

Duurzame Medische Zorg aan Ouderen in de Regio

Tussenrapportage

Mei 2020

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

Colofon / Colophon

Duurzame Medische Zorg aan Ouderen in de Regio

Tussenrapportage

Mei 2020

Uitgever/Publisher

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving/Design

PanArt.nl

Druk/Print

De Bondt grafimedia

Duurzame Medische Zorg aan Ouderen in de Regio

Tussenrapportage

Mei 2020

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

Management Samenvatting

Ouderenzorg in landelijke gebieden staat onder druk, veroorzaakt door een tekort aan medisch specialistische zorg en een toenemend complexe zorgvraag. Tegen de achtergrond van een roep om regionalisering hebben samenwerkende zorgorganisaties in tien zorgkantorregio's¹ zich aangemeld voor het initiatief Duurzame Medische Zorg aan Ouderen. Binnen regionale samenwerkingsverbanden wordt geëxperimenteerd met het ontwikkelen van duurzame ouderenzorg. De Erasmus Universiteit Rotterdam volgt deze experimenten als een vorm van actie-onderzoek en deelt inzichten met andere deelnemende organisaties en landelijk betrokken actoren. Gezamenlijk leren en het overdragen en delen van 'good practices' staan centraal.

Afgelopen periode is van iedere regio een regioscan gemaakt waarbij de (verwachte) zorgvraag en het zorgaanbod in kaart zijn gebracht, als mede initiatieven om de ouderenzorg duurzaam in te richten. Daarbij is ook gekeken naar mogelijkheden en beperkingen voor verdergaande regionale samenwerking. De regioscans laten zien dat het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde (SO) tussen en binnen regio's verschilt. Opvallend is ook dat ondanks de ervaren urgentie, de zorginstellingen het in de meeste gevallen 'nog wel redden' – door de inzet van taakherschikking, samenwerking met huisartsen, gepensioneerde SO's of andere medisch specialisten, en/of door de inzet van commerciële organisaties die basisartsen en SO's leveren. Deze oplossingsstrategieën zijn zowel succesvol als kwetsbaar. Een meer duurzame medische bezetting is nodig om in de stijgende zorgvraag te voorzien en de overstap te maken naar 'netwerkgang' waarbij SO's hun expertise zowel in de eerste lijn als binnen de VVT-instelling inzetten.

Regio's zijn voortvarend aan de slag gegaan met het komen tot nieuwe organisatie- en zorgvormen om beter gebruik te kunnen maken van beschikbare medische- en zorgcapaciteit. Hierbij staat regionale samenwerking steeds voorop; in gezamenlijkheid worden nieuwe zorgvormen ontworpen, zoals de inzet van de huisarts in het verpleeghuis, taakherschikking door de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants, gezamenlijke avond-nacht-weekenddiensten, de ontwikkeling van een gezamenlijke triagesysteem en het opzetten van een regionale opleiding voor SO's. De initiatieven hebben geleid tot nieuwe regionale infrastructuur voor samenwerking en innovatie. Daarbij blijkt ook dat genomen initiatieven geen gemakkelijke oplossingen zijn. De pilots laten zien dat triage bijvoorbeeld niet alleen om een andere werkwijze vraagt van het medisch team, maar ook van verzorgenden, en ingrijpt op hun onderlinge samenwerking. Ook de inzet van de huisarts in het verpleeghuis, en breder 'taakherschikking', gaan veel verder dan het overdragen van taken: het gaat over het komen tot gedeelde werkwijzen en het ontwikkelen van vertrouwen in de kennis en kunde van de andere. Dit vraagt om situationele interventies, interacties en (aanhoudende) bestuurlijke steun, als ook om landelijke afspraken en regulerende kaders.

Hoewel regionale samenwerking is ingezet blijkt het tegelijkertijd lastig om tot structurele samenwerking te komen omdat de urgentie niet altijd wordt gevoeld of omdat andere organisatiebelangen opdoemen, en omdat zorginstellingen in de eerste plaats verantwoordelijk zijn voor de (kwaliteit van) zorg van de eigen instelling en niet voor die van de regio. Deze tegengestelde belangen en de dagelijkse dynamiek maken dat de projecten en pilots op het ene moment op de voorgrond staan, en dan weer naar de achtergrond verdwijnen. De projectmanagers spelen een voorname rol bij het op de kaart houden van de regionale initiatieven. De steun van zowel medische staf als bestuurders blijkt verder onontbeerlijk om initiatieven in de praktijk te brengen en te laten slagen. Zorgkantoren spelen daarnaast een rol door zorginstellingen bij elkaar te brengen en te sturen op samenwerking, zowel door middel van financiële steun als door het organiseren van bijeenkomsten en het aanleveren van sturingsinformatie.

Het afgelopen anderhalf jaar zijn veelbelovende initiatieven ingezet die komende maanden verder moeten verstevigd. Daarbij is het van belang dat formele en informele kaders worden gevormd en bestendig om regionale

¹ Zuidoost-Friesland, Groningen, Twente, de Achterhoek, Apeldoorn/Zutphen, West-Brabant, Zeeland, Midden-Holland, Flevoland en Gooi, Vechtstreek & Almere.

samenwerking meer robuust te maken. Dit betreft een focus op samenwerking met daarvoor bestuurlijke steun binnen zorginstellingen, regelgeving die (ook) gericht is op de regio in plaats van enkel op individuele zorginstellingen, betrokkenheid van medische en verpleegkundige/verzorgende staf, en bindende afspraken met het zorgkantoor.

In landelijke discussies over de ouderenzorg is veel aandacht voor 'meer bouwen' en e-health om de zorgcapaciteit te vergroten (zie ondermeer het rapport van de Commissie Bos). E-health krijgt vooral de laatste maanden meer aandacht in de betrokken regio's; in Zeeland, Drenthe, Apeldoorn-Zutphen en de Achterhoek zijn initiatieven gestart om meer te doen met beeldbellen, en met (gezamenlijke) aankoop en scholing in het gebruik van zorgtechnologie. De Corona-crisis gaat deze ontwikkeling mogelijk bespoedigen: steeds meer zorginstellingen zetten 'beeldbellen' in om de fysieke beweging van zorgprofessionals te beperken om de overdracht van het virus te voorkomen. Tegelijkertijd grijpt de Corona-crisis hard in. Een blik vooruit is dan ook nog een blik in een onzekere toekomst waar voorlopig alle zeilen moeten bijgezet om de benodigde zorg te leveren. Actie-onderzoek is praktijkvolgend en ondersteunend. Het is goed mogelijk dat de Corona-crisis nieuwe vraagstukken en kwesties oproept die we kunnen oppakken. Naar verwachting geeft het ook een 'push' aan taakherschikking en het gebruik van ICT. En mogelijk bevordert het ook het urgentie-besef voor regionale samenwerking. Dit zijn kwesties die we, samen met de zorgorganisaties, kunnen gaan oppakken in het vervolg.

Inhoudsopgave

Management Samenvatting	4
1 Inleiding	7
1.1 Duurzame Medische Zorg aan Ouderen	8
1.2 Doel van het onderzoek	8
2 Actie-onderzoek naar Regionale Ouderenzorg	10
2.1 Beleidscontext: De Regio als centrale plaats in de zorg	10
2.2 Actie-onderzoek naar Regionalisering van Ouderenzorg	10
2.3 Opbouw actieonderzoek	11
2.4 Klankboardgroep en Expertgroep	12
3 Regioscans: De Regio als Plaats van Zorg	13
3.1 Demografische ontwikkeling	14
3.2 Tekort aan Specialisten Ouderengeneeskunde	15
3.3 Anders organiseren: experimenteren en oplossingsstrategieën	16
3.4 Gezamenlijke Avond/Nacht/Weekend Zorg	17
3.5 Triage	19
3.6 Taakherschikking en functiedifferentiatie	20
3.7 Regionaal opleiden	21
3.8 Regionale samenwerking	21
3.9 Centrale kwesties uit de regioscans	22
4 Lessen uit de Regio's	23
4.1 Bestuurders, professionals en ondersteuners	23
4.2 Samenwerking tussen SO en huisarts	24
4.3 Verschillende medische logica's: ervaringen uit Midden-Holland	25
4.4 Diversiteit van de zorgvraag: meer GGZ in het verpleeghuis	25
4.5 Centrale lessen uit de pilots	26
Discussie	27
Literatuur	29
Bijlage	30

1 Inleiding

De ouderenzorg staat onder druk. Nu in extreme mate door de uitbraak van het Corona virus, maar ook in meer algemene zin: mensen worden ouder en blijven langer thuis, de samenleving wordt meer divers, en complexe zorgbehoeften nemen toe. Daar tegenover staat een dalende beroepsbevolking. De zorg is veelal nog georganiseerd binnen zorginstellingen en bestaande beroepsstructuren met een historisch gegroeide taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen beroepen. Dit knelt met bijvoorbeeld de behoefte van huisartsen aan meer consultatie en de inzet van gespecialiseerde expertise van specialisten ouderengeneeskunde (SO) bij de behandeling van de groeiende groep ouderen in hun praktijk. Vacatures voor SO's in de VVT worden tegelijkertijd niet opgevuld door een landelijk tekort aan SO's. Die tekorten zijn bovendien niet gelijkmatig verdeeld; vooral in de regio's waar geen 'natuurlijke' (d.w.z. geografische en bestuurlijke) verbinding is met een universitair medisch centrum is schaarste aan medische expertise op het gebied van ouderen.

Het tekort aan SO's vormde het startpunt voor dit actie-onderzoek. Eind 2018 nam binnen een aantal VVT-instellingen het besef toe dat de vraag naar ouderengeneeskunde – en daarmee naar SO's – toeneemt en ook zal blijven toenemen in de komende jaren terwijl de beschikbare SO-capaciteit niet mee zal groeien. Dit betreft zowel de verpleeghuizen als voormalige verzorgingshuizen en de wijk. Voor met name kleinere ouderenzorginstellingen wordt het steeds lastiger om zelfstandig in die medische zorgvraag te voorzien. Grotere VVT-instellingen merken dat er vaker een beroep op 'hun' SO's wordt gedaan door kleinere zorginstellingen en vanuit de huisartsen of de wijkzorg, terwijl tegelijkertijd de complexiteit van zorg 'in huis' toeneemt. Daarnaast is een groeiend aantal SO's als zelfstandige ('ZZP') gaan werken, wat tot nieuwe uitdagingen leidt in de continuïteit van zorg en het medisch beleid binnen VVT-instellingen. De problemen worden met name ervaren in regio's buiten de Randstad, en dan weer des te meer in de regio's waar geen artsen worden opgeleid en een academisch klimaat nagenoeg ontbreekt. De problemen beperken zich overigens niet tot deze regio's; ook in Randstedelijke regio's wordt een krapte aan SO's voorzien in de nabije toekomst. Dit wordt ondersteund door de analyses van Prismant (uitgevoerd in opdracht van de regio's) en het Capaciteitsorgaan: de instroom van artsen in de opleiding tot SO is al jaren te laag, en de uitstroom van SO's neemt toe doordat een groeiende groep SO's komende jaren met pensioen zal gaan (Capaciteitsorgaan, 2019).

Een antwoord op de vraag hoe om te gaan met het tekort aan is geen gemakkelijke opgave. Zorgen voor een grotere toestroom van SO's lijkt geen optie. Sterker nog, het ruimere aanbod aan opleidingsplaatsen dat de afgelopen jaren is gecreëerd wordt niet ingevuld. Taakherschikking van SO-werk naar VS'en of PA's en kan soelaas bieden maar is lastig te realiseren en veronderstelt dat er wel voldoende VS'en en PA's zijn. Opvang in de eerste lijn wordt bemoeilijkt door het wellicht nog nijpender tekort aan huisartsen. Het tekort aan SO's lijkt daarmee een zogenaamd wicked problem (Head & Alford, 2015; Rittel & Webber, 1973); een term die in de bestuurskunde wordt gebruikt voor beleidsproblemen waarvan zowel de aard van het probleem als de gewenste oplossing worden betwist. Antwoorden op wicked problemen zijn altijd divers en leiden veelal tot discussies over gewenste uitkomsten en oplossingsrichtingen waarbij verschillende partijen verschillende posities innemen. Bannink & Trommel (2019) benadrukken het belang van 'imperfect governance' bij de aanpak van wicked problems: geen pasklare oplossingen maar gaandeweg uitvinden 'wat werkt'.

Deze 'trial en error' benadering past bij de vorm van een actie-onderzoek waarbij onderzoekers samen met veldpartijen (in dit geval zorginstellingen, zorgkantoren, Waardigheid & Trots, en het ministerie van VWS) tot oplossingsrichtingen komen. Daarbij worden zogenoemde kwaliteitskringen ('quality collaboratives', (Ovretveit et al., 2002)) gevormd om goede én minder goede ervaringen met elkaar te delen om op die manier samen verder te komen.

1.1 Duurzame Medische Zorg aan Ouderen

Gevoed door de landelijke trend van regionale samenwerking en kwaliteitsbevordering in de ouderenzorg is door regionaal samenwerkende zorginstellingen het initiatief genomen tot het initiatief 'Duurzame Medische Zorg aan Ouderen' (Schuurmans, Wallenburg, & Bal, 2019). Binnen dit initiatief, dat wordt ondersteund door Waardigheid & Trots², experimenteren regionaal samenwerkende VVT-instellingen met innovatieve vormen van ouderenzorg om die zorg duurzaam (d.w.z. toekomstbestendig in het licht van een structurele krapte aan personeel) en kwalitatief hoogwaardig in te richten. Dit wordt gevolgd door actie-onderzoek uitgevoerd door de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). Het actie-onderzoek heeft tot doel de regio's actief te ondersteunen bij het komen tot regionale experimenten ('pilots') om de ouderenzorg te verduurzamen.

Daarbij worden vanuit het actie-onderzoek landelijke netwerkbijeenkomsten georganiseerd om regio's van elkaar te laten leren en tot regio-overstijgende inzichten te komen. Deze bijeenkomsten worden door Waardigheid & Trots gefaciliteerd. Tien (zorgkantoor)regio's hebben zich hiervoor aangemeld: Zuidoost-Friesland, Groningen, Twente, de Achterhoek, Apeldoorn/Zutphen, West-Brabant, Zeeland, Midden-Holland, Flevoland en Gooi, Vechtstreken & Almere. Daarnaast zijn vier regio's betrokken via het landelijke netwerk en aanpalend onderzoek: Drenthe, Arnhem-Nijmegen, Midden-IJssel en Noord-Holland Noord. De voorliggende rapportage betreft de tien direct betrokken regio's.

De regionale experimenten en het actieonderzoek worden bekostigd vanuit de Ontwikkelgelden beheerd door de Zorgkantoren. Regio's bestaan uit samenwerkende VVT-instellingen in een zorgkantoor regio. Binnen iedere regio is een van de zorginstellingen als penvoerder betrokken. Voor de coördinatie is in alle gevallen een projectmanager aangesteld.

Deze tussenrapportage, die halverwege het onderzoek wordt opgeleverd, geeft een overzicht van de regionale initiatieven en bevindingen tot nu toe, en biedt diepte-inzicht in de centrale kwesties rondom regionale samenwerking en verduurzaming van medische zorg en behandeling in de ouderenzorg. Daarnaast biedt de tussenrapportage een blik vooruit: wat is er nodig om deze verduurzaming verder vorm te geven, en wat zijn mogelijke beperkingen daarbij?

1.2 Doel van het onderzoek

Het onderzoek heeft 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 kunnen 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. Daarbij wordt (3) onderzocht wat de consequenties zijn van de experimenten voor de kwaliteit en continuïteit van zorg en de werktevredenheid van zorgverleners. De focus ligt dus vooral op de kant van de aanbieders en minder op die van de gebruikers van de zorg; cliënten en mantelzorgers. Deze keuze is gemaakt omdat het oorspronkelijke probleem een capaciteits- en organisatiekwestie betreft. We nemen de belevingen van de zorggebruikers echter wel zoveel mogelijk mee.

De opbouw van deze tussenrapportage is als volgt. In het volgende hoofdstuk geven we een meer uitgebreide beschrijving van de onderzoeksaanpak en schetsen we de beleidscontext waarin het onderzoek plaatsvindt. In hoofdstuk drie gaan we in op de centrale bevindingen uit de regioscans die van iedere regio is gemaakt. Dit hoofdstuk schetst regionale demografische ontwikkelingen, regionale en lokale tekorten aan SO's en hoe hiermee wordt omgegaan, alsmede (pogingen tot) regionale samenwerking in de ouderenzorg. In hoofdstuk vier verdiepen we vervolgens een aantal thema's die uit de regionale analyses naar voren komen en die van invloed zijn op regionale samenwerking en (belemmeringen in de) zorgvernieuwing. Hoofdstuk 5 sluit af met een discussie waarin

² Waardigheid en Trots ondersteunt zorgorganisaties bij het invoeren van het Kwaliteitskader Zorg, en biedt daarnaast regionale ondersteuning bij het verduurzamen van de ouderenzorg. Vanuit die hoedanigheid is Waardigheid & Trots aangesloten bij de regionale experimenten en ondersteunt het gezamenlijk leren.

de belangrijkste bevindingen worden samengevat, en geven we een blik vooruit op de tweede helft van het onderzoek.

2 Actie-onderzoek naar Regionale Ouderenzorg

2.1 Beleidscontext: De regio als centrale plaats in de zorg

De regio heeft de afgelopen twee jaar snel aan belang toegenomen in het zorgbeleid. De regio als ordeningsprincipe en geografisch gebied voor de organisatie en uitvoering van zorg komt naar voren in allerhande kamerstukken, visienota's, ondersteuningsprogramma's en in uitingen in de media. Een belangrijke leidraad is het rapport van de Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek (Taskforce JZOJP, 2018) dat de nadruk legt op het decentraal organiseren van de zorg. De regio wordt daarbij aangewezen als geografische en administratieve plaats om de zorg efficiënter en meer cliëntgericht te organiseren. In verschillende beleidsdocumenten en in de media heeft Minister de Jonge aangegeven dat samenwerken en een gedeeld regionaal belang het nieuwe credo moeten zijn (Algemeen Dagblad, 2019); dit in plaats van onderlinge concurrentie en individueel organisatiebelang – iets wat juist binnen het regime van marktwerking afgelopen jaren de nadruk heeft gekregen. 'Meer samenwerking in de regio en minder concurrentie' is ook een centrale boodschap in het onlangs verschenen rapport van de Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen ('Commissie Bos' 2020). Daarin benadrukt de commissie overigens ook dat samenwerken alleen niet voldoende is; de commissie wil ook meer fysieke verpleeghuisplekken ('gebouwen') en meer vaart achter technologische vernieuwing in de zorg – beide thema's overigens die, zo zullen we verderop in deze rapportage laten zien, in het initiatief Duurzame Medische Zorg aan Ouderen (nog) nauwelijks een rol spelen.

Het ministerie van VWS heeft vooral een faciliterende en ondersteunende rol bij het bevorderen van regionale samenwerking. Dit is zichtbaar in drie deelgebieden: 1) het synthetiseren van en co-creëren van kennis en ervaringen ('goede voorbeelden'); 2) het aanzwengelen van de dialoog tussen regionale partners; en 3) regionale partners adviseren over de te ontplooiën initiatieven waarin tot een nauwere samenwerking gekomen dient te worden. Ondersteuning gebeurt vooral via het platform Waardigheid & Trots van Vilans, die de kwaliteitsverbeteringen in de VVT ondersteunt via de verbeterprogramma's "Thuis in het Verpleeghuis: Waardigheid en Trots op elke locatie" en "Waardigheid en Trots in de Regio". Vanuit deze programma's werken regiocoaches nauw samen met zorgorganisaties en zorgkantoren in zorgkantoorregio's om tot samenwerkingsverbanden te komen. Daarnaast heeft het Ministerie van VWS zelf regiocoaches aangesteld om zorginstellingen in een regio verder te helpen bij het effectief regionaal organiseren en uitvoeren van de ouderenzorg. Dit wordt ook weer ondersteund vanuit het actieprogramma JZOPJP dat is ondergebracht bij ZonMw. Doel van dit programma is om met regionale, multidisciplinaire vormen van zorg te experimenteren. Een verdere uitwerking van het (regionale) zorgbeleid en het kader waarbinnen dit kan worden georganiseerd wordt verwacht met het uitkomen van de Contourennota die staat aangekondigd voor de zomer van 2020.

2.2 Actie-onderzoek naar Regionalisering van Ouderenzorg

Tegen de achtergrond van de hierboven beschreven beleidscontext van de verschuiving naar 'de regio' wordt het onderzoek uitgevoerd. Kenmerkend voor actieonderzoek is dat onderzoekers en veldpartijen gezamenlijk optrekken in het zoeken naar oplossingen voor ingewikkelde kwesties; de eerdergenoemde 'wicked problems'. Banning & Trommel (2019) stellen dat wicked problems vragen om "high mental creativity and normative reasoning, and highly careful experimenting in social reality" (p. 214). Experimenteren en de experimenten vervolgens weer evalueren om tussentijds te kunnen bijsturen staat ook centraal in actie-onderzoek (Dixon-Woods, Bosk, Aveling, Goeschel, & Pronovost, 2011; Zuiderent-Jerak, 2007). Actie-onderzoekers 'draaien mee' in de dagelijkse praktijk waarin zij observeren en interviewen, en spiegelen hun bevindingen aan de actoren met wie wordt opgetrokken, hetgeen leidt tot aanpassing in de aansturing, die opnieuw worden gevolgd (Bal & Mastboom, 2007). Deze

iteratieve manier van onderzoek doen is sterk praktijk-georiënteerd, en door de toepassing van inzichten uit de literatuur (goede voorbeelden, theoretische concepten) ook wetenschappelijk gefundeerd.

2.3 Opbouw actieonderzoek

Het onderzoek is opgebouwd uit drie onderdelen. Bij aanvang van het onderzoek wordt van iedere regio een **regioscan** gemaakt. Dit gebeurt op basis van interviews met centrale actoren (zorgprofessionals, zorgmanagers, het zorgkantoor) en documentanalyse. De scan brengt de demografische ontwikkeling en de (toekomstige) zorgvraag van ouderen in kaart. Dit geeft een indicatie voor de te leveren zorg in de regio. Dit wordt afgezet tegen het (verwachte) zorgaanbod in de regio. De focus ligt daarbij op de medische zorg. Daarnaast worden de regionale samenwerking en reeds genomen of ingang gezette initiatieven beschreven. Op deze manier wordt 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 biedt daarmee input voor een pilot om met het 'anders' organiseren van de ouderenzorg te experimenteren. De regioscans zijn begin 2020 allemaal afgerond.

De regioscan wordt gevolgd door een **pilot** waarin regionale partners experimenteren met nieuwe zorgvormen. Een onderzoeker draait mee in de pilot en geeft feedback en denkt mee over vervolgactiviteiten. In de periode januari 2019 -maart 2020 hebben de volgende pilots plaatsgevonden of zijn opgestart: triage (regio Flevoland), herinrichting Avond/Nacht/Weekendzorg (regio's Zuidoost Friesland en Groningen), regionale opleiding GZ-psychologen (regio's de Achterhoek en Apeldoorn/Zutphen),³ het herinrichten van zorgteams (Zuidoost Friesland) en samenwerking tussen huisarts en SO in het verpleeghuis (regio Midden-Holland). De pilots worden geïntroduceerd in hoofdstuk 3; centrale bevindingen uit de pilots ('lessen uit de regio's') worden beschreven in hoofdstuk 4.

Parallel aan de regioscans en de pilotonderzoeken worden twee keer per jaar **landelijke netwerkbijeenkomsten** georganiseerd waarin regio's elkaar ontmoeten en hun ervaringen delen. Daarnaast ontmoeten de regionale projectleiders elkaar twee keer per jaar om ervaringen uit te wisselen en vraagstukken gezamenlijk uit te diepen. Deze bijeenkomsten worden ondersteund vanuit het onderzoek en de expertise van Waardigheid & Trots. De eerste landelijke netwerkbijeenkomsten hebben plaatsgevonden op 9 april en 13 november 2019. Deze bijeenkomsten worden gefaciliteerd door Waardigheid & Trots. Tijdens deze bijeenkomsten presenteren regio's hun pilots in workshops, en is er een gastspreker rondom een actueel thema (toekomstige ouderenzorg; extramurale ouderenzorg; toezicht op netwerken door de IGJ) en worden onderzoeksuitkomsten gepresenteerd. De landelijke netwerkbijeenkomsten worden bezocht door zorgprofessionals (met name SO's, VS'en, gespecialiseerd verpleegkundigen), projectmanagers, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en afgevaardigden van zorgkantoren. Deze gevarieerde constellatie van actoren maakt 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 deze verschillende uitvoeringsniveaus met elkaar te verbinden.

De evaluaties van beide landelijke netwerkbijeenkomsten waren positief; met name het netwerken en onderling van elkaar leren worden gewaardeerd.⁴ Naar aanleiding van de bijeenkomsten zijn interregionale samenwerkingen ontstaan rond specifieke thema's zoals de ANW-zorg en regionaal opleiden, en hebben projectmanagers contacten met landelijke actoren (van VWS, de IGJ, het Capaciteitsorgaan) gelegd die ondersteunend zijn voor regionale initiatieven en experimenten.

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

³ De pilot rondom de GZ-psychologen wordt 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.

⁴ Voor de eerstvolgende bijeenkomst van 28 mei 2020 was accreditatie aangevraagd voor SO's en VS'en. De huidige omstandigheden maken echter dat de bijeenkomst is verzet.

(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.

Tussen november 2018 en maart 2020 zijn de regioscans opgeleverd en zijn vier pilots gevolgd. Onderzoekers zijn verder nauw betrokken bij de regio's, bijvoorbeeld door deelname aan regionale bijeenkomsten waarbij regio's worden ondersteund in het ontwikkelen van pilots, bijvoorbeeld door onderzoeksbevindingen uit de ene regio te presenteren in een andere regio. Onderzoekers spelen hierbij een mediërende rol in het gezamenlijk leren over regionale samenwerking. Daarnaast zijn presentaties gehouden bij het ministerie van VWS, in zorginstellingen, en op internationale bijeenkomsten en congressen. Dit alles heeft geresulteerd in 248 interviews en bijna 600 uur aan observatie (inclusief landelijke netwerkbijeenkomsten), en daarnaast nog talloze uren van informeel contact die tezamen een gedetailleerd inzicht geven in processen van regionalisering in de ouderenzorg.

2.4 Klankbordgroep en Expertgroep

Het actieonderzoek wordt ondersteund door een klankbordgroep en een expertgroep. De klankbordgroep geeft mede richting aan de focus van het onderzoek en gebruikt bevindingen voor het verder vormgeven aan het zorgbeleid op lokaal en landelijk niveau. De klankbordgroep vormt daarnaast de schakel tussen het onderzoek, Waardigheid & Trots en VWS. De expertgroep, die in het voorjaar van 2020 voor het eerst bijeenkomt, gaat het onderzoek inhoudelijk ondersteunen. Deelnemers aan zowel de klankbordgroep als de expertgroep staan vermeld in de bijlage.

3 Regioscans: De Regio als Plaats van Zorg

“De problematiek in een regio is niet hetzelfde. Deze regio is uniek voor Nederland. Het is hier dunbevolkt, en je hebt te maken met bevolkingsopbouw waarbij de SES in de regio laag is; een groot verschil met de stad. Je hebt ook te maken met een vergrijzende en ontgroenende populatie, en we hebben hier ook nog de aardproblematiek door gaswinning. In de regio van Delta en Delfzijl is die aardbeving intensiever dan in Oost-Groningen maar daar zijn weer andere problemen. Zo heeft elke regio haar eigen problematiek en ik denk dat het zinvol is om de overeenkomst daarin te vinden (...) maar soms zijn verschillen zo groot dat de stad een andere aanpak vraagt dan de regio. Je kunt meer overeenkomsten met Friesland hebben dan met de stad.” (Interview SO, regio Groningen, januari 2020)

Bij aanvang van het onderzoek is in iedere regio een scan gemaakt. Doel van de scan is om overzicht en inzicht te krijgen in de regionale problematiek, net als de kansen en belemmeringen om de ouderenzorg duurzaam in te richten. Maar ook om de regio's en hun karakteristieke eigenschappen te leren kennen. De ene regio is de andere niet en, zoals de quote hierboven benadrukt, ook binnen een regio bestaan verschillen die van invloed zijn op de aanpak. Het is daarbij relevant te onderzoeken wat precies onder duurzaamheid en duurzame oplossingen worden verstaan; wat zijn onderliggende waarden en welke overwegingen spelen daarbij een rol? En zijn hierbij verschillen tussen en binnen regio's? Om die reden hebben we, naast documentonderzoek (jaarverslagen van zorginstellingen, demografische gegevens van het Centraal Bureau Statistiek en landelijke organisaties zoals Alzheimer-Nederland en trendanalyses van de zorgkantoren) diepte-interviews uitgevoerd met sleutelfiguren in de regio's: zorgbestuurders, SO's, VS'en, PA's, zorgmanagers, projectmanagers lokale bestuurders (zoals gemeenteambtenaren en wethouders), huisartsen, vertegenwoordigers van zorgkantoren en HBO- en MBO-opleidingen, en (beperkt) met cliëntenvertegenwoordigers (o.a via het ouderen- en mantelzorgplatform Genero).

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de centrale bevindingen uit de scans:⁵ de demografische ontwikkeling in de regio's; de ervaren tekorten aan medisch capaciteit (met name aan SO's); reeds genomen initiatieven en (regionale) oplossingsstrategieën om dit tekort aan te pakken; en kansen en belemmeringen voor regionale samenwerking. Uit dit overzicht komt een aantal thema's naar voren over de toekomstige inrichting van de medisch zorg aan ouderen die in het volgende hoofdstuk verder worden uitgediept. Een overzicht van de belangrijkste bevindingen uit de regioscans is te vinden in de bijlage.

⁵ De regioscans zijn in opdracht van de regio's gemaakt en in het bezit van de betreffende zorginstellingen. Ze zijn niet gepubliceerd. Wel zal in de het voorjaar van 2020 een website worden gelanceerd via Waardigheid & Trots waar (met toestemming van de regio's) waar de belangrijkste regionale bevindingen worden gepresenteerd.

3.1 Demografische ontwikkeling

Alle tien de regio's krijgen te maken met vergrijzing. Dit speelt met name in de gebieden buiten de stad. Sommige regio's, zoals Groningen, de Achterhoek, West-Brabant en Zuidoost Friesland hebben al langer te maken met een verouderende samenleving. Dit zet de komende jaren verder door. Andere regio's, met een relatief jonge bevolking, gaan juist vergrijzen, zoals in Flevoland (toename van het aantal ouderen met 37% tot 2040), Midden-Holland (40%), en de regio Gooi, Vechtstreken & Almere (52%).⁶ In een aantal regio's gaan vergrijzing en bevolkingsgroei gelijk op. Dit geldt voor de regio's Flevoland, West-Brabant, Apeldoorn-Zutphen en Gooi, Vechtstreken & Almere. Andere regio's hebben te maken met een (verdere) terugloop van het aantal inwoners. Dit betreft Zeeland, Groningen (vooral in wat wordt aangeduid als het 'aardbevingsgebied') en Zuidoost Friesland. Voor alle regio's geldt dat de groei (of krimp) niet gelijkmatig verdeeld is binnen een regio; het zijn met name de stedelijke gebieden en grotere bevolkingskernen die groeien. De kleinere dorpen daaromheen krimpen.

De toename van het aantal ouderen leidt ook tot een grotere zorgvraag. Voor alle regio's is een stijging zichtbaar in het aantal Wlz-indicaties en vooral ook de zwaarte van die indicaties. Dit lijkt samen te hangen met het beleid rondom financiering (zo is een afname van het aantal ZZZ-4 indicaties zichtbaar, en een stijging van ZZZ-5), en doorlopende discussies over zorg met/zonder behandeling. Zorgkantoren zetten ondertussen in op meer langdurige zorg thuis (het modulair pakket thuis en het volledig pakket thuis); dit neemt toe maar het overgrote deel van de langdurige zorg wordt nog intramuraal geleverd. Voormalige woonzorgcentra maken de overgang naar de zorg voor patiënten met meer complexe problematiek en verlenen ook steeds vaker zorg met behandeling. Dit maakt dat zij meer behoefte hebben aan medische expertise.

De demografische ontwikkeling in combinatie met de ervaren en verwachte zorgvraag zijn veelal de reden waarom regio's bij het initiatief Duurzame Medische Zorg aan Ouderen zijn aangesloten. De urgentie verschilt; sommige regio's ervaren krapte in hun medische bezetting en moeten alle zeilen bij zetten om de roosters rond te krijgen (al dan niet met de hulp van commerciële partijen) – dit zijn met name de regio's Zeeland, Zuidoost Friesland, Flevoland en Groningen. Andere regio's voelen de urgentie omdat zij aan de vooravond staan van grotere tekorten, vaak ook in de wetenschap dat binnen aanzienlijke tijd SO's met pensioen zullen gaan en het lastig is opvolgers te vinden (de Achterhoek, Apeldoorn-Zutphen, Midden-Holland, West-Brabant). Een derde categorie regio's zien vooral problemen op de iets langere termijn en actoren in deze regio's geven aan meer moeite te hebben de urgentie van het vraagstuk op de agenda te krijgen en te houden (Twente, regio Gooi, Vechtstreken & Almere), vooral omdat capaciteit niet het enige vraagstuk is waarmee VVT-instellingen te maken hebben. In de regio's zijn vele verandertrajecten en kwaliteit-verbeteringsprojecten die de aandacht vragen.

⁶ Cijfers zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek

3.2 Tekort aan Specialisten Ouderengeneeskunde⁷

“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 ook veel apotheehoudende huisartsen met een solopraktijk, waarbij de nieuwe huisartsengeneratie niet onder die omstandigheden zo’n praktijk wil overnemen. [...] Bovendien is Zeeland een onaantrekkelijk vestigingsgebied voor academici.” (Bestuurder regio Zeeland, interview mei 2019)

Het startpunt van het project was een groeiend tekort aan SO’s. In veel regio’s is dit een toenemend en ‘wicked’ probleem, zoals bovenstaande quote van een bestuurder uit Zeeland illustreert: het tekort aan SO’s hangt samen met ontwikkelingen bij de huisartsen. Hoe groot het tekort precies is blijkt echter lastig te kwantificeren. Allereerst omdat er in de regio’s en binnen de zorginstellingen geen duidelijke normen bestaan voor het aantal benodigde SO’s. In sommige regio’s wordt de Verenso-norm gebruikt als richtlijn (90-100 patiënten per fulltime SO voor ‘reguliere’ somatische en PG-patiënten), anderen geven aan hiervoor geen normen te hanteren. Het Capaciteitsorgaan maakt landelijke ramingen voor het aantal benodigde SO’s (met daaraan gekoppeld het aantal benodigde opleidingsplaatsen); er gaat een pilot draaien over deze regionale ramingen.

Een tweede reden waarom het tekort aan SO’s lastig in getal uit te drukken is, is dat binnen instellingen veelal reeds allerhande oplossingen zijn ingezet, bijvoorbeeld in de vorm van taakherschikking (inzet van VS’en, GZ-psychologen, PA’s) of de inhuur van commerciële bureaus in de diensten waardoor minder ‘eigen’ SO’s nodig zijn. Ten derde is de rol van de SO diffuus; SO’s worden steeds vaker voor consultatie gevraagd in de eerstelijnszorg en doen dit vaak ‘erbij’ en zolang als dat past binnen de bezetting die er is. SO’s zijn creatief in het bedenken van mogelijkheden om deze taken erbij te doen; zoals een geïnterviewde treffend beschreef hoe een SO “op de weg naar huis nog even langs het gezondheidscentrum gaat of nog even bij een cliënt langs waarvoor de huisarts dat heeft gevraagd.” Andersom springen huisartsen op sommige plaatsen bij in het verpleeghuis en verlenen zij de basale medische ouderenzorg. Er wordt veel ‘onzichtbaar werk’ gedaan waardoor in de vraag naar medische expertise kan worden voorzien – en tegelijkertijd geeft nagenoeg iedereen aan dat het ‘te veel wordt’ en ‘het knelt’.

Het tekort is niet in alle regio’s even groot. In de regio ‘t Gooi, Vechtstreken & Almere is er op dit moment bijvoorbeeld in een aantal zorginstellingen nog geen sprake van een tekort. In Midden-Holland zijn er nog voldoende SO’s, maar daar neemt de vraag vanuit de eerstelijns sterk toe en is er daarom meer SO-capaciteit nodig. Het tekort aan SO’s gaat vooral over hoe SO’s over het land en binnen een regio zijn gedistribueerd. De tekorten zijn het grootst in Zeeland, Groningen en Flevoland. 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 en leidt ertoe dat bestuurders in hoge mate afhankelijk zijn van hun SO’s. SO’s zijn bovendien niet gelijk verdeeld over de zorginstellingen in de regio; het zijn met name de grote zorginstellingen die SO’s in dienst hebben omdat zij een aantrekkelijkere werkomgeving kunnen bieden; d.w.z. een academisch klimaat, breed aanbod van patiënten, voldoende geschoold verpleegkundig personeel en paramedici. 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 gaat ervaren stopt de samenwerking mogelijk) en is soms in uren onvoldoende – zeker als de zorgzwaarte toeneemt.

⁷ We hebben het hier nog expliciet over SO’s; in sommige instellingen zijn dit ook VS’en, PA’s of GZ-psychologen. Zij behoren tot de medische teams. Hun rol is veelal een heel verschillende; in een zorginstelling in Flevoland staat een VS aan het hoofd van een medisch team; in andere instellingen werken VS’en veelal nog onder supervisie, of wordt nog niet met taakherschikking gewerkt. We kiezen er daarom voor VS’en, PA’s en GZ-psychologen nog als aparte beroepsgroepen te beschrijven

In Groningen worden tekorten met name ervaren in de avond/nacht/weekenddiensten. VVT-instellingen in de randgebieden, zoals in het zuidelijke gebied bij Drenthe, en in het noordoosten ('aardbevingsgebied') ervaren hier de grootste krapte. In de regio Flevoland wordt het tekort aan SO's breder gevoeld. Hier is de afgelopen jaren een groot aantal SO's als zelfstandige ('zpz'er') gaan werken en worden zij door de VVT-instellingen ingehuurd. In Flevoland is sterk ingezet op taakherschikking; hier werkt een groeiend aantal VS'en, PA's en gespecialiseerd verpleegkundigen. Taakherschikking speelt ook al jaren een belangrijke rol in de regio Zuidoost-Friesland; het SO-tekort is in hier al lange tijd een probleem. In Zuidoost-Friesland wordt ingezet op meer samenwerking met het ziekenhuis en de huisartsen om de beschikbare capaciteit efficiënter te benutten en oudere kwetsbare patiënten niet onnodig in het ziekenhuis op te hoeven nemen. Hier overstijgt de samenwerking dus de Wlz zorg en wordt naar meer integrale regionale samenwerking gezocht.

In andere regio's wordt vooral op termijn een tekort aan SO's verwacht (Twente, de Achterhoek, Apeldoorn-Zutphen, Midden-Holland, West-Brabant). Hier zijn in de regio vaak nog voldoende SO's aanwezig, en dan met name weer in de grotere zorginstellingen. In de regio Apeldoorn-Zutphen zijn bijvoorbeeld twee grote VVT-instellingen gehuisvest die gespecialiseerde langdurige zorg bieden en ruimte geven voor wetenschappelijk onderzoek. Deze instellingen trekken vooralsnog voldoende artsen, ook vanuit de medische vervolgoopleidingen die zij verzorgen (huisartsenopleiding, opleiding tot SOG). Ook in deze regio ervaren de kleine zorginstellingen meer krapte, of ervaren zij een hoge mate van afhankelijkheid van de grote VVT-instellingen in combinatie met toenemende zorgzwaarte. Dit speelt ook in West-Brabant. In Midden-Holland is het een kleinere VVT-instelling met een groeiende behandelvraag die inzet op samenwerking tussen huisarts en SO om zo een eigen behandelcapaciteit te creëren en tegelijkertijd SO-capaciteit beschikbaar te maken voor de eerstelijnszorg.

De opsomming en inblikjes in deze paragraaf laten zien dat het tekort aan SO's geen eenduidig probleem is; er zijn verschillen tussen regio's en binnen regio's weer tussen zorginstellingen. Opvallend is ook dat ondanks de urgentie en het ervaren tekort aan SO's de zorginstellingen het in de meeste gevallen 'nog wel redden' – door de inzet van taakherschikking, samenwerking met huisartsen, gepensioneerde SO's of andere medisch specialisten, en/of door de inzet van commerciële organisaties die basisartsen en SO's leveren (vooral voor de avond-nacht- en weekenddiensten). Deze oplossingsstrategieën worden echter tegelijkertijd gezien als kwetsbaar en tijdelijk: een meer duurzame medische bezetting en bestendiging van samenwerkingsrelaties zijn nodig om in de stijgende zorgvraag te voorzien en de overstap te maken naar 'netwerkgzorg' waarbij SO's hun expertise zowel in de eerste lijn als binnen de VVT-instelling inzetten.

3.3 Anders organiseren: experimenten en oplossingsstrategieën

In het bovenstaande is al een aantal oplossingsstrategieën beschreven. Dit betreffen vooral 'snelle' of tijdelijke oplossingen om de druk op de SO's te verlichten. Taakherschikking vormt daarop een belangrijke uitzondering omdat dit om een meer structurele inbedding gaat en het aanpassen van werkprocessen. Daar gaan we hieronder en de discussie (hoofdstuk 5) verder op in. In deze paragraaf beschrijven we de experimenten zoals die door regionale partners zijn ingezet om de zorg anders te organiseren en/of de regio aantrekkelijker te maken voor SO's. Dit laatste staat in veel regio's nog voorop: door het bieden van een aantrekkelijke werkomgeving wordt getracht meer SO's te trekken en op de langere termijn meer artsen te motiveren voor de langdurige zorg te kiezen. Op de korte termijn leidt het echter waarschijnlijk tot meer concurrentie tussen regio's.

De experimenten betreffen: gezamenlijke ANW, triage, taakherschikking en regionaal opleiden.

3.4 Gezamenlijke Avond/Nacht/Weekend Zorg

Door veel SO's worden de diensten in de avond, nacht en weekend (ANW) als het meest belastend ervaren – vooral als deze veelvuldig moeten worden gedraaid omdat er te weinig collega's beschikbaar zijn. Vooral aan het begin van het onderzoek speelde het 'ZZP-argument' hierbij een rol; artsen die voor zichzelf zijn gaan werken hoeven niet

langer de onpopulaire diensten in te vullen (voor de herregistratie als SO is dit niet meer nodig) waardoor de druk komt te liggen op een steeds kleiner wordende vaste staf. Een groeiende groep zorginstellingen maakt gebruik van commerciële partijen om de weekenddiensten in te vullen. Hoewel men kritisch is over de hoge kosten, de inzet van basisartsen (met een SO als achterwacht), de langere aanrijdtijd die de organisaties hanteren, en de terughoudendheid van de ingehuurde artsen om langs te komen bij vragen ('onze eigen artsen zijn veel meer geneigd even te komen kijken, ook om de verpleegkundigen en verzorgenden te ondersteunen' zeiden meerdere zorgmanagers tijdens interviews), wordt de inhuur van SO's breed toegepast. Er is zelfs concurrentie en ook hier is sprake van schaarste: niet iedereen 'kan ze krijgen'. Daar waar dat wel is gelukt geven SO's aan dat er een grote druk bij hen is weggehaald. Tegelijkertijd wordt het gezien als een tijdelijke oplossing: de voorkeur gaat veelal uit naar regionale samenwerking in de ANW om de kosten te beheersen en artsen in de diensten te hebben die de cliënten en zorgmedewerkers kennen.

Concrete initiatieven tot een gezamenlijke of regionale ANW zijn genomen in Groningen, Zuidoost-Friesland en de Achterhoek. Andere regio's zoals Apeldoorn-Zutphen, Twente en Zeeland hebben de intentie samen te gaan werken in de ANW, en gaan hier in het kader van het initiatief Duurzame Medische Zorg aan Ouderen mee experimenteren. Er zijn verschillen in hoe de regionale ANW wordt opgezet. In Zuidoost-Friesland betreft het een samenwerking tussen het ziekenhuis Nij Smellinghe, de huisartsen, en ZuidOostZorg als grote VVT-instelling. Samenwerking in de ANW gaat hier gelijk op met het beter afstemmen van zorgvoorzieningen (zie kader). Intensieve samenwerking moet er in de toekomst bovendien toe leiden dat men elkaar snel weet te vinden als er een calamiteit is:

“Over twee à drie jaar kunnen wij niet meer duurzaam zorg leveren binnen [het verpleeghuis] als het zo doorgaat. Dat is voortschrijdend inzicht. (..) Je wilt ook de kwaliteit verhogen, waar mogelijk. Bovendien is capaciteit belangrijk. Je wilt niet bij een griepaanval met te weinig capaciteit zitten.”
(Bestuurder verpleeghuis, projectbijeenkomst; 9 mei 2019)

Zuidoost-Friesland

In Zuidoost-Friesland is een gezamenlijke ambitie op inhoud en kwaliteit leidend tussen VVT-instellingen, het ziekenhuis Nij Smellinghe en huisartsen. Betrokkenen zoeken naar andere (inrichtings)vormen van het huidige zorglandschap, waarbij integraliteit, doelmatigheid en 'zorg dichtbij' leidende principes zijn. Deze principes passen in een geformuleerde meerjarenstrategie die gericht is op regionale samenwerking, waarin regionale partijen zich committeren en zich in eerste instantie niet laten hinderen door financieringsschotten. Een eerste stap om regionale samenwerking nader vorm te geven is de ANW-pilot, gevolgd door de totstandkoming van een regionaal behandelteam. De ANW-pilot heeft tot doel om kwetsbare ouderen een geschikte opvangplek te bieden en tegelijkertijd de druk op de ANW-zorg te verminderen. Binnen het ziekenhuis Nij Smellinghe wordt een schakelafdeling ingericht onder hoofdbehandelaarschap van een SO van ZuidOostZorg. Hier kunnen ouderen tijdelijk terecht voor observatie en extra zorg. Hiermee wordt druk weggehaald bij de SEH en de klinisch geriaters in het ziekenhuis, en bij de huisartsen die geregeld grote moeite hebben een geschikte plek te vinden voor hun patiënten. De schakelafdeling biedt bovendien een rustige plek aan ouderen. Door de geïnitieerde samenwerking wordt de medische zorgcapaciteit in de regio vergroot. In het experiment voorziet het ziekenhuis in de fysieke ruimte en inrichting van de schakelafdeling (ICT, schoonmaak, voedingsdienst) en het verpleeghuis levert de medische zorg en behandeling. Huisartsen kunnen hun patiënten doorverwijzen en meedraaien in de ANW-zorg en zo werkdruk verlichten bij de SO's. Om de toestroom van vragen aan de artsen te verminderen wordt verpleegkundige triage van ZuidOostZorg ingezet in de ANW-diensten van de huisartsen.

In een tweede aanpalende pilot wordt gekeken naar de samenstelling van de zorgteams binnen twee verschillende zorginstellingen in de regio: Lianté en ZuidOostZorg. Het uitgangspunt is dat hoger opgeleide verpleegkundigen zorgvragen meer zelfstandig kunnen behandelen en zo werkdruk bij de artsen wegnemen.

Een meer zelfstandige verpleegkundige rol moet bovendien het verpleegkundig werk in de ouderenzorg uitdagender en aantrekkelijker maken.

Een ander onderdeel van dit experiment is de samenwerking tussen huisartsen, klinisch geriaters en SO's in de ANW. Huisartsen gaan dan ook diensten draaien in de verpleeghuizen met een SO als achterwacht. Om dit mogelijk te maken, en de werklast voor de huisartsen en klinisch geriaters niet te groot te maken, is binnen het verpleeghuis een project gestart om de teamsamenstelling van de zorgteams te verbeteren; meer en beter afgestemd expertise moet het aantal vragen aan de arts verminderen. Dit loopt nog (en wordt vanuit het onderzoek gevolgd).

Bij de betrokken huisartsen was er aanvankelijk een aarzeling in verband met de verwachte verhoogde werkdruk. Hierom wordt er gezamenlijk gezocht naar goede werkvormen en werkafspraken, waarbij het uitgangspunt is dat voor geen van de betrokken partijen een verhoging van de werkdruk ontstaat. Het voornemen is dat de klinisch geriaters en SO's nauwer gaan samenwerken, waarna in een later stadium de huisartsen en andere VVT-instellingen in de regio aansluiten. De opbouw van 'klein begin en later opschalen' is herkenbaar vanuit andere regio's. We komen hierop terug in de discussie.

Het voorbeeld uit Zuidoost-Friesland laat zien dat experimenten gelaagd zijn: het is niet alleen de ANW maar het gaat ook over teamsamenstelling, en over fysieke inrichting (en financiering) van een zorgplek. En over ervaren werkdruk. Dit zien we ook terug in de regio's Groningen en de Achterhoek waar 'gezamenlijke ANW' naar voren is geschoven om de zware belasting van de diensten te verminderen en tegelijkertijd een infrastructuur te bouwen voor regionale samenwerking. In zowel Groningen als de Achterhoek gaat de aandacht uit naar (uniforme) triage als onderliggende infrastructuur voor een gedeelde ANW. In de Achterhoek wordt samengewerkt met het bureau NAAST; een callcenter voor triage in de eerstelijnszorg. NAAST biedt verpleegkundige zorg op afstand en vervult een achterwacht functie voor verzorgenden en verpleegkundigen in de eerstelijnszorg; op afstand wordt met casuïstiek meegedacht. Hierbij wordt gewerkt met ECD software om gestandaardiseerde gegevensuitwisseling mogelijk te maken. In Groningen worden ook de opleidingen betrokken: als verpleegkundigen en verzorgenden moeten gaan triageren is het belangrijk dat zij hiervoor over de methodische en klinische kennis beschikken. Een eerste rondgang onder de opleidingen laat zien dat dit ontbreekt bij de MBO-opleiding. De SO-opleiding die nu in ontwikkeling is binnen het UMCG ziet een kans de opleiding tot SO meer in te richten volgens een netwerkstructuur en de verbinding te zoeken met de (opleidingen tot) verzorgenden en verpleegkundigen. Triage is niet alleen een (kennisintensieve) methode, maar ook een gedeelde werkpraktijk waarin zorgverleners elkaar moeten leren verstaan en vertrouwen (zie hieronder).

Het voorbeeld van de 'UMCG-opleiding', net als andere in dit hoofdstuk geschetste voorbeelden, laat mooi zien hoe regionale samenwerking en netwerkzorg in elkaar moeten vallen en een gelaagde verandering is die op verschillende plaatsen en onderdelen van de zorg moet worden belegd en geïnstitutionaliseerd. Er zijn geen 'uitrolbare' best practices; het gaat om puzzelstukjes die in elkaar moeten worden gelegd. Regionale eigenschappen spelen daarbij ook een rol, zowel in cultuur (omgangsnormen), beschikbare zorgvoorzieningen (zoals NAAST in de Achterhoek) als geografisch kenmerken evenals de bereidheid en mogelijkheid van netwerkpartners om aan te haken.

3.5 Triage

In de regio Flevoland is geëxperimenteerd met triage (zie kader). Ook hier was triage geen doel op zich maar onderdeel van een bredere infrastructuur om het voor SO's mogelijk te maken medische zorg te verlenen aan een grotere groep patiënten. Deze patiënten bevinden zich op verschillende zorglocaties en in de eerste lijn waar huisartsen steeds vaker een beroep doen op de expertise van de SO.⁸ De triage startte als een experiment in twee locaties van een van de zorginstellingen en dit experiment is als een pilot gevolgd door een actie-onderzoeker.

⁸ We hebben het hier nog expliciet over SO's; in sommige instellingen zijn dit ook VS'en, PA's of GZ-psychologen. Zij behoren tot de medische teams. Hun rol is veelal een heel verschillende; in een zorginstelling in Flevoland staat een VS aan het hoofd van een medisch

Flevoland

Binnen Coloriet in de regio Flevoland is in 2018-2019 een pilot uitgevoerd met triage binnen de intramurale zorg van de VVT-instelling. Het doel van de triage is om de belasting van het medisch team te verminderen door zorgvragen op andere plekken in de organisatie te beleggen en de behandelaren meer op afstand van de verpleegafdelingen te plaatsen. Daarmee krijgen verzorgenden en verpleegkundigen een meer centrale rol in de organisatie en uitvoering van de zorg. Door triage ontstaat o.a. meer ruimte voor de SO om zorg en ondersteuning te verlenen in de eerstelijnszorg. De lessen uit de pilot worden in de regio gebruikt voor de doorontwikkeling van de rol en inzet van de medisch behandelaren (SO, VS, PA).

Een belangrijke les uit deze pilot is dat veel meer dan een instrument, triage een praktijk is van zorg verlenen dat aanpassingen vereist in het contact tussen SO en verzorgenden, met de familie en in het gebruik van het triage-instrument zelf. In het experiment lag in het begin de focus op het ontwerpen van een geschikt triage-instrument. Triage in de langdurige zorg verschilt van de curatieve zorg waarin iemand 'bij binnenkomst' wordt gescreend en geïdentificeerd. In de langdurige zorg gaat het om reeds bekende patiënten bij wie een verzorgende constateert dat het 'anders is dan anders' en die signalering moet worden omgezet in een zorgvraag aan de arts. In het geval van de triage pilot werd ook gedefinieerd welke zorgverlener het betreffende probleem moest oppakken: een SO, VS, of gespecialiseerd verpleegkundige – doel hiervan was om taken bij de SO weg te nemen en beter gebruik te maken van breder beschikbare kennis en kunde. In de pilot werden de verzorgenden in eerste instantie vooral gezien als de uitvoerende professionals. Het bleek echter al snel dat het instrument niet of nauwelijks werd toegepast in de praktijk. Verzorgenden waren huiverig het triage-instrument te gebruiken en klinisch te redeneren, en SO's waren er niet gerust op dat de verzorgenden de juiste signalen oppakten. Dit leidde er in deze pilot toe dat de aandacht verschoof naar de verzorgenden; er is een training ontwikkeld om verzorgenden niet alleen op te leiden in het doen van triage maar ook om meer grip te krijgen op hun werk als centrale actoren in het zorgproces. Het 'empoweren' van het zorgpersoneel speelt inmiddels ook in andere regio's een meer prominente rol.

3.6 Taakherschikking en functiedifferentiatie

In nagenoeg alle regio's is taakherschikking aangedragen als mogelijke en 'snelle' oplossing voor het tekort aan SO's. Op veel plaatsen wordt al met VS'en, PA's en/of GZ-psychologen gewerkt, maar daarbij bestaan grote verschillen tussen zorginstellingen. In regio's als Flevoland, Zuidoost-Friesland, Twente en West-Brabant hebben VS'en en PA's een centrale rol in de medische teams. In Zuidoost-Friesland was dit al langer het geval; in Flevoland zagen we gedurende het jaar dat taakherschikking steeds breder ingeburgerd raakte. In de regio 't Gooi, Vechtstreek & Almere zijn artsen juist kritisch over taakherschikking en wordt ingezet op een sterkere en bestuurlijke rol van de SO. In een grote VVT-instelling in Twente worden volop VS'en ingezet om SO's de kans te geven zich te concentreren op de complexe medische zorg. In de regio's de Achterhoek en Apeldoorn-Zutphen worden GZ-psychologen opgeleid en ingezet, met name als het gaat om onbegrepen gedrag. Het voert op deze plaats te ver om alle vormen van taakherschikking en gerelateerde praktijken te beschrijven; het volstaat als hier het beeld naar voren komt dat taakherschikking 'messy' is en vele vormen kent. Daarbij valt verder op dat in de meeste zorginstellingen VS'en en PA's werken binnen het medisch team en onder supervisie van een SO; zij hebben zelden een eigenstandige rol zoals die in de Wet Big is vastgelegd.

Er is in de praktijk veel discussie over tot waar de bevoegdheid van een VS of PA reikt, en wie er juridisch verantwoordelijk is 'als het misgaat' (Kroezen, Mistiaen, van Dijk, Groenewegen, & Francke, 2014; Wallenburg, Janssen, & de Bont, 2016). Het valt op dat deze discussie vooral wordt gevoerd in regio's waar de krapte wel voelbaar maar niet acuut is. In de regio Flevoland, waar de krapte laatste jaren directe consequenties heeft gehad voor de zorgverlening (bijvoorbeeld opnamestops tijdens de zomer) lijkt die discussie nagenoeg voorbij. SO's geven

team; in andere instellingen werken VS'en veelal nog onder supervisie, of wordt nog niet met taakherschikking gewerkt. We kiezen er daarom voor VS'en, PA's en GZ-psychologen nog als aparte beroepsgroepen te beschrijven.

daarbij wel aan een groepje 'eigen patiënten' te willen behouden voor het patiëntencontact en niet enkel een consultatie-rol te willen vervullen.

Naast het aantrekken en inzetten van VS'en, PA's en GZ-psychologen ten behoeve van het medisch team, hebben organisaties afgelopen jaar geïnvesteerd in functiedifferentiatie. Hoger opgeleide verpleegkundigen zijn aangetrokken om beter te kunnen voorzien in hogere complexere zorgverlening. Ook vormen zij een brugfunctie tussen het medisch team en het zorgteam. Voorbeelden zijn triageverpleegkundigen, wondverpleegkundigen, COPD-verpleegkundigen en (sinds kort) regioverpleegkundigen. Zorginstellingen geven daarbij wel aan dat het nog zoeken is naar de precieze rolinvulling van deze groep zorgverleners, ook omdat de ervaring is dat zij snel weer vertrekken als de werkomgeving onvoldoende uitdagend is.

In Zeeland wordt ingezet op het thema rolontwikkeling; hierbij wordt ervanuit gegaan dat er geen scherpe scheidslijnen zijn tussen beroepsgroepen maar dat deze elkaar overlappen en grenzen 'vloeiend zijn'. Niet het zorgaanbod, maar de zorgvraag staat centraal en daar worden zorgverleners in hun verschillende rollen omheen georganiseerd. Een dergelijke aanpak maakt het wellicht mogelijk de beschikbare zorgcapaciteit beter te benutten. Supervisie, in plaats van bijvoorbeeld wederzijdse consultatie in specifieke gevallen, leidt tot overlap en 'dubbel werk'. Sommige SO's geven echter aan dat deze controlerende taak het voor hen acceptabel maakt om taakherschikking in te zetten. VS'en en PA's geven hierover verschillende boodschappen af: voor sommigen biedt supervisie zekerheid, voor anderen is het een doorn in het oog en staat het de doorontwikkeling van het beroep in de weg.

Midden-Holland richt zich ook op functiedifferentiatie: door de inzet van de huisarts in de VVT, en binnen een recent aangevraagde pilotstudie naar de inzet van een VS vanuit de VVT in de eerstelijnszorg. De pilot met de huisarts wordt in het volgende hoofdstuk verder uitgewerkt.

Verenso en de V&VN (verpleegkundig specialisten) komen binnenkort met een handleiding die wellicht meer duidelijkheid geeft. Tegelijkertijd leert de ervaring in andere sectoren (het ziekenhuis, de GGZ) dat de taakherschikking-discussie ondanks de richtlijnen nog altijd wordt gevoerd. Taakherschikking blijkt een relationele praktijk die in de praktijk steeds opnieuw vorm moet krijgen. Samenwerken, elkaars expertise en diagnostisch vermogen leren kennen en hierop vertrouwen blijken belangrijke mechanismen om tot volwaardige samenwerking te komen.

3.7 Regionaal opleiden

In meerdere regio's leeft de wens om regionaal te gaan opleiden. Dit speelt vooral in regio's waar niet of nauwelijks wordt opgeleid, zoals in Flevoland. Een opleiding maakt dat er een academisch klimaat ontstaat en (zo is althans de hoop) er aanwas is van nieuwe SO's. Het trekt ook hoger opgeleide verpleegkundigen, VS'en en PA's aan. In andere regio's, waar al wel artsen-in-opleiding zijn (zowel tot SOG als huisarts), willen meer instellingen bij de opleiding betrokken raken en/of wordt geprobeerd de opleiding aantrekkelijker te maken door hier meerdere instellingen bij te betrekken. In de regio de Achterhoek wordt sinds september 2019 geëxperimenteerd met een regionale opleiding tot GZ-psycholoog. In Groningen is een nieuwe opleiding tot SOG ontwikkeld en onlangs geaccrediteerd. Deze opleiding gaat buiten de geïnstitutionaliseerde opleidingsstructuur van Gerion⁹ om. Dit geeft de regionale opleiders meer vrijheid de opleiding in te richten. In Groningen willen betrokkenen bijvoorbeeld meer gaan inzetten op de netwerkfunctie van de SO en op klinisch leiderschap.

In veel regio's worden ook VS'en en PA's opgeleid. Dit is veelal instelling gebonden, en hierin zit nog weinig continuïteit. Het valt op dat het voor veel zorginstellingen niet duidelijk is hoe de opleiding voor VS'en en PA's is georganiseerd en hoe en onder welke voorwaarden zij hieraan mee kunnen doen. Net als bij taakherschikking is hier

⁹ Gerion is het opleidingsinstituut voor de ouderengeneeskunde, en is onderdeel van het AUMC. Groningen werkt met Gerion samen aan de SOG-opleiding,

nog veel lokale onduidelijkheid, wat het gevaar met zich meebrengt dat de potentie van taakherschikking onvoldoende wordt benut.

Hoewel regionaal opleiden nog in de kinderschoenen staat, zijn al wel een aantal lessen te trekken. Allereerst dat het komen tot een regionale opleiding een grote inspanning en gedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid vraagt. Daarnaast is het van belang dat een regio 'iets te bieden' heeft om artsen in opleiding aan te trekken, zoals gespecialiseerde zorg en een academisch leerklimaat.

3.8 Regionale samenwerking

Vanuit het nationale zorgbeleid wordt gestuurd op regionale samenwerking. Dit staat ook centraal in het initiatief Duurzame Medische Zorg aan Ouderen. Pilots en actielijnen worden door zorginstellingen gezamenlijk ontworpen. Tegelijkertijd blijkt samenwerking om verschillende redenen geen gemakkelijke opgave. Allereerst valt een zorgkantoorregio niet altijd samen met de 'natuurlijke' geografisch regio waarin zorgverleners gewend zijn te werken. Een SO uit de regio Apeldoorn-Zutphen verzuchtte tijdens een bijeenkomst dat voor hem 'de regio' de Stedendriehoek is, inclusief Deventer. Deze stad ligt echter in een ander zorgkantoorregio, wat maakt dat samenwerkingsrelaties moeten worden herzien, of anders moeten worden ingericht. De geografische en cultuur-historische afbakening van een regio komen dus niet altijd overeen. Dit speelt in veel regio's. De Zeeuwen leven bijvoorbeeld 'met de zee', en de eilandenstructuur maakt dat het oostelijke deel van de regio meer op Brabant is gericht dan op andere delen van Zeeland, terwijl Zeeuws-Vlaanderen juist weer meer op België is gericht. Op de verschillende eilanden wordt wel weer intensief samengewerkt, maar deze samenwerkingsvormen blijken lastig 'op te schalen' omdat ze gestoeld zijn op bestaande afspraken en verworven onderling vertrouwen. Bestaande samenwerkingsrelaties gaan over de grenzen van de provincie en soms het land heen. De regio Twente is relatief groot (1.500 km²) en vanuit de historie verdeeld in vier sub-regio's: Noordoost Twente; Zoutmarke; Reggedal en de Sallandse Heuvelrug; en de Twentse Stedenband (Enschede, Hengelo, Almelo en Borne). Samenwerking komt ook hier gemakkelijker tot stand in een van deze sub-regio's en lastiger binnen Twente als geheel.

Vergelijkbare verhalen hebben we gehoord in de Achterhoek en ook Midden-Holland. In de laatste regio bestaat geen traditie van regionale samenwerking; een eerder samenwerkingsverband rondom een medische dienst waarbij een grote VVT-instelling SO's leverde aan kleinere zorginstellingen is stukgelopen. Een dergelijke historie, zagen we ook op andere plekken, belemmert regionale samenwerking. Er is dan onvoldoende vertrouwen en 'goodwill' ontbreekt. In de regio Midden-Holland speelt daarbij mee dat er een aantal identiteitsgebonden instellingen zijn gehuisvest; religie speelt een rol bij het al dan niet aangaan van nauwe samenwerkingsrelaties.

Regionale samenwerking is dus geen vanzelfsprekendheid maar wordt ingegeven door cultuur-historische relaties en geografische eigenschappen. Daarbij spelen ook bestuurlijke relaties een rol. Instellingen hebben tot voor kort met elkaar moeten concurreren in een regio; nu wordt van hen verwacht dat ze gaan samenwerken. Zoals een bestuurder het in het bijzijn van haar collega-regionale bestuurders het treffend (en met een lach) formuleerde: "We moeten elkaar weer even leuk gaan vinden." Tegelijkertijd zien we dat op de plaatsen waar de urgentie het grootst is, zorginstellingen elkaar het snelst vinden en gemakkelijker over 'oud zeer' heenstappen.

Concurrentie moet dus plaatsmaken voor samenwerking. Daarbij speelt nog een andere belangrijke bestuurlijk-professionele kwestie, en dat is dat zorginstellingen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg die in hun instelling wordt geleverd. Dit is een wettelijke verantwoordelijkheid die ook is vastgelegd in de toezichtskaders van de IGJ. Voor zorginstellingen zijn er weinig prikkels om verantwoordelijkheid te dragen voor naburige instellingen die minder goed op orde zijn. Er bestaat (nog) geen regionale verantwoordelijkheid. Dit speelt bijvoorbeeld tussen grote en kleine instellingen, waarbij soms grote instellingen geen verantwoordelijkheid wensen te dragen voor kleinere zorginstellingen waarvan zijn vinden dat de medische zorg 'niet op orde is'. Daarbij geven zorgprofessionals en managers aan het lastig te vinden nauw samen te werken met zorginstellingen met een afwijkende professionele visie op 'goede zorg'. Dit speelt met name in discussies tussen verpleeghuizen die meer medisch georiënteerd zijn, en voormalige verzorgingshuizen die de overgang naar 'zorg met behandeling' maken maar daarbij vast willen houden aan bestaande visies over individuele vrijheid en nadruk op wonen en zorg. Hoewel het in de praktijk soms

vooral gaat om het leggen van andere accenten in zorg en beleid, zien we dat de verschillende discoursen een gelijkwaardige regionale samenwerking in de weg kan staan.

3.9 Centrale kwesties uit de regioscans

De regioscans laten zien dat alle regio's op zoek zijn naar effectieve manieren van regionale samenwerking om de groeiende zorgvraag van ouderen het hoofd te bieden. We zien daarbij dat in de eerste plaats wordt gezocht naar oplossingen voor acute knelpunten; ANW-diensten (gezamenlijke ANW, inhuren van commerciële diensten) en het verminderen van de werkdruk bij SO's. Veel organisaties zetten taakherschikking in en hebben hoger opgeleide verpleegkundigen aangetrokken om een brugfunctie te vervullen tussen het medisch team en het zorgteam. Dit is wat in de bestuurskunde wordt aangemerkt als 'eerste- en tweede-orde veranderingen': aanpassingen in en vervangen van bestaande beleidsinstrumenten (Hall, 1993; Helderma, Schut, van der Grinten, & van de Ven, 2005). Het samenwerken in de ANW zonder het aanpassen van de onderliggende structuur ('voor elkaar invallen') is een eerste-orde verandering. Het gevaar daarvan is dat bij een verstoring in de dagelijkse zorg (bijvoorbeeld: een goed ingewerkte SO vertrekt, of er ontstaat personele krapte binnen een van de organisaties) de gemaakte afspraken in gevaar kunnen komen. Organisaties staan dan met lege handen – dit hebben de meeste zorginstellingen afgelopen jaren ook ervaren.

Bij tweede orde veranderingen worden beleidsinstrumenten vervangen of toegevoegd. Taakherschikking en triage zijn hiervan voorbeelden. De vraag is echter wel in hoeverre de mogelijkheden van taakherschikking voldoende worden benut en of dit echt leidt tot het anders inrichten van de zorg. Een andere tweede ordeverandering is de (pogingen tot een) regionale opleiding. Regio's willen hiermee meer artsen aantrekken. De concurrentie tussen regio's neemt daarmee mogelijk echter ook toe. In geval van een derde orde verandering wordt het bestaande beleidsparadigma aangepast. Bijvoorbeeld als daadwerkelijk gekomen wordt tot een geïntegreerde regionale aanpak van de ouderenzorg waarbij ook de eerstelijnszorg en de ziekenhuizen betrokken zijn. Dit is op dit moment nog niet te verwachten: de directe urgentie bij alle (regionale) actoren ontbreekt; grote VVT-instellingen met voldoende medische staf willen hun positie niet riskeren, en kleinere zorginstellingen houden vast aan de eigen identiteit. De zorg is bovendien nog altijd verdeeld in verschillende sectoren (Zvw, Wlz, Wmo) met eigen wet- en regelgeving. Hoewel er regelgeving is ontwikkeld om zorg over de grenzen van de zorgdomeinen te organiseren en te declareren, blijkt dit voor zorginstellingen vaak nog een brug te ver. Regelgeving is onduidelijk, en tijd en kennis ontbreken om optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden. We zien daarbij verschillen tussen zorgkantoren; sommige zorgkantoren zijn proactief en denken mee over mogelijke oplossingen, andere zijn juist terughoudend. Daar komt bij dat regelgeving sterk op individuele organisaties is gericht; zorginstellingen hebben geen formele regionale verantwoordelijkheid. Zorgkantoren op hun beurt hebben nauwelijks formele instrumenten om op regionale samenwerking te sturen; zij kunnen dit alleen door het inzetten van financiële prikkels (financiering van samenwerkingsprojecten en pilots) en via de zorginkoop. Daarbij moeten we wel opmerken dat in verschillende regio's zorgkantoren druk hebben gezet op de grote, 'succesvolle' VVT-instellingen om mee te doen aan regionale initiatieven zoals Duurzame Medisch Zorg aan Ouderen vanuit de overtuiging dat regionale samenwerking de toekomst heeft.

4 Lessen uit de Regio's

In 2019 zijn vier pilots uitgevoerd. Daarnaast zijn we vanuit het onderzoek betrokken in de voorbereidingen van pilots in andere regio's, en zijn we aangesloten bij landelijke actoren (ministerie van VWS, Waardigheid & Trots) betrokken in het beleid rondom regionalisering van zorg. Uit de observaties, interviews, bijeenkomsten en dagelijkse interacties (emailwisselingen, telefoongesprekken, documenten) komt een aantal centrale thema's naar voren die van belang zijn verder uit te diepen omdat ze inzicht geven in regionalisering van zorg, en welke mogelijkheden en beperkingen hierbij aan de orde zijn. In geval van wicked problems zit de 'wickedness' veelal niet alleen in de grote kwesties (zoals; hoe leiden we voldoende artsen op; of kan een ICT-systeem worden ingericht dat zorgactiviteiten overneemt), maar juist ook in alledaagse interacties. Dat laten we in dit hoofdstuk zien.

4.1 Bestuurders, professionals, en ondersteuners

De overheid en zorgkantoren richten zich in de eerste plaats op VVT-bestuurders om tot regionale samenwerking over te gaan. Bestuurders betrekken SO's bij de initiatieven en proberen hen vrij te maken om deel te nemen aan werkgroepen en regionale bijeenkomsten. Sommige SO's grijpen daarbij terug op hun beroepsvereniging, Verenso. In regio 't Gooi, Vechtstreken & Almere geven SO's aan meer invloed te willen op de organisatie en uitvoering van de zorg in de regio. Hier wordt ingezet op meer klinisch leiderschap. In andere regio's willen SO's de uitdaging juist als een organisatievraagstuk definiëren. Zoals een SO het formuleerde tijdens een bijeenkomst:

“Dit project is niet van de SO's [zoals de bestuurder in zijn inleiding het bij aanvang van de bijeenkomst formuleerde]; het is een gezamenlijk traject met de SO en de organisaties. Als het alleen om de SO's zou gaan zouden andere thema's centraal staan zoals beroepsvorming. Het gaat er nu ook om een organisatieprobleem op te lossen. Daar werken de SO's natuurlijk aan mee.” (Regionale bijeenkomst Apeldoorn-Zutphen, maart 2019)

De initiatieven worden opgepakt als projecten en actielijnen. In alle regio's zijn projectmanagers aangesteld en worden projecten ondersteund door regionale consultants of projectbureaus. SO's wordt gevraagd zitting te nemen in projectgroepen. Hier dreigt niet alleen het gevaar van 'projectificatie' (Penkler, Felder, & Felt, 2020) (i.e. initiatieven stoppen zodra het projectgeld op is of de aandacht verslapt als andere urgente zaken zich aandienen) maar het blijkt in de praktijk ook lastig een plan om te zetten in een daadwerkelijke pilot. In meerdere regio's lopen pilots vertraging op of moeten opnieuw worden ingericht, omdat individuele SO's hun bedenkingen uitspreken of omdat het gewoonweg 'te druk' is. Bestuurders geven aan niet het risico te willen lopen hun schaarse SO's te overvragen of kwijt te raken. Tegelijkertijd ervaren de bestuurders wel de noodzaak nu te gaan handelen om ook in de toekomst medische zorg te kunnen garanderen. Dit is een lastig dilemma, en gaat over de spanning tussen 'de boel draaiende houden' op de korte termijn en 'duurzaamheid' richting de toekomst. Dit speelt zeker op die plekken waar de ervaring is dat het nu nog steeds 'wel gaat'. Projectmanagers moeten veel werk verzetten om de urgentie tot veranderen op de agenda te houden. Dit lukt het best op de plekken waar een projectmanager volhardend doorgaat en er goede ondersteuning geregeld is. Zij houden de deelnemers bij de les en organiseren bijeenkomsten en events om urgentie te kweken en op verandering te sturen. De actieve steun van een regionale bestuurder blijkt daarbij onontbeerlijk om de projecten te laten draaien en stappen te zetten.

4.2 Samenwerking tussen SO en huisarts

De verschuiving van ouderenzorg naar de eerstelijns is een centrale kwestie in de ontwikkeling van de ouderenzorg. Huisartsen vragen steeds vaker om de bijstand van een SO, en, ook belangrijk, SO's zien voor zichzelf een taak weggelegd bij kwetsbare ouderen thuis. Tegelijkertijd neemt de intramurale zorgzwaarte toe, en dat schuurt. In de meeste regio's is vanaf het begin gesproken over het betrekken van de huisartsen.¹⁰ Dit is echter maar in enkele regio's gelukt, en slechts één regio is het tot een pilot gekomen (Midden-Holland) – maar ook daar gaat het vooralsnog maar om één huisarts. Huisartsen, gesteund door de LHV, zijn terughoudend. Zij ervaren een hoge werkdruk en zijn bevreesd voor nog meer werk. Een zorgmanager van een huisartsenpost in West-Brabant formuleerde het als volgt:

“We hebben 7500 patiënten waar we voor zorgen met gemiddeld drie huisartsen op een dag. Wij hebben er bezwaar tegen om uiteindelijk ook verpleeghuiszorg onder onze hoede te nemen. Daarnaast speelt ook door enorme vergrijzing hier in de wijk; daar hebben we onze handen al vol aan.”
(Zorgmanager gezondheidscentrum, juni 2019)

Deze zorgmanager maakte zich met name ongerust over het toenemend aantal kleine particuliere tehuizen die in de regio worden gevestigd. Hier worden patiënten zonder behandelindicatie opgenomen, en hen wordt gegarandeerd dat ze mogen blijven ‘tot het eind’. Volgens de zorgmanager leidt dit tot onhoudbare situaties; mensen verslechteren en het zorgpersoneel is veelal onvoldoende opgeleid voor de complexe zorg die moet worden geleverd. Dat leidt regelmatig tot gedragsproblemen, waar de huisarts dan voor moet opdraaien. In de regio Zuidoost-Friesland richt de pilot zich op het versterken van de zorgteams en het beter triageren en inrichten van de zorgvragen door een betere samenwerking tussen de huisartsenpost, ziekenhuis, verpleeghuis en de kleinere VVT-instelling (voormalig woonzorgcentrum) (zie kadertekst in het vorige hoofdstuk). Hoewel enkele huisartsen zich hier welwillend hebben opgesteld, houdt de overkoepelende huisartsenorganisatie de samenwerking tegen; gevreesd wordt voor een nog hogere werkdruk. Dit speelt in alle regio's, en kan verder worden geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld uit de Achterhoek:

In de regio is Dagelijks Leven actief [doen niet mee aan de pilot]. Dagelijks Leven 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 West-Achterhoek hun leden geadviseerd heeft om cliënten met een ZZP-indicatie van 5 of hoger niet meer te behandelen. Uiteindelijk is het conflict gladgestreken doordat Dagelijks Leven SO-zorg heeft ingekocht om de huisartsen te ondersteunen.
(Uit: Onderzoeksnotities, de Achterhoek 2019)

¹⁰ Dit betreft ook het onderzoek: we kregen weinig respons van de huisartsen op verzoeken voor interviews.

Dit voorbeeld, en we hadden ook voorbeelden uit andere regio's kunnen nemen, laat zien dat de zorg lokaal is georganiseerd en oplossingen ook lokaal worden gevonden. Dit laat zowel de inventiviteit van zorgorganisaties zien, maar ook de kwetsbaarheid: als een SO weggaat vervalt vaak meteen de gevonden oplossing.

Het is belangrijk op te merken dat we ook veel voorbeelden zijn tegengekomen van kleine VVT-instellingen die juist nauw samenwerken met huisartsen, en waar dit naar tevredenheid gebeurt. Deze samenwerkingsrelaties zijn veelal lokaal georganiseerd, en beperken zich tot een VVT-instelling met een of een groep(je) huisartsen. Daarbij valt ook op dat naburige grote VVT-instellingen hier soms kritisch over zijn; zij vinden dat er meer hoogwaardige medische zorg nodig is voor kwetsbare ouderen. De huisarts zou onvoldoende betrokken (kunnen) zijn en verzorgenden zijn meer gericht op de dagelijkse zorg dan op de medische behandeling, zoals het nauwgezet volgen van protocollen bij een ingezette medische behandeling. Dit leidt tot spanningen in de samenwerking. Tegelijkertijd wordt het debat hierover vooral 'achter de schermen' gevoerd. Een meer open dialoog over kwaliteit van zorg en de rol van een medische dienst hierin zou kunnen helpen verder invulling te geven aan een regionale visie en benadering van de kwaliteit van ouderenzorg. Het is daarbij van belang oog en waardering te hebben voor verschillen.

4.3 Verschillende medische logica's: ervaringen uit Midden-Holland

In de regio Midden-Holland is geëxperimenteerd met een huisarts in het verpleeghuis (zie kader). Deze pilot laat zien dat huisartsen en SO's een andere logica hanteren: de huisarts hanteert een medische logica en is erop gericht het gesignaleerde medische probleem 'op te lossen'. De SO hanteert een meer holistische 'care' logica en probeert het de kwestie te bezien vanuit de medische en sociale positie van de cliënt: 'wat is nu verstandig om te doen?' In deze laatste logica is 'niets doen' of een palliatief traject in gang zetten sneller aan de orde. Voor een holistische logica is het nodig de cliënt en diens familie te kennen; deze informatie is ook wat de SO ging missen bij het overdragen van zorg aan de huisarts. Heel in het kort leidde de verschillende manieren van werken tot een conflict tussen de SO en de huisarts. In de doorstart van de pilot wordt juist meer op samenwerking ingezet (bijvoorbeeld door het gezamenlijk doen van MDO's), en wordt de huisarts ingewerkt in het toepassen van een meer holistische blik. De huisarts volgt nu de richtlijnen van Verenso in plaats van de LHV.

Midden-Holland

De pilot in de regio Midden-Holland betreft de inzet van een huisarts in een VVT-instelling. De pilot focust zich op de Zevenster, een kleine VVT-instelling in Zevenhuizen. De Zevenster is een samenwerking aangegaan met een lokale huisartsenpraktijk om zo de medische capaciteit te versterken. De huisarts biedt de basiszorg binnen het verpleeghuis en wordt daarbij ondersteund door een SO van Novicare (een commerciële behandeldienst) die de complexere verpleeghuiszorg verzorgt. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de paramedische zorg van Novicare. De huisarts draait de huisartsenpraktijk deels in de Zevenstar, wat de afstand tussen extra- en intramurale zorg moet verkleinen.

4.4 Diversiteit van de zorgvraag: meer GGZ in het verpleeghuis

Een thema dat we nog niet hebben uitgediept maar dat wel in verschillende regio's naar voren komt is de bredere GGZ problematiek waar VVT-instellingen mee te maken hebben. Waar voorheen vooral onderscheid werd gemaakt tussen 'PG' en 'somatic' is er nu steeds meer sprake van diverse GGZ-problematiek veroorzaakt door een toename aan Korsakov-patiënten en vooral patiënten met een verleden in de intramurale psychiatrie die afgelopen jaren ambulante zorg hebben gekregen. In een enkele instelling werd ook de zorg voor TBS-patiënten genoemd als nieuwe doelgroep. Een aantal grote VVT-instellingen heeft een aparte afdeling opgericht voor deze categorie patiënten, maar de verwachting is dat de vraag gaat toenemen. Verzorgenden zijn hier veelal niet voor opgeleid.

Sommige instellingen werken samen met naburige GGZ-instellingen maar ook daar zijn er personele tekorten. Hier ligt een uitdaging voor komende tijd.

4.5 Centrale lessen uit de pilots

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat er binnen regio's verschillende initiatieven zijn ontwikkeld om de zorg 'anders' te organiseren. Veel van deze initiatieven gaan over de inzet van zorgprofessionals en het overbruggen van klassieke grenzen tussen beroepsgroepen: de SO en de huisarts, en verpleegkundigen en verzorgenden. Maar ook tussen zorgdomeinen: toenemende gedragsproblematiek noopt tot het betrekken van kennis vanuit de GGZ. Instellingen hebben steeds vaker GZ-psychologen in dienst. De pilots geven aan dat het werken over grenzen heen lastig is. Dit noopt tot grenzenwerk: het verhelderen van taken en verantwoordelijkheden (wie doet wat?) maar ook het komen tot gezamenlijke werkwijzen (zoals een gedeelde taal, duidelijke werkafspraken) en een wederzijds vertrouwen om de patiëntenzorg gezamenlijk te organiseren en uit te voeren. Dit vraagt om oefening, dialoog, ondersteuning, en bestuurlijke inzet – iets wat in de regio's volop gebeurt. Tegelijkertijd is het belangrijk op te merken dat deze inspanningen niet tijdelijk maar (althans voorlopig) blijvend moeten zijn: de pilots draaien maar de resultaten zijn veelal nog kleinschalig of in een (te) vroeg stadium om van 'echte' regionalisering te kunnen spreken. We komen hier in het volgende hoofdstuk op terug.

Discussie

De personele krapte in de ouderenzorg is een wicked problem; het gaat over kwaliteit van zorg, tekorten aan SO's, een veranderende zorgvraag en vergrijzing. Snelle oplossingen zijn niet voor handen, en dat wat makkelijk lijkt ('taakherschikking') blijkt in de praktijk veel ingewikkelder dan het vooraf leek omdat het ingaat tegen gevestigde handelingspraktijken. Op wicked problems zijn geen snelle antwoorden mogelijk; ze vragen om experimenteren en bijsturen in de praktijk. Dit hebben we in deze tussenrapportage beschreven. Het eerste anderhalf jaar van 'Duurzame Medische Zorg aan Ouderen' is een dynamische tijd geweest waar met grote inzet van regionale en landelijke actoren initiatieven zijn ontplooid om de medische zorg en behandeling aan ouderen te verduurzamen. Er is vooral ingezet op regionale ANW, regionaliseren van de SOG-opleiding, taakherschikking, triage en netwerkzorg waarin de samenwerking met huisartsen wordt gezocht. In de praktijk vallen deze initiatieven vaak samen: een gezamenlijke ANW vraagt om een eenduidige werkwijze (zoals triage, maar ook het gebruik van elektronische patiëntendossiers), en afspraken over de inzet van basisartsen, VS'en en PA's.

Regionaliseren biedt zowel kansen als belemmeringen. Zorgorganisaties vinden elkaar en richten gezamenlijk de ANW in – maar lopen daarbij ook tegen problemen aan: kleine VVT-instellingen ervaren een grote mate van afhankelijkheid van de grote naburige VVT-instellingen en kunnen onvoldoende zelf in de behoefte aan medische zorg voorzien om het volgens eigen visie in te richten. De grote VVT-instellingen ervaren op hun beurt krapte (terwijl er tegelijkertijd meer aan hen wordt getrokken om SO's 'te leveren') en hebben regelmatig hun bedenkingen bij de kwaliteit van de medische zorg in voormalige verzorgingshuizen. Tegelijkertijd zetten regionale bijeenkomsten en pilots een dialoog in gang om tot gezamenlijke visievorming en (op den duur) tot netwerkzorg te komen. Daarbij is het wel van belang dat huisartsen bij de dialoog en pilots gaan aansluiten. Huisartsen spelen nog altijd een voorname rol in de VVT omdat zij de verantwoordelijkheid dragen over patiënten 'zonder behandeling'. De minister van VWS heeft aangekondigd hieraan vast te willen houden. Dit vraagt om een herbezinning van de rol en positie van huisartsen in de VVT. Tegelijkertijd willen SO's (en op steeds meer plaatsen ook de VS en PA) een rol gaan spelen in de eerstelijnszorg. Hier liggen kansen voor verdere regionalisering – maar wel mét de inbreng van de huisartsen. Er ligt een taak voor het ministerie van VWS en de zorgkantoren om de huisartsen actief te gaan betrekken in de regionalisering en de rol van de huisartsen ook te faciliteren.

De initiatieven en pilots die we in deze rapportage hebben beschreven zijn vaak nog kleinschalig en lokaal: ze spelen af binnen een VVT-instelling of tussen enkele instellingen binnen een (sub)regio. We hebben dit beschreven als eerste en tweede ordeveranderingen. Ingezette werkwijzen zijn nog weinig geïnstitutionaliseerd en daardoor kwetsbaar. Dit laat het voorbeeld van taakherschikking goed zien; hoewel steeds vaker toegepast, werken VS'en en PA's veelal onder supervisie van de SO. Daarbij is het wel goed om op te merken dat daar waar de krapte groot is, zoals in Flevoland en bepaalde gebieden in Groningen, de rol van de VS of PA verder is uitgekristalliseerd.

Het beeld ontstaat dat de ouderenzorg in beweging is, maar de toekomst ook nog onzeker is. Wellicht vraagt het om meer sturing: het ministerie van VWS kan bijvoorbeeld meer gaan sturen op regionale verantwoordelijkheid (en niet enkel verantwoordelijkheid voor de eigen zorginstelling), naast de regionale visietrajecten die al lopen. Dit biedt bovendien de gelegenheid regionale kleuring te geven: geen een regio is hetzelfde, en het is de lokale betrokkenheid (én trots) waarvan we zien dat het actoren (zowel zorgprofessionals als bestuurders, en in enkele gevallen ook gemeenten en de provincie) in beweging brengt (Ivanova, Wallenburg, & Bal, 2016). Zoals we ook hebben laten zien betekent dit niet dat regio's niet van elkaar kunnen leren, en het actie-onderzoek zoals het nu functioneert faciliteert dat ook. Het betekent wel dat om vernieuwingen die elders zijn ingezet in de eigen regio te implementeren gewerkt moet worden binnen eigen specifieke omstandigheden en mogelijkheden.

Dit roept een vraag op over schaal (Postma, 2015); grootschalige veranderingen zoals regionalisering vragen om kleinschalige interventies: vertrouwen tussen beroepsbeoefenaren zijn gestoeld op persoonlijke interacties, en een triage systeem kan niet eenvormig worden opgelegd maar moet passen binnen de bestaande geografische, sociale en technische infrastructuur. Kleinschalige veranderingen, zoals het inrichten van een gezamenlijke

bereikbaarheidsdienst en het betrekken van een enkel huisarts in een verpleeghuis, kunnen bovendien op den duur leiden tot meer grootschalige samenwerkingsverbanden die breed gedragen worden omdat 'ze passen'. Tegelijkertijd hebben kleinschalige interventies het gevaar in zich te verworden tot een (tijdelijk) project dat hangt op de inspanningen van enkelingen. Hier ligt wellicht de grootste opdracht voor de komende maanden: doorpakken en pilots uitbreiden. Dit vraagt de steun van zowel zorgprofessionals, zorgmanagers en bestuurders, als externe actoren zoals het ministerie van VWS en de zorgkantoren.

Interessant om hier op te merken is dat in landelijke discussies over de ouderenzorg veel aandacht is voor 'meer bouwen' en e-health om de zorgcapaciteit te vergroten (zie ondermeer het rapport van de Commissie Bos). E-health krijgt vooral de laatste maanden meer aandacht in de betrokken regio's; in Zeeland, Drenthe, Apeldoorn-Zutphen en de Achterhoek zijn initiatieven gestart om meer te doen met beeldbellen, en met (gezamenlijke) aankoop en scholing in het gebruik van zorgtechnologie. De Corona-crisis gaat deze ontwikkeling mogelijk bespoedigen: steeds meer zorginstellingen zetten 'beeldbellen' in om de fysieke beweging van zorgprofessionals te beperken om de overdracht van het virus te voorkomen. Wellicht krijgen ICT-applicaties hierdoor meer bekendheid binnen de zorginstellingen en worden ze een meer geaccepteerd instrument in de zorgverlening.

Een thema dat nog weinig aandacht krijgt is de rol van de informele zorgverleners zoals de mantelzorgers en vrijwilligers. De regioscans laten zien dat informele zorgverlening een grote rol speelt in alle zorginstellingen. Tegelijkertijd is er nog weinig bekend over hoe informele zorg op een effectieve manier kan worden ingezet. Hier ligt een kans voor het vervolg.

De tussenrapportage komt uit in een bevreemdende tijd. De Corona-crisis grijpt hard in in de ouderenzorg, en de gevolgen voor de VVT-sector zijn nog ongewis. Een blik vooruit is dan ook nog een blik in een onzekere toekomst waar voorlopig alle zeilen moeten bijgezet om de benodigde zorg te leveren. Actie-onderzoek is praktijkvolgend en ondersteunend. Het is goed mogelijk dat de Corona-crisis nieuwe vraagstukken en kwesties oproept die we kunnen oppakken. Naar verwachting geeft het ook een 'push' aan taakherschikking en het gebruik van ICT. En mogelijk bevordert het ook het urgentie-besef voor regionale samenwerking. Dit zijn kwesties die we, samen met de zorgorganisaties, kunnen gaan oppakken in het vervolg.

Literatuur

- Algemeen Dagblad. (2019, 01-03-2019). 'Marktwerking in de zorg is doorgeslagen'. Algemeen Dagblad.
- Bal, R., & Mastboom, F. (2007). Engaging with technologies in practice: travelling the Northwest passage. *Science as Culture*, 16(3), 253-266.
- Bannink, D., & Trommel, W. (2019). Intelligent modes of imperfect governance. *Policy and Society*, 38(2), 198-217.
- Capaciteitsorgaan. (2019). Capaciteitsplan 2021-2024 Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Retrieved from Utrecht:
- Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. (2020). Oud en zelfstandig in 2030: een reisadvies. Retrieved from 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. 89(2), 167-205.
- Hall, P. A. (1993). Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policy making in Britain. *Comparative politics*, 25(3), 275-296.
- Head, B., & Alford, J. (2015). Wicked problems: implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711-739.
- Helderman, J. K., Schut, F., van der Grinten, T. E. D., & van de Ven, W. P. M. M. (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of health policy, politics and law*, 30(1-2), 189-210.
- 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:doi: 10.1111/1467-9566.12477
- 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.
- Ovretveit, J., Bate, P., Cleary, P., Cretin, S., Gustafson, D., McInnes, K., . . . Wilson, T. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *Qual Saf 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.
- Postma, J. (2015). Scaling care. (PhD). Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
- Rittel, H., & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, 155-169.
- Schuermans, J., Wallenburg, I., & Bal, R. (2019). Een nieuw panacee: de zorg moet regionaliseren. *Medisch Contact*, 33-34, 26-28.
- Taskforce JZOJP. (2018). De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft? Retrieved from
- Wallenburg, I., Janssen, M., & de Bont, A. (2016). Taakherschikking pakt overall anders uit. *Medisch Contact*, 10, 34-36.
- Zuiderent-Jerak, T. (2007). Preventing implementation: exploring interventions with standardization in healthcare. *Science as Culture*, 16(3), 311-329.

Bijlage

Leden Klankbordgroep

A. Huizenga, bestuursvoorzitter ZuidOostZorg

A. Kersten, Ministerie van VWS

V. Jansweijer, Ministerie van VWS

J. Verschuren, Waardigheid & Trots, Vilans

J. Theunissen, Waardigheid & Trots, Vilans

Leden expertgroep

P. Meurs, voorzitter, Erasmus Universiteit Rotterdam

M. Spierenburg, Zorgimpuls

J. van Nieuwkoop, Ministerie van VWS

M. Draijer, specialist ouderengeneeskunde en directeur medische zaken Alliade Zorggroep

S. de Rooij, specialist ouderengeneeskunde en bestuursvoorzitter MST

W. Ansen, bestuursvoorzitter de Zevenster

I. Rinzema, verpleegkundig specialist, V&VN



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