

Een (onverwacht) antwoord op de te verwachten personeelskrapte in de zorg

Er hangen donkere wolken boven de publieke sector en met name in 'de zorg' en 'het onderwijs' worden grote personeelstekorten verwacht. De veronderstelling is dat 'de zorgvraag' enorm is toegenomen en de komende 25 jaar verder zal toenemen. Ik wil daar een andere veronderstelling tegenover zetten: het zorgaanbod is enorm toegenomen en heeft heel Nederland afhankelijk gemaakt van een steeds slechter functionerend gezondheidszorgsysteem.

1. Ontwikkelingen

Vanaf eind jaren tachtig in de vorige eeuw is de zorg in Nederland sterk veranderd. Daar waar in de jaren zeventig en tachtig Maatschappelijke Gezondheidszorg als filosofie leidde tot een buurtgerichte eerstelijnszorg met de driehoek huisarts-wijkverpleging-maatschappelijk werk als basisstructuur werd gekozen voor een regionalisering met als gevolg grote regionale VVT organisaties. Dit ging gepaard met een sterke stijging van het aantal specialismen en specialisten. Zorgverlening werd steeds meer gezien als een lineair proces en bestuurskundige en bedrijfskundige inzichten gingen steeds meer bepalen hoe de zorgorganisaties georganiseerd waren. Taakdifferentiatie werd gezien als een verbetering van de productiviteit en de efficiency. Op alle onderdelen in de zorg (eerste lijn/tweede lijn, GGZ, Jeugdzorg) is dit nog steeds de dominante manier van kijken naar zorgprocessen.

2. Consequenties

De hierboven beschreven ontwikkeling heeft een enorme impact gehad op de uitkomsten van de zorg. In de wijkverpleging is de zorg in 30 jaar tijd geëxplodeerd. Daar waar in een buurt van 10.000 inwoners 10 zorgverleners nodig waren voor wijkverpleging, jeugdgezondheidszorg en preventie werken nu tussen de 100 en 120 mensen in verschillende rollen aan dezelfde taken. Het werk van een wijkverpleegkundige in de jaren tachtig wordt nu door 10 verschillende personen uitgevoerd (casemanagers, sociale wijkteams, praktijkondersteuners, indicatiestellers etc).

Het zorgproces is gefragmenteerd en daar waar eerder de focus lag op het voorkomen en oplossen van problemen zijn organisaties steeds meer gericht op het bieden van taken en consulten. Door de schaalvergroting zijn de organisaties veel complexer geworden en is de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en zorgvrager ondergeschikt geworden aan de organisatie en organisatiebelangen. Het Ministerie van Financiën stuurt letterlijk het Ministerie van VWS. Commerciële prikkels zitten overal in het systeem en leiden tot steeds meer zorg. Steeds meer (buitenlandse) investeerders zien de zorg in Nederland als een lucratieve handel.

De belangrijkste conclusie wat betreft de consequenties is dat er veel zorg wordt geleverd (naar schatting 30%) die niet nodig is of voorkomen had kunnen worden. De toezichtsorganen, VWS, NZA en de brancheorganisaties zijn steeds meer gericht op het verdedigen van belangen en de kennis over goede praktijken of de beste interventies is ondergeschikt aan die belangen. Omdat beroepsethiek steeds minder een rol speelt in het zorgproces en de bureaucratie al jaren een 'onhandelbaar monster' is verlaten veel goede beroepsbeoefenaren hun vak.

3. Oplossingen

Wanneer je datgene wat onder consequenties beschreven staat omdraait heb je volgens mij een belangrijk aantal oplossingen in beeld. Bij Buurtzorg hebben we de ervaring dat een vereenvoudiging van het zorgproces en het combineren van de taken zowel de uitkomsten als het werkplezier aanzienlijk kunnen verbeteren.

In 10 jaar tijd is de gemiddelde tijd die een zorgvrager nodig heeft gehalveerd; dit is ook zichtbaar in de jaarlijkse begroting voor wijkverpleging in de Tweede Kamer: het enige onderdeel waar geld overblijft (25%).

Met 16 collega organisaties heeft Buurtzorg een transitieplan ontwikkeld waarin voorgesteld wordt om op basis van 5 thema's de patronen in de zorg aanzienlijk te veranderen. Wanneer we dat doen zal er geen personeelsprobleem ontstaan. In de twee bijlagen staat beschreven hoe deze transitie eruit kan zien. We zullen onze focus moeten verleggen van de regio naar de buurt, alle mogelijkheden daar optimaal benutten, preventief te werk gaan en vooral ook blijven leren naar wat we doen door uitkomsten te monitoren en te delen. Met 'de buurt als ecosysteem voor maatschappelijke gezondheidszorg' kunnen we een ramp voorkomen!

Almelo, 15 april 2024

Jos de Blok

Visie en onderliggende thema's van ons transitieplan



Historische context nodig voor begrijpen van uitdagingen

Historische patronen: van maatschappelijkheid naar 'zorgsysteem'

1960-1990	1990-2000	2000-2010	2010-2022
<p>Maatschappelijke zorg</p> <p>Gezondheidszorg heeft maatschappelijk karakter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterke 1^e lijn: huisarts, wijkverpleging, Kruisverenigingen, etc. • Bescheiden en overzichtelijk aantal specialismen in ziekenhuizen 	<p>New Public Management</p> <p>Introductie new public management filosofie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marktprikkels (efficiëntie) • Bedrijfsmatige aansturing/managementlagen • Bureaucratisering & controle • Toenemende fragmentatie, scheiding van taken, specialisatie • Regionalisering, o.b.v. planningsmanagement 	<p>Hervorming zorgstelsel</p> <p>Nieuw zorgstelsel vanaf 2006, meer focus op marktdenken en IT ('zorgsysteem'):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opkomst bedrijfsconsultants • Scheiding denken (manager) vs. doen (zorgprofessionals) • Taakgericht werken (bv. casemanagement dementie) • Aanpassingen AWBZ: maatschappelijke zorg in WMO en bij GGD 	<p>Transformatie behoefte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorginfarct! We lopen vast in structuren en patronen • Het moet anders: "verandering van tijdperken in plaats van tijdperk van verandering" (Jan Rotmans) • Start transitieprogramma's: Passende Zorg, IZA, etc.