

Ronde tafel conferentie “Transmurale zorg door de sectoren heen”

Graag nodigen wij u uit voor de Ronde tafel conferentie over transmurale zorg op

**Vrijdag 17 juni 2016 van 9.30 tot 13.00 uur
in de Van Nelle Fabriek in Rotterdam.**

De conferentie

Er is veel te leren van de ervaringen met transmurale samenwerking door de zorgsectoren heen. Meer begrip van knelpunten door de sectoren heen, kan veel helpen bij de versterking van transmurale netwerken. Tijdens de rondetafelconferentie worden de ervaringen uit verschillende sectoren gedeeld en worden algemene lessen getrokken. Sleutelpersonen uit sectoren waar veel transmurale projecten voorkomen, verzorgen korte inleidingen.

Vraagstelling

Wat kunnen we leren van de ervaringen met de versterking van transmurale samenwerking in de verschillende zorgsectoren? Hoe komen successen tot stand, waar liggen de obstakels? Wat zijn algemene lessen die te trekken zijn over de aanpak en vormgeving van transmurale samenwerking? Welke factoren zijn bepalend voor een succesvolle aanpak?

Programma

Aan de hand van praktijkvoorbeelden worden ervaringen uitgewisseld uit verschillende zorgsectoren. Victor Pop, huisarts en hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg presenteert een succesvol transmuraal project. Ad Standaart, partner van Bureau Obelon haalt de rode draden uit de transmurale projecten in de Obelon portefeuille.

Ronde tafel conferentie “Transmurale zorg door de sectoren heen”

Toelichting op het onderwerp

Ontwikkelingen in de transmurale zorg

Al decennia wordt er gesproken over transmurale samenwerking. Er zijn goede voorbeelden, maar toch blijft de praktijk weerbarstig en ontoereikend.

In alle zorgsectoren lijkt transmurale samenwerking een kwestie. Het is het belangrijkste onderwerp van de consortia **palliatieve zorg** die in het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg werden opgericht.



Verbetering transmurale samenwerking: van geboortezorg tot palliatieve zorg

26 jun 15

Niets lijkt verder van elkaar af te staan dan geboortezorg en de zorg tijdens de laatste levensfase: de palliatieve zorg. Ze hebben echter meer gemeen dan op het eerste gezicht lijkt. Een geboorte is geen ziekte, maar het natuurlijke begin van een mensenleven en ook in de laatste levensfase staat niet de ziekte maar de kwaliteit van het leven centraal. Ze hebben dan ook gemeen dat de medische zorg een onderdeel en niet de hoofdmoot van de zorg is. Voor de organisatie van de zorg is dat een grote uitdaging. Bij onze projecten onder integrale geboortezorg en palliatieve zorg, leest u daar meer over.

In de agenda van de **geboortezorg** staat transmurale samenwerking centraal. Op steeds meer plekken ontstaan transmurale initiatieven onder druk van de invoering van een integraal tarief.

De **huisartsenzorg** kent al lang transmurale zorgprogramma's, vooral voor chronisch zieken. Er zijn anderhalve lijn centra opgericht en er vinden steeds meer poliklinische handelingen in de eerste lijn plaats.

Ziekenhuizen merken steeds meer de gevolgen van substitutie en concurrentie en zien in toenemende mate het belang van een goede inbedding in de eerste

lijn. De decentralisaties naar de gemeenten tenslotte, leiden tot een heroriëntatie op de verhouding tussen de algemene versus de meer specialistische **chronische, geestelijke en jeugdzorg**.

Waarom is transmurale samenwerking zo moeilijk?

Waarom lijkt transmurale samenwerking vaak een blijvend gevecht te zijn en is het realiseren ervan zo weerbarstig? Waarom is het zo moeilijk tot stand te brengen en vallen de resultaten vaak zo tegen? Zijn de kracht en werking van de bestaande structuren in de zorg zo sterk dat pogingen om nieuwe verbindingen te maken, steeds weer verzanden?

Zicht op de achterliggende dynamiek

Een goed begrip vraagt naar onze ervaring zicht op de dynamiek waarin de samenwerking tot stand moet komen. Er zijn in onze visie minimaal vier specifieke dynamieken die hierbij van belang zijn.

Transmurale samenwerking gaat *in de eerste plaats* over samenwerking en dat is al moeilijk genoeg, vooral als het meerdere zorgverleners rond dezelfde patiënten betreft. Een zorgverlener is over het algemeen gewend om een intake te doen, een behandelplan op te stellen en deze uit te voeren. Een rolverdeling met meerdere zorgverleners, zeker van een andere discipline, schept een moeilijke situatie. De diagnose en de verantwoordelijkheid voor de zorg moeten gedeeld worden met een collega uit een ander vakgebied.

In de tweede plaats moet transmurale samenwerking intramuraal werkenden verbinden met ambulante werkende zorgverleners. Deze verschillen van omgeving blijken in de praktijk erg groot. De intramurale wereld heeft zijn eigen institutionele ritme en regelgeving. Het gegeven dat patiënten binnen de muren van het ziekenhuis aanwezig zijn of daar op bezoek komen, maakt een groot verschil met zorgverleners die gewend zijn patiënten thuis in hun eigen omgeving te bezoeken.

In de derde plaats vindt transmurale samenwerking plaats in het spanningsveld tussen generalisme en specialisme. De spanning tussen het enerzijds generalistische, ambulante, eerstelijnsveld met dat van de specialistische tweede lijn is kenmerkend voor de organisatie van gezondheidszorg. De zorg specialiseert zich al decennia zeer sterk en daartegenover staat veel beleidsinzet om een sterke eerstelijnszorg te handhaven. Spanning ontstaat omdat het generalistische en specialistische werkveld elkaar vanzelfsprekend overlappen. Het zijn verschillende oriëntaties (breedte en diepte) die voortdurend opnieuw afstemming vragen om een goede complementariteit en overdracht te bereiken.

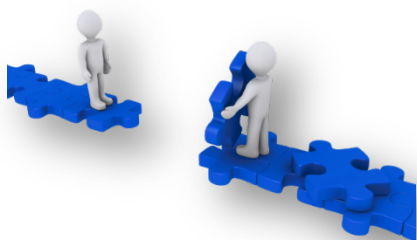
In *de vierde plaats* moet transmurale samenwerking bekeken worden vanuit het perspectief van de financiering en bestuurlijke verhoudingen. In steeds sterkere mate zijn financieringsregelingen een instrument van beleidsbeïnvloeding door de financier geworden. Denk aan de dbc's om marktwerking en transparantie te bevorderen en de integrale tarieven om ketensamenwerking af te dwingen. De resultaten van deze inzet zijn wisselend effectief en hebben niet zelden onvoorziene effecten.



Omdat het zorgveld in belangrijke mate met geld wordt beloofd of bestraft zet het zich in om zoveel mogelijk financiële zekerheden te behouden. Er wordt bijvoorbeeld voorgesorteerd door schaalvergroting of extra ingezet op de omzet waarin de actuele financieringsregeling nog wel voorziet.

Onvoorzien effect kan dus zijn dat een financieringsregeling averechts werkt. Zo leidde het integrale tarief voor ziekenhuizen tot de oprichting van medisch specialistische bedrijven, waarvan het nog allerminst zeker is of die de integratie binnen het ziekenhuis bevorderen.

Van de integrale financiering van transmurale ketens is het effect eveneens nog meerduidelijk. Bijvoorbeeld: hoewel de komst van een integraal tarief geboortezorg tot een sterke dynamiek in de geboortezorg ketens leidt, moet anderzijds worden vastgesteld dat betrokkenen sterker worden aangesproken op hun belangen en positie dan misschien wenselijk is voor de zorg aan moeder en kind.



Bruggen slaan op drie niveaus van samenwerking

Een onderscheid naar niveaus van samenwerking biedt in onze visie geschikte aanknopingspunten voor verbetering.

Zo blijkt algemene kennis over **samenwerken** nog steeds relevant. Onderlinge bekendheid, informeel contact, kennis van elkaars mogelijkheden en beperkingen, blijven een belangrijke basis voor samenwerking. Daarnaast is een gedeelde missie onontbeerlijk. Er moet een eenduidige doelstelling zijn waar alle deelnemers de waarde van zien. Samenwerken gaat immers over kosten en baten en als de baten niet gezien worden zullen de kosten niet gedragen worden.

In de tweede plaats is een goede **organisatie** van de samenwerking onontbeerlijk en dat reikt verder dan een specifieke organisatievorm. Er moet vooral worden voorzien in verbinding en in stuurvermogen en vooral dat laatste blijft niet zelden onderbelicht. Stuurvermogen gaat vooral over de kwaliteit van het gesprek en uiteindelijk van de besluitvorming. Dikwijls wordt gedacht dat hierin met de keuze van een rechtsvorm, zoals een stichting of een coöperatieve vereniging wordt voorzien, maar de praktijk is anders. De effectiviteit van besluitvorming hangt maar ten dele van een rechtsvorm of organisatievorm af.

Belangrijker zijn de achterliggende verantwoordelijkheidsverdeling en de vergadercultuur. Geprobeerd moet worden de verantwoordelijkheden zo te verdelen dat er voldoende handelingsruimte bestaat op de verschillende niveaus van de organisatie en niet iedereen over alles hoeft te spreken. Dit vraagt van zorgverleners, managers en bestuurders besef van de eigen en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid, zodat een constructief samenspel kan ontstaan. Daarom is niet de formele structuur, maar vooral de cultuur en ook de vaardigheden binnen de organisatie bepalend voor een effectieve besluitvorming.

In de derde plaats hangt transmurale samenwerking samen met de **bestuurlijke en financiële randvoorwaarden**. Transmurale samenwerking vergt ook een verbinding van de institutionele omgeving en daar liggen niet zelden problemen. Het commitment van bestuurders van betrokken organisaties is in de eerste plaats op de eigen organisatie gericht en vaak opportunistisch als het om overstijgende belangen gaat. Dat wil zeggen dat de bereidheid om mee te bewegen met transmurale partners vooral beperkt kan zijn tot het te behalen eigen directe voordeel en het zicht op de korte termijn.

Negatief effect hiervan is dat de deelnemende zorgverleners terughoudend worden omdat ze dit in de houding van hun leidinggevenden bespeuren. Bovendien is er een reëel risico dat besturen er inderdaad de stekker uittrekken als de wind een andere kant opwaait.