orde hebben, vaak moeilijk te mobiliseren zijn in regionale initiatieven, zeker als deze gaan over het regionaal verdelen van kostbare SO-capaciteit. Als ze dat wel doen, creëren zij soms krapte in eigen huis, wat daar tot discussie kan leiden. Wat hierbij niet helpt is dat veel prikkels in het zorgsysteem, toezichtkaders en financiering, ervoor zorgen dat het primaat van bestuurders en zorgprofessional vooral ligt bij de kwaliteit van zorg in de eigen instelling en minder bij die in de regio.

Het zijn op dit moment met name de kleine VVT-instellingen die moeite hebben om de medische zorg aan ouderen georganiseerd te krijgen, hoewel er ook instellingen zijn die een goede samenwerkingsrelatie hebben met huisartsen en daarmee goed in de medische zorg kunnen voorzien. In het onderzoek betrof dit in enkele gevallen instellingen met een bijzondere signatuur (bijvoorbeeld op grond van religieuze voorkeur). Kleine VVT-instellingen zijn voor hun SO-inzet vaak afhankelijk van grote partijen, wat hen kwetsbaar maakt. Of zij zijn afhankelijk van zelfstandige behandelinstellingen die complete behandelinstellingen leveren, hetgeen vaak een grote wissel trekt op de bestedingen. In sommige gebieden, waar de krapte groot is, is dit bovendien niet altijd mogelijk. Deze kleine VVT-instellingen willen vaak graag samenwerken in regionale initiatieven om de medische zorg aan ouderen duurzaam in te richten, maar zonder het potentieel van de grote partijen blijft het lastig om de medische zorg adequaat te borgen. In het onderzoek zagen we verschillende keren dat deze tegengestelde belangen om de zorg nú goed te regelen en 'de rust in huis te bewaren' ertoe leidden dat regionale samenwerkingsinitiatieven niet goed van de grond kwamen of strandden.

3.4 De toename van kleinschalige woonvormen

In de regio is instelling Z (pseudoniem) actief. Instelling Z biedt wonen met zorg op een aantal kleinschalige locaties. Een aantal huisartsen vond de patiëntenzorg in deze instellingen te zwaar, waarna de regionale huisartsenvereniging in de regio hun leden geadviseerd heeft om cliënten met een ZZP-indicatie van 5 of hoger niet meer te behandelen. Uiteindelijk is het conflict gladgestreken doordat instelling Z SO-zorg heeft ingekocht om de huisartsen te ondersteunen. (Uit: Onderzoeknotities, 2019)

Een uitdaging die in alle regio's speelt is hoe in de medische zorg aan ouderen in kleinschalige woonvoorzieningen kan worden voorzien. De laatste jaren zijn er in veel regio's nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen bijgekomen. De medische zorg in deze voorzieningen is niet altijd geborgd. Over het algemeen is de huisarts regiebehandelaar bij cliënten die in dergelijke kleine woonzorgvoorzieningen verblijven. De huisarts wordt in sommige gevallen ondersteund door een SO, maar op niet alle plekken is voldoende SO-capaciteit beschikbaar om deze ondersteuning te bieden. Op plekken waar deze ondersteuning er wel is, neemt de vraag naar SO-inzet op deze locaties veelal toe (dit geldt bijvoorbeeld in de regio's 't Gooi, Vechtstreek & Almere), hetgeen een extra uitdaging geeft voor de toch al beperkte SO-capaciteit in een regio. Een bijkomende uitdaging is de complexere wordende zorgvraag in deze instellingen. Cliënten met een hoog zorgzwaartepakket stromen niet altijd door naar een locatie waar zorg met behandeling wordt gegeven. Sommige huisartsen geven aan niet de kennis en kunde te hebben om het regiebehandelaarschap voor deze doelgroep naar behoren te vervullen. Op sommige locaties is de medische zorg hierdoor, al dan niet tijdelijk, in de knel gekomen. De groei van de kleine woonzorgvoorzieningen en de complexere wordende zorgvraag bij bewoners van deze voorzieningen vormt in veel regio's een uitdaging voor de medisch generalistische zorg.

3.5 Toename in complexiteit van de zorg

De ouderenzorg is complexer geworden. Steeds meer ouderen met een complexe zorgvraag wonen thuis en ook neemt de zorgzwaarte van ouderen in kleine woonvoorzieningen toe. Tegelijkertijd zien we ook dat de zorg voor ouderen met een behandelingsindicatie (voorheen de verpleeghuiszorg) complexer wordt. Hier ligt een aantal ontwikkelingen aan ten grondslag. We zien dat de lagere ZZP-indicaties (ZZP-5 en lager) zelden nog worden opgenomen op een locatie waar zorg-met-behandeling wordt aangeboden. Het zwaartepunt van de zorg op dergelijke locaties ligt dus bij de hogere ZZP-indicaties. Dit is intensievere zorg, hetgeen meer vraagt van de zorgteams en van het medisch geschoold personeel binnen de instellingen. Tegelijkertijd zien we dat meer mensen met psychogeriatrische problematiek worden opgenomen op locaties waar zorg-met-behandeling wordt geleverd. Een aanpalende verandering van de zorgvraag op dergelijke locaties is de toename aan GGZ-problematiek. Dit hangt samen met de ambulantisering van de GGZ, waardoor meer mensen met GGZ-problematiek thuis zijn gaan wonen. Ook deze mensen worden ouder en komen op een leeftijd dat zij verpleeghuiszorg nodig hebben. De hierboven geschetste veranderingen hebben implicaties voor de organisatie van de medische zorg aan ouderen. De zorgvraag wordt zwaarder, complexer, en er is vaker sprake van een combinatie van somatische en psychogeriatrische problematiek. Een dergelijke verschuiving betekent ook dat een groter beroep wordt gedaan op SO's en aanpalende disciplines als GZ-psychologen, VS'en, PA's en gespecialiseerd verpleegkundigen.

3.6 Toenemende vraag naar SO-zorg vanuit de eerste lijn

Een extra uitdaging voor VVT-instellingen is de toenemende vraag naar de expertise van de SO vanuit de eerste lijn. Steeds meer ouderen met complexe problematiek wonen tot op hoge leeftijd thuis. Huisartsen voelen zich vaak onvoldoende toegerust om de zorg voor deze complexe patiëntengroep te kunnen leveren. Zij doen daarbij steeds vaker een beroep op SO's om hen te ondersteunen, bijvoorbeeld in de vorm van een consult of met het verzoek om tijdelijk (een gedeelte) van de behandeling op zich te nemen. Veel SO's ervaren het werken in de eerste lijn als een interessante aanvulling op hun werkzaamheden. Zij ervaren echter ook problemen bij het inrichten van medische zorg in de eerste lijn. Dit komt enerzijds door beperkte mogelijkheden tot contractering in de eerste lijn en door voorwaarden die veel zorgverzekeraars stellen aan dergelijke zorginitiatieven, bijvoorbeeld de eis dat alleen direct patiëntencontact gedeclareerd mag worden en niet de overleggen van algemenere aard over hoe om te gaan met bepaalde problematiek. Anderzijds hebben SO's die in dienst zijn van een VVT-instelling het gevoel intern weinig ruimte te krijgen om extramuraal te werken. Zeker wanneer er intramuraal tekorten ontstaan hebben zij het gevoel 'naar binnen gezogen te worden', waardoor het extramuraal werk in de verdrukking raakt (Wallenburg et al. 2021).

3.7 De regio als plek van zorg

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

Bij de start van het traject DMZ was het vaak onduidelijk wat precies de grenzen van een regio waren waarbinnen samenwerkingsrelaties gezocht moesten worden en welke VVT-instellingen onder deze indeling vielen. In een aantal regio's werd de grenzen van de zorgkantor regio aangehouden (zoals in Zeeland en Twente). Op andere plekken werden subregio's gevormd die een kleinere eenheid vormen dan de zorgkantorregio waarvan zij deel uitmaken; dit geldt bijvoorbeeld voor de Achterhoek en voor Zuidoost Friesland. Ook bij deze subregio's zijn de grenzen diffuus en waren bestuurders en zorgprofessionals veelal zoekende naar en in onderhandeling over welke locaties precies onder de regio-indeling vallen. In de Achterhoek wordt bijvoorbeeld door verschillende VVT-instellingen samengewerkt in de ANW-diensten, maar is een locatie in Borculo uit de samenwerking gehouden,

omdat deze meer georiënteerd is op de regio Twente. Een extra uitdaging vormt het feit dat veel VVT-instellingen in verschillende zorgkantoorregio's actief zijn. Voor bestuurders en zorgprofessionals voelde het in veel gevallen nog wat onnatuurlijk om een deel van de locaties buiten een bepaalde samenwerking te houden, omdat zij in een andere zorgkantoorregio vallen. Ook zien we dat sommige bestaande samenwerkingsverbanden tussen VVT-instellingen de grenzen van een zorgkantoor regio overschrijden. Het gevolg hiervan is dat het soms wat onwennig en onnatuurlijk voelt om in te zetten op samenwerkingen binnen de eigen zorgkantoor regio, terwijl de partijen waarvan oudsher mee werd samengewerkt in een andere zorgkantoor regio vallen. Dit geldt bijvoorbeeld voor VVT-instellingen in Flevoland en in Tholen (Zeeland), een regio die van origine meer op West-Brabant gericht is. Gedurende het project hebben we gezien dat bij bestuurders en zorgprofessionals de zorgkantoorregio (of subregio's) steeds meer zijn gaan leven als een eenheid waarbinnen samenwerking gezocht wordt. Dit geldt ook voor regio's waar dit gezamenlijk beeld van de regio grotendeels ontbrak, zoals in Zeeland waarvan oudsher meer in kleinere sub-regio's wordt gewerkt in plaats van de zorgkantoorregio Zeeland die de gehele provincie beslaat.

3.8 Schurende stelsels

Hierboven is al even aan de orde geweest dat regulering en toezicht zich vooralsnog vooral richten op de prestaties van individuele organisaties dan wel beroepsbeoefenaren. Dit geldt zowel voor het toezicht op kwaliteit en veiligheid als het financieel toezicht. Hoewel dit van belang blijft is inmiddels steeds meer duidelijk geworden dat hier ook netwerkeffecten in het geding zijn. Kwaliteit en veiligheid – maar ook financiële duurzaamheid – zijn grotendeels het effect van netwerken. Behalve de focus op individuele organisaties en beroepsbeoefenaren speelt hier ook een rol dat zorg voor (kwetsbare) ouderen zich afspeelt tussen verschillende wettelijke regimes en financiële kaders; bijvoorbeeld waar het gaat om ouderen in de thuissituatie en de samenhang tussen huisartsen- en wijkzorg (Zvw), SO-zorg (Wlz) en maatschappelijke ondersteuning (WMO). Ook gaat het soms om meer specifieke regels zoals het ontbreken van een betaaltitel voor de inzet van VS-zorg vanuit het verpleeghuis in de eerste lijn ter ondersteuning van huisartsen.

Hoewel het project niet op deze problematiek als zodanig was gericht doet hij zich op verschillende manieren gelden en is er gedurende het project ook veel aandacht aan besteed, zowel in de pilots als in de bovenregionale werkgroepen. Het veld is hier tot op zekere hoogte ook in beweging, bijvoorbeeld als uitvloeisel van 'Juist zorg op de juiste plek'. Zo werken verzekeraars meer samen met zorgkantoren om vanuit de verschillende wettelijke kaders te kijken naar mogelijkheden om regiosuring te bevorderen.

3.9 Conclusie

De problematiek in de regio's is gelaagd. Bijna alle VVT-instellingen, en in toenemende mate ook eerstelijnsvoorzieningen ervaren krapte in de beschikbaarheid van gespecialiseerde medische zorg aan ouderen. Hoe het probleem zich manifesteert verschilt echter tussen regio's en binnen een regio tussen zorginstellingen. De grootste problemen worden nu nog vooral ervaren bij de kleine VVT-instellingen die een overstap maken naar complexe zorg en behandeling, maar ook grotere instellingen voorzien een probleem met de medische capaciteit. Regionale samenwerking lijkt voor de hand liggend, maar botst tegelijkertijd op geïnstitutionaliseerde financieringsstromen en verantwoordelijkheidsverdelingen; maar ook doordat samenwerkingsverbanden nog broos zijn. In het volgende hoofdstuk staan wij stil bij de verschillende initiatieven die wij in het traject DMZ gevolgd hebben om regionale samenwerking te bevorderen.

4 Samenwerking in de regio

In dit hoofdstuk staan de regionale trajecten centraal die onderdeel zijn van Duurzame Medische Zorg in de Regio, alsmede de uitdagingen bij het ontwikkelen en bestendigen van deze regionale initiatieven. We beschrijven de verschillende projecten en initiatieven die wij de afgelopen jaren gevolgd hebben in het actieonderzoek. Dit betreft (1) taakherschikking; (2) het regionaal inrichten van ANW-diensten; (3) de inzet van technologie; en (4) het werken met een triagemodel. In de kaderteksten staan specifieke voorbeelden van regionale trajecten en de initiatieven die daarbinnen ontwikkeld zijn.

4.1 Taakherschikking

Om capaciteitsproblemen in de medische generalistische zorg aan ouderen aan te pakken, wordt taakherschikking veelal gezien als een makkelijk te realiseren initiatief; in het begin werd taakherschikking zelfs geregeld als 'laaghangend fruit' beschreven. VS'en, PA's, huisartsen en basisartsen zouden werkzaamheden van SO's kunnen overnemen om zo de SO 'vrij te spelen' voor de complexe medisch zorg en overstijgende taken zoals kwaliteitsbeleid. In de praktijk blijkt dit echter een stuk lastiger. Taakherschikking blijkt een complex proces wat veel werk en een blijvend commitment van professionals en bestuurders vraagt (Kroezen *et al.* 2014; van Tuyl *et al.* 2021; Wallenburg *et al.* 2016). In het onderzoek hebben we gezien dat taakherschikking in een veelvoud aan relaties vorm krijgt. Het gaat bijvoorbeeld om een andere taak- en verantwoordelijkheidsdeling tussen een SO en een VS (zoals bijvoorbeeld in het initiatief 'VS in de eerste lijn' dat in Midden-Holland gedraaid heeft). Het kan echter ook gaan om een herijking van de werkzaamheden tussen SO en huisarts (zie kadertekst Midden-Holland hieronder). Het laatste jaar is er in de regio Flevoland ingezet op een andere vorm van taakherschikking waarbij het regiebehandelaarschap bij psychogeriatrische cliënten belegd is bij de GZ-psycholoog en de orthopedagoog generalist. In Friesland is er gekeken naar taakherschikking en taakdifferentiatie in brede zin. Hier heeft een pilot gedraaid waarbij is ingezet op het versterken van de zorgteams, om zo de druk op het medisch team te verlichten.

In het onderzoek hebben wij een aantal van deze pilots rondom taakherschikking door middel van actie-onderzoek intensief gevolgd. Het ging hierbij om taakherschikking tussen VS en SO bij werkzaamheden in de eerste lijn, en om taakherschikking tussen huisarts en SO bij de zorg voor cliënten met behandeling in een VVT-instelling (zie kaderteksten Midden-Holland voor een uitvoerigere beschrijving). Dit onderzoek heeft ons een aantal inzichten gegeven. Ten eerste, onderling vertrouwen is essentieel voor het laten slagen van taakherschikking. Het helpt wanneer de betrokken professionals de zorg voor cliënten centraal stellen en vanuit de casuïstiek bespreken welke rol eenieder in de zorg voor een cliënt kan spelen. Ook is vertrouwen in een grote mate afhankelijk van persoonlijke werkrelaties. Sommige professionals kunnen gewoonweg beter met elkaar opschieten dan anderen en hebben meer vertrouwen in elkaar. Dit heeft grote impact op de mate waarin taakherschikking lukt. Ten tweede heeft het onderzoek laten zien dat een sterk gevoeld commitment bij betrokken professionals en bij zorgprofessionals bijdraagt aan het laten welslagen van een taakherschikkingstraject. Bij het initiatief in Midden-Holland waren huisarts en bestuurders gecommiteerd om het traject te allen tijde te laten slagen. Dit gaf ook ruimte om te experimenteren; op momenten dat er spanningen of onduidelijkheden waren (bijvoorbeeld over uiteenlopende werkrouines) werd de tijd genomen oplossingen te zoeken, ook als dat betekende dat er een extra investering moest worden gedaan in de begeleiding van het traject. Tegelijkertijd zien we dat taakherschikkingstrajecten bemoeilijkt worden door landelijke richtlijnen en landelijker kaders. De recente richtlijn voor taakherschikking van Verenso en de leidraad van de LHV omtrent medische zorg voor ouderen in kleinschalige woonzorginstellingen maakt sommige zorgprofessionals en bestuurders bijvoorbeeld voorzichtiger bij het vormgeven taakherschikkingstrajecten. In een aantal regio's werd het regiebehandelaarschap van VS'en bijvoorbeeld opnieuw ter discussie gesteld terwijl er eerder overeenstemming over leek te zijn. Bestuurders en SO's voelden het gevaar 'buiten de lijntjes te kleuren' en mogelijk risico's te nemen die ze later zouden berouwen ('wat nu als ik voor het hekje kom' hoorden we regelmatig). Een dergelijke twijfel geeft lokale tegenstanders de gelegenheid een initiatief rondom taakherschikking weer ongedaan te maken. Dit proces van vallen en opstaan, en 'twee stappen naar voren

en één terug' zijn we afgelopen drie jaar veelvuldig tegengekomen – vaak tot frustratie van projectleiders en andere nauw betrokkenen. Ook wet- en regelgeving kan een belemmering vormen voor taakherschikking. Een bekend voorbeeld is de Wet op lijkbezorging, waarin is vastgelegd dat schouwen alleen door een arts gedaan kan worden. Dit maakt het ingewikkelder om bijvoorbeeld tijdens de avond-nacht-en-weekenddiensten met een VS in de voorwacht te werken; in geval van een onverwacht overlijden moet dan alsnog een arts worden opgeroepen. Dit probleem speelde des te meer aan het begin van de Covid-pandemie. Het groot aantal overlijdens maakte dat regio's voort wilde maken met een andere manier van schouwen. Dit botste echter met bestaande en niet gemakkelijk aan te passen wetgeving die meerder departementen beslaat. Een ander en actueel voorbeeld van belemmerende landelijke kaders zijn de verschillende interpretaties van een beleidsregel uit GZSP door zorgverzekeraars, waardoor VS'en in de ene regio wel consulten in de eerste lijn kunnen declareren en in de andere regio niet.

De trajecten rondom taakherschikking die wij met het actieonderzoek gevolgd hebben zijn redelijk kleinschalig. Het gaat veelal om taakherschikking binnen één of enkele VVT-locaties (voorbeelden zijn de regio's Midden-Holland, Friesland, Flevoland) of tussen een SO-VS en een aantal huisartspraktijken (Midden-Holland). Een breder initiatief waarin taakherschikking tussen professionals op regionaal niveau wordt vormgegeven, bijvoorbeeld in het omschrijven hoe het regiebehandelaarschap door verschillende disciplines kan worden vormgegeven, hebben wij tot nog toe niet in de regio's gezien, al zien we wel de contouren van een dergelijke benadering in sommige regio's ontstaan (bijvoorbeeld in de Achterhoek en in Twente). Een nadeel van een kleinschalige aanpak van taakherschikking is dat het kwetsbaar is. Personele wisselingen in de organisatie kunnen grote gevolgen hebben voor de onderlinge taak- en verantwoordelijkheidsdeling. Een bijkomende uitdaging van taakherschikking is dat het opschalen lastig is, zeker omdat, zoals wij hierboven hebben aangegeven, de mate waarin taakherschikking lukt afhankelijk is van onderling vertrouwen en personele invulling. Wat tevens speelt is dat de kennis en kunde van met name PA's en VS'en erg verschillend is en afhankelijk is van hun vooropleiding en ervaring. Regelmatig geven PA's en VS'en zelf ook aan onder supervisie te willen werken, wat onduidelijkheid geeft over de precieze taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. In de praktijk zien we dat taakherschikking vaak verwordt tot zorgprofessionals die aanvullend op elkaar werken in plaats van dat er daadwerkelijk taakherschikking plaatsvindt. De netto capaciteitswinst valt daardoor soms tegen, hoewel er tegelijkertijd enthousiasme is over bereikte resultaten in termen van kwaliteit van zorg, werktevredenheid en verminderde werkdruk.

Taakherschikking in Midden-Holland

In de regio Midden-Holland hebben binnen het programma Duurzame Medische Zorg in de Regio twee pilots gedraaid rondom taakherschikking die door actie-onderzoek gevolgd zijn. De eerste pilot betrof een samenwerking tussen een huisartsenpraktijk en een SO en behandeldienst in een VVT-instelling ('zorg met behandeling'), waarbij de huisarts de basis geneeskundige zorg op zich nam en de SO de meer complexe ouderengeneeskundige zorg. De tweede pilot betrof de inzet van een VS in de eerste lijn, waarbij de VS consultaanvragen vanuit de huisartsenpraktijk oppakte. De eerder beschreven spanning tussen grote VVT-instellingen, die de intramurale zorg op orde hebben, en kleine VVT-instellingen, die moeite hebben om de medisch zorg aan ouderen te organiseren heeft weerslag gehad op het programma en de pilots die daarbinnen ontwikkeld zijn. Beide initiatieven waren kleinschalig en de regionale samenwerking rondom de initiatieven was beperkt. De eerste pilot betrof een samenwerking binnen een enkel verpleeghuis, de tweede pilot betrof een samenwerking tussen een VS, SO en enkele huisartsenpraktijken.

Het actieonderzoek heeft enkele belangrijke inzichten opgeleverd. De eerste pilot heeft laten zien dat taakherschikking tussen huisarts en SO bij zorg-met-behandeling mogelijk is, waarbij de huisarts zich toelegt op de basis medische zorg en de SO de complexere problematiek oppakt. Maar ook dat het geen gemakkelijke opgave is. In de casus ontstond een verschil in perspectief tussen huisarts en SO over wat goede en noodzakelijke zorg is. De huisarts keek met een meer curatieve blik naar de zorgvragen, en de SO dacht meer vanuit de cliënt in de laatste levensfase en welke zorg dan bijdraagt aan kwaliteit van leven. Dit verschil in perspectief hoeft geen breekpunt te zijn, mits alle partijen dergelijke verschillen bespreekbaar maken en de zorg daarop afstemmen. Daarnaast heeft de pilot laten zien dat persoonlijke relaties belangrijk zijn in taakherschikkingstrajecten. De initiële samenwerking tussen huisarts en SO is na enkele maanden gestopt.

Vervolgens is er een andere SO in het project gestapt en verliep de samenwerking naar tevredenheid van allen. Er was voldoende vertrouwen tussen betrokkenen waardoor de SO de zorg voor cliënten durfde los te laten. Een belangrijk gegeven in deze pilot was dat huisarts en bestuurders het traject koste wat kost wilden laten slagen, en bij een tegenslag extra gingen investeren in plaats van het project te beëindigen.

Ook de tweede pilot heeft laten zien dat taakherschikking, in dit geval in werkzaamheden van de VS in de eerste lijn, mogelijk is, maar wederom geen gemakkelijke opgave is. In dit geval verliep het traject moeizaam, vooral doordat de deelnemende huisartsen niet goed wisten wat de expertise is die de VS naar de eerste lijn brengt. In dit geval geldt het adagium 'onbekend maakt onbemind'. We zien dat in dergelijke trajecten, zeker als het een redelijk nieuwe, en voor velen relatief onbekende professie betreft (zoals de VS), er tijd nodig is om elkaar te leren kennen. Er moet in die zin genetwerkt worden om dergelijke initiatieven van de grond te krijgen. Ook heeft het traject laten zien dat er knelpunten zitten bij de bekostiging van de extramurale inzet van de VS. In theorie is dit mogelijk vanuit de GZSP, maar zorgverzekeraars hebben een zekere discretionaire ruimte bij het interpreteren van betaaltitels en kunnen additionele voorwaarden stellen. Dit maakt dat een dergelijk initiatief in de ene regio wel structureel gefinancierd wordt en in de andere regio niet.

4.2 Gezamenlijke ANW

In het actieonderzoek zijn twee initiatieven gevolgd waarin verschillende VVT-instellingen samen hebben gewerkt om regionaal de avond-nacht-en-weekenddiensten te koppelen en deze gezamenlijk in te vullen. In de Achterhoek zijn wij van meet af aan betrokken geweest bij de ontwikkeling van het initiatief en hebben wij de eerste maanden van de pilot intensief gevolgd. In 't Gooi, Vechtstreken & Almere hebben wij een onderzoek uitgevoerd naar de vermeende hoge werkdruk tijdens de diensten en hebben we initiatieven verkend om wat aan deze hoge werkdruk te doen. Alhoewel in beide regio's de ANW-diensten regionaal worden ingevuld, verschilt de concrete invulling. In 't Gooi, Vechtstreken & Almere is de regio opgedeeld in twee delen, een noordelijk deel en een zuidelijk deel. Er wordt gewerkt met een voorwacht-achterwacht-constructie, waarbij basisartsen en AIOS in de voorwacht werken en SO's als achterwacht fungeren. In de Achterhoek zijn de diensten verdeeld in een oostelijk en een westelijk deel, die elk door een SO worden ingevuld.

Het onderzoek heeft geleerd dat het koppelen van diensten (veel) meer inhoudt dan enkel een andere manier van inroosteren. De mate waarin een dergelijk initiatief werkt, hangt bijvoorbeeld in grote mate samen met de kwaliteit van de verpleegkundige triage op de verschillende deelnemende locaties. Het onderzoek in 't Gooi, Vechtstreken & Almere heeft laten zien dat de kwaliteit van de verpleegkundige triage in grote mate bijdraagt aan de ervaren werkdruk. Ook vraagt een gezamenlijke ANW-dienstenstructuur om goede *advance care planning*, en om het helder uitschrijven van beleid rondom een cliënt zodat dit ook duidelijk is voor iemand die de cliënt niet kent. Daarnaast moeten informatiesystemen (zoals elektronische cliëntendossiers) toegankelijk worden gemaakt voor artsen van andere zorginstellingen. In de regio Groningen wordt gewerkt aan een triage-app om de diensten gezamenlijk vorm te kunnen geven (zie hieronder). De coördinatie van de vragen die in de diensten terecht komen moet bovendien georganiseerd zijn, anders is de dienst onwerkbaar bij een groot aantal oproepen. Ook hebben we gezien dat de 30-minuten-aanrijtijd-richtlijn niet haalbaar is bij een regionale dienstenstructuur. In sommige pilots hebben regio's actief ruimte gecreëerd, o.a. door het maken van afspraken met de IGJ om in een gecontroleerde setting van deze richtlijn af te kunnen wijken.

In de regio Zuidoost Friesland is vanaf het begin van het project gewerkt aan een brede ANW waarin naast de VVT-instellingen ook het ziekenhuis en de huisartsen belangrijke partners zijn. De samenwerking heeft tot doel de beschikbare capaciteit in de regio beter te benutten en patiënten zorg 'op de juiste plaats te bieden', bijvoorbeeld door een ziekenhuisopname te voorkomen bij een gedecompenseerde oudere en in plaats daarvan een tijdelijke plek in een VVT-instelling aan te bieden om te herstellen. De samenwerking heeft geleid tot een schakelafdeling in het ziekenhuis waar ouderen tijdelijk kunnen worden opgenomen. Ondertussen wordt doorgebouwd aan verdergaande regionale samenwerking in de ANW.

Uit de verschillende casus leren we dat het gezamenlijk invullen van de ANW-diensten een beweging van verdere harmonisatie van werkprocessen bij de verschillende instellingen in gang zet. Voor dienstdoende artsen is het gemakkelijker als protocollen, bijvoorbeeld bij spoedopnames van cliënten, zoveel mogelijk geharmoniseerd zijn. Goede projectbegeleiding helpt om deze beweging van verdere harmonisatie van werkprocessen te ondersteunen. Tegelijkertijd blijft een gezamenlijke dienstenstructuur kwetsbaar. De werkdruk, zeker voor de voorwacht, kan hoog zijn en dit kan leiden tot onvrede en uitval van al schaars medisch geschoold personeel. Het is daarom van belang om een regionale ANW-dienstenstructuur niet als eindproduct te zien, maar als een lopend proces dat bijgesteld kan worden om zodoende de werkdruk behapbaar te houden. Om een regionale ANW te laten werken is het bovendien belangrijk dat betrokken artsen en bestuurders de meerwaarde van een dergelijk initiatief onderschrijven. Een beweging naar intensievere regionale samenwerking in de ANW maakt instellingen minder kwetsbaar en kan zorg toegankelijk houden voor alle cliënten, los van de plek waar zij verblijven. Het is daarbij wel van belang dat dit blijvend wordt onderschreven door betrokkenen; regionale initiatieven vragen voortdurende zorg en aandacht op alle niveaus, iets wat ook blijkt uit de onderstaande beschrijving in de kadertekst over het ANW-experiment.

Een instelling overstijgende ANW: de Achterhoek

De Achterhoek heeft binnen het programma Duurzame Medische Zorg in de Regio verschillende actielijnen ontwikkeld waarop wordt samengewerkt door een aantal VVT-instellingen (Azora, Careaz, Marga Klompé, Markenheem en Sensire). Dit gaat bijvoorbeeld om taakherschikking en de samenwerking tussen SO's en aanpalende disciplines om kwalitatief hoogstaande ouderenzorg te leveren; het gaat om anders opleiden (door bijvoorbeeld coschappen ouderengeneeskunde in de regio aan te bieden; het regionaal opleiden van GZ-psychologen en het inrichten van een gezamenlijke ANW-dienst. Vanaf het begin af aan zijn bestuurders en zorgprofessionals in de regio gezamenlijk opgetrokken om initiatieven in het anders organiseren van de medische zorg aan ouderen mogelijk te maken. Belangrijk daarin was de gedeelde visie van bestuurders over hoe de ouderenzorg in de regio georganiseerd moet worden en het primaat voor het ontwikkelen van concrete initiatieven dat bij zorgprofessionals lag en waarvoor ze adequaat ondersteund werden.

Wij hebben uiteindelijk het gezamenlijke ANW-initiatief gevolgd. Het ontwikkelen van het initiatief heeft een grondige voorbereiding gekend. Zo is er werk gemaakt van een uniforme verpleegkundige triage bij de verschillende instellingen. Tevens heeft men de verschillende ICT-systemen zoveel mogelijk geharmoniseerd, al blijven er verschillen tussen de verschillende systemen van de organisaties bestaan en is het de vraag of verdere harmonisatie wenselijk is in verband met de hoge benodigde investeringen. Ook wordt het belang van *advance care planning* en het helder uitschrijven van het beleid benadrukt. De medische dienstverlener NAAST is ingeschakeld om de coördinatie van vragen in de ANW te doen. Zij bundelen vragen en verdelen de vragen over de dienstdoende artsen. Het traject wordt begeleid door een projectleider die actief bij het initiatief betrokken was en die knelpunten oppakt en werkprocessen bij de verschillende instellingen zoveel mogelijk harmoniseert.

Op het moment van schrijven waren veel betrokkenen enthousiast om de pilot te continueren. Wel waren er zorgen om de toegenomen werkdruk tijdens de diensten. Er werd aan initiatieven gewerkt om de werkdruk te verminderen, dit ging bijvoorbeeld om het werk rondom spoedopnames tijdens de ANW zoveel mogelijk bij de medisch dienstverlener NAAST neer te leggen, en ook om meer verantwoordelijkheid bij verpleegkundigen neer te leggen zodat artsen tijdens de diensten ontzien worden.?

4.3 Technologie

De inzet van technologie gaat vaak gepaard met grote beloften. Zo zou technologie een grote arbeidsbesparing kunnen opleveren. In het DMZ-traject zien we echter dat deze belofte nog niet wordt waargemaakt. Enerzijds staat bij veel bestuurders en zorgprofessionals technologie nog niet op het netvlies. Zij hebben nog weinig kennis over wat mogelijk is, bijvoorbeeld met zorg op afstand. Anderzijds leveren de experimenten met de inzet van arbeidsbesparende technologie binnen DMZ niet op wat betrokken ervan verwacht hadden.

In de regio Zeeland loopt een traject waar beeldbellen (in dit geval de inzet van *Smart Glasses*) wordt ingezet in de (medische) zorgverlening in een VVT-setting. In de aanloop van de pilot zijn enkele *user cases* opgetekend waar de inzet van beeldbellen een meerwaarde zou kunnen hebben. Dit ging bijvoorbeeld om wondzorg, consultatie bij onbegrepen gedrag, consultatie door SO's in de ANW, 24-7 verpleegkundige ondersteuning op locaties en de begeleiding van leerling verzorgenden en -verpleegkundigen op afstand. In de pilot bleek het ingewikkeld om deze verschillende mogelijkheden van beeldbellen in de werkpraktijk te integreren. Daar lag een aantal oorzaken aan ten grondslag. Ten eerste, de praktisch uitdagingen van werken met deze technologie, zoals een onstabiel wifi-netwerk en het feit dat de bril alleen werkt als deze ondersteund wordt met een app die alleen op een afdelingstelefoon toegankelijk is. Ten tweede, het feit dat artsen, behandelaren en verpleegkundigen vasthielden aan hun gebruikelijke werkrouines, zoals een fysiek consult, en de technologie links lieten liggen. Dit initiatief heeft ons een aantal zaken geleerd. Ten eerste dat de meerwaarde van de inzet van een bepaalde technologie voor betrokkenen helder moet zijn en dat de technologie dient te worden ingezet in die werkpraktijken waar die de meeste meerwaarde heeft (bijvoorbeeld daar waar lange aanrijtijden voorkomen kunnen worden). Ten tweede dat de implementatie van technologie zeer complex is. We spreken daarom liever van translatie of co-constructie van technologie dan implementatie, omdat dit de nadruk legt op het werk dat gedaan moet worden om technologie onderdeel te laten zijn van de werkpraktijk (Bal & Pieters, 2019). Dit gaat niet vanzelf maar vereist werk. Zorgverleners moeten bijvoorbeeld op een andere manier gaan werken en dit vraagt om coaching en langdurige ondersteuning op de werkvloer.

4.4 Triage

Verschillende regio's hebben zich de afgelopen jaren gericht op het invoeren dan wel verbeteren van triage door verpleegkundigen en/verzorgenden. Triage is een werkpraktijk om zorgvragen te filteren. In verschillende pilots die in het DMZ-onderzoek gevolgd zijn is triage ingezet om het druk op het medisch team te verminderen. We hebben pilots gevolgd waar het werken met een regionaal triagemodel centraal stond (Flevoland), een initiatief waar gewerkt wordt aan een app om een regionale triage te ondersteunen (Groningen), en we hebben pilots gevolgd waar het werken met een regionaal triagemodel onderdeel was van een breder initiatief (zoals het ANW-initiatief in de Achterhoek en 't Gooi, Vechtstreken & Almere).

De verschillende onderzoeken naar het werken met een regionaal triagemodel hebben een aantal belangrijke inzichten opgeleverd. Ten eerste verbindt een triagemodel de werkpraktijken van verschillende zorgverleners; verzorgenden rapporteren, verpleegkundigen vragen uit, filteren en rapporteren op hun beurt aan artsen die een inschatting maken of zij de vragen al dan niet zelf oppakken. Ten tweede vraagt een goed functionerende triage een bepaald soort vaardigheden van deze verschillende betrokken zorgprofessionals. Deze vaardigheden zijn niet altijd aanwezig. Een triage verlangt bijvoorbeeld een bepaalde systematiek van rapporteren, zowel van verzorgenden als van verpleegkundigen, het vraagt ook van betrokkenen dat zij op basis van de gegeven informatie een inschatting kunnen maken welke zorgvragen zij zelf kunnen oppakken. Dit vraagt ook van artsen een bepaalde soort vaardigheden die niet altijd aanwezig zijn. Ten derde hebben wij gezien dat een goed functionerend triagemodel ook een impuls aan de kwaliteit van de zorgteams kan geven. Door een goede triage wordt vaak meer verantwoordelijkheid gelegd bij de zorgteams en van hen een grotere zelfredzaamheid gevraagd. We zien dat hierdoor de kennis en kunde van zorgteams versterkt wordt, mits een goede begeleiding en voldoende bijscholingsmogelijkheden aanwezig zijn. Tenslotte hebben we gezien dat triage de werkdruk bij artsen vermindert en dat het bijdraagt aan een verdere rolontwikkeling van de medische professie binnen de ouderenzorg. SO's komen bijvoorbeeld op grotere afstand van de zorg te staan en kunnen zich toeleggen op de complexe zorgproblematiek.

Net als bij initiatieven rondom technologie en rolontwikkeling is het opschalen een kwestie van translatie en daarmee ook complex. Het vergt veel werk, en vaak ook ontwikkeling van kennis en kunde van betrokkenen, om een goede triage op een andere plek te laten werken. Een implicatie daarvan is dat de inzet van een gestandaardiseerd triagemodel vaak redelijk kleinschalig is; het gebeurt bijvoorbeeld bij één enkele instelling, of bij één organisatie. Het inbedden van triage in een breder initiatief, zoals een regionale ANW-dienstenstructuur, zorgt er juist voor dat nadruk wordt gelegd op translatie en het opschalen van het triagemodel. Deze werkwijze voorkomt

in zekere zin de problematiek van kleinschaligheid, en maakt dat triage geen doel op zich is maar een infrastructuur biedt om regionale samenwerking in de organisatie en uitvoering van zorg mogelijk te maken.

Het werken met een gestandaardiseerde triage: Flevoland

In Flevoland hebben vier VVT-organisaties elkaar in 2018 gevonden om de toenemende krapte aan SO's aan te pakken. De urgentie was het jaar daarvoor duidelijk geworden toen in de zomermaanden door personele krapte instellingen tot een opnamestop voor nieuwe patiënten hadden moeten overgaan. Het vertrekpunt van de regionale samenwerking was stabiliteit brengen in de personele bezetting. Met een regionale visie wilden bestuurders en projectleider eveneens nieuwe SO's aantrekken. In de regio zijn afgelopen drie jaar meerder trajecten opgestart en doorontwikkeld. Een traject betrof de triage wat in eerste instantie in één VVT-instelling (Coloriet) is ontwikkeld.

Wij hebben gedurende enkele maanden het werken met het nieuwe triagemodel bij Coloriet in Flevoland gevolgd. In dit model signaleerde verzorgenden (medische) problemen bij cliënten en rapporteerden zij aan een triage-verpleegkundige. Vervolgens werd gekeken naar welke professional de zorgvraag het beste op kon pakken. Dit kan de verzorgende zelf zijn, een (gespecialiseerd) verpleegkundige, een VS of SO, en ook wanneer het consult moest plaatsvinden (bijvoorbeeld meteen of binnen enkele uren, of op afspraak later in de week). In de pilot bleek als snel dat verzorgenden in de praktijk het triagemodel nauwelijks gebruikten. Verzorgenden voelden zich niet toegerust om het instrument, wat een zekere mate van klinisch redeneren en besluitvorming vraagt, in de praktijk te gebruiken. Daarnaast vroegen SO zich af of verzorgenden wel de juiste signalen bij cliënten oppakten. Door deze inzichten terug te koppelen, is de pilot bijgesteld en zijn verzorgenden geschoold in een de triage systematiek van rapporteren. Hierbij is expliciet gestuurd op wat verzorgenden en verpleegkundigen nodig hebben om zich kundig te voelen in hun nieuwe rol, maar ook op wat artsen nodig hebben om verzorgenden en verpleegkundigen in die rol te vertrouwen.

4.5 Conclusie

De afgelopen jaren zijn binnen DMZ een aantal veelbelovende initiatieven ontplooid rondom taakherschikking, het werken met een gestandaardiseerde triage, technologie en een regionale ANW-dienstenstructuur. Bij sommige initiatieven is het gelukt om deze structureel in te bedden in de werkpraktijk. We hebben ook gezien dat een aantal van deze initiatieven (omtrekt taakherschikking, triage en technologie) redelijk kleinschalig waren; veelal ging het om een initiatief bij een enkele organisatie of betrof het een klein experiment tussen twee organisaties. Dergelijke kleine initiatieven zijn kwetsbaar en afhankelijk van de inzet van enkele personen om doorgang te vinden. Opschaling en bestendiging is daarbij van belang, maar niet altijd even gemakkelijk haalbaar. Het werken met een gestandaardiseerd triagemodel leent zich bijvoorbeeld beter voor opschaling dan taakherschikking tussen huisarts en SO bij zorg-met-behandeling. Bij een initiatief als een regionale ANW-dienstenstructuur geldt deze kleinschaligheid niet. Van meet af aan is een flink aantal partijen bij het initiatief betrokken. Ook deze initiatieven zijn kwetsbaar en vragen voortdurend werk om de processen te optimaliseren en de werkdruk in toom te houden, hetgeen ook de komende jaren belangrijk is omdat naar alle verwachting de zorgvraag gaat toenemen en ook de krapte bij de medische teams van VVT-instellingen. Een belangrijke, overkoepelende les van de verschillende pilots is het belang van goede procesbegeleiding en ondersteuning vanuit regulerende organen zoals het Zorgkantoor. Ook het actieonderzoek speelt hier een rol in. Door projecten formatief te evalueren kunnen ze, met behulp van goede procesbegeleiding, worden bijgesteld om de werkvorm in de praktijk te laten groeien en (op den duur) te bestendigen.

5 Mechanismes voor het regionaal organiseren van de medische zorg

Mechanismes zijn constellaties van tradities, wet- en regelgeving, financieringsinstrumenten en activiteiten die iets, in dit geval regionale samenwerking, in beweging zetten. Ze kunnen ook ingezette bewegingen vertragen of belemmeren. Mechanismes gaan over het werk dat verzet moet worden om regionale samenwerking van de grond te krijgen. De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat is 'welke mechanismes bevorderen dan wel belemmeren regionale samenwerking?' In het onderzoek ontwaren wij verschillende mechanismes in het regionaal organiseren van de medische zorg aan ouderen. Deze mechanismes zijn: het creëren en bestendigen van regionale infrastructuren; het initiëren van projecten op verschillende schaalgroottes; het creëren van regelruimte in beleid; werken aan urgentie en commitment en het betrekken van relevante actoren op verschillende lagen van het zorgsysteem. In het onderstaande worden deze verschillende mechanismes uitgewerkt op basis van het actieonderzoek.

5.1 Het creëren en bestendigen van regionale infrastructuren

Regionale infrastructuur is nodig om regionale samenwerking te faciliteren. Het maken en onderhouden van infrastructuur is een belangrijk mechanisme om regionale samenwerking van de grond te krijgen en door te ontwikkelen. In abstractie is een infrastructuur een vitaal netwerk waardoor kennis kan 'reizen' en tussen verschillende actoren uitgewisseld kan worden. Infrastructuur kan sociaal van aard zijn, zoals bestuurlijke en professionele netwerken, maar ook technologisch, zoals een triagesysteem dat verschillende professionals met elkaar verbindt (Star & Ruhleder, 1996). Infrastructuur vormt als het ware het fundament op basis waarvan (professioneel of bestuurlijk) werk kan plaatshebben; tegelijkertijd positioneren ze actoren ten opzichte van elkaar en geven ze richting aan het werk. Het regionaal organiseren van zorg vraagt om het bouwen en bestendigen van dergelijke sociale en technologische infrastructuur die belangrijke actoren in de medische zorg aan ouderen (zorgprofessionals, bestuurders, zorgkantoren) met elkaar verbindt. De pilots binnen DMZ dragen zelf ook bij aan het creëren van regionale infrastructuur. Een pilot zoals het gezamenlijk invullen van de ANW-diensten in een regio heeft een netwerk gecreëerd van zorgprofessionals die elkaar geregeld treffen, waarbij werkprocessen van de verschillende instellingen geharmoniseerd kunnen worden. Een ander voorbeeld is de schakelafdeling die in het Nij Smellinghe ziekenhuis in Zuidoost-Friesland gemaakt is. Dit bracht VS, klinisch geriaters en SO's en ook de bestuurders nader tot elkaar omdat zij nu een locatie hebben waar zij de zorg gezamenlijk invullen. Deze voorbeelden benadrukken het belang van het bouwen aan regionale infrastructuur, zowel materieel als sociaal, om de zorg regionaal te organiseren.

Regionale infrastructuur overstijgt in veel gevallen de regio en het betrekken van bovenregionale actoren vraagt werk van verantwoordelijken in de regio. In veel professionele en bestuurlijke netwerken sluiten 'externe' stakeholders, zoals het ministerie van VWS, werkgeversorganisaties, zorgkantoren en provinciale vertegenwoordigers, geregeld aan om, via adviseurs en managers, beleidskennis en goede voorbeelden in en tussen regio's te verspreiden. Regionale coaches van WIR staan bijvoorbeeld in nauw contact met bestuurders om pilots te monitoren en indien nodig te stimuleren. De betrokkenheid van deze regionale coaches maakt het ook mogelijk om geleerde lessen uit de pilots te laten 'reizen' naar de regio en tussen regio's. De 'korte lijntjes' met beleidsactoren worden door regio's gewaardeerd en resulteren in een kennisinfrastructuur waarmee advies ingewonnen kan worden over wet- en regelgeving en conflicterende financiële kaders. Deze vormen van ondersteuning helpen om oplossingen te vinden voor institutionele knelpunten (bijvoorbeeld mogelijkheden om de inzet van de VS te financieren in de eerste lijn). Externe stakeholders zijn nodig om regionale, sociale infrastructuur effectief te laten functioneren en knelpunten, bijvoorbeeld in schurende landelijke richtlijnen en kaders, aan te pakken. Het werk dat

gedaan moet worden om deze externe stakeholders te betrekken moet in eerste instantie gedaan worden door regionale stakeholders, zoals een projectleider.

Bij het bouwen van regionale infrastructuur vertrekken regio's vanuit verschillende startpunten. In sommige regio's zijn er al geruime tijd goed functionerende regionale infrastructuur, in andere regio's is pas recent werk gemaakt met het maken van dergelijke netwerken. Het vertrekpunt wordt mede bepaald door geografie (denk aan de eilandenstructuur van Zeeland, die weerslag heeft op de mate waarin er regionaal wordt samengewerkt en de mate waarin men van oudsher problemen samen oppakt; zie Schuurmans et al. 2020). Vanuit historisch perspectief is de zorgkantoorregio bovendien vaak geen 'natuurlijke' eenheid waarbinnen men al samenwerkt; veldpartijen moeten elkaar leren kennen en vertrouwen om tot regionale samenwerking te komen. Het realiseren van een sociale infrastructuur en daarmee een gezamenlijke definitie van de regio en de uitdagingen waar de regio voor staat is in dit geval een belangrijke mijlpaal.

Het maken van regionale infrastructuur is dus een belangrijk mechanisme om samenwerking in de regio te borgen. Het onderzoek laat zien dat dit niet vanzelf gaat maar actief werk ('infrastructural work', zie van Pijkeren et al. 2021) van vele actoren vereist, zowel binnen de zorg (artsen, verpleegkundigen) als op het niveau van managers en bestuurders als bij externe stakeholders zoals het zorgkantoor. Vooral aan het begin vraagt dit voortdurend aandacht en zijn infrastructuur kwetsbaar. Als zij verder materialiseren, bijvoorbeeld door het hebben van een gezamenlijke ANW of schakelafdeling, ontstaat er meer bestendiging en een voedingsbodem voor verdere samenwerking (zie kadertekst Achterhoek als voorbeeld).

5.2 Het initiëren van projecten op verschillende schaalgrootte

Het initiëren en organiseren van innovatieve zorgprojecten voor regionale samenwerking vindt op verschillende schaalgroottes plaats. Sommige regio's starten met kleine initiatieven die regionale stakeholders met elkaar verbinden; ze gaan gezamenlijk 'aan de gang'. Deze initiatieven kunnen later opgeschaald worden en vormen een regionale infrastructuur die de aanjager kan zijn voor verdere regionale samenwerking. Andere regio's starten met relatief grote, ambitieuze initiatieven waar van meet af aan een groot aantal partijen bij betrokken zijn. Beide strategieën kunnen werken, maar kennen specifieke uitdagingen en handelingsrichtingen.

Sommige regio's initiëren samenwerkingen op kleine schaal waarbij het aantal samenwerkingspartners beperkt is. Een voorbeeld is Flevoland waar gestart is met het ontwikkelen van een triagesysteem om SO's en VS de gelegenheid te geven de aandacht over verschillende plekken te verdelen. Bij dergelijke initiatieven zijn de contouren van het initiatief aan de start bekend, maar volgt de concrete invulling gedurende het traject. Er wordt gestart met een relatief korte verkenningsfase, waarna de pilot omtrent duurzame medische zorg aan ouderen geïnitieerd wordt en in de praktijk wordt uitgewerkt. Opedane lessen over de nieuwe werkwijze, zoals de triage, worden gedeeld in regionaal verband; bijvoorbeeld tijdens netwerkbijeenkomsten, of opleidingsdagen/ avonden voor betrokken beroepsgroepen zoals triageverpleegkundigen, VS'en en SO's. Op die manier vormen concrete initiatieven een middel om netwerken van zorgprofessionals en bestuurders op regionaal niveau te onderhouden.

Dergelijke kleinere initiatieven hebben een aantal voordelen. Ze sluiten aan bij de taal en praktijk van zorgverleners, en het commitment van bestuurders en managers is makkelijker te borgen omdat er een beperkt aantal organisaties bij betrokken zijn. Daarnaast zijn de doelen in het project vaak specifiek, haalbaar en procesmatig geformuleerd. Dergelijke kleinschalige pilots betrekken zorgprofessionals op de werkvloer en kunnen een politiek- en organisatiegevoelig onderwerp, zoals taakherschikking, bespreekbaar maken. Echter, het opschalen van het initiatief naar regionaal niveau blijkt vaak lastig. Dit vraagt om het verbinden en harmoniseren van projecten, het delen van goede voorbeelden, en het creëren van draagvlak onder bestuurders en zorgmanagers van verschillende organisaties. Als dit verbinden en harmoniseren niet lukt, blijven initiatieven (te) kleinschalig, kwetsbaar (afhankelijk van de inzet en commitment van enkele individuen) en is de regionale veranderkracht beperkt. Tegelijkertijd is het verbinden van projecten essentieel om projectificatie (een veelvoud van tijdelijke en gefragmenteerde projecten) te voorkomen (Penkler, Felder, & Felt, 2020). Projectificatie kan het draagvlak voor het anders organiseren van de zorg

onder bestuurders en zorgverleners bovendien doen afnemen en het onduidelijk maken wie (welk netwerk of bestuurlijk overleg) waarvoor verantwoordelijk is.

Waar sommige regio's starten met een kleinschalig initiatief kiezen andere regio's juist voor een grootschaliger of programmatische aanpak waarbij een veelvoud van actoren betrokken is. Kenmerkend voor deze strategie is dat er een regionale visie wordt opgesteld en het initiatief in redelijk detail is uitgewerkt voordat er gestart wordt. Een dergelijke 'grote', programmatische aanpak is veelal aantrekkelijk voor bestuurders en beleidsmakers omdat zijn zich aangetrokken voelen tot de taal en doelen van een grootschalig, ambitieus programma waarbij ingezet wordt op het regionaal organiseren van de (medische) zorg aan ouderen en waarbij vraagstukken integraal, op het niveau van cliënt, professional en organisatie worden aangepakt. Een regionaal programma kan een vergezicht bieden waarnaartoe gewerkt kan worden, bijvoorbeeld de manier waarop taakherschikking tussen SO, VS, GZ-psycholoog en verpleegkundigen in de regio kan worden vormgegeven of een gezamenlijke SO-opleidingsplek kan worden gerealiseerd. Tegelijkertijd is het gevaar dat een dergelijke programmatische aanpak onvoldoende aansluiting vindt bij de dynamiek van de zorgpraktijk en verzandt in vergezichten zonder concrete initiatieven of opvolging. Om deze strategie te doen slagen is een lange adem nodig; er moet capaciteit worden vrijgemaakt om het programma in detail uit te werken; er moet werk verzet worden om professionals en bestuurders blijvend aan het programma te committeren en belangrijke werkprocessen van verschillende instellingen moeten geharmoniseerd worden voordat men met het concrete initiatief kan beginnen.

Concluderend kan regionale samenwerking dus op verschillende schaalniveaus worden aangejaagd. Er moet geëxperimenteerd worden in de praktijk en tegelijkertijd dienen projecten te worden uitgebouwd tot en ingebed in een regionale infrastructuur, waarin de betrokken organisatie- en beleidslagen samenwerken en zich verhouden tot bovenregionale structuren. Een regionale programmatische aanpak kan samenhang tussen verschillende projecten zichtbaar maken en coördineren om zodoende projectificatie te voorkomen. Concreet betekent dit dat de inzet van lokale pilots gekoppeld moet zijn aan bredere regionale plannen en dat tegelijkertijd van de pilots geleerd moet worden om die regionale plannen verder vorm en invulling te geven. Een dergelijke integrale aanpak voorkomt dat plannen worden gemaakt die te ver van de werkvloer afstaan maar anderzijds wel richting geven aan duurzame samenwerking.

5.3 Het creëren van regelruimte in beleid

Innovatieve manieren van zorg in de regio botsen soms met landelijke regels en richtlijnen waardoor of bestuurlijke ongehoorzaamheid ('rebelheid'; zie van Bochove, Rusinovic, & Koops-Boelaars, 2021) moet worden betracht, of initiatieven vertraging oplopen of stranden. Een voorbeeld van landelijke regelgeving die veelbelovende initiatieven belemmert, zijn de regels en kaders voor opleidingsplaatsen. Het opleiden van een SO is een manier voor niet-academische regio's om jonge artsen aan te trekken en een opleidingsklimaat te scheppen, wat naar verwachting ook een positieve weerslag heeft op de deelnemende organisaties waardoor het makkelijker is om andere zorgprofessionals aan zich te binden. Kleine en grotere instellingen kunnen samen een interessante en vernieuwende opleiding aanbieden, waarbij zorg aan een breed scala doelgroepen geboden kan worden. Verschillende regio's (zoals Flevoland en 't Gooi, Vechtstreek & Almere) zijn hier de afgelopen jaren mee aan de slag gegaan. Zij botsen daarbij echter op landelijk geïnstitutionaliseerde afspraken over de verdeling van gesubsidieerde opleidingsplaatsen (waarbij reeds opleidende organisaties voordeel genieten) en accreditatieregels die gericht zijn op een zelfstandig werkende zorgorganisatie in plaats van een samenwerkingsverband. Andere voorbeelden van de weerbarstigheid van landelijke regelgeving zijn taakherschikking en de aanrijdtijden voor een specialist ouderengeneeskunde. In het geval van taakherschikking gaat het bijvoorbeeld om regio's die een verpleegkundig specialist in de voorwacht willen laten werken, wat helpt om de krapte aan medische capaciteit in de avond-nacht-en weekend op te vangen. Hier stuiten regio's op de recente richtlijn taakherschikking van Verenso⁹ die de eindverantwoordelijkheid van de medische behandeling bij de SO belegt. Deze richtlijn strookt echter niet met de Wet BIG die de verpleegkundig specialist een eigenstandig verantwoordelijkheid geeft. Dit leidt tot

⁹ Verenso (2021) Standpunt taakherschikking Verenso, https://www.verenso.nl/_asset/_public/Over_Verenso/Standpunten/210225-Standpunt-taakherschikking-Verenso_def.pdf

juridische verwarring, ook omdat de IGJ de professionele richtlijnen als uitgangspunt neemt in haar toezicht. Het maakt dat zorginstellingen terugdeinzen voor een veelbelovende vorm van samenwerking. Regionale initiatieven dreigen dan te struikelen over tegenstrijdige landelijke regels en richtlijnen.

Het onderzoek laat echter ook zien dat sommige regio's actief ruimte creëren, door een zekere mate van rebelseheid, en afwijken van landelijke regels en richtlijnen. Dit actief ruimte creëren gebeurt vaak in goed overleg met landelijke actoren. Deze strategie vraagt om initiatief en daadkracht van regionale stakeholders; zij moeten landelijke actoren betrekken bij het voorbereiden van veelbelovende initiatieven. Sommige regio's hebben bijvoorbeeld afspraken met de IGJ gemaakt over het kunnen afwijken van de landelijke richtlijn ten aanzien van de aanrijdtijden voor de SO. Zij laten daarbij zien dat op alternatieve manieren aan de intentie van de richtlijn kan worden voldaan; bijvoorbeeld doordat een huisarts of verpleegkundige wel tijdig aanwezig kan zijn. Regionale ontwikkelingen kunnen dan ook een motor zijn voor veranderingen in landelijk beleid, doordat regionale partijen succesvol laten zien wat mogelijk is.

5.4 Het werken aan urgentie en commitment

De mate waarin projecten binnen het initiatief DMZ van de grond kwamen, hing in grote mate af van de gevoelde urgentie bij bestuurders en medisch personeel. Hoe groter het urgentiebesef dat de ouderenzorg voor grote capaciteitsvraagstukken staat, hoe groter de bereidheid om tot concrete regionale initiatieven te komen. Dit vraagt om actief werk van de kartrekkers van veelbelovende regionale initiatieven om de urgentie blijvend te agenderen. Een belangrijke voorwaarde voor het creëren van commitment is dat regionale stakeholders een gedeelde visie hebben op hoe de zorg georganiseerd moet worden om met schaarste om te gaan.

Als een dergelijke, gedeelde visie ontbreekt, kan een hoog urgentiebesef echter ook verlamdend werken. In een aantal regio's waar het gevoelde tekort aan medisch geschoold personeel groot is, vreest men dat het anders organiseren van de medische zorg een nog grotere uitstroom van personeel tot gevolg heeft, hetgeen bestuurders voorzichtig maakt en het commitment om regionale initiatieven te ontvouwen beperkt. Een dergelijke verstarring zien we ook bij andere partijen in het regionaal krachtenveld van de ouderenzorg. In regio's waarbij de intramurale zorgvraag vele malen groter is dan het aanbod, heeft het zorgkantoor weinig mogelijkheden om te sturen op basis van inkoopkaders.

De gevoelde urgentie van het capaciteitsvraagstuk in een regio kan bovendien fluctueren met de tijd. We zien dat het sommige organisaties lukt om (tijdelijk) tekorten aan medisch geschoold personeel op te vangen, bijvoorbeeld door het aantrekken van nieuw personeel. Op dergelijke momenten vermindert het urgentiebesef en het commitment om regionale oplossingen te zoeken voor capaciteitsproblemen. Ook hebben we gezien dat een andere crisis, zoals Covid-19, de capaciteitsproblemen in de VVT-sector tijdelijk kan overschaduwen of juist kan opstuwen. Op dergelijke momenten lijkt het gevoelde urgentiebesef om de zorg anders te organiseren wat weg te ebben en de wil om tot regionale initiatieven te komen verdwijnt wat naar de achtergrond, of het zorgt juist voor een extra impuls om de zorg anders te organiseren. Dit fluctuerend urgentiebesef van capaciteitsproblemen belemmert regionale samenwerking; het vraagt om het blijvend agenderen van de capaciteitsuitdagingen waar de ouderenzorg voor staat.

Het blijkt moeilijk om het urgentiegevoel gedurende een langere periode vast te houden. Het feit dat het capaciteitsvraagstuk veelal een sluimerende crisis is, waarvan op dit moment de contouren voelbaar zijn maar waarbij het grote probleem in de toekomst ligt, maakt het extra ingewikkeld om het urgentiebesef blijvend op de agenda te houden. Dit is werk dat vooral gedaan wordt door de kartrekkers van regionalisering. De vele personele wisselingen in de ouderenzorg, zowel bij projectleiders, bestuurders en zorgprofessionals, zijn hierbij een extra uitdaging, omdat het kan betekenen dat er discontinuïteit ontstaat bij het agenderen van urgentie. Het werk dat gedaan moet worden door kartrekkers van regionale initiatieven is mede afhankelijk van het publiek. We hebben ervaren dat cijfers zijn een sterk retorisch middel zijn dat bestuurders en zorgprofessionals aanspreekt. De regionale capaciteitsramingen kunnen een bijdrage leveren aan het levend houden van het urgentiebesef.

Het urgentiebesef en het commitment om de medische zorg aan ouderen anders en regionaal te organiseren dient op alle lagen en door alle partijen in de ouderenzorg gevoeld te worden. Regionalisering vraagt niet alleen om commitment bij zorgprofessionals en bestuurders, maar ook om commitment bij beleidsmakers en landelijke actoren, zoals beroepsverenigingen, de IGJ, het zorgkantoor en brancheverenigingen. We zien dat niet alle landelijke actoren eenzelfde commitment hebben om regionale initiatieven in het anders organiseren van de zorg mogelijk te maken. Dit komt mede doordat er geen eenduidig beeld is over de oplossingsrichtingen van het capaciteitsvraagstuk. Een voorbeeld is de verschillende visies op taakherschikking en de rol van medische professionals in de ouderenzorg, zoals in eerdere hoofdstukken beschreven.

5.5 Het betrekken van relevante actoren op verschillende lagen van het zorgsysteem

Voor het anders organiseren van de zorg is het belangrijk dat relevante actoren (bestuurders, zorgprofessionals, adviseurs) betrokken worden op alle lagen van het zorgsysteem gedurende het gehele proces. Een initiatief waarin regionaal wordt samengewerkt moet niet alleen gedragen worden door bestuurders, maar ook door zorgprofessionals in de verschillende organisaties. In het onderzoek hebben wij te vaak gezien dat zorgprofessionals, bijvoorbeeld SO's, pas laat in het proces betrokken werden bij initiatieven om de zorg anders te organiseren, hetgeen weerstand op de werkvloer gaf en het moeilijk maakte om plannen uit te voeren. Tegelijkertijd is het essentieel dat bestuurders vroegtijdig betrokken worden bij plannen die op de werkvloer ontstaan.

Artsen zijn niet de enige relevante zorgprofessionals die vroegtijdig betrokken moeten worden in het proces. Dit geldt ook voor andere zorgprofessionals voor wiens werk een mogelijk initiatief implicaties heeft. Een initiatief als het werken met een nieuw triagemodel, verandert niet alleen het werk van artsen, maar ook van verpleegkundigen en verzorgenden. Het betrekken van deze verschillende actoren zorgt niet alleen voor draagvlak op de werkvloer, maar zorgt er tevens voor dat het initiatief 'werkbaar' wordt gemaakt voor alle betrokken actoren. Een triagemodel is bijvoorbeeld meer dan alleen een stroomschema. Het vraagt ook bepaalde rapportagevaardigheden van verzorgenden. Deze groep meenemen in de ontwikkeling van een initiatief zorgt ervoor dat dergelijke uitdagingen vroegtijdig geadresseerd worden (Van Pijkeren, Wallenburg, & Bal, 2021).

Zorgprofessionals vormen bovendien geen homogene groep die allen even enthousiast zijn over andere manieren van werken. In de praktijk zien we vaak dat een kleine groep professionals ambassadeur is van initiatieven om de zorg anders te organiseren, een grotere groep is afwachtend en kritischer op nieuwe initiatieven. Het werkt wanneer deze kleine groep ambassadeurs het voortouw neemt bij het ontwikkelen van het initiatief, waarbij zij ruggenspraak houden met hun collegae en hun zorgen zo goed mogelijk adresseren. Tevens heeft het onderzoek geleerd dat adequate procesbegeleiding op verschillende niveaus essentieel is. Zowel op het niveau van concrete initiatieven (projectleiders), om partijen bij elkaar te brengen en knelpunten bij het 'werken' met het initiatief op te pakken, als op het niveau van bestuurlijke regionale netwerken om stakeholders bij elkaar te brengen, commitment te krijgen en te behouden en een gedeelde visie over het anders organiseren van de zorg te bewerkstelligen.

Bij initiatieven om de zorg regionaal te organiseren moeten in veel gevallen niet alleen regionale stakeholders betrokken worden (bestuurders, zorgprofessionals), maar ook landelijke actoren, zoals adviseurs van VWS en de IGJ. Deze gelaagdheid is van belang om, zoals eerder aangegeven, regelruimte te creëren op momenten dat initiatieven schuren met bestaande regulerende kaders.

5.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn we ingegaan op de mechanismes die kunnen helpen of hinderen bij het opzetten en bestendigen van regionale samenwerking. Het betreft het creëren en bestendigen van regionale infrastructuur; het initiëren van projecten op verschillende schaalgroottes; het creëren van regelruimte in beleid; werken aan urgentie en commitment; en het betrekken van relevante actoren op verschillende lagen van het zorgsysteem. We

hebben benadrukt dat dit mechanismes zijn die niet zozeer 'op de achtergrond' van invloed zijn maar actieve betrokkenheid van lokale, regionale en landelijke actoren vragen. Hierbij gaat het enerzijds om het laten slagen van lokale experimenten maar meer nog dan dat om vraagstukken die samenhangen met de 'opschaling' van dergelijke initiatieven. Een goed samenspel tussen actoren is hierbij van wezenlijk belang, evenals het vinden van productieve koppelingen tussen en binnen wettelijke en financiële kaders. In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op wat dit betekent voor de verschillende betrokkenen.

6 Conclusie en discussie

Net als voorgaande onderzoeken laat dit onderzoek zien dat de ouderenzorg onder druk staat. Het aantal ouderen met een zorg- en behandelbehoefte neemt toe. Tegelijkertijd is er een tekort aan medisch geschoold personeel. Dit geldt in het bijzonder voor SO's, maar ook voor aanpalende disciplines als huisartsen, VS'en, PA's, GZ-psychologen en (gespecialiseerd) verpleegkundigen. Het is de verwachting dat dit tekort de komende jaren verder gaat toenemen en ook de aard van de problematiek gaat verbreden. Er is bijvoorbeeld steeds meer behoefte aan gespecialiseerde ouderenzorg in de eerste lijn omdat ouderen langer thuis wonen, en omdat de druk op huisartsen in brede zin toeneemt. De zorg binnen de VVT-instellingen wordt complexer, ook die bij (vaak kleinschalige) instellingen die voorheen vooral een woon- en verzorgingsfunctie hadden. Meer opleiden biedt onvoldoende antwoord op het probleem; de verwachte toename van de zorgvraag is te groot, en de aanwas van nieuwe artsen in opleiding tot SO al jaren te laag. Bovendien is de spreiding van beschikbare SO's over het land ongelijk verdeeld. De regio's waar de behoefte het grootst is ervaren de meeste problemen om artsen aan te trekken. Een meer belovende strategie is het creëren van schaalvoordelen door in te zetten op regionale samenwerking. De afgelopen drie jaar hebben wij een aantal veelbelovende regionale initiatieven door actieonderzoek gevolgd. Hierbij zijn VVT-instellingen regionale samenwerking aangegaan in pilots rondom taakherschikking, triage, technologie en een gezamenlijke ANW-dienstenstructuur. In deze discussie staan we stil bij de terugkerende uitdagingen in de regionale samenwerkingen in de ouderenzorg en bij wat nodig is om de ontwikkeling naar meer regionale samenwerking verder te brengen en te bestendigen.

De laatste jaren is bij veel bestuurders en zorgprofessionals het besef ontstaan dat een intensievere samenwerking in de medische zorg aan ouderen noodzakelijk is om medisch generalistische zorg aan kwetsbare cliënten te borgen. Dit besef hebben we ook in het onderzoek de laatste jaren bij bestuurders en zorgprofessionals zien toenemen, ook in regio's waar een dergelijke samenwerking niet vanzelfsprekend was. Daarbij is de zorgkantorregio gaan leven als eenheid waarin samenwerkingen gezocht worden. In veel regio's is werk gemaakt van het creëren en bestendigen van regionale infrastructuur, zowel in sociale als materiële netwerken. Dit heeft geleid tot enkele mooie initiatieven, die veelbelovend zijn, maar ook kwetsbaar door enkele terugkerende uitdagingen.

Eén zo'n dergelijke uitdaging is het feit dat bestuurders en professionals nog vaak handelen vanuit het instellingsbelang in plaats van het belang van alle kwetsbare ouderen in een regio. Dit instellingsbelang is gedreven door het patiënten- en cliëntenbelang binnen de instelling ('het is hier goed') en het belang van zorgprofessionals die een prettige werkomgeving hebben gecreëerd. Daarmee dreigen andere VVT-instellingen en hun cliënten 'buiten boord' te vallen. Zij moeten genoegen nemen met minder of slechts moeizaam geregelde medische zorg. Deze dynamiek zien we bijvoorbeeld terug in de spanning tussen grote VVT-instellingen die (nog) voldoende SO-capaciteit hebben om de intramurale zorgverlening te leveren, en, veelal kleinere VVT-instellingen, die moeite hebben om de medische zorg aan ouderen te organiseren. De laatste groep VVT-instellingen wil over het algemeen graag regionaal samenwerken en gezamenlijk een strategie uitwerken om de capaciteitsuitdagingen het hoofd te bieden, maar zijn daarbij afhankelijk van de grote partijen die medische capaciteit hebben. Voor deze groep heeft regionaal samenwerken minder prioriteit en is men bovendien soms huiverig om in te springen in instellingen waar de zorg kwalitatief minder of zelfs onder de maat is. Deze dynamiek wordt versterkt door bestaande governance-arrangementen in het zorgsysteem. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is bijvoorbeeld gericht op de kwaliteit van zorg binnen de instellingsmuren en niet op de mate waarin zorg wordt geborgd voor alle ouderen in de regio. Daarnaast is de financiering van intramurale zorg met behandeling veelal lucratiever dan het leveren van zorg en behandeling aan cliënten zonder een behandelingsindicatie. Deze prikkels zorgen ervoor dat het instellingsbelang veelal boven het belang van de beschikbaarheid van medisch generalistische zorg voor alle ouderen in de regio wordt gesteld.

Een andere uitdaging is dat initiatieven om de medische zorg aan ouderen duurzaam in te richten veelal kleinschalig zijn. In veel gevallen gaat het om een initiatief bij één of enkele instellingen. De inzichten die in deze experimenten worden opgedaan worden weliswaar regionaal gedeeld en leiden in die zin tot het bestendigen van regionale,

instelling-overstijgende netwerken, maar het opschalen en vervolgens bestendigen van initiatieven komt moeizaam van de grond. Dit komt veelal omdat een duidelijke gezamenlijke visie op hoe de ouderenzorg in de regio georganiseerd moet worden en welke bijdrage bepaalde initiatieven daaraan leveren ontbreekt. Deze kleinschaligheid maakt dat de initiatieven ook kwetsbaar zijn en afhankelijk van de inzet van enkele individuen. We zien te vaak dat initiatieven stilvallen als bepaalde sleutelfiguren vertrekken. Hierdoor dreigt het gevaar van projectificatie, waarbij een veelvoud aan tijdelijke initiatieven ontplooid wordt maar waartussen de samenhang ontbreekt. Om de beweging naar intensievere regionale samenwerking te bestendigen is het van belang dat regionale experimenten ingebed zijn in een programmatische aanpak van capaciteitsproblemen in de VVT-sector.

Het onderzoek laat verder zien dat binnen Duurzame Medische Zorg in de Regio samenwerkingen veelal binnen de VVT-sector vorm krijgen. In veel mindere mate worden initiatieven gestart waarbij er over domeinen (bijvoorbeeld ouderenzorg en VG-sector) en over verschillende budgettaire kaders (Wlz, Zvw, Wmo) heen wordt gewerkt, een enkele uitzondering daargelaten. Dit is een gemiste kans. Door meer in te zetten op samenwerkingen tussen VVT-sector, huisartsen, ziekenhuizen en VG-sector wordt het potentieel aan zorgprofessionals dat medisch generalistische zorg kan leveren aan kwetsbare cliëntgroepen groter, waardoor lokale krapte in de medische bezetting gemakkelijker opgevangen kan worden. Het is aanbevelingswaardig om de komende jaren meer werk te maken van dergelijke grotere regionale samenwerkingsverbanden om zodoende de medisch-generalistische zorg voor alle kwetsbare cliënten in een regio te borgen. Tegelijkertijd laat het onderzoek zien hoe lastig het is om enkel vanuit goede intenties dergelijke grote organisatieveranderingen in te zetten. De uitkomst is daarvoor te onzeker, en weerstand op korte termijn veelal te groot. Het vraagt meer begeleiding en langdurige (externe) ondersteuning om dit voor elkaar te krijgen. Meer formele nadruk op de regionale verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van medische zorg voor ouderen kan hieraan bijdragen. Dit vraagt de inzet van verschillende partijen: de zorgkantoren en zorgverzekeraars, maar ook de IGJ, NZa en ZiN kunnen hierbij een rol spelen omdat zij de beleidskaders maken waarbinnen zorgorganisaties acteren. Dit zal veel meer moeten gaan om faciliteren en 'een duwtje in de goede richting' dan om het opleggen van regionale samenwerkingen. Als het onderzoek iets laat zien is het wel dat de creativiteit en dynamiek in de regio zit. De uitdaging voor het beleid is hoe dit kan worden gestimuleerd en bestendigd.

Het traject Duurzame Medische Zorg in de Regio heeft laten zien dat regionale experimenten het leren binnen en tussen regio's kan bespoedigen. Een mooi voorbeeld is het regionaal opleiden van GZ-psychologen waarbij regio's die dit ambiëren zich laten inspireren door, en gebruik- maken van de inzichten die in andere regio's zijn opgedaan waar al geruimere tijd een dergelijk initiatief draait. Ook heeft het traject laten zien dat regionale experimenten ruimte kunnen creëren om landelijke richtlijnen op nieuwe manieren invulling te geven. Zo is de 30-minuten aanrijtijd tijdens avond-nacht-en-weekenddiensten in een aantal regio's niet meer haalbaar en is bij een aantal experimenten ruimte gecreëerd. Hier is het gesprek aangegaan met de IGJ om te mogen afwijken van deze richtlijn, bijvoorbeeld door de inzet van VS'en. Daarnaast hebben we gezien dat regionale experimenten de roep om beleidswijzigingen kunnen versterken. Een duidelijk voorbeeld zijn discussies omtrent het schouwen, hetgeen op dit moment wettelijk belegd is bij artsen, maar in een aantal initiatieven ter discussie is gesteld. Op dit moment heeft dit echter nog niet geleid tot een beleidswijziging (daarvoor is een wetwijziging noodzakelijk), maar het is bij landelijke partijen wel duidelijk geworden waarom deze wetgeving knelt met initiatieven om taakherschikking verder vorm te geven. De dynamiek in de regio, die zowel weerbarstig is als soms onverwacht snel gaat, verrast en kan landelijke actoren dwingen tot reflectie en reactie.

Het onderzoek heeft laten zien dat meer en intensievere regionale samenwerking kan helpen om de capaciteitsuitdagingen in de ouderenzorg het hoofd te bieden. Regionale samenwerking kan het leren van veelbelovende initiatieven tussen organisaties bespoedigen; bij sommige initiatieven levert regionale samenwerking ook schaalvoordelen op en maakt het de medische generalistische zorg voor kwetsbare cliëntgroepen minder kwetsbaar. Meer en intensievere regionale samenwerking is echter geen panacee voor de structurele tekorten in de medische zorg voor kwetsbare cliënten, maar kan een onderdeel zijn van de langetermijnstrategie om de beschikbaarheid medische generalistische zorg te borgen voor alle Nederlanders.

De rapportage betreft een eindrapportage, maar ook niet helemaal. Alle betrokken partijen zijn van mening dat de beweging richting regionale samenwerking weliswaar is ingezet, maar nog verder vorm moet krijgen en bestendigen

in de komende jaren. Vanuit dit inzicht doen we een aantal aanbevelingen voor zowel beleidsmakers, toezichthouders als uitvoerders van zorg:

1. Zorgaanbieders moeten, waar dit nog niet is gebeurd, een regionale visie ontwikkelen over hoe de medisch-generalistische zorg in de regio geborgd kan worden en hier afspraken over maken voor de korte en langere termijn. Hier ligt tevens een rol weggelegd voor zorgkantoren en zorgverzekeraars, ook in hun onderlinge regionale samenwerking over de schotten van de Wlz en Zvw heen. Het is hierbij dus van belang dat over de sectoren (huisartsenzorg, verpleeghuiszorg, ziekenhuiszorg, verstandelijk gehandicapten zorg) heen gewerkt wordt en dat zowel huisarts, SO, AVG en andere zoals geriater betrokken worden.
2. Dit zou samen moeten gaan met het ontwikkelen, of het bestendigen, van reeds bestaande en overkoepelende regionale platforms/netwerken voor kwetsbare cliëntgroepen waarin leerervaringen kunnen worden uitgewisseld en waarmee gezamenlijke initiatieven om de zorg te bestendigen kunnen worden ontworpen en geïnitieerd.
3. Toezichthouders in de zorg (IGJ, NZa) kunnen samen met brancheverenigingen en beroepsorganisaties werken aan een regionaal kwaliteitskader waarin het borgen van de kwaliteit van zorg voor alle ouderen in de regio vooropstaat. Hierbij past ook het ontwikkelen van regionale sturingsarrangementen waarmee op regionale zorgverlening kan worden gestuurd en kwaliteit kan worden gemonitord.
4. Het Ministerie van VWS kan de beweging naar intensievere regionale samenwerking ondersteunen door een programma van bredere regionalisering op te zetten, waarin aan regionale, sector-overstijgende duurzame medisch-generalistische gewerkt wordt. Tegelijkertijd kunnen zij wettelijke beperkingen wegnemen, zoals wet- en regelgeving omtrent het schouwen, die ontwikkelingen in de regio naar een toekomstbestendige inrichtingen van de medisch-generalistische zorg bemoeilijken.
5. Tenslotte is het van belang om deze beweging naar de regio met onderzoek te volgen, waarbij niet alleen gekeken wordt naar activiteiten binnen de regio's maar ook naar het samenspel tussen regio's en tussen regio's en het beleid.

Deze combinatie van activiteiten doet recht aan het principe dat de creativiteit en dynamiek in de regio's zoveel mogelijk wordt benut maar dat tegelijkertijd de randvoorwaarden voor het ontwikkelen en bestendigen van regionale samenwerking en sturing worden versterkt en dat over regio's heen kan worden geleerd.

Literatuur

- Bal, R., & Pieters, T. (2019). De co-constructie van zorg en technologie. In T. Pieters & G. Widdershoven (Eds.), *Basisboek Filosofie & geschiedenis van de gezondheidszorg* (pp. 219-234). Amsterdam: Boom.
- Bannink, D., & Trommel, W. (2019). Intelligent modes of imperfect governance. *Policy and Society*, 38(2), 198-217.
- van Bochove, 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.
- Clegg, S. R., Kornberger, M., & Rhodes, C. (2005). Learning/Becoming/Organizing. *Organization*, 12(2), 147-167.
- Commissie Werken in de Zorg. (2021). *Landelijke stakeholders en hoe verder met de arbeidsmarktaanpak in de zorg*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
- Dixon-Woods, M., Bosk, C. L., Aveling, E. L., Goeschel, C. A., & Pronovost, P. J. (2011). Explaining Michigan: Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 167-205.
- Ferraro, F., Etzion, D., & Gehman, J. (2015). Tackling grand challenges pragmatically: robust action revisited. *Organization Studies*, 36(3), 363-390.
- Ivanova, D., Wallenburg, I., & Bal, R. (2016). Care in place: a case study of assembling a carescape. *Sociology of Health & Illness*, 38(8), 1336-1349. doi: 10.1111/1467-9566.12477
- Jones, L., Fraser, A., & Stewart, E. (2019). Exploring the neglected and hidden dimensions of large-scale healthcare change. *Sociology of Health & Illness*, 41(7), 1221-1235.
- Kroezen, M., Mistiaen, P., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2014). Negotiating jurisdiction in the workplace: a multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings. *Social Science & Medicine*, 117, 107-115.
- Lorne, C., McDonald, R., Walshe, K., & Coleman, A. (2019). Regional assemblage and the spatial reorganization of health and care: the case of devolution in Greater Manchester, England. *Sociology of Health & Illness*, 41(7), 1235-1250. doi:10.1111/1467-9566.12867
- NZa. (2021). *Toekomstig tekort in aanbod Wlz-zorg vraagt om blijvende inspanning zorgkantoren*. NZa: Utrecht.
- Ovretveit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafson, D., McInnes, K., McLeod, H., Molfenter, T., Plsek, P., Robert, G., Shortell, S., & Wilson, T. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *BMJ Quality & Safety in Health Care*, 11, 345-351.
- Penkler, M., Felder, K., & Felt, U. (2020). Challenging diversity: steering effects of buzzwords in projectified health care. *Science Technology & Human Values*, 45(1), 138-163.
- Post, H., Huijsmans, K., Luijk, R., & Gusdorf, L. (2018). *Zorgthermometer Ouderenzorg: Inzicht in de Ouderenzorg*, Vektis Intelligence.
- RVS. (2021). *Applaus is niet genoeg*. Raad van Volksgezondheid & Samenleving: Den Haag.
- Schuurmans, J. J., van Pijkeren, N., Bal, R., & Wallenburg, I. (2020). Regionalization in Elderly Care: what makes up a region? *Journal of Health Organization and Management*, 35(2), 229-243.
- SER. (2021). *Aan de slag voor de zorg*. Sociaal-Economische Raad: Den Haag
- Star, S. L., & Ruhleder, K. (1996). Steps toward an ecology of infrastructure: Design and access for large information spaces. *Information Systems Research*, 7(1), 111-134.

- te Riele, S., Huisman, C., Stoeldraijer, L., De Jong, A., van Duin, C., & Husby, T. (2019). *PBL/CBS Regionale bevolkings en huishoudensprognose 2019-2050*, Centraal Bureau voor Statistiek: Den Haag
- Van Pijkeren, N., Wallenburg, I., & Bal, R. (2021). Triage as an infrastructure of care: The intimate work of redistributing medical care in nursing homes. *Sociology of Health & Illness*, 43(7), 1682-1699.
- Van Tuyl, L., Vrijhoef, B., Laurant, M., de Bont, A., & Batenburg, R. (2021). Broadening the scope of task shifting in the organisation of healthcare. *International Journal of Care Coordination*.
- VWS. (2020). *Discussienota Zorg voor de Toekomst*. Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport: Den Haag.
- Wallenburg, I., Janssen, M., & de Bont, A. (2016, 10 maart 2016). Taakherschikking pakt overal anders uit. *Medisch Contact*, 10, 34-36.
- Wallenburg, I., van Pijkeren, N., Schuurmans, J., & Bal, R. (2021). *Specialist Ouderengeneeskunde naast de Huisarts in de Eerste Lijn: Arts op de Juiste Plek?* Erasmus Universiteit Rotterdam: Rotterdam.
- Wallenburg, I., Schuurmans, J., van Pijkeren, N., van der Woerd, O., Ivanova, D., Bal, R. (2020). *Duurzame medische zorg aan ouderen in de regio: Tussenrapportage*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- WRR. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: Den Haag.
- Zuiderent-Jerak, T. (2015). *Situated intervention: sociological experiments in health care*. Cambridge, MA: MIT Press.

Bijlage A

Klankbordgroep

Anke Huizinga (voorzitter Raad van Bestuur ZuidoostZorg)
Joyce Theunissen (Waardigheid & Trots in de Regio, Vilans)
Jan Verschuren (Waardigheid & Trots in de Regio)
Aloys Kerstens (Ministerie van VWS, Thuis in het Verpleeghuis)
Vera Jansweijer (Ministerie van VWS, Thuis in het Verpleeghuis)

Expertgroep

Pauline Meurs (Hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg, EUR)
Monique Spierenburg (Impuls)
Sophia de Rooij (Hoogleraar interne geneeskunde, voorzitter Raad van Bestuur Ziekenhuis Amstelland)
Bert Bokma (Zilveren Kruis)
Karlijn Hendriks (Ministerie van VWS)
Jacco van Nieuwkoop (Ministerie van VWS)
Mieke Draijer (Specialist ouderengeneeskunde, Frion en het Bakken)
Aukje Reinders - van der Galiën (voorzitter Raad van Bestuur Coloriet)
Inge Rinzema (Verpleegkundig specialist, V&VN VS)
Wim Ansen, tot 2020 (Voorzitter Raad van Bestuur de Zevenster)

Bijlage B

Afkortingen

| | |
|---------|---|
| AIOS | Arts in opleiding tot specialist |
| ANW | Avond-nacht-en-weekenddiensten |
| AVG | Arts voor verstandelijk gehandicapten |
| DMZ | Duurzame medische zorg |
| EUR | Erasmus Universiteit Rotterdam |
| GGZ | Geestelijke gezondheidszorg |
| IGJ | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd |
| JZOJP | Juiste zorg op de juiste plek |
| GZSP | Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (voorheen subsidieregeling extramurale behandeling) |
| LHV | Landelijke huisartsenvereniging |
| PA | Physician Assistant |
| RV&S | Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving |
| SER | Sociaal Economische Raad |
| SO | Specialist Ouderengeneeskunde |
| Verenso | Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde |
| VS | Verpleegkundig specialist |
| VVT | Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg |
| Wet BIG | Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg |
| WIR | Waardigheid & Trots in de regio |
| Wlz | Wet langdurige zorg |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| WRR | Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid |
| ZiN | Zorginstituut Nederland |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |
| ZZP | Zorgprofiel (voorheen Zorgzwaarte pakket) |
| Zzp | Zelfstandige zonder personeel |



Erasmus University Rotterdam
Erasmus School of Health Policy & Management
Bayle Building
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, The Netherlands
T +31 10 408 8555
E communicatie@eshpm.eur.nl
W www.eur.nl/eshpm