

Zorg regisseer je aan de keukentafel

Over beleid, eigen regie en participatie

Inleiding

De ouderenzorg verandert ingrijpend. Ouderen blijven langer thuis wonen en de regie ligt voortaan bij hen zelf. Hulp moet in de eerste plaats komen van mantelzorgers, daarna pas van de gemeente, zorgverzekeraars en zorginstellingen. De overheid gaat in haar plannen uit van een dergelijke participatiemaatschappij, al is het alleen maar om de zorgkosten van de vergrijzende bevolking in de hand te houden. De maatschappelijke bereidheid tot participatie is er, zo blijkt uit de gesprekken die Zorgbelang Fryslân voerde met 200 inwoners in de gemeente Dongeradeel. Maar de vraag is: hoe zorg je ervoor dat die participatie en eigen regie ook van de grond komt?

Dat kan alleen met een ander model voor financiering en toeleiding tot zorg, is de conclusie van Zorgbelang Fryslân.

Ervaringen in Dongeradeel

De Friese gemeente Dongeradeel omvat Dokkum en 28 andere dorpen. Het aantal inwoners in de gemeente daalt – tussen 2010 en 2030 met bijna 6% - en er komen steeds meer ouderen. In 2040 is ongeveer 30% van de inwoners van Dongeradeel ouder dan 65 jaar, zo voorspelt het Planbureau voor de Leefomgeving.

Zorgbelang Fryslân voerde gesprekken met meer dan 200 inwoners en 30 patiënten in Dongeradeel. Daaruit blijkt dat patiënten zelf niet snel om hulp vragen. Veel wordt binnen het gezin opgelost. En wie zijn buren of uiteindelijk wel kan en wil helpen, heeft moeite om zijn weg te vinden in de protocollen van de zorgsector. De buurt weet niet wat ze zelf kan of mag doen en men wil de professional niet voor de voet lopen of werkloos maken.

Zorgorganisaties, zorgverzekeraars en de gemeente van Dongeradeel dragen de regie van de burger hoog in het vaandel. Patiënten en kwetsbare ouderen willen die regie ook, maar merken in de praktijk dat hun regie wordt beperkt en dat er met hun inbreng niet veel wordt gedaan.

De ervaringen in Dongeradeel stemmen tot nadenken. Woorden in een verordening of regels in het inkoopbeleid of met een getoetst kwaliteitssysteem blijken niet voldoende te helpen. Hoe krijg je de eigen regie en participatie dan wel van de grond?

Scenario's

Op basis van de meest dominante sturingsinstrumenten en de kernbegrippen 'eigen regie' en 'participatie' is een aantal scenario's ontwikkeld. De scenario's maken inzichtelijk dat de sturing door de financiers gedrag van zorgaanbieders stimuleert of afremt. En het gedrag van de zorgorganisatie bepaalt mede de mate waarin de klant zelf de regie kan voeren en of de gemeenschap uitgenodigd wordt om te participeren. Met andere woorden: Het ene gedrag lokt het andere gedrag uit.

Daarmee is niet gezegd dat we met dit model in de hand naar elkaar kunnen gaan wijzen. Elke zorgorganisatie heeft vanuit visie zijn eigen keuzevrijheid en elke hulpverlener kan bij de klant thuis zelf zijn gedrag bijstellen. Het is onzinnig om te stellen dat de cliënt nu niet de regie kan hebben. Wel maakt het duidelijk dat hij dat makkelijker kan in het ene scenario dan in het andere.

Sturingsinstrumenten

Overheden en zorgverzekeraars hebben diverse sturingsinstrumenten om beleid vorm te geven. Binnen het huidige zorgstelsel zijn

- de toeleiding tot de zorg
- en de wijze waarop de zorg ingekocht en gefinancierd wordt

de meest dominante.

De huidige vormen van toeleiding (geprotocolleerde toeleiding) en financiering (productiefinanciering) zijn samen met twee alternatieven (de versterkte eigen keuze en populatiebekostiging) op een verticale en een horizontale as geplaatst waardoor er een kwadrant met verschillende rollen ontstaat.

Geprotocolleerde toeleiding

Toeleiding tot de zorg is het sturingsinstrument dat bepaalt wie, wanneer en hoe lang zorg krijgt. Zo is – bijvoorbeeld - op dit moment het CIZ verantwoordelijk voor de toeleiding naar de zorg binnen de AWBZ. Het CIZ beoordeelt de situatie van de patiënt (op afstand) aan de hand van protocollen en geeft op basis daarvan een indicatie af in functies, klassen en in duur. De patiënt heeft een dergelijke indicatie nodig, maar daarmee is niet gezocht naar een oplossing voor zijn probleem.

Productiefinanciering

De manier waarop de zorg nu gefinancierd wordt, is gebaseerd op productie. Zorgprofessionals en – organisaties krijgen dus een vergoeding op basis van hun geleverde productie. Hierdoor wordt de vraag van de cliënt – eenmaal binnen het domein van de zorg – al ras vertaald naar een zorgvraag, waarop een gefinancierde oplossing (een aanbod) geleverd wordt. De achterliggende behoefte of het probleem van de cliënt raakt buiten beeld. Bovendien remt productiefinanciering innovatie af (gaat dit project mij productie kosten?) en staat samenwerking hierdoor sneller op scherp.

Alternatieven

Versterkte eigen keuze

Een alternatief en tegengesteld model voor geprotocolleerde toeleiding is de ‘versterkte eigen keuze’. De klant formuleert zelf de best mogelijke oplossing voor zijn situatie. Hij doet dat in gesprek - ‘aan de keukentafel’ – met iemand die zijn vraag kan verhelderen en hem kan ondersteunen bij het zoeken naar oplossingen, zoals een Omtinker, Meitinker of Buurtvrouw. Uitgangspunt daarbij is dat gekeken wordt naar de oplossing die de klant vanuit zijn beschikbare kracht en netwerk zelf kan realiseren maar vooral ook zelf kiest.

In de eerste lijn zijn al ervaringen opgedaan met deze vorm van toeleiding (onder meer ‘t Skewiel in de Trynwâlden, Mienskipsoarch in Boarnsterhim en de Buurtvrouw in Leeuwarden). In de tweede lijn zijn nog weinig ervaringen opgedaan. De huisarts of praktijkverpleegkundige kan hierin (eventueel met ICT-ondersteuning) als poortwachter een belangrijke rol vervullen. Versterkte eigen keuze zal ook daar leiden tot daling van zorgconsumptie en een grotere tevredenheid van patiënten en cliënten.

Populatiebekostiging

Een alternatief financieringssysteem is populatiebekostiging.

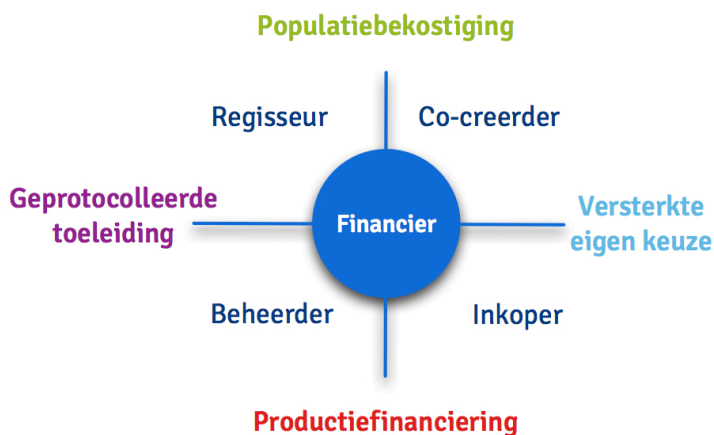
De essentie van populatiebekostiging is dat de aanbieder het budget beheert. Dit budget is gebaseerd op een bedrag per verzekerde, per doelgroep of per inwoner en komt in onderhandeling met de verzekeraar of gemeente tot stand. Om met het budget uit te komen, ontstaat er bij de aanbieder een prikkel tot doelmatigheid en preventie.

Kwadranten

Als de twee vormen van toeleiding op een horizontale as worden geplaatst en de financieringsvormen op een verticale as, ontstaat onderstaand kwadrant. Allereerst worden de rollen van de financier binnen dit kwadrant beschreven. Daarna komen zorgaanbieders aan bod en aan het eind worden de consequenties hiervan voor de cliënt in kaart gebracht.

De Financier

De vier scenario's geven vier verschillende rollen voor de zorgverzekeraar of gemeente: die van regisseur, co-creëerder, beheerder of inkoper .



Afbeelding 1: De financier

Beheerder

Het huidige zorgstelsel bestaat uit een geprotocolleerde toeleiding en uit productiefinanciering. Per klant is vooraf bekend welke zorg, hoeveel zorg en tegen welk tarief gefinancierd wordt. Daarmee neemt de verzekeraar of de gemeente de rol van 'beheersorganisatie' op zich. In het inkoopbeleid van de financier staan de (vele) voorwaarden waaraan een zorgorganisatie moet voldoen en hoe hij zich dient te verantwoorden.

Regisseur

Met populatiebekostiging geeft de zorgverzekeraar of gemeente meer ruimte aan een derde partij (zorgorganisatie) om het beleid vorm te geven. Als de toeleiding geprotocolleerd is, zal het zorgaanbod zich blijven richten op het – geïndiceerde - product en blijft de prikkel tot preventie uit. Het populatiebudget wordt immers aangepast aan de 'toeleidingsaantallen'. In dit scenario heeft de gemeente of zorgverzekeraar de rol van regisseur. Voor het inkoopbeleid voldoet de klassieke vorm van aanbesteding. In sommige gemeenten is de huishoudelijke zorg volgens deze methode georganiseerd.

De participerende burger

In een van de dorpen was men ontevreden over de dagbesteding verderop in de stad. Die was ver weg, moeilijk te bereiken en sloot amper aan bij de leefwereld van de groep kwetsbare ouderen in het dorp.

Een van de dorpsbewoners kwam met een alternatief: hij wilde wel een paar keer per week gaan koken met een groep ouderen. Ook kende hij een dorpsgenoot die veel verhalen van vroeger wist te vertellen. En wellicht kon de Zorgorganisatie verderop een keer per week een fysiotherapeut langs sturen voor wat oefeningen en gymnastiek?

Co-creëerder

Een versterkte eigen keuze in combinatie met populatiegerichte bekostiging geeft de financier maximale vrijheid aan zorgorganisaties (en andere partijen) om de zorg – binnen een vastgesteld budget – vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid vorm te geven. Het budget staat van tevoren vast. Als de samenwerkende partijen de verplichting op zich nemen om - zonder wachtlijsten - iedereen te helpen, is een indicatie niet langer noodzakelijk.

De verordening of het inkoopbeleid stelt maar weinig

kwaliteitseisen. De zorg (of de wijk of populatie) wordt maatschappelijke aanbesteed: diverse partijen worden uitgenodigd om verantwoordelijkheid te dragen voor het vraagstuk.

Zo kan de gemeente de vraag “Wie wil ons helpen om de zorg voor ouderen zo te organiseren en uit te voeren, dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig met plezier in de wijk kunnen blijven wonen?”¹ breed bij verschillende partijen neerleggen. En de zorgverzekeraar kan met een vergelijkbare vraag de zorg en behandeling rondom COPD inkopen.

Door de vraag ruim te stellen, kunnen nieuwe oplossingen ontstaan. Zo is op gemeentelijk niveau een samenwerkingsverband tussen wijkvereniging, welzijnsorganisatie, zorgaanbieders en ROC goed denkbaar.

En wordt in het tweede voorbeeld een heel andere vorm van samenwerking tussen specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten en fitnesscentra of zwembaden mogelijk.

Inkoper

Bij productiefinanciering in combinatie met de versterkte keuze van de klant wordt de vraag aan de keukentafel verhelderd. Dit leidt tot een aanbod op maat (trekkingsrecht) dat vervolgens door de gemeente of zorgverzekeraar wordt ingekocht bij de zorgaanbieder naar keuze. De rol van zorgverzekeraar of gemeente laat zich dan het beste omschrijven als “inkoper”. Als een klant ontevreden is over de zorg, kan hij eenvoudig overstappen naar een andere aanbieder. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de situatie van een populatiegerichte bekostiging.

In dit model dienen de vraagverheldering en het aanbod (levering) organisatorisch gescheiden te zijn, omdat de zorgorganisatie baat heeft bij een zo groot mogelijke inkoop.

De zorgaanbieder



De keuzen die de gemeente en zorgverzekeraar maken zijn van invloed op het type organisatie van de zorgaanbieder. Het is aan de zorgaanbieder hoe hij zijn organisatie inricht, maar het beleid van de financier stimuleert een bepaald type organisatie of gedrag. Zo ligt in het huidige stelsel de focus van de zorgaanbieder op zijn productie en het voorkomen van improductiviteit.

De wens van de klant is daaraan ondergeschikt.

Afbeelding 2: de zorgaanbieder

De financiering en toeleiding stimuleren het ontstaan van de volgende type organisaties:

Productiebedrijf

Productiefinanciering in combinatie met geprotocolleerde toeleiding geeft zorgorganisaties weinig speelruimte, waardoor klanten minimale inbreng hebben in de ondersteuning die geleverd wordt.

Een dergelijke organisatie heeft grote teams die zich bezighouden met het leveren van een product of dienst, een centrale planning, een tijdsregistratie op productniveau en een verloning van medewerkers op basis van hun geleverde productie. Prikkel tot preventie ontbreken binnen het productiebedrijf en er is (formeel) geen ruimte om het aanbod op de wens van de klant af te stemmen.

¹ Al dan niet met de toevoeging; en dit tegen 75% van de huidige kosten

Aanbieder

Als er sprake is van populatiebekostiging en van een geprotocolleerde toeleiding, dan heeft een aanbieder vrijheid om de klant verschillende arrangementen aan te bieden. De organisatie heeft doorgaans een ruime hoeveelheid gestandaardiseerde producten en diensten in haar pakket die de klant (na toeleiding of aan de hand van een abonnement) met enige flexibiliteit kan afnemen. In de organisatie staat efficiënte levering van haar producten centraal. Teams hebben een bepaalde mate van vrijheid in planning en levering, waarbij de indicatie het uitgangspunt blijft. Teams werken wijkgericht onder leiding van een professional.

Bondgenoot

Bij populatiebekostiging en toeleiding aan de hand van de versterkte eigen keuze, kan de organisatie zich in dienst van de klant opstellen. Er is een prikkel tot preventie en niet de zorg van de patiënt staat centraal, maar zijn leven en de wijze waarop hij daar zelf richting aan wil geven.

Kleinschalige integrale zorgteams geven doorgaans de ondersteuning (zorg). De vragen “Wat heeft u vandaag nodig om er een goede dag van te maken?” en “Wat wilt u zelf doen of organiseren en wat kunnen wij hierin eventueel voor u betekenen?” zijn het uitgangspunt voor het handelen van het team.

In dit model verdwijnt het onderscheid in de traditionele producten (en denkkaders) verpleging, verzorging en begeleiding en ontstaan nieuwe beroepen.

Als een organisatie volgens dit model werkt, hoeven vraagverheldering en levering niet per definitie organisatorisch gescheiden te zijn. Immers; de zorgorganisatie heeft geen direct belang bij meer zorgconsumptie. Het risico dat verzorgenden willen zorgen (Frieslab noemt dit het Blauwe Fleece effect) of dat vragen van inwoners vertaald worden naar een zorgvraag (deskundigheid) blijft wel aanwezig, maar kan met inhoudelijke coaching en toetsing ondervangen worden.

Maatwerk

Productiefinanciering in combinatie met versterkte eigen keuze stimuleert zorgorganisaties tot het leveren van maatwerk. De zorgorganisatie heeft met dit financieringssysteem weinig speelruimte, maar zal maatwerk leveren omdat de klant (versterkte eigen keuze) vrij eenvoudig voor andere oplossingen kan kiezen. Teams zijn ofwel integraal georganiseerd, of werken inhoudelijk samen. Inhoudelijk zal het team vaak door een wijk (buurt)verpleegkundige aangestuurd worden. Voor de beeldvorming: Buurtzorg is een organisatie die volgens deze principes georganiseerd is.

Klanten zullen in dit model tevreden zijn. Een prikkel tot preventie is er niet, behalve bij de eerste vraagverheldering. Zorgteams zullen zich blijven richten op klanttevredenheid, vergroting van productiviteit en het voorkomen van improductiviteit.

Stimulans voor patiënten en inwoners

De inrichting van het zorgstelsel is direct van invloed op het gedrag van inwoners en patiënten. Patiënten die Zorgbelang Fryslân gesproken heeft in Dongeradeel gaven allen aan dat hun mogelijkheden om sturing te geven aan zijn eigen leven binnen het huidige stelsel beperkt worden. De patiënt is afhankelijk van zorgverleners, van de tijden waarop zij komen en weggaan, van medisch denkende en kijkende dokters die haast hebben en van instanties die zijn situatie beoordelen en voorzieningen of zorg toekennen of afwijzen.

In afbeelding 3 wordt gedrag van inwoners weergegeven dat gestimuleerd wordt door het beleid van de financier en de wijze waarop de zorgaanbieder de zorg levert.



Afbeelding 3: De inwoner en patiënt

Beheers & Productiebedrijf-scenario

Het huidige stelsel van geprotocolleerde toeleiding in combinatie met productiefinanciering beperkt de regie van de patiënt. Hij heeft geen zeggenschap over de zorg die hij ontvangt, noch over de wijze waarop de zorg aangeboden wordt (tijdstippen, werkwijze, resultaat e.d.). Bij de specialist komt amper aan bod wat de diagnose betekent voor het leven van de patiënt. De geïnterviewde patiënten in Dongeradeel zijn geregeld ontevreden, maar missen de kracht, de kennis en de vaardigheden of zien geen mogelijkheid om hier verandering in aan te brengen.

In dit model kan de patiënt moeilijk zijn eigen regie behouden en krijgt de omgeving geen stimulans om in de zorg te participeren.

Regisseur & Aanbieders-scenario

Het scenario van populatiebekostiging in combinatie met geprotocolleerde toeleiding geeft de patiënt wellicht wat meer keuzemogelijkheden, zoals keuze uit diverse zorg- en service arrangementen. Maar door de wijze van indiceren heeft hij weinig regie over zijn eigen ziekteproces en de oplossingen die daarbij gevonden worden. Dit scenario stimuleert de gemeenschap om te participeren. Het gaat dan vooral om versterking en uitbreiding van het klassieke vrijwilligerswerk. De aanbieder blijft zich richten op producten en arrangementen, waardoor de vrijwilliger (de inwoner) voor taakgerichte activiteiten buiten en rondom zijn aanbod wordt ingezet.

In dit scenario is het zeer wel mogelijk dat inwoners zelf, buiten bestaande organisaties en kaders, initiatieven gaan nemen om de zorg anders vorm en inhoud te geven (PGB, Eigen Zorgcoöporatie, wisselen van aanbieder e.d.).

Co-creëerder en Bondgenoot scenario

Als de financier optreedt als co-creëerder en de zorgorganisatie zich opstelt als bondgenoot van cliënten en van de wijk, zal de wijk eerder zelf een deel van de verantwoordelijkheid op zich nemen. Hetzij als individuele inwoner, hetzij binnen de wijkvereniging, de ouderensociëteit of een gezamenlijke eetclub.

In deze situatie ontstaat wederkerig vraag en aanbod, bijvoorbeeld "we helpen", zonder dat er sprake is van een vrijwilligersverband. De aanbieder stelt zich faciliterend op aan het 'wijkproces'. Producten of arrangementen bestaan niet meer of zijn ondergeschikt aan de wens van de wijk of de cliënt.

Inkoper & Maatwerkmodel

In een scenario van productiefinanciering en de versterkte eigen keuze heeft de cliënt veel regie en wordt de zorgorganisatie uitgedaagd om maatwerk te leveren. De klant heeft immers de mogelijkheid om eenvoudig van organisatie te wisselen. De organisatie blijft belang houden bij een hoge productie in een concurrerende markt; de prikkel om de wijk mee op sleeptouw te nemen ontbreekt.

Conclusie

Willen we – zoals we allen wensen – de klant de regie laten behouden en de participatiemaatschappij een steuntje in de rug geven, dan zal het huidige financieringsmodel en de toeleiding tot zorg mee moeten transformeren.

Een ander inkoopmodel van de zorgverzekeraar, een gemeentelijke verordening die betrokkenheid van haar inwoners stimuleert, een andere aansturing van zorgteams en anders opgeleide beroepsbeoefenaren zullen de regie van de patiënt daadwerkelijk versterken en de bereidheid van inwoners om een bijdrage te leveren aan hun eigen gemeenschap vergroten.

Dat is een (financieel) noodzakelijke en uiterst boeiende uitdaging. De betrokken gesprekken met burgers en patiënten in Dongeradeel laten zien dat de bereidheid er is. De bal moet alleen nog wel binnengekopt worden.

Juni 2014

Trees Flapper, Klaas de Jong