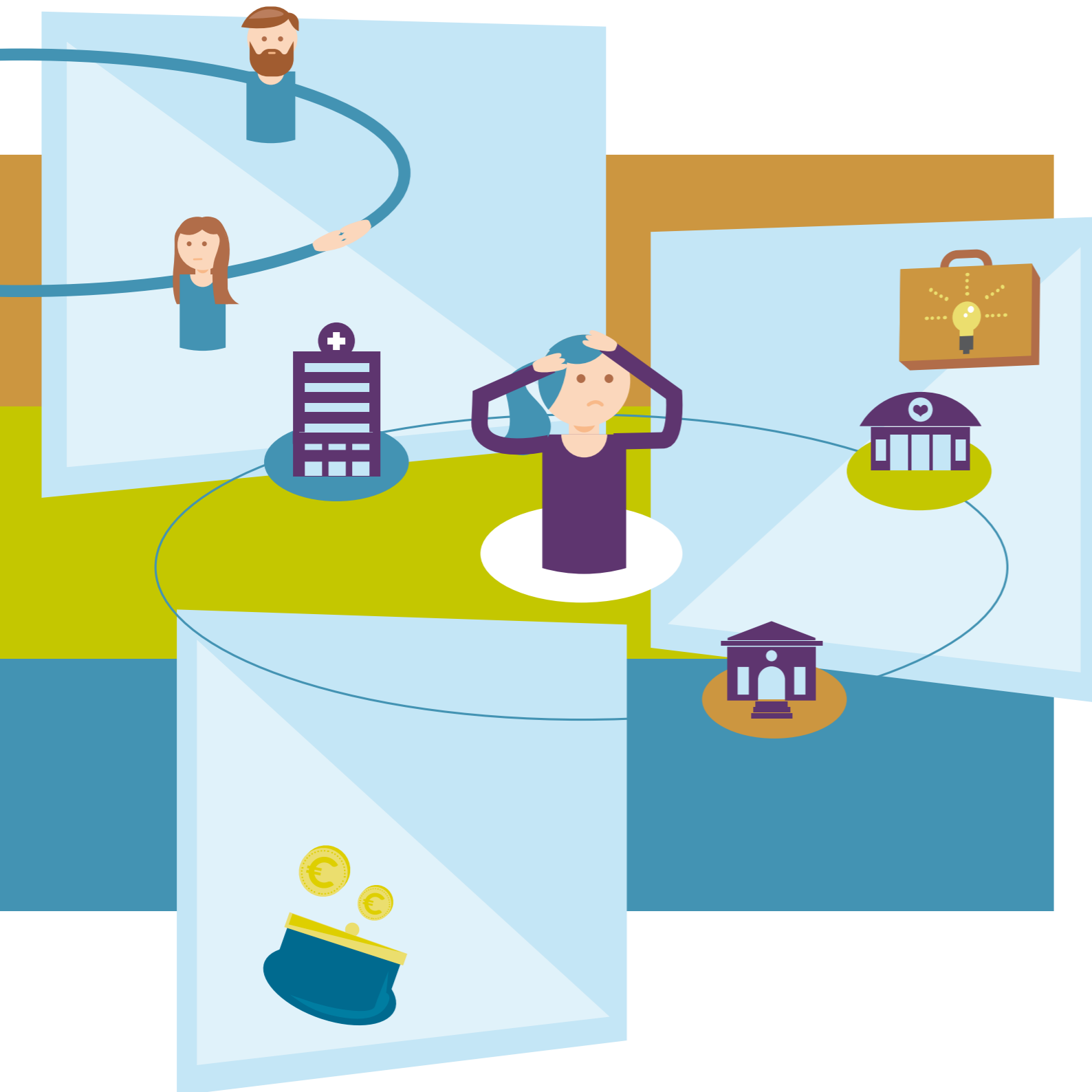


DE SCHAAAL VAN NETWERKZORG



KIJKEN VANUIT DE DOELGROEP

Vragen en behoeften van mensen
De rol van kennis

KIJKEN VANUIT ORGANISATIE EN SYSTEEM

Governance en organiseren
Bekostiging
Efficiënte en optimale zorg

KIJKEN VANUIT SOCIALE ASPECT

De rol van relaties
Historische context



Regionalisering als oplossing?

Eerst nadenken over schaal is de moeite waard

Het Nederlandse zorglandschap is al tijden in beweging. Waar decentralisatie jaren geleden zorg en ondersteuning naar de wijk bracht, is *regionalisering* nu het nieuwe credo. Ondanks dat het streven naar meer samenwerking en samenhang een goed voornemen is, zien we in de praktijk verwarring over wat nou eigenlijk een regio is en wie daar actief zijn. Ook lijkt regionalisering soms te schuren met bestaande structuren en werkwijzen. Op lokaal en regionaal niveau zien we verschillende indelingen. Een focus op de wijk leidde in veel gevallen tot een grote hoeveelheid initiatieven in buurten, wijken en gebieden, resulterende in een lappendeken van zorg en ondersteuning. Ook op regionaal niveau zien we diverse manieren waarop zorg is ingedeeld en ingericht. Zo wordt er georganiseerd op basis van regio's van GGD's, zorgkantoren, provincies en adherentiegebieden van ziekenhuizen. Gedurende de coronacrisis is ook de rol van de veiligheidsregio's weer op het netvlies gekomen. Ook hier zien we overlap, en juist ook verschillen. Onder andere ten aanzien van geografische reikwijdte, doelgroep en doel van de regio-indeling. Door deze verschillende samenwerkingen en bijbehorende 'netwerkdrukke' participeren zorg- en welzijnspartijen vaak in veel verschillende samenwerkingsverbanden en netwerken – op verschillende schaalniveaus op hetzelfde moment. Dit geldt voor huisartsen, zorg- en welzijnsorganisaties en ziekenhuizen, maar ook voor bijvoorbeeld gemeenten en zorgverzekeraars. In deze publicatie dagen we u uit om bewuster na te denken over schaal. We bieden we u perspectieven om verder te kijken dan territoriale en geografische manieren van ordenen, zoals de wijk en de regio.

Een literatuur- en praktijkraadpleging verschaftte ons inzicht in andere factoren en manieren die een rol spelen bij de inrichting van zorg.

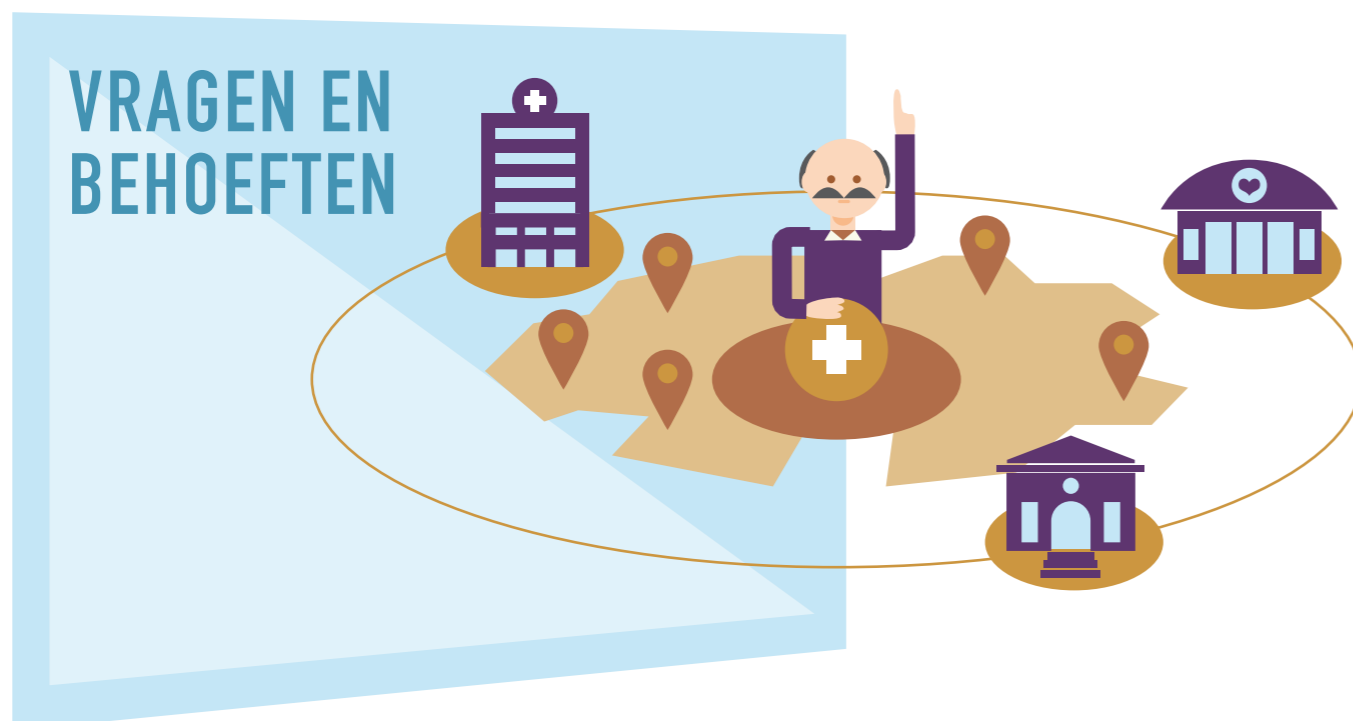
Zouden we de zorg hetzelfde inrichten als we met een blanco landkaart zouden kunnen beginnen? Geen realiteit, maar het bovenstaande illustreert dat we om zorg goed te kunnen organiseren wel beter moeten nadenken over het vraagstuk van schaal: welke zorg is georganiseerd op welk niveau? Wat organiseren we op wijkniveau, wat in de regio en wat landelijk of zelfs internationaal? Hoe kunnen we op een overzichtelijke manier over organisatie- en domeingrenzen heen werken? Welke samenwerkingspartners passen daarbij en waar trekken we de grens? Dit is niet alleen uit kwaliteitsoogpunt nodig, maar ook omdat de schaarste zowel in mensen als middelen enorm zal toenemen de komende jaren. Daardoor zullen er steeds meer netwerken gevormd worden, en komt ook vaker de vraag naar voren op welk schaalniveau die netwerken zouden moeten opereren. Door de toename van netwerken zien we nogal eens 'schaalverwarring' optreden (Minkman, 2020a). Al voor de coronacrisis beschreef Minkman deze 'schaalverwarring in de regio' en benadrukte het belang van passende schalen voor goede netwerk-governance in de regio (Minkman, 2020a en 2020b). Door de corona crisis is de urgentie van samenwerken en netwerkvorming in de regio alleen maar groter geworden. En daarmee het belang overwegen en de implicaties van schaalvraagstukken.

Samen met onze samenwerkingspartners in het veld zijn wij dieper in het thema schaal gedoken. We deden deskresearch, interviewden bestuurders en beleidsmakers, doorzochten literatuur en reflecteerden op onze bevindingen met experts. Onze verkenning leert dat vele factoren hierbij een rol spelen, zowel impliciet als expliciet. Schaal kan daardoor vanuit verschillende invalshoeken worden benaderd.

In deze publicatie nemen we u mee in onze verkenning. Onze bevinding is dat er vanuit meerdere perspectieven over schaal kan worden nagedacht. De verschillende invalshoeken waaruit u schaalvraagstukken kan benaderen komen in deze publicatie in de vorm van ‘vensters’ aan bod. Een venster zien wij als een bepaalde manier van kijken, een benaderingswijze, waarmee we u inspiratie bieden. Er zijn drie soorten vensters: sommige vensters kijken vanuit de doelgroep, sommige vensters vanuit organisaties en systemen en andere vensters kijken vanuit sociale relaties. Het is zinvol meerdere vensters te benutten. Merkt u dat u vastloopt? Kijk dan eens door een ander venster naar hetzelfde vraagstuk.

KIJKEN VANUIT DE DOELGROEP

Vragen en behoeften van mensen



Voor veel zorgnetwerken vormt de doelgroep het uitgangspunt. De samenwerking is opgezet rondom een vraag of behoefte van een groep inwoners, cliënten of patiënten. Denk aan netwerksamenwerking rondom thuiswonende ouderen of revalidatiezorg na een ziekenhuisopname. Met de vorming van een netwerk beantwoorden organisaties aan de integrale en (bekostigings)domein overstijgende vragen van de doelgroep en kunnen zij in samenhang persoonsgerichte zorg en ondersteuning bieden.

“We zijn met elkaar rond de tafel gaan zitten en proberen vanuit een gedeeld beeld van die regio, doelgroep en de gedeelde problemen ook tot een gedeelde aanpak te komen”

Wanneer een zorgnetwerk wordt gevormd rondom de doelgroep is het belangrijk om in kaart te brengen wie je doelgroep precies is, hoe groot die doelgroep is, wat zij nodig hebben en waar zij zich (geografisch) bevinden. Deze informatie helpt het netwerk met het vervolgens aanvragen van bekostiging en het aantrekken van kennis.

KIJKEN VANUIT DE DOELGROEP

De rol van kennis

Vraag en aanbod van kennis en expertise om de vragen van doelgroepen te kunnen beantwoorden speelt een grote rol bij het nadenken over schaal. Zorgnetwerken die zich specialiseren in de zorg en ondersteuning voor een kleine groep inwoners, cliënten of patiënten opereren geografisch gezien vaak op een grote schaal. De doelgroep woont immers verspreid over een regio, provincie of zelfs het hele land. Het tegenovergestelde zien we gebeuren bij zorgnetwerken die een bredere doelgroep bedienen en daarmee meer generalistische kennis inzetten. Hier gaat het om een grote groep mensen met een brede gelijksoortige vraag in een kleiner gebied, bijvoorbeeld een gemeente of stad of zelfs wijk. Denk bijvoorbeeld aan ouderen die langer thuis willen of moeten wonen. Voor deze groep is een integrale, maar ook lokale, benadering nodig. Daarbij kan gespecialiseerde kennis schaars zijn en daarmee kostbaar, zodat je die niet overal beschikbaar kunt hebben, maar moet delen over een grotere schaal.

“Dat is wel waar we naartoe willen natuurlijk, die flexibiliteit en dat je een zo goed mogelijk ondersteuning geeft die matcht met de vraag vanuit de behoefte waarin je probeert te voorzien in plaats van dat je vanuit het aanbod redeneert.”

Kennis beïnvloedt de keuze van de benodigde schaal, tegelijkertijd is het ook belangrijk een flexibele houding aan te nemen tegenover invloed die kennis heeft op de doelgroep die binnen het netwerk bediend wordt. Een netwerk dat gestoeld is op generalistische kennis kan altijd op casusniveau specialistische kennis invliegen als dat nodig is.

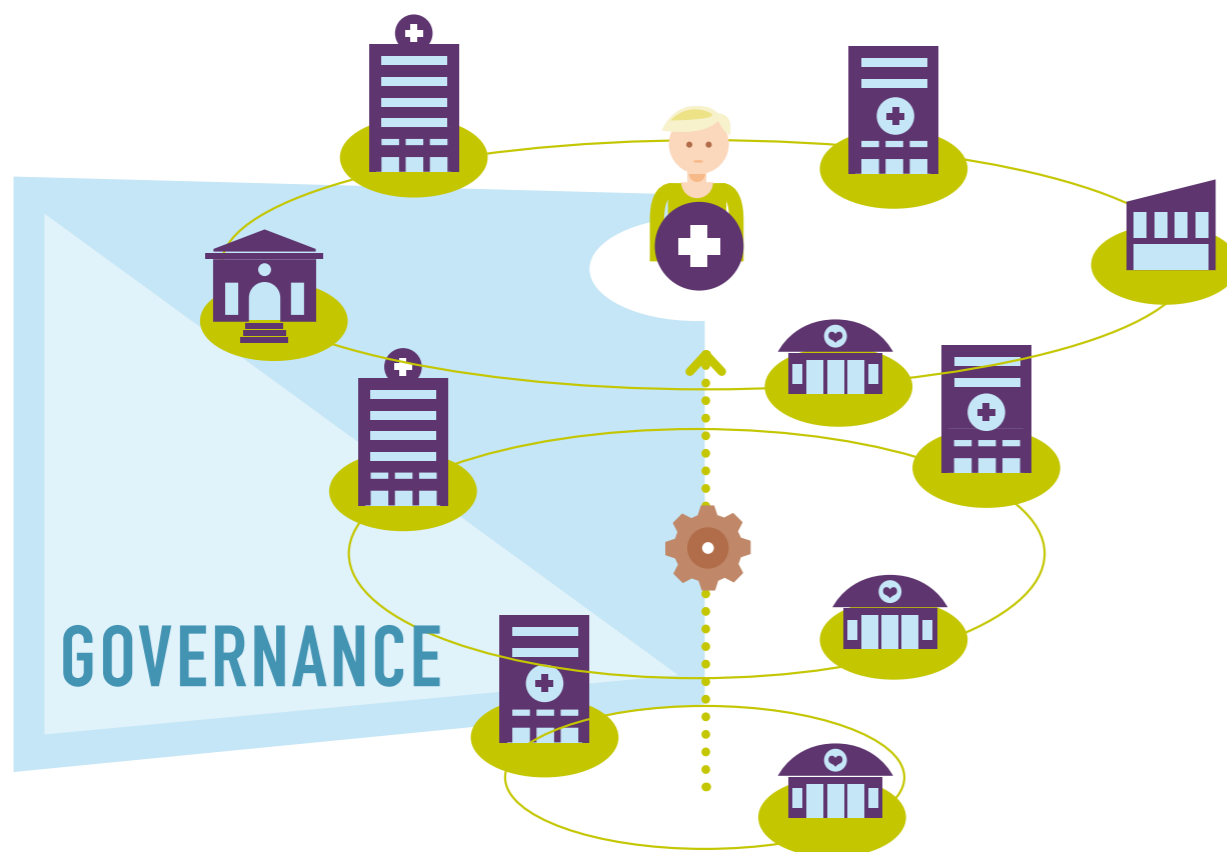
Een kleine groep mensen met een zeer specifieke zorg en/of ondersteuningsvraag vraagt om specialistische kennis terwijl een grote groep mensen met een brede meer gelijksoortige vraag juist om een meer generalistische aanpak vraagt. Tegelijkertijd kan de inzet van meer specialistische kennis die in situaties (ineens) nodig is ook flexibel aangevlogen worden door middel van expertise van buitenaf in te huren. Voor specialisten zelf is het ook belangrijk om voldoende volume te hebben: hoe vaker ze iets doen, hoe beter (en meer expert) ze erin worden. Om het nog wat lastiger te maken: specialistische kennis die vaak meer geconcentreerd georganiseerd is binnen een bepaald expertisecentrum, kan niet altijd ‘op afstand’ gegeven worden. Mensen wonen vaak ‘lokaal’ thuis in de wijk dus specialistische kennis is daar dichtbij nodig.



“Bijvoorbeeld een sociaal wijkteamrichting, waarin in de kernclub wordt gekozen voor een generalistische aanpak en op het moment dat het dan nodig is, al naar gelang de casuïstiek dat vraagt, dat er dan van buiten de oorspronkelijke afbakening een expertise wordt ingevlogen.”

KIJKEN VANUIT ORGANISATIE EN SYSTEEM

Governance en organiseren



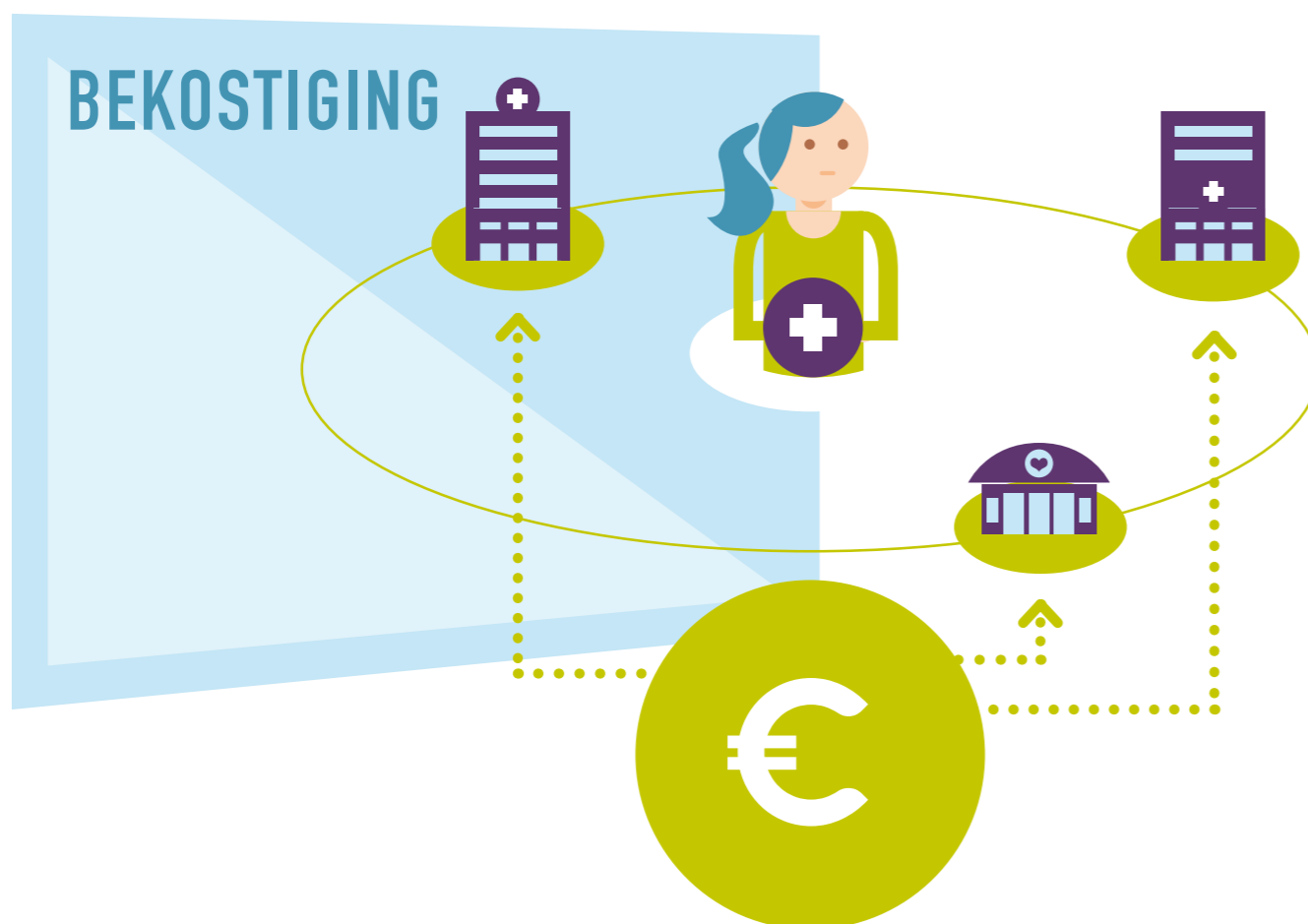
Met governance bedoelen we in deze publicatie “het proces waarin de inzet van verschillende partijen binnen een organisatie, werkveld, zorgnetwerk of ander sociaal verband wordt gecoördineerd” (Glimmerveen et al., 2020). Op welke schaal is het (nog) mogelijk om de governance doelmatig in te richten? Wanneer lukt coördineren nog en wanneer wordt het onoverzichtelijk? Met hoeveel partners kun je afstemmen zonder dat het te ingewikkeld wordt? En in hoeveel gebieden of netwerken kun je participeren als organisatie? Minkman (2020b) verwijst naar deze afweging in termen van ‘reasonable responsible entity (RRE)’; welke grootte is werkbaar om verbinding te houden met partners, voortgang te maken en iedereen die nodig is deel te maken van een gezamenlijke opgave?

In de praktijk zien we dat mede om deze reden innovatieve initiatieven soms klein beginnen en daarna opschalen. Starten op een grote schaal met veel partners vergroot de complexiteit die snelheid in de weg kan zitten om wat te bereiken.

“Dus 1 is zeg maar je kleine pilot om te kijken of iets werkt. Dan heb je een niveau van 1, de kleinst denkbare schaal. En als dat dan werkt, je hebt de grootste kinderziekten eruit gehaald, dan ga je het opschalen naar 10 en het effect wat je ziet bij 1 dat wordt dan 10 keer zo groot en dan moet je naar 100.”

KIJKEN VANUIT ORGANISATIE EN SYSTEEM

Bekostiging



De schaal waarop een (zorg)netwerk zich organiseert wordt beïnvloed of geleid door de manier waarop bekostiging van de uitvoerende taken van het netwerk zijn georganiseerd. Een netwerk dat zorg en ondersteuning biedt die betaald wordt vanuit de zorgverzekeringswet is door de zorgkantoorregio's vaak gebonden aan een geografische schaal. Hetzelfde geldt voor netwerken die opereren binnen de door de gemeente bekostigde Wmo, jeugd- of participatiewet. Deze regelen de bekostiging van de zorg en ondersteuning van alle inwoners in de gemeente.

“De kosten die je maakt moet je kunnen dekken. Als je een hele kleine omvang hebt, dan heb je niet de schaal om de kosten te dekken. Voor de zorgverzekeraar moet het ook een bepaalde omvang hebben om eraan mee te willen doen en in te investeren.”

Omdat elk netwerk middelen nodig heeft om de diensten uit te kunnen voeren is het nuttig te kijken naar de bekostiging en welke invloed dit heeft op de schaal waarop het netwerk opereert. Voor een netwerk speelt de wet- en regelgeving die meekomt met de keuze voor een bepaalde bekostiging een grote rol. De bekostiging ‘volgen’ heeft daarmee invloed op de keuze voor de schaal van het netwerk. Tegelijkertijd is bekostiging niet los te zien van de doelgroep van het netwerk en bestaande geografische afbakeningen.

KIJKEN VANUIT ORGANISATIE EN SYSTEEM

Efficiënte en optimale zorg

Een andere manier om naar schaal te kijken is vanuit een efficiëntie- en optimalisatieperspectief. Deze meer bedrijfskundige kijk vindt zijn oorsprong in de economies of scale and economies of scope theorieën. Bij economies of scale wordt uitgegaan dat een optimum in (zo laag mogelijke) kosten per eenheid bereikt kan worden door het juiste volume te kiezen. Met andere woorden: soms kan het voordeliger zijn om dezelfde zorg op grotere of juist kleinere schaal aan te bieden, omdat dan schaalvoordelen kunnen ontstaan (Veenstra, 2020). Denk bijvoorbeeld aan ondersteunende diensten die moeten worden ingekocht. Echter, het bereiken van schaalvoordelen vormt niet altijd een lineaire lijn omhoog. Er kunnen op grotere schaal ook schaalnadelen ontstaan, zoals het logger en minder efficiënt functioneren van organisaties en netwerken. De afstand tussen bestuur en werkvloer wordt letterlijk groter, wanneer de organisatieschaal toeneemt.

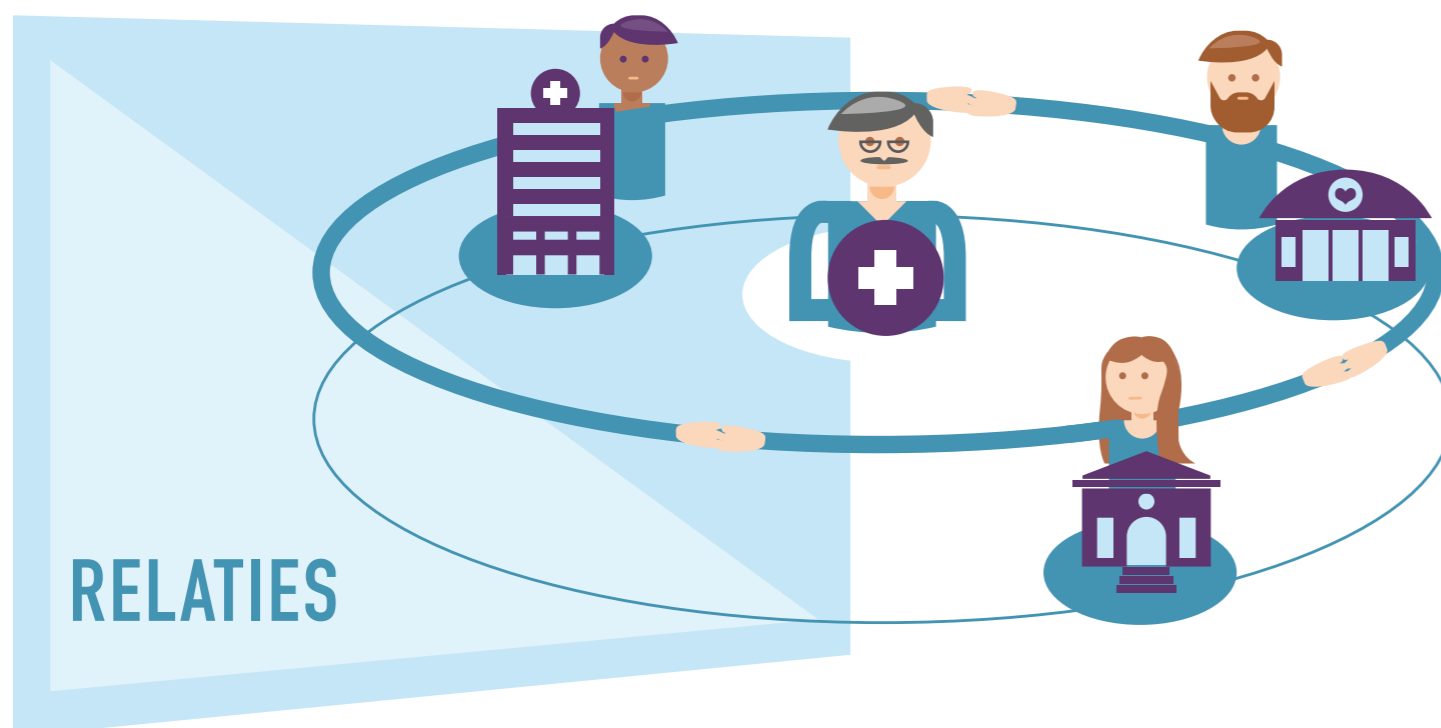
Economies of scope verwijzen naar synergievoordelen. Door het dienstenaanbod te verbreden kunnen efficiëntievoordelen optreden. Integrale zorg is hier een voorbeeld van. Door met meerdere disciplines samen te werken, af te stemmen en multidisciplinair overleg te voeren, wordt beoogd dat een cliënt of patiënt bijvoorbeeld niet vaker hetzelfde verhaal hoeft te vertellen. Synergievoordelen ontstaan naar mensen als groep te kijken en je te organiseren rondom hun opgetelde behoeften.



“Je moet je eigen netwerk ook niet willen isoleren van de bredere regio. Bijvoorbeeld als je gezamenlijk software wil aanschaffen dan heb je voldoende partners nodig om deze software te betalen. Dit betekent een voldoende schaal van deelnemende partijen.”

KIJKEN VANUIT SOCIALE ASPECT

De rol van relaties



In de gesprekken die wij het afgelopen jaar gevoerd hebben met zorgnetwerken, zien we dat veel afwegingen voor schaalkeuze sociaal gemotiveerd zijn. Samenwerken is mensenwerk en komt vaak tot stand op basis van sociale interactie, relaties en vertrouwen. Bestuurders en beleidsmakers gaan daarom vaak in zee met partners die ze al kennen en vertrouwen. Minkman (2020) verwijst hiernaar als ‘local reasoning’; het belang van bestaande relaties vanuit de historie, die vertrouwen geven voor de samenwerkingen in de toekomst.

“Warme relaties dat speelt soms ook mee, dat je eigenlijk begint en dat je weet dat de kans van slagen dan veel groter is. Dat heeft iets met bestaande relaties en het vertrouwen daarin te maken.”

Een andere vorm van sociaal-normatief gedreven gedrag is dat we zien dat samenwerkingen vaak pragmatisch van start gaan. Een zogenoemde ‘coalition of the willing’ gaat op basis van een gedeelde ambitie en gedeelde waarden aan de slag. Energie is nodig om echt iets te willen realiseren dat verder gaat dan papieren intenties.

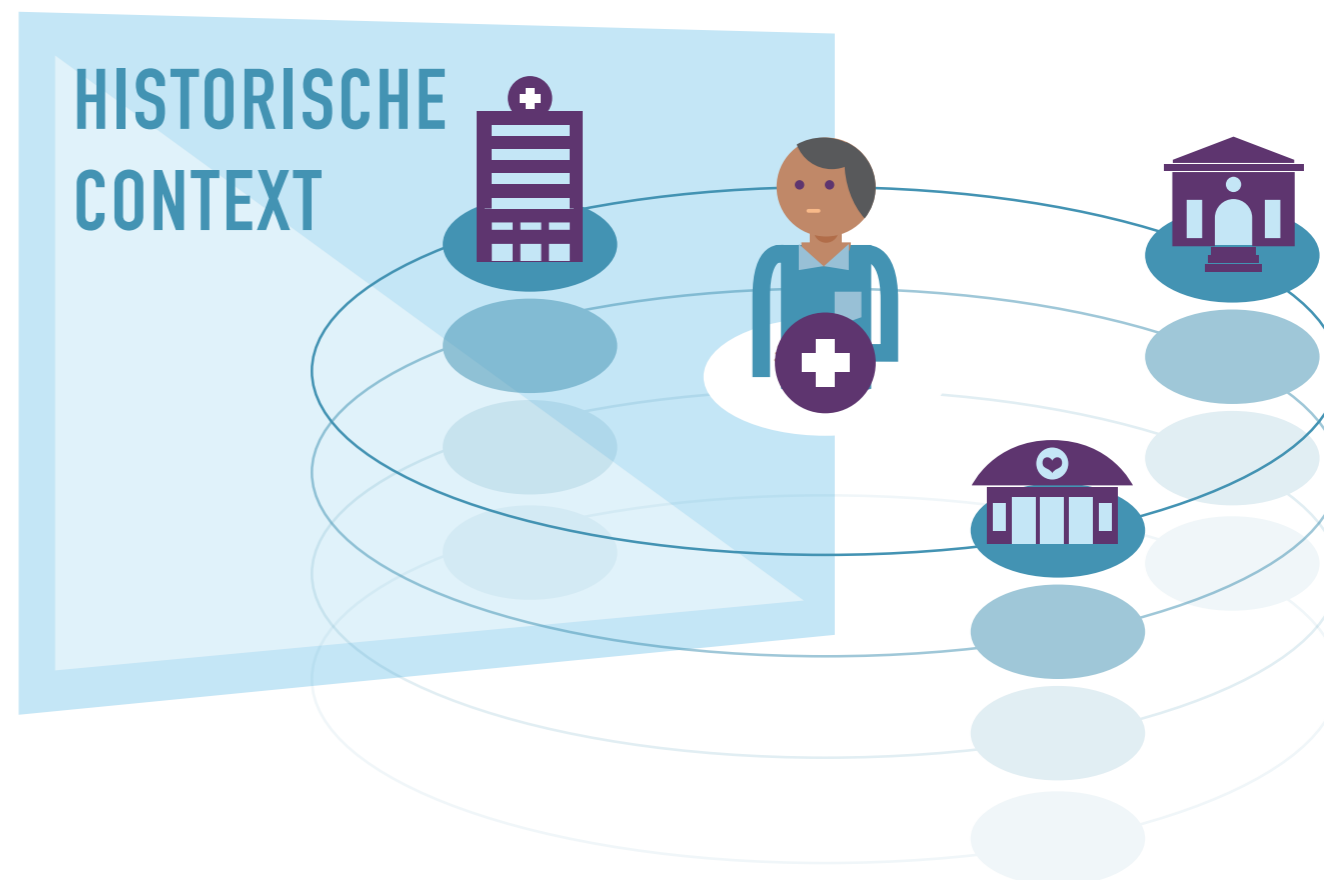
KIJKEN VANUIT SOCIALE ASPECT

Historische context

Interviews met bestuurders en beleidsmakers laten zien dat ook de historische context vaak een rol speelt bij het kiezen van samenwerkingspartners. Zoals Minkman (2020) in haar essay ook betoogt: “rethinking scale never starts from scratch”. Oftewel, de bestaande situatie vormt het uitgangspunt. Bestaande constructen en contexten zijn impliciet en expliciet bepalend voor de wijze waarop zorg wordt georganiseerd. Ze vormen daarmee ook het vertrekpunt voor nieuwe stappen.

“Je moet nog steeds rekening houden met de verschillen die er zijn, die er historisch gegroeid zijn, die zijn er nou eenmaal. Dat betekent dat we er soms voor kunnen kiezen -en dat doen wij ook in dit geval- om met zo een nieuwe aanpak te beginnen in de ene regio en dan te kijken als dat werkt, gaan we opschalen naar de tweede regio. Dus ook dat is een argument om met een andere schaal te werken. Je wilt eigenlijk bam, heel de [naam regio], want dan is de impact het grootst. Maar je merkt gewoon dat bij een bepaalde aanpak gegeven de historie het makkelijker is om resultaat te boeken in de ene regio dan in de andere. Dus laat de andere regio maar eerst zien dat het inderdaad dankzij die andere aanpak ook beter werkt.”

De keuze voor een bepaalde manier van organiseren of voor een bepaalde schaal heeft, net als veel andere beleidskeuzes, een pad afhankelijk karakter. Tijdens het vormen van een organisatie of samenwerkingsverband neem je bepaalde afslagen die van invloed zijn op de latere ontwikkelingen, en daarmee dus ook op de schaal waarop het netwerk opereert.



Kijken door verschillende vensters als hulpmiddel tijdens ‘schaalverwarring’

De vensters bieden u niet alleen de mogelijkheid om vanuit verschillende perspectieven te reflecteren op de schaal van uw netwerk. Ze vormen ook een instrument om beter om te gaan met spanningen binnen uw netwerk waarvan u mogelijk nog niet beseft dat die met schaal van uw netwerk te maken hebben. Soms werken samenwerkingspartners op verschillende schalen, bijvoorbeeld op regioniveau en op wijkniveau. Dit kan leiden tot onduidelijkheid, ondoelmatigheid en extra complexiteit. Of zijn er twee overlappende netwerken in dezelfde regio, voor een deels gelijke doelgroep. We noemen dit ‘schaalwrijving’ of ‘schaalverwarring’. Het kan dan zo zijn dat partners in een netwerk binnen een bepaald venster anders over schaal nadenken en bijvoorbeeld verschillende beelden hebben over de optimale governance voor het netwerk. Of mogelijk ontstaat er verwarring en praten netwerkpartners langs elkaar heen omdat ze juist vanuit verschillende vensters nadenken over schaal, waarbij de ene partner de doelgroep bepalend vindt terwijl de andere partner de historische relaties centraal stelt. Of zijn de netwerken er vooral vanuit historie en verschillende initiatieven en is het moment van herijking gekomen.

Daarnaast denken we dat in een tijd waarin regionalisering het devies is, het de moeite waard is om bewuster na te denken over schaalvraagstukken. Kennis over schaal behoort niet tot hun standaard instrumentarium. De vensters kunnen helpen om issues die voortkomen uit schaal beter te herkennen en te bespreken en op te pakken binnen het netwerk. Er zullen in de toekomst steeds meer zorgnetwerken worden gevormd, waardoor

nadenken over schaal steeds urgenter wordt. Wij gaan in 2021 aan de slag om schaalverwarring te onderzoeken om er beter mee om te kunnen gaan. Het kan een hoop opleveren voor de samenwerking om schaal te zien als één van de factoren waar u invloed op kan uitoefenen, zodat het in uw voordeel werkt!

Als u met ons hier over wilt doorpraten en bij wilt dragen aan ons onderzoek, dan kunt u contact opnemen met Sander Merkus (s.merkus@vilans.nl) of Marloes Berkelaar (m.berkelaar@vilans.nl).

COLOFON

DIT IS VILANS

Samen zorgen dat zorg beter werkt, dat is het maatschappelijke doel van Vilans. Daarvoor brengen en houden we kennis in beweging, met het veld en met andere partners in de langdurende zorg. Als kennisorganisatie willen we dat iedereen met een langdurende zorgvraag zoveel mogelijk het leven kan leiden dat hij of zij wenst.

AUTEURS

Nick Zonneveld, Lian Stouthard, Sandra Dahmen, Sander Merkus, Marloes Berkelaar, Elize van Wijk en Mirella Minkman

REFERENTIES

- Glimmerveen, L., Zonneveld, N., Michgelsen, J., Spierenburg, M., Dahmen, S., Wijk, E. V., & Minkman, M. M. N. (2020). De governance van netwerkzorg ontrafeld. Waarom 'samen sturen' belangrijk én ingewikkeld is. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33747.40486>
- Minkman, M. M. N. (2020a). Schaalverwarring in de regio. Skipr. <https://www.skipr.nl/blog/schaalverwarring-in-de-regio/>
- Minkman, M. M. N. (2020b). Suitable Scales; Rethinking Scale for Innovative Integrated Care Governance. International Journal of Integrated Care, 20(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.5468>
- Veenstra, J. (2020). Conceptualization of scale in the practice of integrated care. Masterthesis. Universiteit Twente. http://essay.utwente.nl/83615/1/Veenstra_MA_BMS.%20%20.pdf

MEER WETEN?

Sander Merkus en Marloes Berkelaar

VORMGEVING

Taluut

© Mei 2021, Vilans

Churchillaan 11,
3527 GV Utrecht
030 789 23 00
info@vilans.nl
www.vilans.nl

