

## **Reactie Houtkoolschets acute zorg, VWS**

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

### **Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam, oktober 2020**

De houtkoolschets Acute Zorg schetst een beeld van de acute zorgverlening in de nabije toekomst, waarbij acuut zowel 'er is nu iets nodig!' als levensbedreigende situaties betreft. De nadruk wordt gelegd op het eerste; adequate hulp als het thuis ontspoord of er sprake is van een (onduidelijke) medische hulpvraag. Dit herkennen wij in onze onderzoeken naar regionale zorgverlening: acute zorgvragen zijn veelal diffuus en spelen zich af op het snijvlak van medische, verpleegkundige en sociale zorg. In deze reactie putten wij uit drie grootschalige (actie)onderzoeken die we vanuit ESHPM op dit moment uitvoeren in de (acute) zorg waarin de nadruk steeds ligt op regionale en landelijke samenwerking: een project naar Duurzame Medisch Zorg aan Ouderen (samenwerking in de regio, met 14 deelnemende zorgkantoorregio's), een formatieve evaluatie van het ZonMw programma Verward Gedrag, en een onderzoek naar Toezicht op Netwerken (in een samenwerkingsverband met de IGJ). We bespreken hier voorlopige bevindingen m.b.t. het geschetste beeld voor de acute zorg in de houtkoolschets.

In de houtkoolschets wordt een ideaalbeeld opgetekend van integrale zorg dichtbij huis, met meer aandacht voor preventie en adequate persoonlijke begeleiding. Het geschetste beeld zou op het eerste gezicht kunnen helpen veel alledaagse acute zorgvragen het hoofd te bieden. Maar het is een ideaalplaatje, en het is van groot belang licht te schijnen op de net zo alledaagse weerbarstigheid van de voorgestelde veranderingen. Die wordt ons inziens veroorzaakt door drie problemen: (1) *schurende stelsels*; (2) *geïstitutionaliseerde professionele beroepsdomeinen*; en (3) *sterke focus op 'kloppende plaatjes' in beleid, toezicht en regelgeving*. Dit laatste betreft zowel het sterke geloof in technologie en big data als de focus op vastomlijnde patiëntencategorieën en zorgaanbod. Hierbij wordt het kleinschalige en waardevolle soms gemist. Wij menen dat vooruitgang op de geschetste thema's zeker mogelijk is, maar dat vergt soms net een iets ander perspectief. We lichten dit hieronder verder toe, waarbij we eerst ingaan op de problematiek en dan een aantal interessante voorbeelden bespreken waaruit mogelijk lering kan worden getrokken.

#### **Schurende stelsels**

In alle drie de onderzoeken zien we hoe adequate zorgverlening stagneert op het moment dat zorg tot verschillende (wettelijke) domeinen behoort. In het onderzoek naar de ouderenzorg zien we dat persoonsgerichte zorg stukt doordat er schotten bestaan tussen de Wlz, Zvw en Wmo, waarbij huisartsen de cliënt richting de langdurige zorg bewegen (vaak

ingegeven door tijdgebrek, onvoldoende thuiszorg en uitputting van de mantelzorger), terwijl langdurige zorginstellingen huisartsen proberen te betrekken in de zorginstelling om het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde op te lossen. Huisartsen (en de LHV) houden af omdat de werkdruk al hoog is. Zorgkantoren en zorgverzekeraars kunnen hier lastig op sturen omdat zij ieder een andere verantwoordelijkheid hebben, en hen er alles aan gelegen is de bestaande schaarse zorg in een regio te behouden. Daarbij speelt uiteraard ook een rol dat er veel verschillende regio-indelingen bestaan met elk weer eigen administratieve eenheden, verantwoordingsrelaties en sturingsmogelijkheden.

Binnen het onderzoek naar Verward Gedrag speelt iets soortgelijks door de opsplitsing van de Bopz naar Wvvgz en Wzd. Hierdoor ontstaat in de praktijk allerlei 'gedoe' over wie waarheen moet. Bijvoorbeeld: een dwalende demente oudere met psychose-problematiek moeten naar een VVT-instelling maar die hebben vaak geen plek voor acute opvang en onvoldoende kennis over Ggz problematiek. Ouderen blijven daardoor te lang thuis of in een beschermde woonvorm waarbij regelmatig ingrijpen van de politie nodig is.

Schurende stelsels betreft ook verantwoording. Binnen het netwerktoezicht zien we dat samenwerken over organisatie- en domeingrenzen heen gehinderd wordt doordat organisaties zich over hun eigen functioneren moeten verantwoorden en niet aangesproken op een regionale verantwoordelijkheid. Voor dit laatste bestaan nog te weinig aangrijpingspunten in de betreffende wetgeving. Bijvoorbeeld: de gemeente heeft volgens de Wmo wel de verantwoordelijkheid voor adequate zorg voor ouderen, maar heeft geen zeggingskracht over zorgkantoren of zorginstellingen. Zorgkantoren worden aangesproken op regiovisie maar de Wlz biedt eigenlijk geen handvaten om samenwerking onderdeel te maken van inkoop.

### **Geïstitutionaliseerde professionele beroepsdomeinen**

In de houtkoolschets, maar ook in onze drie onderzoeksprojecten, zien we de weerbarstigheid van gevestigde beroepsdomeinen terug. Regelmatig wordt er geopperd om met 'nieuwe zorgprofessionals' te gaan werken op het snijvlak van cure en care, en medische zorg en sociaal domein. Dit ideaalbeeld leeft al ruim tien jaar in Nederland, en is, ondanks de unieke wettelijke inbedding van de verpleegkundig specialist en physician assistant, op veel plaatsen nog niet tot wasdom gekomen. Waar dat wel zo is, is dit veelal zwaarbevochten. Onduidelijkheid over competenties, wettelijke eisen en gebrek aan vertrouwen maken dat taakherschikking in de praktijk lastig te realiseren is. VS'en en PA's doen veelal niet waar ze voor opgeleid zijn, en artsen houden meestal vast aan hun (zich toegeëigende) rol als supervisor waardoor de 'nieuwe professionals' hun vernieuwende rol onvoldoende kunnen invullen. Wettelijke belemmeringen spelen hierbij ook een rol; een VS of PA mag bijvoorbeeld niet schouwen.

De beroepsdomeinenstrijd speelt ook binnen een beroepsgroep: huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde claimen ieder een eigen expertise, waardoor ze aanvullend op elkaar blijven i.p.v. integraal samenwerken. Dit vraagt extra capaciteit ('van beide moeten er voldoende zijn') terwijl capaciteit gewonnen zou kunnen worden bij meer integrale samenwerking.

### **Focus op 'kloppende plaatjes'**

Het is aantrekkelijk om met grote oplossingen te komen zoals een stelselwijziging (bv regionalisering) of oplossingen in de trant van 'big data' waarbij alles in een keer klopt. Hoe aantrekkelijk het ook lijkt: consulten op afstand, sturen op data en het ontwikkelen van nieuwe woonvormen waarbij een oudere plotsklaps wel thuis kan blijven; de praktijk is minder 'clean'. Dit geldt ook t.a.v. ICT. Het is waar dat 'Covid' een vliegwieleffect heeft gehad op het gebruik van technologie (bv. een consult op afstand), maar het is even 'waar' dat in de praktijk van de langdurige zorg ICT-voorzieningen vaak niet opgewassen zijn tegen het ideaal van zorg op afstand. We zien regelmatig haperende wifi-netwerken en ICT-systemen die niet op elkaar aansluiten waardoor samenwerking en consulten op afstand niet lukken. Dit gaat verder dan praktische problemen, bijvoorbeeld omdat ICT-systemen zijn afgesteld op organisatie- of sectorspecifieke eisen en daardoor lastig over grenzen heen communicatie mogelijk maken.

In het Toezicht op Netwerken-onderzoek zien we verder hoe lastig het is een netwerk in kaart te brengen: vaak zijn vele zorg- en hulpverleners in een geografisch gebied actief, en wie behoort er wel/niet tot een netwerk? Daar is moeilijk zicht op te krijgen. Pijnlijk genoeg komen juist de kwetsbaarste mensen niet in beeld als we een netwerk proberen te construeren; zij vallen vaak door de mazen van het netwerk heen. Door te focussen op het lokale en situationele zien we soms juist hele bijzondere en kleinschalige vormen van samenwerken waar juist de kwetsbare groepen profijt van hebben. Meer aandacht voor het kleine en regionale kan helpen, waarbij 'opschalen' soms juist niet mogelijk is (daarvoor is het te specifiek) – al kan er mogelijk wel worden geleerd van lokale werkzame mechanismes.

In het ideale plaatje gaat het ook over de beschikbaarheid van mantelzorg. In de onderzoeken zien we dat het betrekken van het informele netwerk niet altijd beschikbaar, wenselijk of haalbaar is. Regio's verschillen bovendien sterk in termen van geografische spreiding (denk bijvoorbeeld aan de eilandenstructuur van Zeeland), waardoor reisafstanden voor naasten relatief lang zijn. Niet alleen tussen maar ook binnen regio's kunnen grote verschillen in problematiek bestaan. In rurale gebieden waar sprake is van een sterke vergrijzing en ontgroening, zijn mantelzorgers tevens ook een oudere met mogelijk een zorg- en ondersteuningsvraag. Hier is nog onvoldoende oog voor. Mantelzorgers hebben adequate en professionele begeleiding nodig, zeker als de zorg langer gaat duren. Het valt op dat de rol van de thuiszorg in de discussies veelal nog onderbelicht is.

## Lessen voor de acute zorg

Wat leren deze inzichten uit het onderzoek over de houtkoolschets? De houtkoolschets is een mooi toekomstbeeld; de onderzoeksresultaten laten echter ook de weerbarstigheid van de praktijk zien. Samenwerking en integraliteit zijn, net als ICT in de zorg, nog lang geen vanzelfsprekendheid. Wettelijke barrières wegnemen is een ideaal, maar niet altijd (meteen te) realiseren; nieuwe wetgeving creëert bovendien weer nieuwe onderscheidingen die integratie nodig maken. Daarom is het zinvol om te leren van waar het wel werkt en veelbelovende initiatieven te ondersteunen. Komen tot gedeelde probleemdefinities en samen op te trekken in een regio vergt vooral flexibiliteit in verantwoording en financiële speelruimte, net als enige drang om niet in goede bedoelingen te blijven hangen en tot concrete en verantwoorde samenwerking te komen.

Een aantal praktische suggesties kunnen hierin helpen:

- Stimuleer dat binnen regio's wordt gewerkt aan gezamenlijke probleemdefinities. Door problematiek gezamenlijk te onderzoeken komen regionale spelers gemakkelijker tot elkaar en tot onderlinge afspraken. Regionale VTV's kunnen hier een rol in spelen, maar naast kwantitatieve epidemiologische data is het ook van belang om verhalen van burgers en professionals als input te gebruiken. De IGJ kan hier eventueel ook een bijdrage leveren door indicatoren te ontwikkelen die prestaties op regio-niveau definiëren.
- Stimuleer regionale triage-systemen en bijpassende opvang waarbij eerste en tweede lijn en VVT betrokken is, en waarbij professionals die direct contact hebben met cliënten, zoals de thuiszorg een belangrijke rol spelen. Dergelijke systemen bevorderen dagelijks contact tussen zorgwerkers uit verschillende instellingen en professies en bevorderen daarmee het ontstaan van een gezamenlijke taal en routines. Korte lijntjes werken.
- Stimuleer een grotere flexibiliteit van zorgwerkers en organisaties waarbij verantwoording achteraf plaatsheeft en input geeft voor gezamenlijk leren. Betrek hierbij ook de IGJ en de NZa.
- Ga niet uit van een 'one size fits all' benadering, maar maak het mogelijk dat regio's zelf hun prioriteiten stellen en organisatievormen vinden die het beste bij hun past. Zorg daarbij wel voor landelijke sturing en verantwoording om een te grote mate van vrijblijvendheid – en gevaar van stagnatie— te voorkomen.
- Stimuleer de koppeling tussen zorginstellingen, financiers en onderwijs- en onderzoeksorganisaties, bijvoorbeeld in de vorm van regionale leernetwerken.