

Eén zorgloket werkt niet. Zorg heeft vele handen en gedeelde verantwoordelijkheid nodig



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIËLE DAGBLAD



Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Reageer via expert@fd.nl.



Door de vergrijzing neemt het aantal mensen met ouderdomsziekten toe. Dat niet alleen, door toename van het aantal ouderen zijn er nu en straks meer mensen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd. De opeenstapeling van vaak chronische aandoeningen is te vatten onder de term multimorbiditeit. Een deel van de ouderen heeft ook sociale problemen, zoals eenzaamheid, een afbrokkelend sociaal netwerk en moeite om een betekenisvolle invulling te geven aan het eigen leven. Het zijn vooral mensen met een lage opleiding die worden getroffen door een chronische ziekte of multimorbiditeit. In een van zijn trendsscenario's stelt het RIVM dat in 2040 één op de drie Nederlanders twee of meer aandoeningen heeft, en bijna

één op de vijf drie of meer.

Multimorbiditeit heeft vanzelfsprekend invloed op de ervaren kwaliteit van leven. Mensen hebben te maken met meer en langdurige ziekenhuisopnames en met een groter risico op complicaties als gevolg van de interferentie van de verschillende aandoeningen. Bovendien maakt multimorbiditeit de kans op samenloop met andere niet-medische of acute problemen groter. Denk bijvoorbeeld aan huisvesting of financiële draagkracht.

De hier beschreven zorgbehoeften vragen om een brede benadering, om een aanpak voorbij de grenzen van disciplines en organisaties. Maar in de praktijk zien we juist versmalling en specialisatie. Dat zien we bij de medische en verpleegkundige disciplines en ook bij zorgorganisaties. Voeg daarbij de drempels die worden opgeworpen bij de toegang — zoals indicatiestelling en intakegesprekken — en dan wordt duidelijk dat voor kwetsbare patiënten de zorg eerder overkomt als een doolhof of een hordeloop en veel minder als een toegankelijke voorziening. Zij krijgen te maken met meerdere 'zorgloketten', soms ook met verschillende financieringsregimes, met meerdere zorgaanbieders (ziekenhuis, huisarts, verpleeghuis, revalidatiecentrum, wijkteam...) en met verschillende gespecialiseerde professionals die ieder een eigen expertise en kennisgebied hebben.

Naast de roep om een brede aanpak en de specialisatie van het aanbod is er nog een derde ontwikkeling die de zaak ingewikkelder maakt. De laatste jaren hebben de opeenvolgende kabinetten ingezet op langer thuis wonen, meer zorg en hulp thuis en een groter beroep doen op informele en mantel-

zorg. Er is sprake van vervanging van professionele hulp door informele hulp en mantelzorgers nemen uiteenlopende taken op zich. Dat kunnen klusjes in en rond het huis zijn, maar steeds vaker zijn het ook verzorgende handelingen die voorheen door professionals werden uitgevoerd.

Deze ontwikkelingen leiden tot een veranderende praktijk van zorg en hulpverlening. Zorgverleners van verschillende disciplines, van verschillende organisaties zijn samen met mantelzorgers betrokken bij de zorgverlening van één persoon. Deze huidige praktijk is fundamenteel anders dan de zorg zoals die voorheen geregeld was, toen een patiënt veel meer met één aandoening binnen de muren van één instelling naar één hoofdverantwoordelijke behandelaar ging. En het zijn nog steeds deze 'oude' formele kaders waarbinnen ook nu nog de zorg is georganiseerd.

VERANTWOORDELIJKHEID

Want de roep om één verantwoordelijke die ter verantwoording kan worden geroepen voor de zorg blijft onverminderd groot. De recente wetgeving over kwaliteit gaat nog steeds uit van één instelling waar patiënten en cliënten verblijven. En nog steeds is het heel erg moeilijk om zorg te verlenen die én in het sociale domein thuishoort én in het medische domein, terwijl dit nu harder nodig is dan ooit. Ook het tuchtrecht gaat uit van één professional die eindverantwoordelijk is, terwijl de ervaring leert dat zorg steeds meer teamwerk is.

Een calamiteit is vrijwel nooit aan één professional toe te schrijven. Het is veelal een keten van gebeurtenissen waarbij niet alleen professioneel han-

delen in het geding is maar ook organisatieaspecten zoals een dienstrooster, zorg op twee locaties of de wijze van overdracht. We hebben steeds meer te maken met gemengde netwerken waarin uiteenlopende professionals en steeds vaker ook mantelzorgers aan het werk zijn. Soms is wie de verantwoordelijkheden zijn helder, maar vaker is de verdeling ervan diffuus. Zo kan het gebeuren dat de partner van de patiënt in de avonden de zorgtaken uitvoert, die de verpleegkundige overdag voor haar rekening neemt.

GRENZENWERK

Deze kwestie van de vele handen waarbij verantwoordelijkheid delen de norm is, krijgt veel te weinig aandacht. Organisatorische oplossingen zoals een casemanager, ketenregisseur, of de 'éénloketaanpak' zijn niet meer dan symptoombestrijding. Het is belangrijker om overlappende verantwoordelijkheden te accepteren, om professionals op de grenzen van hun vak te laten werken zodat zij weten wanneer zij de ander er bij moeten halen. Grenzenwerk noemen wij dat.

Er zijn allerlei nieuwe initiatieven tussen ziekenhuis, verpleeghuis en thuis met de inzet van wijk- en buurtteams. Maar het zal pas een succes zijn als samenleving en wetgever accepteren dat zorg verlenen teamwerk is en dat er vele handen aan het roer staan. Om dit te bereiken is het nodig dat professionals elkaar wat gunnen, dat zij over de eigen grenzen heen werken en verantwoordelijkheid dragen. Ook de wetgever moet lering trekken uit deze veranderende zorgpraktijk en afzien van de vanzelfsprekendheid dat er altijd één verantwoordelijke kan worden aangewezen (en aangeklaagd).

Multimorbiditeit maakt de kans op samenloop met andere acute problemen groter